ADLN Perpstakaan Universitas Airlangga

Dis K 02/05
Pra
P

DISERTASI

PENGARUH *SELF EFFICACY* MELALUI KEMAMPUAN KOGNITIF, MOTIVASI DAN AFEKTIF KADER KESEHATAN TERHADAP PERILAKU SEHAT GIGI

(Intervensi Model Deteksi OHI-S, DMFT Indeks)

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

NINIEK L PRATIWI

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2004

PENGARUH *SELF EFFICACY* MELALUI KEMAMPUAN KOGNITIF, MOTIVASI DAN AFEKTIF KADER KESEHATAN TERHADAP PERILAKU SEHAT GIGI

(Intervensi Model Deteksi OHI-S, DMFT Indeks)

DISERTASI

Untuk memperoleh Gelar Doktor
dalam Program Studi Ilmu Kedokteran
Pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga
Telah dipertahankan di hadapan
Panitia Ujian Doktor Terbuka
Pada hari : Selasa
Tanggal : 05 Oktober 2004
Pukul 10.^{00} WIB

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

Oleh :

NINIEK L PRATIWI
NIM. 090114557 D

LEMBAR PENGESAHAN

DISERTASI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 5 OKTOBER 2004

Oleh
Promotor

Prof. Dr. Hj. Rika Subarniati T, dr, SKM
Nip 130 359 280

Ko Promotor

Seno Pradopo, drg, MS, SpKGA, Ph.D
Nip 130 687 387

Mengetahui
Ketua Program Studi Ilmu Kedokteran
Program Pascasarjana-S3 UNAIR

(Prof. Dr. Mandoyo Rukmo, drg, MSc, SpKG)
Nip : 130.675.839

Telah diuji pada Ujian Tahap I (Tertutup)
Tanggal 18 Agustus 2004

Panitia Penguji Disertasi Tahap I:

Ketua : 1.Prof. Dr. Hanafi Muljohardjono, dr. SpKJ

Anggota : 2 Prof. Dr. Hj. Rika Subarniati T, dr, SKM

3.Seno Pradopo, drg, SU, Sp.KGA, Ph D

4.Prof. H. Kuntoro, dr, MPH, Dr.PH

5. Prof. Dr. Muhari, drs

6. Dr. H. Rachmat Hargono, dr, MS, MPH

7. Prof. Hj Retno Laksminingsih, drg, MHPEd

8. Prof. H. Soeprapto, As, dr, DPH

Ditetapkan dengan Surat Keputusan
Rektor Universitas Airlangga
Nomor :6328/J03/PP/2004
Tanggal 26 Agustus 2004

UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan mengucapkan puji syukur ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan kenikmatan iman sebagai hamba-Nya, memilih Muhammad SAW sebagai utusan-Nya dan curahan rahmat-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan disertasi ini.

Selanjutnya pada kesempatan ini saya ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya, masing-masing kepada:

Prof. Dr. Hj Rika Subarniati T, dr, SKM, atas kesediaan beliau menjadi Promotor menggantikan Prof. Dr. H Pitono Soeparto, dr, SpA(K), (Alm) dan dengan penuh semangat dan dedikasi terus membimbing dengan penuh kesabaran memberi petunjuk dan dorongan sejak sebagai Penasehat akademik, Ko Promotor 1 sehingga saya dapat menyelesaikan disertasi ini

Seno Pradopo, drg, MS, Sp.KGA, Ph.D selaku Ko- Promotor, beliau dengan kerendahan hati yang tulus, terus membimbing dan mengarahkan serta memberikan koreksi terhadap penulisan disertasi ini.

Pemerintah Republik Indonesia, Badan Litbangkes Dep Kes R.I, Puslitbang Pelayanan Dan Teknologi Kesehatan yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mendapatkan biaya pendidikan dan penelitian.

Prof. Dr. H Med Puruhito, dr, SpBTKV selaku Rektor Universitas Airlangga atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Doktor di Universitas Airlangga.

Prof. Dr.H Muhammad Amin, dr, SpP selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga beserta seluruh pimpinan Program Pascasarjana Universitas Airlangga yang telah memberikan kemudahan dan kelancaran proses pengurusan

administrasi selama mengikuti program pendidikan program doktor ini tidak lepas dari peran seluruh staf administrasi Program Pascasarjana Universitas Airlangga .

Prof. Dr. Mandoyo Rukmo, drg, MSc. SpKG selaku Ketua Program Studi dan Mantan Ketua Program studi Ilmu Kedokteran Universitas Airlangga Prof. Dr. Hj.Juliati Hood Alsagaff, dr, MS, SpPA (K), FIAC atas nasehat bimbingan dan perhatiannya yang diberikan kepada saya selama saya mengikuti Program Doktor.

Prof. Dr. H Pitono Soeparto, dr, SpA(K), (almarhum) guru besar ilmu kesehatan anak, yang sejak saya memasuki pendidikan doktor, sampai pada akhir masa hidupnya tetap konsisten memberikan perhatian dan tanggung jawab serta meluangkan waktu, kendatipun dalam keadaan sakit, membimbing saya sampai menyelesaikan penelitian disertasi ini. Seuntai kata terimakasih, semoga Allah SWT menerima semua amal baik dan ibadahnya. Amin.

Prof. Dr. Hanafi Mulyohardjono, dr, SpKJ; Prof. Dr. H Samanu, drh, M.S; Prof. Dr. Muhari, drs; Dr. H.Rachmat Hargono, dr, MS, MPH; Prof. H Kuntoro, dr, MPH, Dr, PH. Beliau senantiasa menyediakan waktu untuk membimbing penuh kesabaran, perhatian, dan memberikan motivasi serta meningkatkan rasa percaya diri saya, dengan demikian jasa baik beliau tidak dapat saya lupakan. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya serta melipat gandakan pahala-Nya kepada beliau.

Prof. Hj Retno Lakshminingsih, drg, MHPEd (almarhumah), Guru besar dalam bidang *Biology Oral*, sebagai Penguji Disertasi Tahap 1, yang telah banyak memberikan masukan guna lebih sempurnanya disertasi ini, semoga segala amal kebaikan diterima disisi Allah SWT. Amin.

Kepada segenap dosen dan panitia penguji dari ujian kualifikasi sampai ujian akhir Tahap 1 Program Doktor Pascasarjana Universitas Airlangga. Prof H Eddy Pranowo Soedibjo, dr, MPH (almarhum), semoga jasa-jasanya diterima Allah SWT sebagai amal jariyah. Prof. H Soeprapto, A.S, dr, DPH; Prof. H Bambang Rahino, dr, ; Prof H Kuntoro, dr, MPH, Dr, PH; Prof. Dr. Mandoyo Rukmo, drg, MSc. SpKG; Prof Hj Retno Laksminingsih, drg, MHPEd (almarhumah); Dr. H.Hariadi Socparto, dr, DOR; Prof. Dr Koento Wibisono Siswomihardjo; Prof. Dr. Suhartono Taat Putra, dr, MS; Dr L Dyson P, H Fuad Amsyari, dr, MPH, PH.D; Siti Pariani, dr, MS, MPH, Ph.D; Prof. Dr. Hanafi Muljohardjono, dr, SpKJ: Widodo J Pudjirahardjo, dr, MS, MPH, Dr.PH dan Prof..Dr. H Muhammad Zainuddin, Apt; Dr Stephanus Priyanto, dr, MKes yang dengan tulus telah memberikan ilmunya kepada saya melalui perkuliahan.

Prof. Dr H Faried Kaspan, dr, SpAK; Prof. Dr. Hanafi Mulyohardjono, dr, SpKJ; Cholikul Hadi, S.Psi, M.Kes; Dr. H Rachmat Hargono, dr, MS, MPH yang selama ini telah memberikan perkuliahan penunjang disertasi dan membimbing saya.

Kepala Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan Bapak H Suwandi Makmur, dr, MM, atas ijin dan kesempatan yang diberikan kepada saya untuk mengikuti pendidikan Program Doktor di Universitas Airlangga.

Bapak Agus Suwandono, dr, MPH. Dr. PH; Bapak Soemartono, dr, DHSA mantan Kepala Puslitbang Pelayanan dan Teknologi kesehatan yang telah memberikan ijin dan kesempatan kepada saya untuk mengikuti pendidikan Program Doktor di Universitas Airlangga

Dr Hari Basuki, dr, M.Kes yang telah memberikan bimbingan statistik, yang dengan jerih payahnya telah membantu mengolah data menggunakan program SEM, Bapak

Bagus Kamaruddin, drs, M.Kes yang telah banyak membantu memberikan saran dalam materi *problem based learning*.

H.Nanang Hari Pamuraharjo, dr, Msi selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan yang telah memberi ijin penelitian di wilayah kerja puskesmas Gondang Wetan. Ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada Ka Sie pelayanan kesehatan dasar saudara Nurbaiti, dr, Mkes dan Sri Wahyundari, drg, yang telah banyak membantu atas fasilitas, dan kerjasamanya dalam rangka penelitian

Saudara Fauzi Sahlan, dr selaku Kepala Puskesmas Gondang Wetan yang telah banyak membantu atas fasilitas dan kerjasamanya dalam penelitian. Ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada saudara Mujono, drg, Ibu Farida yang telah banyak membantu dalam keikutsertaan memberikan pelatihan dan pelayanan kesehatan gigi di Puskesmas Gondang Wetan. Ucapan terimakasih saya sampaikan kepada seluruh Bidan desa dan kader kesehatan posyandu di wilayah puskesmas Gondang Wetan atas partisipasi dan kerjasamanya dalam penelitian ini.

Dr. Paiman Supariyanto, drs, Prof. Dr. Soebagyo Martodipuro, dr, MPH (almarhum) beliau semasa hidupnya selalu memberikan bimbingan dan motivasi untuk selalu berkarya, Herti Maryani, dra, Turniani Laksmiarti, BSC, SE, Subardono, drs, M.Kes; SK. Poerwani B, dr, MARS; Kusmi Rahayu S, drg, M.Kes, Agus Soeprapto, drg, M.Kes, Badrijah Jurban, dr; Lestari Kartu Wiludjeng, SKM, M.Kes, Gurendro, SKM, M.Kes; Lestari Handayani, dr, MPH; Siswanto, dr, MPH, Cholis Bahroen SKM, MPH; Didik Budianto, drh, M.Kes, Dr Wasis Budianto, drs, M Kes, Ristrini, dra, M.Kes; Sugeng Rahanto, SKM, MPH; Setia Pranata, drs; Umi Muzakiroh, SKM, Nirmala Makruf, SKM, Mabarroh, SIP, Eni Susilowati, SIP; Syamsul Hadi, Sos, dan seluruh Peneliti dan

karyawan di Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan yang selalu memberi dorongan kepada saya untuk menyelesaikan program Doktor.

Rekan peserta program Doktor angkatan 2001 antara lain: Dr Iswiranto, dr, SpBs; Diah Savitri, drg, MSi; Abdurrahman, dr, Sp.OP; Yenni, drg, M.Kes; I.Gde Dany, drg, MSi; Retno Indrawati, drg, M.Kes; Erni P Kolopaking, Apt, M.Kes; Agus Turhan, dr, Sp.BS; Aslikah, dr, M.Kes, Sueb, drs, M.Kes; Paulus, dr, SpKA (almarhumah); Hani Plumeriastuti, drh, M.Kes; Lucia Tri Suwanti drh, M.Kes; Mustofa Helmi effendi, drh, M.Kes; Susilowati Andayani, dr, M Kes; Denny Ardyanto, Ir, M.Kes; Abdul Rokhem, Apt, M.Kes; Umi Athiyah, Apt, M.Kes; Eha Renwi Astuti, drg, M.Kes, IGNB Trilaksana, drs, M.Kes; Tjok Gde Oka Pemayun, dr, M.Kes; Chairuddin Yunus, dr, M.Kes; Yoso Wiyarno, drs, M.Kes; Yuswiyanto, drs, M.Kes; Budiono, dr, M.Kes; Budi Utomo, dr, M.Kes; Moh. Effendi, drs, M.Kes; Nukrowi Nawir, drs, M.Kes; Nurdiana, dr, M.Kes; Ach Zainullah, dr, SpBs;Karyono Mintaroem, dr, M.Kes; Soetojo, dr, Spu yang selama ini berbagi rasa suka duka, saling memberikan dorongan moral dan saling membantu bila ada kesulitan.

Yang terstimewa di dalam kenangan untuk ibunda tercinta R.ay. Hj Mutmainnah (almarhumah), ayah saya R H Zainal Fatah , saudara serahim, kedua mertua, suami tercinta H Sugiharto, Ir, Msi, dan buah hati tersayang Gangsar Asdany Akbar, Gafang Agung Asdany, Gadang Alafin Asdany; serta seluruh keluarga yang selama ini dengan tulus ikhlas dan sabar, memberikan semangat dan dorongan serta penuh pengertian dalam memahami keberadaan saya, semoga Allah SWTmenerima amalnya dan dikelompokkan sebagai hamba-Nya yang sholeh.

Akhirnya kepada semua pihak, yang tak mungkin disebutkan satu persatu karena banyaknya pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan disertasi ini, saya sampaikan terima kasih setinggi-tingginya, semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada kita semua amin.

RINGKASAN

Pengaruh *Self Efficacy* Melalui Kemampuan Kognitif, Motivasi dan Afektif Kader Kesehatan Terhadap Perilaku Sehat Gigi (Intervensi Model Deteksi OHI-S, DMFT Indeks)

Oleh: Niniek L. Pratiwi

Perilaku masyarakat dalam menjaga kebersihan mulut masih rendah. Hal ini didapat dari hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1995 menunjukkan bahwa masyarakat yang mengeluh sakit gigi datang berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan gigi sudah dalam keadaan terlambat. Ini terlihat dari rata-rata 6-7 gigi yang rusak, rata-rata 4-5 gigi sudah dicabut.

Persepsi masyarakat bahwa sakit gigi tidak perlu segera diobati, penderita pada umumnya datang berobat setelah terjadi pembengkakan pada daerah gusi dan pipi. Rendahnya pengetahuan kesehatan gigi masyarakat, mengakibatkan perilaku mencari pengobatan ke puskesmas maupun Rumah Sakit juga rendah. Data Survei kesehatan Nasional (Susenas) 1998, yang menyatakan bahwa 87% masyarakat yang mengeluh sakit gigi tidak berobat, sedangkan yang berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan hanyalah 12,3% dan 0,7% mencari pengobatan tradisional.

Pemberdayaan kesehatan gigi pada masyarakat juga dikembangkan program usaha kesehatan gigi sekolah (UKGS), dan usaha kesehatan gigi masyarakat desa (UKGMD). Namun untuk UKGMD hanya sebatas anjuran. Untuk memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang menyeluruh perlu dikembangkan suatu model pelayanan kesehatan gigi berlapis (*level of cure*), sehingga institusi pelayanan kesehatan harus dapat

menyediakan pelayanan pertolongan pertama (darurat dasar) yang melibatkan tenaga non dental (bidan atau perawat).

Model deteksi OHI-S, DMFT indeks ini merupakan suatu model penjaringan berlapis deteksi karies, karang gigi yang dilakukan oleh kader. Kader bekerja sama dengan petugas kesehatan gigi di puskesmas. Kader diharapkan mampu mendeteksi dan merujuk ke puskesmas kasus karies pada permukaan mahkota gigi, karang gigi masyarakat pengunjung posyandu khususnya Ibu hamil, ibu meneteki, PUS, dan anak balita. Petugas kesehatan gigi di puskesmas melakukan diagnosis ulang hasil rujukan oleh kader dan melakukan perawatan sesuai standar pelayanan yang ada di puskesmas.

Peran serta kader kesehatan diharapkan dapat mempengaruhi perilaku sehat gigi pada kelompok sasaran posyandu. Namun sebelum kader mengajak orang lain berubah perilaku sehat gigi, ia terlebih dahulu harus berubah perilakunya. Beberapa teori yang terkait dengan perubahan perilaku salah satu diantaranya adalah kemampuan *self efficacy*. Dalam penelitian ini akan diuji apakah ada pengaruh *self efficacy* melalui proses kemampuan kognitif, motivasi dan afektif kader kesehatan terhadap perilaku sehat gigi ? Mengingat bahwa peran *self efficacy* dalam mempengaruhi proses berpikir atau kognitif, motivasi dan afektif sangat besar. Pengaruh peningkatan kemampuan kognitif, motiovasi dan afektif terhadap perubahan perilaku kesehatan dapat mempengaruhi secara langsung.

Penelitian ini merupakan penelitian pra eksperimental dengan rancangan *pre-post test group design*. Intervensi berupa peningkatan pengetahuan kesehatan gigi dan pelatihan deteksi karies dan karang gigi pada kader. Kader juga mendapatkan beberapa buku pegangan kesehatan gigi, Kartu kesehatan gigi sebagai rekam medik dan kartu rujukan, koordinasi, sistem evaluasi dan monitoring dengan bentuk pelaporannya.

Teknis analisis data dengan menggunakan *Structural Equation Modelling* (SEM). Model pengukuran variabel laten *self efficacy*, kemampuan kognitif, motivasi dan afektif dan perilaku sehat gigi menggunakan *Confirmatory Factor Analysis* (CFA).

Kesimpulan dari hasil penelitian adalah : (1) ada peningkatan secara signifikan *self efficacy* sesudah intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks (2) ada peningkatan secara signifikan kemampuan kognitif, motivasi dan afektif setelah intervensi, (3) terdapat peningkatan secara bermakna perilaku sehat gigi setelah intervensi. (4) *Self efficacy* berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap kemampuan kognitif, motivasi, dan afektif. (5) Kemampuan kognitif, motivasi dan afektif berpengaruh positif dan signifikan terhadap perilaku sehat gigi kader.

Manfaat penelitian ini secara teoritik tentang temuan baru pengaruh *self efficacy* melalui proses kemampuan kognitif, motivasi dan afektif kader kesehatan terhadap perilaku sehat gigi. Intervensi KAP dapat meningkatkan *self efficacy* kader, sehingga kemampuan kognitif, motivasi, dan afektif kader meningkat. Meningkatnya *self efficacy* kader dapat berpengaruh terhadap perilaku sehat gigi Bumil, Buteki, PUS dan anak balita yang sangat heterogen. Dengan demikian temuan teori ini bisa dimanfaatkan Departemen Kesehatan dalam program upaya peran serta kader kesehatan dalam peningkatan perilaku keschatan ibu dan anak, khususnya kesehatan gigi guna mempersiapkan generasi bebas karies.

SUMMARY

The Effect of Self-Efficacy on of Community Health Cadres through their Cognitive, Affective Abilities and Motivation on Dental Health Behavior (Intervention of OHI-S Detection Model, Index of DMFT)

Niniek L. Pratiwi

Based on house hold survey in 1995 it showed that the community behavior in maintaining dental health was still low. The dental condition of the people who complained of having dental problems was very bad, which was shown by the fact that from out of 6-7 teeth which were in bad condition, 4-5 teeth had already been pulled out.

Because of the communities perception that there was no need of immediate treatment if they have dental problems, generally patients come to be treated when there is an inflammation around the gum and the cheek. The low level of dental health knowledge in society, the low behaviors of asking for treatment at health centres and hospitals. Based on national health survey in 1998, it showed that 87% of the community who complained of having dental problems did not receive any treatments, whereas only 12,3% who received treatment and 0.7% turned to traditional medicines.

Awareness of dental health in the community has been developed by school dental health program (UKGS), and rural community dental health (UKGMD) which is in the form of suggestion. To give comprehensive dental health service it was necessary to develop level of care dental health service model, so that health service institution should provide emergency based involving non-dental health caders (midwives, or nurses).

The detection model of OHI-S, DMFT index is a level of care model of caries, calculus detection which was carried out by health caders who cooperate with the dental

health providers at health centers Caders were expected to be able to detect and refer to health centre for caries cases on the crowns and also calculus cases of the community at the posyandu specially pregnant mothers, breast feeding mothers, eligible couple and children under five years old. The dental health providers at health centres rediagnose the references made by the caders and do the treatments according to the service standard at the public health centres.

The roles of health caders were expected to influence the dental health behavior in the targeted group of posyandu. However the caders themselves have to change their behaviors before they can ask the others to do the same. One of the theories related to behavioral change was self-efficacy.

This research was to find out the effect of self-efficacy through a process of cognitive, affective abilities and motivation on behavioral change of caders, considering that the role of self-efficacy influencing the thinking proces or cognitive, affective abilities and motivation are very great The effect of increase in cognitive, affective abilities and motivation on health behavioral change can directly.

This research was an quasi experimental research using pre-post test group design. The intervention was the increase of dental health knowledge and caries, calculus detection training for caders. The caders also get dental health behavior by using Confirmatory Factor Analysis (CFA).

Based on the findings it was concluded that (1). there was a significant increase of self-efficacy after the intervention of index OHI-S, DMFT detection model; (2). there was a significant increase on the cognitive, affective abilities and motivation after intervention: (3). there was a significant increase of healthy dental behavior after

intervention, (4). self-efficacy has a positive and significant effect on cognitive, affective abilities and motivation; (5). cognitive abilities, motivation and affective ability has a positive and significant influence on healthy dental behavior;

The significance of the research original theoretically was the effect of self-efficacy on the process of cognitive, affective abilities and motivation of the health caders on influencing dental health behavior of the targeted group in the posyandu. Therefore this theory can be used for the Ministry of Health on programs of improving mothers and children's dental health behaviors through participation of health caders in preparing the future generation who will be free from caries.

ABSTRACT

The Effect of Self Efficacy of Community Health Caders through their Cognitive, Affective Abilities and Motivation on Dental Health Behavior (The Intervention of OHI-S Detection Model, DMFT Index)

Niniek L. Pratiwi

The community indifference with the behavior of keeping the oral hygiene has influenced the rate of dental aches. Health cadres as representatives of health providers were expected to inform people to try to prevent from getting problems with their teeth and to promote dental care in their areas. Through detection model intervention OHI-S, DMFT index it was expected that *self-efficacy* was increased through cognitive, affective abilities and motivation, so that cadres can promote dental health behavior at posyandu. *Self-efficacy* was the confidence a person feels about performing a particular activity, including confidence in overcoming the barriers in performing that behavior.

The research was quasi experimental with *pre post test group design*. This study on the district of Gondang wetan Pasuruan Regency East Java Provinsi. Sample of the study 92 health cadres.Training of methode: coaching, role playing, and problem based learning. Data analysis for a significant increase of self efficacy after the intervention with statistical Hotelling'S Trace. The effect of *self-efficacy* of cadres through a process of cognitive, affective abilities and motivation on behavioral change of dental health was done with Structure Equation Models (SEM).

From the findings of the research, it was concluded that. (1) there was a significant increase of *self-efficacy* after the intervention, (2) there was a significant of cognitive, affective abilities and motivation of the cadres after intervention, (3) there was a significant increase in dental health behavior after intervention, (4) *self-efficacy* has a positive and significant effect on the Cognitive, affective abilities and motivation of the health cadres, (5) the cognitive, motivation and affectiveness of the cadres have a positive and significant effect on dental health behavior.

This research using *self-efficacy* through cognitive, affective abilities and motivation on dental health behavior was expected to be useful for the Ministry of Health program of increasing mothers' and children's dental health behaviors through the participation of health cadres to prepare to the future generation who will be free from any caries.

Keywords:Self efficacy, cognitive, affective abilities and motivation, dental health behavior, detection model OHI-S, DMFT index.

DAFTAR ISI

HALAMAN

Sampul Depan i
Sampul Dalam ii
Prasyarat Gelar iii
Persetujuan iv
Penetapan Panitia v
UCAPAN TERIMA KASIH vi
RINGKASAN ix
SUMMARY xii
ABSTRACT xv
DAFTAR ISI xviii
DAFTAR GAMBAR xx
DAFTAR TABEL xxi
DAFTAR SINGKATAN xxii
DAFTAR LAMPIRAN xxiii

BAB I PENDAHULUAN
1.1. Latar Belakang Masalah 1
1.2. Rumusan Masalah 17
1.3. Tujuan Penelitian 17
1.4. Manfaat Penelitian 18

BAB II TINJAUAN PUSTAKA DAN LANDASAN TEORI
2.1. Pengertian *self efficacy* 20
2.2 .Mekanisme *self efficacy* dalam perilaku kehidupan manusia 22
2.3. Penerapan *self efficacy* dalam model kognitif yang lain 33
2.4. Sumber informasi mengenai *self efficacy* 41
2.5. Peranan faktor kendali diri pada *self efficacy* 44
2.6. Peranan faktor situasional pada *self efficacy* 45
2.7. Hubungan *Self efficacy* dengan Orientasi Tujuan 45
2.8. Teori Motivasi 49
2.9. Teori Komitmen 51
2.10. Teori Kerjasama 52
2.11. Karies gigi 53
2.12. Penegakan diagnosis karies 56
2.13. Karang Gigi 57
2.14. Plak dan Debris 58
2.15. Indeks DMFT dan OHI-S 60

BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN
3.1 Kerangka Konseptual 61

3.2 Hipotesis Penelitian.. 67

BAB IV,METODE PENELITIAN
4.1. Rancangan Penelitian.. 68
4.2. Kerangka Operasional.. 72
4.3. Kerangka Analisis.. 76
4.4 Lokasi Penelitian 78
4.5. Populasi, Sampel, Besar Sampel Penelitian. 78
4.6. Klasifikasi Variabel dan Definisi Operasional Variabel.. 80
4.7. Model Deteksi OHI-S,DMF indeks.. 85
4 8. Instrumen Penelitian.. 87
4.9. Jenis dan Cara Pengumpulan Data.. 90
4.10. Cara Pengukuran.. 91
4.11. Cara Analisis Data.. 95
4.12.Model dan Teknik analisis Data.. 96

BAB V HASIL DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN
5.1.Karakteristik Responden.. 102
5.2.Hasil Analisis.. 103

BAB VI PEMBAHASAN.. 121

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN..
7.1.Kesimpulan.. 138
7.2.Saran.. 139

DAFTAR PUSTAKA .. 140

DAFTAR GAMBAR

HALAMAN

1. Gambar 1 1. Berbagai Faktor yang Mempengaruhi prevalensi Karies Gigi 16
2.Gambar 2 1 Pertimbangan Tindakan Perilaku.. 32
3 Gambar 2.2 . *Theory of Planned Behavior*, sumber Ajzen, dikutip oleh Montano33..... 33
4..Gambar 3.1. Kerangka Konseptual 61
5.Gambar 4.1. Kerangka Operasional 72
6.Gambar 4.2 Kerangka Analisis.. 76
7.Gambar 4 3.Model Deteksi OHI-S, DMF Indeks..... 85
8 Gambar 5 1.Pengukuran Konstruk *Self Efficacy*..... 106
9.Gambar 5.2.Pengukuran Konstruk Kemampuan Kognitif 107
10.Gambar 5.3.Pengukuran Konstruk Motivasi..... 108
11.Gambar 5 4 Pengukuran Konstruk Afektif. 109
12.Gambar 5 5.Pengukuran Konstruk Perilaku Sehat Gigi..... 110
13.Gambar 5 6.Pengukuran Konstruk Model Teori..... 118

DAFTAR TABEL

HALAMAN

1. Tabel 5.1. Distribusi Responden Menurut Umur..... 102
2. Tabel 5.2. Distribusi Responden Menurut Tingkat pendidikan..... 102
3. Tabel 5.3. Distribusi Responden Menurut Lama Menjadi Kader..... 103
4. Tabel 5.4. Distribusi Responden Menurut Alasan Menjadi Kader..... 103
5. Tabel 5.5. Distribusi Responden Menurut Perolehan Dukungan dari Keluarga..... 104
6. Tabel 5.6. Distribusi Responden Menurut perolehan Dukungan Toma 104
7. Tabel 5.7. Distribusi Responden Menurut Keaktifan Kader..... 104
8. Tabel 5.8. *Loading Factor* Pengukuran *self efficacy*..... 106
9. Tabel 5.9. *Loading Factor* Pengukuran Kemampuan Kognitif..... 107
10 Tabel 5.10. *Loading Factor* Pengukuran Motivasi..... 108
11 Tabel 5.11. *Loading Factor* Pengukuran Afektif..... 109
12 Tabel 5.12. *Loading Factor* Pengukuran Perilaku Sehat Gigi..... 110
13. Tabel 5.13. Hasil Uji Hipotesis Pertama (H1)..... 111
14. Tabel 5.14. Perubahan yang Paling Bermakna dari Indikator *Self Efficacy* sebelum dan setelah pelatihan..... 112
15. Tabel 5.15. Pengaruh karakteristik Kader terhadap *self efficacy*..... 113
16. Tabel 5.16 Hasil Uji Hipotesis Ke Dua (H2)..... 114
17. Tabel 5.17 Perubahan yang paling bermakna dari Indikator Kemampuan Kognitif Setelah Intervensi..... 114
18. Tabel 5. 18 Perubahan yang paling bermakna dari Indikator Motivasi Setelah Intervensi 115
19. Tabel 5.19 Perubahan yang paling bermakna dari Indikator Afektif Setelah Intervensi..... 115
20. Tabel 5.20. Hasil Uji Hipotesis ke Tiga (H3)..... 116
21. Tabel 5.21 Perubahan yang paling bermakna dari Indikator Perilaku Sehat Gigi Setelah Intervensi..... 116
22. Tabel 5.22 . Hasil Hipotesis ke Empat (H4)..... 117
23 Tabel 5.23 Hasil Uji Hipotesis ke lima (H5)..... 117
24. Tabel 5.24 Evaluasi Model Deteksi OHI-S, DMF Indeks..... 119
25. Tabel 5.25 Rerata Indeks OHI-S, DMFT Indeks Bumil, Buteki,PUS, Balita yang dirawat di puskesmas Gondang Wetan Kab. Pasuruan.. 120

DAFTAR SINGKATAN

OHI-S :*Oral Hygiene Index-Simplified*

DMFT :*Decay Missing FillingTeeth*

Decay : gigi karies, tumpatan dengan karies (karies sekunder)

Missing : gigi yang dicabut karena karies

Filling :gigi karies yang telah ditumpat dengan baik

TOT :*Trainer of the trainer*

Dep.Kes R.I :Departemen Kesehatan Republik Indonesia

HBM :*Health Belief Model*

PUS :Pasangan Usia Subur

SKRT :Survei Kesehatan Rumah Tangga

SUSENAS :Survei Kesehatan Nasional

PBL :*Problem Based Learning*

Bumil :Ibu Hamil

Buteki :Ibu Meneteki

Balita :Bawah Lima Tahun

SEM :*Structural Equation Modeling*

CFA :*Confirmatory Factor Analysis*

KKG :Kartu Kesehatan Gigi

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1.	149
Kelayakan Etik Penelitian	
Izin Penelitian..	
Kuesioner Persetujuan responden	
Foto pada saat pelatihan kader kesehatan posyandu	
Lampiran 2	157
Kuesioner Penelitian Disertasi:	
1 Kuesioner *Self Efficacy* Kader kesehatan	
2 Kuesioner Motivasi	
3.Kuesioner Kognitif	
4.Kuesioner Afektif	
5.Kuestoner Perilaku Sehat gigi	
Lampiran 3	174
Reabilitas dan Validitas Data Uji coba kuesioner.....	
Lampiran 4	203
Pengolahan Data :	
Lampiran 5	
Kartu Kesehatan Gigi	277
Buku Petunjuk Pengisian Kartu Kesehatan Gigi	Terpisah
Buku Pegangan Kesehatan Gigi dan Kiat Menjaga Kebersihan Mulut	Terpisah
Menjaga Kesehatan Gigi dan Nutrisi yang Baik Bagi Anak/Ibu Hamil	Terpisah
Menuju Puncak Prestasi (Sorga di bawah telapak kaki ibu)	Terpisah

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

BAB I

PENDAHULUAN

I.1.Latar Belakang Masalah

Gigi merupakan bagian dari organ tubuh manusia yang berfungsi untuk proses pengunyahan, memotong, menghaluskan makanan dan membantu dalam pembentukan konsonan bicara dan bagian dari penyangga rahang secara keseluruhan. Gigi juga berfungsi sebagai estetika wajah. Fungsi gigi dapat berkurang dalam peranannya jika terjadi gangguan pada kesehatan gigi.

Gigi dapat berfungsi karena dialiri berbagai jenis pembuluh darah kecil dan saraf yang berhubungan dengan organ tubuh lainnya. Oleh karenanya jika terjadi infeksi pada gigi, maka kuman pada gigi dapat terbawa mengikuti alitan darah ke organ tubuh lainnya seperti mata, otak, jantung dan ginjal. Dengan demikian gigi juga merupakan *focus* infeksi.

Penyakit karies masih merupakan masalah kesehatan yang penting di negara berkembang, berkembangnya menunjukkan peningkatan. Angka status karies gigi DMFT indeks, menunjukkan peningkatan pada tahun 1997 dari hasil SKRT pada kelompok umur 18 tahun 2,68, sedangkan pada kelompok umur 35-44 tahun adalah 6,09. Hasil SKRT Th 1997 menyimpulkan bahwa penyakit karies menduduki urutan ke enam dari yang dikeluhkan masyarakat, demikian pula hasil UKS Th 1990 menyebutkan penyakit karies menduduki urutan pertama dari yang dikeluhkan siswa sekolah. Upaya mempertahankan kesehatan gigi pada kelompok masyarakat juga

sangat rendah, terbukti dengan 76,5% gigi berlubang dibiarkan (Dirjen Binkesmas. Dep.Kes RI 1999)

Rendahnya perilaku masyarakat dalam menjaga kebersihan mulut. Hal ini didapat dari hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1995 menunjukkan bahwa masyarakat yang mengeluh sakit gigi datang berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan gigi sudah dalam keadaan terlambat Ini terlihat dari rata-rata 6-7 gigi yang rusak, rata-rata 4-5 gigi sudah dicabut.

Persepsi masyarakat bahwa sakit gigi tidak perlu segera diobati, penderita pada umumnya datang berobat setelah terjadi pembengkakan pada daerah gusi dan pipi Rendahnya pengetahuan kesehatan gigi masyarakat, mengakibatkan perilaku mencari pengobatan ke puskesmas maupun Rumah Sakit juga rendah. Data Survei kesehatan Nasional (Susenas) 1998, yang menyatakan bahwa 87% masyarakat yang mengeluh sakit gigi tidak berobat, sedangkan yang berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan hanyalah 12,3% dan yang mencari pengobatan tradisional 0,7%

Magnitude keluhan sakit gigi terdapat di pulau Jawa, di Jawa Barat 417.420 penderita, di Jawa Tengah 383. 600 penderita, dan di Jawa Timur 521.793 penderita pada tahun 1997. Di luar Jawa *magnitude* keluhan sakit gigi jauh lebih rendah Pelayanan kesehatan gigi yang hanya menitikberatkan pada kebutuhan pengobatan dari masyarakat tidak akan memutuskan mata rantai terjadinya penyakit gigi (Kristanti, dkk 1997). Upaya Kesehatan gigi sampai saat ini belum dapat berjalan secara optimal oleh karena adanya berbagai kendala, baik sarana, tenaga, biaya operasional, maupun kondisi sosial ekonomi masyarakat. Oleh karena itu Departemen Kesehatan R I menganjurkan mengembangkan suatu model pelayanan berlapis (*level*

of care) sesuai sumber daya yang ada meliputi *Primary Oral Health Care* dan sistim rujukan berjenjang. Pelayanan berlapis dan rujukan berjenjang terdiri dari *Basic emergency care, Preventive care, Self care, Simple care, Moderate care* dan *Complex care* (Dep.Kes R.I, 2000).

Tingkat kebersihan mulut masyarakat dapat dilihat dari *Oral hygiene indeks simplified* (OHI-S) yang terdiri dari indeks debris dan indeks karang gigi. Karang gigi merupakan salah satu faktor penyebab penyakit jaringan penyangga gigi atau periodontitis. Laporan Dep.Kes R.I th 1994 menyatakan penyakit jaringan penyangga gigi (28,32%) ini menduduki urutan ke dua dari angka kesakitan penyakit gigi dan mulut.

Karies gigi adalah suatu proses penyakit bakterial atau infeksi pada jaringan keras gigi, yang lokasinya sangat karakteristik, progresif, dan adanya molekuler disintegrasi dari struktur gigi. Proses ini terjadi karena adanya interaksi berbagai faktor (multifaktor) yang melibatkan adanya *agent* (jasad renik), inang (gigi), lingkungan atau pola makan (diet), kebersihan rongga mulut. Untuk sampai terjadinya lesi karies membutuhkan adanya waktu (Rossen, 1991). Teori yang terakhir menyatakan bahwa proses terjadinya karies dapat dihambat oleh respons imun yang efektif (Lehner, 1995). Berbagai faktor penyebab karies gigi tersebut saling berinteraksi, berkaitan dan masing-masing mempunyai peranan tertentu. Pengukuran kerentanan pasien terhadap karies dapat dilakukan dengan menghitung jumlah gigi berlubang, hilang atau tambal yang dikenal dengan indeks *Decay Missing FillingTeeth* (DMF T) (WHO, 1987).

Masih tingginya angka karies kemungkinan sangat terkait dengan pola kebiasaan makan yang salah dan beberapa perilaku seperti masyarakat lebih menyukai jajanan manis, kurang berserat dan mudah lengket. Perilaku waktu menyikat gigi yang salah karena dilakukan pada saat mandi pagi dan mandi sore dan bukan sesudah makan pagi dan menjelang tidur malam (Pratiwi, 1993). Padahal menyikat gigi menjelang tidur sangat efektif untuk mengurangi karies gigi (Rubianto, 1998).

Pola makan atau diet berhubungan dengan terjadinya karies gigi. Hasil penelitian epidemiologi menyatakan masyarakat yang banyak mengkonsumsi makanan yang berserat cenderung mengurangi terjadinya karies daripada masyarakat yang mengkonsumsi makanan yang lunak dan banyak mengandung gula (Kidd dan Bechal, 1992). Pola makan pada negara berkembang seperti di Indonesia khususnya di perkotaan cenderung mengkonsumsi makanan lunak. Berbeda dengan negara maju, misalnya Amerika dan Jepang yang masyarakatnya banyak mengkonsumsi makanan berserat, angka kejadian karies lebih rendah dibandingkan di negara berkembang (Yuliatu, 2000).

Di sisi lain, adanya persepsi masyarakat yang menyatakan bahwa penyakit gigi tidak mengakibatkan kematian menyebabkan kurangnya kepedulian menjaga kebersihan mulut dan mendudukkan masalah gigi pada tingkat kebutuhan sekunder yang terakhir. Padahal gigi merupakan fokus infeksi terjadinya penyakit sistemik, antara lain penyakit ginjal dan jantung. Kebiasaan masyarakat terpencil seperti penandaan tingkat kedewasan seorang perempuan dengan cara pangur semakin meningkatkan angka karies.

Kurangnya tenaga kesehatan gigi (dokter gigi, perawat gigi) dari laporan Departemen Kesehatan akhir Pelita V yang hanya 6.914 petugas kesehatan di Indonesia, yang berarti satu petugas kesehatan menangani kurang lebih 29.000 orang. Di tambah lagi dengan permasalahan distribusi petugas kesehatan yang tidak merata. Pada akhir pelita VI tahun 1998, dari 7243 puskesmas, 75,85% (5474) puskesmas sudah melaksanakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut dengan rasio dokter gigi per puskesmas adalah 0,69; rasio perawat gigi per puskesmas 0,29; rasio peralatan *dental status* per puskesmas 0,48; rasio peralatan *dental mobile* per puskesmas 0,50. Dari data ini terlihat masih terbatasnya sarana pelayanan professional, sehingga masih banyak masyarakat yang berobat ke tenaga non professional antara lain tukang gigi (Dep.Kes 2000).

Beberapa upaya telah dilakukan oleh pemerintah untuk menurunkan karies, tingkat kebersihan mulut melalui program penyelenggaraan upaya kesehatan gigi dan mulut, yang merupakan salah satu kegiatan pokok puskesmas yang bersifat menyeluruh, terpadu dan meliputi upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan. Pemberdayaan kesehatan gigi pada masyarakat juga dikembangkan program usaha kesehatan gigi sekolah (UKGS), dan usaha kesehatan gigi masyarakat desa (UKGMD). UKGMD hanya sebatas himbauan belum terlaksana baik struktur, fungsi dan sarananya. Untuk memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang menyeluruh perlu dikembangkan suatu model pelayanan kesehatan gigi berlapis (*level of care*), sehingga institusi pelayanan kesehatan harus dapat menyediakan pelayanan pertolongan pertama (darurat dasar) yang melibatkan tenaga non dental (bidan atau perawat).

Menyimak dari data di atas, diperlukan peran serta masyarakat dalam menanggulangi penyakit karies dan meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan gigi di puskesmas. Peran serta masyarakat dengan pemberdayaan kader kesehatan posyandu diharapkan akan lebih memudahkan dan tepat pada sasaran posyandu Mengingat program posyandu selama ini sudah cukup berhasil dengan pogram KB, peningkatan gizi masyarakat, Kesehatan ibu dan anak, dengan lima meja pelayanan.

Keterlibatan kader kesehatan dalam upaya pencegahan karies, karang gigi pada masyarakat diwilayahnya sebaiknya bekerjasama dengan petugas kesehatan Kerjasama masyarakat, kader dan petugas kesehatan dalam suatu model berjenjang, seperti yang dianjurkan departemen kesehatan dalam *level of care*. Model yang dirasa tepat untuk ini adalah model deteksi OHI-S, DMFT indeks. Apalagi pengembangan model ini belum tercakup dalam program UKGS maupun UKGMD yang ada selama ini.

Model deteksi OHI-S, DMFT indeks ini merupakan suatu model penjaringan berlapis yang terintegratif antara kader kesehatan di posyandu, petugas kesehatan gigi di puskesmas, masyarakat pengunjung posyandu. Kader diharapkan mampu mendeteksi dan merujuk karies pada permukaan mahkota gigi, karang gigi masyarakat pengunjung posyandu. Ibu hamil, ibu menceteki, PUS, dan anak balita yang telah dperiksa oleh kader kesehatan kemudian dirujuk ke puskesmas untuk didiagnosis ulang oleh petugas kesehatan gigi di puskesmas dan mendapatkan perawatan sesuai standar pelayanan yang ada di puskesmas. Model ini juga menghasilkan beberapa buku pegangan untuk kader kesehatan, Kartu kesehatan gigi

sebagai rekam medik dan kartu rujukan, koordinasi, sistem evaluasi dan monitoring dengan bentuk pelaporannya

Agar dapat melaksanakan pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut sasaran posyandu, para kader telah diberi beberapa pelatihan *knowledge attitude* dan *practice* tentang kesehatan gigi dengan metode pelatihan *problem based learning, role playing dan coaching*. Kader juga dibekali beberapa buku pegangan, dan kartu kesehatan gigi anak dan peralatan untuk pemeriksaan gigi seperti: kaca mulut dan Nier Beken saja. Peralatan ini disimpan di posyandu dengan penanggung jawab bidan desa. Bidan desa sebagai koordinator kader dalam pengaturan pemeriksaan gigi dan penyuluhan kesehatan gigi oleh kader pada sasaran posyandu. Deteksi karies dalam hal ini adalah menemukan kasus karies gigi pada fase belum terjadi lubang, yaitu masih berupa bercak hitam pada mahkota gigi dan *fissure*. Deteksi karies, metode ini adalah secara visual, bukan dengan bahan deteksi karies seperti bahan Fujiyama, yaitu berdasar pada perubahan bahan warna ungu pada jaringan karies.

Buku pegangan kader dapat digunakan sebagai pegangan bagi kader kesehatan dalam memberikan penyuluhan pada kelompok sasaran posyandu. Buku pegangan kader berisi materi tentang: untuk pengetahuan tentang penyakit karies, karang gigi dan penyakit gusi serta berbagai upaya pencegahannya dan nutrisi yang baik untuk kesehatan gigi beberapa faktor yang dapat meningkatkan penyakit karies oleh karena perubahan hormonal pada kondisi kehamilan, ibu menetcki dan kondisi gigi pada anak balita Selain buku pegangan kader ada pula buku saku 'Kiat menjaga kesehatan gigi'. Buku saku ini lebih sederhana dan lebih mudah membawanya

Buku pegangan kesehatan gigi ini juga dapat berfungsi pula sebagai bahan penyuluhan pada para pengunjung posyandu sehingga diharapkan dapat meningkatkan kepedulian akan kesehatan gigi dan mulut. Kartu Kesehatan Gigi sebagai kartu status kesehatan gigi (rekam medik) dapat berfungsi pula sebagai alat rujukan dengan disertakannya pula buku petunjuk pengisiannya, diharapkan masyarakat mendapatkan perawatan sesuai diagnosis tenaga kesehatan gigi di puskesmas. Perbedaan Kartu Kesehatan Gigi untuk pengunjung posyandu materi pokok tetap sama dengan Kartu kesehatan gigi anak (KKGA) untuk siswa sekolah, hanya untuk pengunjung posyandu ada beberapa perubahan mendasar disesuaikan pada kelompok sasaran ibu hamil, ibu menetek dan anak balita.

Peran serta kader kesehatan posyandu diharapkan dapat merubah perilaku masyarakat sasaran posyandu, baik perilaku menjaga kebersihan mulut maupun perilaku pencarian pengobatan gigi ke puskesmas atau unit pelayanan kesehatan lainnya. Salah satu teori belajar sosial yang terkait dengan perubahan perilaku adalah *self efficacy*. Dalam teori pembelajaran sosial *self efficacy* merupakan bagian dari variabel personal. Menurut teori belajar sosial, variabel personal dan lingkungan sosial saling berinteraksi untuk menentukan bentuk perilaku.

Self efficacy seperti yang dikatakan oleh Bandura (1982:122-123), bukanlah sekedar estimasi yang kaku mengenai tindakan seseorang. Keyakinan seseorang mengenai kemampuannya berfungsi sebagai seperangkat faktor penentu dari bagaimana seseorang tersebut berperilaku, bagaimana cara berpikirnya, serta bagaimana reaksi emosionalnya yang ditunjukkannya dalam mengatasi situasi

tertentu Jadi, perasaan *self efficacy* timbul dari penilaian kognitif mengenai kemampuan yang dimiliki oleh seseorang dikutip oleh Schwarzer R, Renner B, 2000.

Self efficacy, schubungan dengan lingkungan seseorang tidaklah sebatas pengetahuan tentang apa yang harus dilakukan, atau sekedar menentukan tindakan yang tepat atau tidak tepat untuk dilakukan. Lebih dari itu, *efficacy* meliputi kemampuan kognitif, kemampuan sosial dan ketrampilan berperilaku yang harus di atur dalam suatu rangkaian tindakan yang terintegrasi untuk mencapai tujuan tertentu (Bandura :1986:391). Selanjutnya, Bandura (1986:393) menyatakan bahwa keputusan seseorang untuk menentukan aktivitas hidupnya dan pemilihan untuk memasuki lingkungan sosial tertentu, sebagian ditentukan oleh pertimbangan dari personal *efficacy*nya Mereka akan melaksanakan tugasnya jika mereka yakin mampu melakukannya. Dalam teorinya yang lebih disempurnakan, Bandura (1989:1175-1177) menyatakan bahwa *self efficacy* berfungsi sebagai suatu determinan atau faktor penentu yang penting dari motivasi, afektif, dan tindakan manusia.

Berdasarkan kajian teori yang telah disebutkan terdahulu, maka penelitian ini mencoba menyimpulkan suatu hipotesis sementara adanya pengaruh *Self efficacy* melalui proses kemampuan kognitif, motivasional, dan afektif berakibat pada suatu tindakan atau perilaku

Peningkatan KAP pada kader kesehatan, diharapkan dapat meningkatkan *self efficacy* kader. Peningkatan KAP diharapkan sebagai sumber informasi yang dapat meningkatkan *self efficacy* kader. Dengan meningkatnya *self efficacy* pada kader maka, kader akan lebih tangguh dalam menghadapi berbagai rintangan yang dihadapi dalam mencapai tujuan. Hal ini dapat tercapai apabila kader mempunyai peningkatan

dalam kemampuan kognitif, motivasi dan afektif, sehingga kader dapat lebih berperan dalam perubahan perilaku masyarakat pada kelompok sasaran posyandu yang sangat heterogen.

Pada tahapan jangka panjang model ini diharapkan dapat meningkatkan perilaku menjaga kebersihan mulut, perilaku pencarian pengobatan ke unit pelayanan kesehatan gigi sehingga tercapai upaya pencegahan penyakit gigi dan mulut untuk menurunkan indeks karies, dan peningkatan indeks tingkat kebersihan mulut. Namun sebelum kader mengajak orang lain berubah perilaku sehat gigi, ia terlebih dahulu harus berubah perilakunya. Peran kader kesehatan dalam model deteksi OHI-S, DMFT indeks perlu dikaji dalam penelitian. Apakah model dengan peningkatan KAP ini dapat meningkatkan *self efficacy* kader ?. Apakah *self efficacy* berpengaruh melalui kemampuan kognitif, motivasi dan afektif kader kesehatan terhadap perilaku sehat gigi?. Mengingat bahwa peran *self efficacy* dalam perubahan perilaku kesehatan dapat mempengaruhi secara langsung tanpa melalui sikap terhadap perilaku itu sendiri dan norma subjektif yang ada di masyarakat.

Penelitian ini mencoba memecahkan permasalahan akan kurangnya tenaga kesehatan dengan memanfaatkan kader kesehatan di posyandu dalam mengidentifikasi penyakit karies, karang gigi dan penyakit gusi dengan deteksi dini pada kasus karies yang terletak pada permukaan fisur gigi. Dengan harapan bahwa kader kesehatan gigi ini mempunyai cukup waktu pada saat kunjungan rumah. Pemeriksaan Gigi dan penyuluhan cara menyikat gigi oleh kader diikutkan jadwal kegiatan di posyandu. Dengan dasar pertimbangan lainnya bahwa kader kesehatan gigi dengan latar belakang pendidikan yang cukup memadai mampu untuk

mendeteksi penyakit karies, karang gigi dan penyakit gusi. Kemampuan kader kesehatan ini dilihat seberapa besar *self efficacy* yang dimiliki dapat mempengaruhi kemampuan kognitifnya, motivasinya dan afektif kader terhadap perubahan perilaku sehat gigi.

Model deteksi OHI-S, DMFT indeks pelayanan kesehatan gigi, telah pernah kami kembangkan dengan melibatkan peran serta aktif guru UKGS, dengan sasaran siswa sekolah dasar yang memberikan hasil peningkatan cakupan preventif, kuratif 82% di Puskesmas. Hasil uji sensitivitas dan spesifisitas dari diagnosis oleh guru UKGS untuk karies gigi masing-masing 90,5% dan 85,5% dalam arti bahwa hasil diagnosis karies gigi oleh guru UKGS dengan instrumen kartu kesehatan gigi anak (KKGiA) mendekati kebenaran setelah didiagnosis ulang oleh tenaga kesehatan gigi di Puskesmas, dimana guru dengan instrumen KKGA dapat mendeteksi kasus sakit karies dan kasus sehat.

Pada penelitian ini akan dicoba untuk mengembangkan pada kader kesehatan dengan melihat *self efficacy* yang dimiliki kader Posyandu. Program Posyandu ini mulai dikembangkan pada tahun 1983, dimana program posyandu dilaksanakan atas dasar kemampuan dan swadaya masyarakat dalam upaya untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga, khususnya kesejahteraan ibu dan anak, dalam rangka menurunkan tingkat kelahiran, kesakitan dan kematian yang dikenal dengan lima meja pelayanan.

Dari hasil laporan Pedoman kerja Puskesmas Dep .Kes, 1999 dikatakan bahwa angka *drop out* kader merupakan salah satu kendala yang dihadapi semua daerah. Kader yang ada sekarang tidak efektif sehingga banyak kader yang *droup out* dan

ADLN Perpstakaan Universitas Airlangga

tidak mampu mengubah perilaku sehat masyarakat diwilayahnya, sehingga diperlukan kader yang lebih professional untuk mengatasi masyarakat yang heterogen. Peningkatan *Knowledge, Attitude*, dan Psikomotor (KAP) diperlukan dalam peningkatan *self Efficacy* kader. Diharapkan kader dengan *self efficacy* yang semakin tinggi dapat mengubah perilaku sehat gigi masyarakat.

Kader *drop out* adalah mekanisme yang alamiah, karena pekerjaan yang didasari sukarela tentu saja secara kesisteman tidak mempunyai ikatan yang kuat Namun sikap yang bijak adalah bila kader *droup out*, pengetahuan dan ketrampilannya tidaklah hilang tetapi tetap akan berguna paling tidak bagi keluarga dan tetangganya Hasil penelitian dari Sarwono S, 1988 kader aktif hanya 3-5 orang per posyandu.

Hasil studi eksplorasi awal, dengan tehnik *Focus group discussion* pada kader kesehatan, PLKB, Ibu PKK dan LKMD diperoleh kesimpulan bahwa kader kesehatan cukup mampu dan mempunyai waktu yang cukup serta mempunyai potensi kedekatan secara sosial dengan masyarakat di wilayah kerjanya. Untuk mendapatkan data tentang analisis tugas dan wewenang kader dengan *indepth interview*. Beberapa hasil menunjukkan bahwa pada umumnya pendidikan kader 76,47% adalah tamat sekolah dasar. Tugas kader sebagai petugas akseptor KB, Penimbangan bayi, pemberian Vitamin pada balita dan ibu hamil dapat dilaksanakan dengan baik dan dapat mencapai target sesuai yang diharapkan. Pengalaman menjadi kader kesehatan posyandu 44,4% lebih dari 4 tahun. Pada Umumnya 100% kader mengatakan kesanggupan dan kemampuannya dalam deteksi dini karies, dan karang gigi pada kelompok sasaran pengunjung posyandu :ibu hamil, ibu menteki, PUS dan balita

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

sekaligus melaksanakan tugas rutin lainnya. Alasan kesanggupan karena para kader merasa mendapatkan tambahan pengetahuan dan ketrampilan.

Berdasarkan *curriculum based*, analisis tugas dan wewenang kader kesehatan, maka tehnik pelatihan dengan metode *problem based learning*, *role playing* dan *coaching* menjadi pertimbangan untuk dapat meningkatkan *knowledge*, *attitude* dan psikomotor kesehatan gigi dari kader. Dilaporkan oleh *population report* tahun 2003, adanya umpan balik yang positif dari seorang *trainers* dapat meningkatkan *self efficacy*. Adanya umpan balik dari *peers group* dapat membangun norma dan attitude baru. Dengan ke tiga tehnik ini, dapat memberikan contoh konkrit pada situasi yang nyata dengan contoh kasus, sehingga terjadi suatu umpan balik yang positif.

Peran serta kader kesehatan dalam pengembangan model deteksi OHI-S, DMFT indeks dengan melihat seberapa besar *self efficacy* yang dimiliki untuk suatu perubahan perilaku kader kesehatan yang diharapkan. Peransertanya dalam deteksi dini karies, sangat bermanfaat sebagai perpanjangan tangan petugas keschatan dalam menemukan kasus baru karies, karang gigi dan berbagai upaya preventif kesehatan gigi dan mulut. Perubahan perilaku yang diharapkan pada kelompok sasaran yaitu, ibu hamil, ibu meneteki, pasangan usia subur dan balita akan berperilaku menjaga kebersihan mulut dan membiasakan diri untuk memeriksakan keadaan kesehatan giginya setiap 6 bulan sekali ke dokter gigi. Instruksi *oral hygiene* dan pemeriksaan kesehatan gigi secara rutin di posyandu oleh kader kesehatan pada masyarakat sasaran posyandu diharapkan masyarakat terbiasa melakukan berbagai upaya preventif. Hal ini merupakan langkah terobosan dan terpadu untuk dapat

meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam mempersiapkan generasi yang lebih baik melalui keadaan bebas karies dan karang gigi.

Diharapkan kader kesehatan gigi dapat melakukan deteksi karies dan karang gigi pada ibu hamil, PUS, Ibu Meneteki dan anak Balita dan pada akhirnya tercapai apa yang telah ditargetkan oleh Program Kesehatan gigi dan mulut Dep.Kes RI maupun WHO sebagai suatu organisasi kesehatan dunia.

Penelitian ini diharapkan tidak berhenti hanya sampai pada penyusunan buku pegangan Kesehatan gigi dan mulut saja, namun diharapkan menghasilkan suatu kesinambungan berupa pembuatan suatu model yang melibatkan lintas sektor terkait.

Model deteksi OHI-S, DMFT Pelayanan kesehatan gigi dengan peran serta kader kesehatan, memerlukan dukungan peran lintas sektor terkait seperti :Karang taruna, aparat desa khususnya dalam sistem penjaringan, pendanaan, sistem evaluasi dan monitoring agar dalam pelaksanaannya tercipta suatu kesamaan persepsi. Peran serta kader dalam penelitian ini berdasar pada kemampuan kader yaitu *self efficacy* yang dimiliki kader. Diharapkan kader yang mempunyai *self efficacy* tinggi mempunyai kemampuan kognitif yang lebih baik sehingga ia dapat lebih tangguh menghadapi usahanya dengan tingkat risiko yang dihadapi di lapangan sebagai kader. Dengan kemampuan berpikir analitik yang lebih rasional dan efisien diharapkan dapat menimbulkan rasa senang terhadap tugasnya sehingga dapat mengurangi *drop out* kader. Selama ini keikusertaan kader kesehatan dalam program posyandu tidak berdasar pada kemampuan kader, sehingga banyak kader yang *drop out* 30-40% (Rimbawan S, 1990).

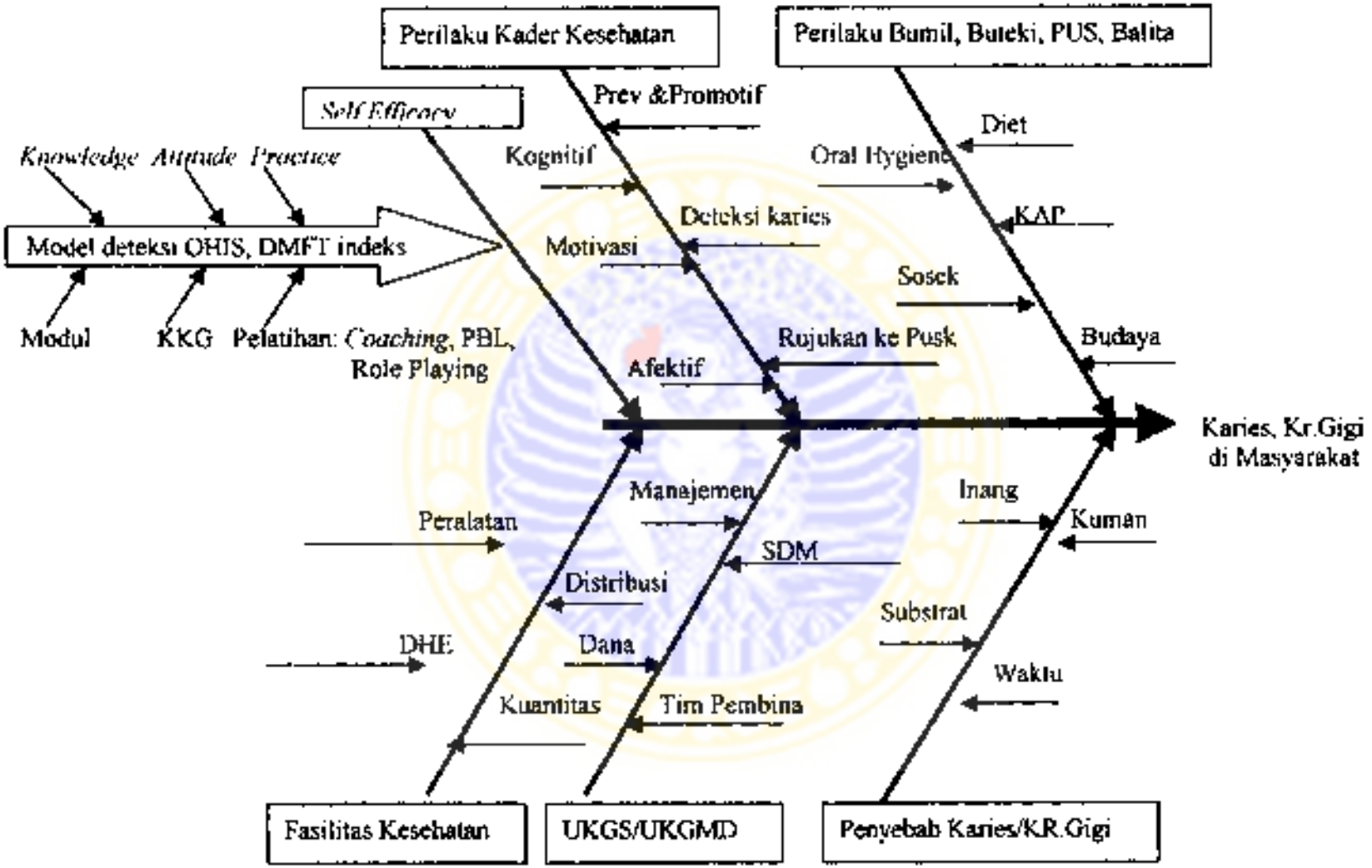
Bandura (Dikutip Lee & Bobko, 1994:361) mendefinisikan *self efficacy* sebagai pertimbangan seseorang atas kemampuan mereka untuk mengorganisasikan dan mengambil tindakan yang dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu tugas. Hal ini tidak berhubungan dengan keahlian yang dimilikinya tapi dengan pertimbangan bahwa dia mampu melakukan suatu tugas berdasar semua keahlian yang dimilikinya. Berdasarkan hal ini seseorang yang memiliki *self efficacy* tinggi dalam situasi tertentu akan mencurahkan perhatian dan usahanya sesuai dengan situasi yang ada, dan ketika menghadapi suatu situasi yang sulit dan membingungkan, individu ini akan mencoba menghadapinya dengan lebih tangguh

Self Efficacy mengacu pada kemampuan yang dirasakan untuk dapat berperilaku yang relevan dengan tugas atau situasi khusus (Pervin, 1984). Untuk memutuskan berperilaku tertentu atau tidak, seseorang tidak hanya mempertimbangkan informasi dan keyakinan tentang kemungkinan kerugian atau keuntungan saja, tetapi juga mempertimbangkan sampai sejauh mana dia dapat mengatur perilaku tersebut Menurut Bandura, 1989, tiga pertimbangan dibuat: a) harapan akan kemungkinan hasil dari perilaku (*Outcome expectancy*), b) harapan dapat berperilaku mumpuni yang relevan (*efficacy expectancy*), dan c) nilai hasil (*outcome value*) yang akan didapat Peningkatan pengetahuan, sikap, kemampuan dan ketrampilan tentang kesehatan gigi melalui model deteksi OHI-S, DMFT indeks akan dapat meningkatkan *self efficacy* seorang kader kesehatan di samping bahwa seorang kader kesehatan mempunyai kedekatan psikososial dengan masyarakat sekitarnya, apalagi jika seorang kader juga seorang tokoh masyarakat yang disegani. Seorang tokoh masyarakat mempunyai pandangan keyakinan berupa *behavioral beliefs* yaitu *guru*

digugu lan ditiru dalam pepatah bahasa jawa yang berarti seorang tokoh masyarakat akan menjadi panutan masyarakat disekitarnya. Berdasar *behavioral beliefs* ini diharapkan akan timbul suatu sikap berperilaku yang bersifat positif pada kader terhadap beberapa upaya pencegahan karies, debris, karang gigi dan gigi goyang.

Perilaku manusia sangatlah kompleks, dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Benyamin Bloom, 1908 seorang ahli psikologi pendidikan, membagi perilaku dalam 3 domain, yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan. Terbentuknya suatu perilaku baru, dimulai pada domain kognitif dengan pengkondisian ekspektasi, dalam arti si subyek 'tahu' terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi atau obyek di luarnya sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada subyek tersebut, dan selanjutnya menimbulkan respons batin dalam bentuk sikap si subyek terhadap obyek yang diketahuinya. Akhirnya rangsangan, yakni obyek yang telah diketahui dan disadari sepenuhnya tersebut, akan menimbulkan respons yang lebih jauh lagi, yaitu berupa tindakan terhadap atau sehubungan dengan stimulus atau obyek tadi. Ekspektasi yang merupakan aspek antisipasi perilaku sebagai determinan anteseden, yang dipengaruhi oleh pengalaman, bila dipelajari dan mendengarkan situasi orang lain yang dapat menimbulkan respons emosional ataupun respons fisik (Rosenstock, 1991).

Dengan analisis diagram *Fishbone* (Ishikawa, 1998), berbagai faktor tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:



Gambar 1.1. Berbagai Faktor yang Mempengaruhi Prevalensi Karies Gigi dan Karang gigi di Masyarakat

I.2.Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah, maka rumusan masalah yang diajukan adalah:

1.Apakah ada perbedaan *self efficacy* sebelum dan sesudah intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks kader kesehatan ?

2. Apakah ada perbedaan kemampuan kognitif, motivasi dan afektif kader kesehatan sebelum dan sesudah intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks ?

3. Apakah ada perbedaan perilaku sehat gigi kader kesehatan sebelum dan sesudah intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks ?.

4.Apakah *self efficacy* berpengaruh terhadap kemampuan kognitif, motivasi dan afektif kader kesehatan?

5.Apakah kemampuan kognitif, motivasi dan afektif kader kesehatan berpengaruh terhadap perilaku sehat gigi ?

I.3.Tujuan Penelitian

Tujuan umum: Menguji pengaruh *self efficacy* melalui kemampuan kognitif, motivasi, dan afektif kader dengan intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks terhadap perubahan perilaku sehat gigi.

Tujuan khusus:

1. Menguji perbedaan *self efficacy* sebelum dan sesudah intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks pada kader kesehatan
2. Menguji perbedaan kemampuan kognitif, motivasi dan afektif sebelum dan

sesudah intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks

3. Menguji perbedaan perilaku sehat gigi kader kesehatan sebelum dan sesudah intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks
4. Menguji pengaruh *self efficacy* terhadap kemampuan kognitif, motivasi dan afektif kader kesehatan.
5. Menguji pengaruh kemampuan kognitif, motivasi dan afektif kader terhadap perilaku sehat gigi

1.4. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian secara teoritik diharapkan sebagai sumbangsih bagi ilmu pengetahuan, dengan temuan baru tentang pengaruh *self efficacy* melalui kemampuan kognitif, motivasi, afektif kader kesehatan terhadap perilaku sehat gigi dengan suatu intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks.

Manfaat penelitian secara praktis untuk program posyandu diharapkan menjadi bahan kajian pengrekrutan kader dalam program posyandu dengan mempertimbangkan tingkat *self efficacy* kader dalam mengurangi angka *droup out* kader. Model deteksi OHI-S, DMFT indeks sebagai suatu inovasi baru diharapkan dapat meningkatkan perilaku menjaga kebersihan mulut, dan meningkatkan perilaku pencarian pengobatan ke unit pelayanan kesehatan gigi masyarakat. Pada akhirnya tercapai perubahan perilaku sehat gigi pada masyarakat sesuai yang dianjurkan kesehatan yaitu dapat menurunkan angka kesakitan gigi terutama karies gigi, karang gigi pada kelompok sasaran posyandu sehingga tujuan dari program posyandu untuk meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan ibu dan anak dapat tercapai.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian *Self efficacy*

Pengertian *self efficacy* dalam konteks ilmiah pertamakali diperkenalkan oleh Bandura (Sudarmadji, 1993 :121). *Self efficacy* merupakan salah satu elemen penting dalam teori kognitif sosial atau teori belajar sosial. Bandura (dikutip Schunk, 1991:121) mendefinisikan *self efficacy* sebagai pertimbangan seseorang terhadap kemampuannya mengorganisasikan dan melaksanakan beberapa tindakan yang diperlukan untuk mencapai perilaku tertentu. *Self efficacy* juga didefinisikan sebagai suatu pendapat atau keyakinan yang dimiliki oleh seseorang mengenai kemampuannya dalam menampilkan suatu bentuk perilaku dan hal ini berhubungan dengan situasi yang dihadapi oleh seseorang tersebut dan menempatkannya sebagai elemen kognitif dalam pembelajaran sosial

Self efficacy tidak berkenaan dengan ketrampilan yang dimiliki seseorang, namun berkaitan dengan pertimbangan seseorang tentang hal yang dapat dilakukan dengan berbekal ketrampilan apapun yang dimilikinya (Bandura, 1986:391). Watson et al, (1984:371) mengutip pendapat Bandura yang menyatakan bahwa *self efficacy* merupakan pertimbangan seseorang tentang kemampuannya mengatasi berbagai situasi. *Efficacy* berarti keefektifan memiliki kekuatan untuk memperoleh akibat yang diinginkan.

Menurut Mitchel et al (1994:426) *self efficacy* menunjuk kepada keyakinan individu bahwa dirinya dapat melakukan tindakan yang dikehendaki dalam situasi tertentu dengan berhasil. Hal ini sejalan dengan pendapat Bandura sendiri yang

menyatakan bahwa *self efficacy* adalah pendapat atau keyakinan yang dimiliki oleh seseorang mengenai kemampuannya dalam menampilkan suatu bentuk perilaku dan hal ini berhubungan dengan situasi yang dihadapi seseorang tersebut dan menempatkannya sebagai elemen kemampuan kognitif dalam pembelajaran sosial

Dalam pengertian berikutnya, Watson & Tharp (1993:426) menegaskan bahwa keyakinan *self efficacy* adalah penaksiran diri sendiri akan ketrampilannya sendiri dalam menghadapi suatu tugas. *Self efficacy* bukanlah keyakinan umum tentang diri sendiri, melainkan sebuah keyakinan khusus yang mengarah pada suatu tugas tertentu. Sesudahnya dinyatakan oleh Bandura (Dikutip Utomo, 1993:15) bahwa *self efficacy* merupakan keyakinan individu secara khusus akan kemampuannya dalam menampilkan perilaku pada situasi yang spesifik. Tingkat keyakinan ini bervariasi dari suatu situasi ke situasi lainnya serta bervariasi pula dari satu aktifitas ke aktifitas lainnya.

Wood dan Bandura menyatakan bahwa *self efficacy* menunjuk pada keyakinan individu akan kemampuannya untuk menggerakkan motivasi, sumber kognitif dan serangkaian tindakan yang diperlukan untuk menghadapi tuntutan situasi. Sementara itu, menurut Kanfer, 1988 *self efficacy* menunjuk pada pertimbangan kognitif yang kompleks tentang kemampuannya (*capability*) di masa mendatang yang diperlukan untuk mencapai tujuan. Lebih lanjut Kanfer menjelaskan bahwa *efficacy* mencerminkan pemahaman individu tentang performansi tersebut dan intensinya untuk alokasi usaha. Meskipun sangat tergantung pada kesanggupan (*ability*), kemampuan yang dimaksud oleh definisi *efficacy* juga mencerminkan prediksi

tentang seberapa keras individu akan berusaha dan integrasi kedua faktor tersebut (dikutip Mitchel et al, 1994:506).

Schunk (1991:21) mendefinisikan *efficacy* sebagai konstrak yang spesifik dan berbeda dengan konstrak *self concept* yang bersifat umum. *Self efficacy* merupakan penilaian seseorang tentang kompetensinya dalam situasi tertentu (Hofman et.al, 1994:252). Dengan kata lain *efficacy* berbeda untuk situasi yang berbeda. *Self efficacy* seorang atlet yang membutuhkan kemampuan fisik berbeda dengan *self efficacy* seorang ahli fisika dalam situasi yang menuntut kemampuan berpikirnya. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa *self efficacy* merupakan keyakinan individu terhadap kemampuannya melakukan tugas spesifik (Mitchel et al, 1994:506;Gist et al, 1989;884).

Dari berbagai definisi di atas, pengertian *self efficacy* adalah keyakinan individu bahwa dirinya mampu melakukan tugas tertentu atau keyakinan dapat melakukan sesuatu dalam situasi tertentu dengan berhasil. Dapat dikatakan bahwa *self efficacy* adalah keyakinan individu bahwa mereka dapat mengatasi dan menyelesaikan suatu tugas yang mungkin dapat membuat mereka gagal atau sukses.

2.2.Mekanisme *self efficacy* dalam perilaku kehidupan manusia

Dalam teori belajar sosial dari Bandura, *self efficacy* merupakan komponen penting dari serangkaian sistem diri (*self system*) manusia, dalam hal ini sistem diri merupakan pusat penentu hubungan timbal balik antara pribadi individu dengan lingkungan eksternal dalam perubahan perilaku (Hall et al, 1985:536-539).

Efficacy, sehubungan dengan lingkungan seseorang tidaklah sebatas pengetahuan tentang apa yang harus (akan) dilakukan, atau sekedar menentukan tindakan yang tepat atau tidak tepat untuk dilakukan. Lebih dari itu, *efficacy* meliputi kemampuan kognitif, kemampuan sosial, dan ketrampilan berperilaku yang harus diatur dalam suatu rangkaian tindakan yang terintegrasi untuk mencapai tujuan atau maksud tertentu (Bandura:1986:391).

Menurut WHO, (1988) ada empat alas an pokok yang menyebabkan seseorang berperilaku, yaitu , (1) pemikiran dalam bentuk pengetahuan, kepercayaan, sikap dan nilai, (2) orang penting sebagai referensi, (3) beberapa sumber daya, dan (4) kebudayaan.

Menurut paradigma Suchman, 1987, sekuensi peristiwa sakit dibagi atas 5 tingkat, yaitu 1 pengalaman dengan gejala sakit, 2 Penilaian terhadap peran sakit, 3 kontak dengan perawatan medis, 4 Jadi pasien, 5 Sembuh atau masa rehabilitasi. Model Suchman ini dalam upaya memahami keputusan seseorang yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dalam konteks sosial budaya. Pada saat seseorang mengalami sakit gigi dengan gejala cekot-cekot yang hebat sehingga menimbulkan pusing, pertama-tama yang ia lakukan mengobati sendiri untuk mengurangi rasa sakitnya. Kemudian kemungkinan terjadi respons positif, apabila ia akan meminta saran atau naschat pada orang tuanya, teman dan saudaranya. Pertimbangan selanjutnya ia mencoba mencari pusat pelayanan kesehatan sesuai informasi yang ia perolch untuk mendapatkan perawatan sampai ia secara medis dinyatakan sembuh. Sebaliknya jika mendapat respons negatif, ia akan tetap melakukan upaya pengobatan sendiri apalagi jika rasa cekot-cekotnya sudah hilang. Hilangnya rasa sakit cekot-

cekot untuk penyakit gigi bukan berarti ia telah sembuh, bahkan lubang giginya akan semakin besar.

Menurut teori Matthews, 1997 seseorang akan berperilaku sesuai yang kita harapkan apabila *effort*nya tidak mendapat rintangan terlalu besar, yang dapat dilihat dengan persamaan sebagai berikut: P=pi (1-e), dimana P adalah *purpose*, p=*probability*, I=*important*, e=*Effort*. Contoh perilaku menggosok gigi, maka untuk mendapatkan pasta gigi yang mengandung *fluor*, sikat gigi yang baik, kedua alat ini harus tersedia dan mudah didapat. Dengan melibatkan peran serta aktif kader kesehatan dalam perubahan perilaku, *effort* yang terjadi seminimal mungkin. Untuk mencapai ini perlu dukungan suami, tokoh masyarakat(toma), dan tenaga kesehatan puskesmas.

Berdasarkan konsepsi *social cognitive theory* perilaku merupakan suatu proses dinamik dan tergantung pada konsepsi lingkungan, konsepsi personal yang saling mempengaruhi satu dengan lainnya secara simultan, yang dikenal dengan istilah *Triadic* (Baranowski T et al, 1996). Melalui model deteksi OHI-S dan DMFT indeks dengan peran serta aktif kader kesehatan posyandu dalam peningkatan *self efficacy*, diharapkan tercipta suatu lingkungan yang kondusif, dalam arti tercipta suatu lingkungan yang sedemikian rupa sehingga setiap orang sadar akan pentingnya melakukan berbagai upaya pencegahan terjadinya karies gigi, seperti kecenderungan seorang anak mudah menirukan perilaku sekitarnya seperti orang tua, saudaranya, tetangga dan teman bermainnya. Dalam hal ini bagaimana penyampaian berbagai pesan baik cara menyikat gigi yang benar, serta tidak takut untuk dilakukan suatu perawatan oleh dokter gigi maupun perawat gigi sebagai hasil proses dari

observational learning. Dalam teori *learning organization* dari Peter senge, 1994 dikatakan bahwa mental model adalah hasil refleksi penalaran dari apa yang dia rasakan, alami, dan berdasarkan hasil pengamatan terhadap orang lain sesuai hasil penalarannya dan bisa berbeda pada setiap orang.

Kader kesehatan yang secara sosial lebih dekat dengan masyarakat di wilayah desanya seringkali sebagai orang yang dianggap lebih mengetahui tentang kesehatan dibandingkan masyarakat awam. Kader kesehatan sebagai perpanjangan tangan petugas kesehatan dapat lebih mudah diterima secara sosial dan diingat dalam penyampaian berbagai pesan upaya menjaga kesehatan gigi dan mulut. Modal utama pendekatan ini akan lebih berhasil dalam penyampaian berbagai pesan upaya preventif promotif maupun kuratif pelayanan kesehatan gigi. Apalagi jika kader bekerjasama dengan tokoh masyarakat, dimana tokoh masyarakat ini lebih mudah menciptakan suatu *reinforcement positive* maupun *negative* terhadap masyarakat sekitarnya. Kader kesehatan dengan masyarakat disekitar wilayah kerjanya ada interaksi sosial, *social support* dari tokoh masyarakat, kepala desa, sehingga model *triadic* dalam sosial *cognitive theory* lebih mudah dikembangkan pada masyarakat di wilayahnya.

Diharapkan dengan pengembangan model deteksi OHI-S, DMFT indeks dengan peran serta kader kesehatan di posyandu dapat meningkatkan perilaku sehat gigi sehingga tercapai generasi yang lebih berkualitas dengan meningkatkan kesehatan ibu dan anak melalui program posyandu. Pada akhirnya tercapai derajat kesehatan gigi masyarakat yang optimal seperti yang dicanangkan oleh WHO dan pemerintah Republik Indonesia.

2.2.1 Fungsi dan berbagai pengaruh dari pertimbangan tentang *self efficacy*

Menurut Bandura (1982.122-123), *self efficacy* bukanlah sekedar estimasi yang kaku mengenai tindakan seseorang diwaktu yang akan datang. Keyakinan seseorang mengenai kemampuannya berfungsi sebagai seperangkat faktor penentu dari bagaimana seseorang tersebut berperilaku, bagaimana cara berpikirnya, serta bagaimana berbagai reaksi emosional yang ditunjukkannya dalam mengatasi situasi tertentu. Jadi, perasaan *self efficacy* menimbulkan penilaian kognitif mengenai kemampuan yang dimilikinya.

Selanjutnya Bandura (1986:393) menyatakan bahwa keputusan seseorang untuk menentukan aktivitas hidupnya dan pemilihan untuk memasuki lingkungan sosial tertentu, sebagian ditemukan oleh pertimbangan dari personal *efficacy*-nya. Orang cenderung menghindari beberapa tugas dan situasi yang mereka yakini di luar jangkauan kemampuan mereka, dan sebaliknya mereka melakukannya jika mereka yakin mampu untuk melakukannya. Jadi, baik akurat maupun tidak, *self efficacy* mempengaruhi pilihan terhadap aktivitas dan lingkungan tertentu.

Konsep di atas berkaitan dengan kemampuan seseorang dalam menghadapi tekanan. Bandura menyatakan jika seseorang dihadapkan pada situasi yang secara potensial menekan, maka keyakinan *self efficacy* yang dimilikinya akan mempengaruhi reaksinya terhadap situasi tersebut. Baik reaksi emosional maupun usaha mereka untuk mengatasi situasi tersebut, tergantung pada sejauh mana tingkatan *self efficacy* yang mereka yakini dapat mengatasi situasi tersebut. Orang cenderung menghindar dari situasi yang mereka yakini tidak dapat mereka

tanggulangi (Watson, 1984:371). Dengan kata lain dapat dikatakan bahwa persepsi seseorang mengenai *self efficacy* yang dimilikinya ikut mempengaruhi pola adaptasi dalam menanggapi tekanan. Perasaan tidak percaya diri dapat mengarahkan seseorang pada perasaan apatis, tidak berpengharapan, dan tidak berguna (Bandura dalam Zimbargo, 1985:290).

Pertimbangan mengenai *self efficacy* juga menentukan seberapa besar usaha yang akan dikembangkan oleh seseorang dan seberapa lama mereka bertahan dalam menghadapi kesulitan atau tantangan (Bandura, 1982:123). Dalam teorinya yang lebih disempurnakan, Bandura (1989:1175-1177) menyatakan bahwa *self efficacy* berfungsi sebagai suatu determinan atau faktor penentu yang penting dari motivasi, afektif dan tindakan manusia.

Penalaran logika berpikir peneliti dari tinjauan teori di atas menyimpulkan bahwa *Self efficacy* tersebut berakibat pada suatu tindakan berperilaku melalui proses kemampuan kognitif, motivasional, dan afektif. Mekanisme proses tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

A. Proses Kemampuan Kognitif

Pengaruh *self efficacy* terhadap pola berpikir dapat bersifat membantu atau menghambat. Pengaruh tersebut terdiri dari berbagai bentuk, yaitu:

1. Sebagian besar perilaku manusia diatur oleh pemikiran sebelumnya tentang tujuan yang hendak dicapai. Penetapan tujuan pribadi tersebut dipengaruhi oleh *self efficacy*. Semakin tinggi *self efficacy* seseorang, semakin tinggi pula tujuan yang hendak ditetapkannya dan semakin kuat komitmen atau keterlibatannya

terhadap pencapaian tujuan tersebut.

2. Melalui berpikir, seseorang mempunyai kemungkinan untuk mampu memperkirakan peristiwa yang mungkin akan terjadi padanya, sehingga dapat mengontrolnya untuk menjalani kehidupannya sehari-hari. *Self efficacy* dalam hal menyelesaikan masalah, mempengaruhi dalam efisiensi berpikir analitik (Liberman N *et al*, 2001) . Orang yang mempunyai kepercayaan diri yang kuat dalam hal menyelesaikan masalah, akan mempertahankan efisiensi yang tinggi dalam berpikir analitik pada situasi pengambilan keputusan yang kompleks. Sedangkan orang yang merasa ragu dalam hal kemampuan menyelesaikan masalah, tidak efisien dalam berpikir analitik.
3. Persepsi akan keunggulan atau keberhasilan mempengaruhi berbagai tipe antisipasi gambaran keberhasilan yang dikonstruksikan dan diulang kembali. Orang yang memiliki *self efficacy* yang tinggi mempunyai gambaran keberhasilan yang memberi dasar positif pada penampilan atau perilakunya. Sedangkan orang yang menilai dirinya tidak mampu (*mefficacious*) lebih cenderung mempunyai gambaran kegagalan yang mendasari penampilan atau perilaku melalui pemikiran bahwa sesuatu hal akan berjalan salah. Pemberian stimulan secara kognitif, dalam arti proses penggambaran individu bahwa dirinya dapat melakukan aktivitas secara terampil, akan meningkatkan penampilan atau perilaku berikutnya. *Self efficacy* dan stimulasi kognitif tersebut saling memberikan pengaruh. Tingginya *self efficacy* menciptakan konstruksi kognitif tentang tindakan yang efektif (Rossello J, 2001).
4. *Self efficacy* mempengaruhi fungsi kognitif melalui pengaruh bersama dari proses

motivasional dan pemrosesan informasi. Pengaruh tersebut diilustrasikan dalam studi tentang sumber variasi dalam kemampuan memori (*memory performance*). Makin kuat keyakinan seseorang akan kapasitas memorinya, makin besar usaha yang mereka berikan untuk pemrosesan tugas memori secara kognitif, yang selanjutnya akan meningkatkan kemampuan memori mereka (Bandura *et al*, 2001)

B. Proses Motivasional

Self efficacy seseorang menentukan tingkat motivasinya, sebagaimana direfleksikan dalam seberapa besar usaha yang dilakukan seseorang dalam suatu tugas dan seberapa lama dia akan bertahan dalam menghadapi rintangan. Makin kuat keyakinan seseorang akan kemampuannya, maka makin besar dan bersifat tetap pula usaha yang dilakukannya. Ketika menghadapi kesulitan, orang yang merasa ragu akan kemampuannya, akan mengurangi usahanya atau bahkan menggagalkan usaha tersebut lebih awal dan segera membuat keputusan yang kurang berharga. Sebaliknya orang yang mempunyai keyakinan yang kuat akan kemampuannya, akan meningkatkan usahanya untuk mengatasi tantangan (Berk M S *et al*, 2000).

Dijelaskan pula bahwa usaha manusia untuk mencapai sesuatu dan untuk mewujudkan keberadaan diri yang positif, memerlukan perasaan keunggulan pribadi (*sense of personal efficacy*) yang optimis. Hal ini dikarenakan oleh realitas sosial yang biasanya penuh dengan kesulitan. Sehingga orang harus memiliki perasaan keunggulan pribadi yang kuat untuk mempertahankan usaha yang teguh yang diperlukan untuk menjadi sukses. Oleh karena pencapaian pengetahuan dan

kompetensi pada umumnya memerlukan usaha yang teguh dalam menghadapi kesulitan dan rintangan, maka di sinilah peranan keyakinan diri diperhitungkan (Senacal C *et al*, 2000). *Self tifficacy* yang tinggi dapat meningkatkan motivasi. Motivasi yang tinggi dapat mempengaruhi perilaku melalui peningkatan pengetahuan dan *skill* (Colquite J A *et al* 2000).

C.Proses Kemampuan Afektif

Keyakinan seseorang mengenai kemampuannya, mempengaruhi seberapa banyak tekanan dan depressi yang dialaminya saat menghadapi situasi yang mengancam. Reaksi emostional tersebut dapat mempengaruhi tindakan baik secara langsung maupun tidak langsung melalui pengubahan jalan pemikiran.

Orang yang percaya bahwa dirinya dapat mengatasi situasi yang mengancam, menunjukkan kemampuan dalam kognisi, oleh karenanya tidak merasa cemas atau tidak merasa terganggu oleh ancaman tersebut. Sedangkan orang yang percaya bahwa dirinya tidak dapat mengatur situasi yang mengancam, akan mengalami tekanan dan kecemasan yang tinggi. Melalui pikiran yang tidak mengandung percaya diri tersebut, individu menyusahkan diri sendiri, membatasi dan mengurangi tingkatan fungsinya (Johnson D S *et al*, 2000)

Kecemasan dalam situasi yang mengandung risiko tidak hanya dipengaruhi oleh persepsi akan kemampuan adaptasi, tetapi juga oleh keyakinan diri untuk mengendalikan kognisi yang mengganggu. Keyakinan diri dalam pengendalian pikiran tersebut merupakan faktor penting dalam pengaturan ketegangan kognisi,

dalam hal ini persepsi ketidakyakinan diri sebagai sumber utama dari perasaan yang tidak menyenangkan . akan dihilangkan (Martocchio J J, 1994).

2.2.2 Kaitan antara *self efficacy* dengan tindakan

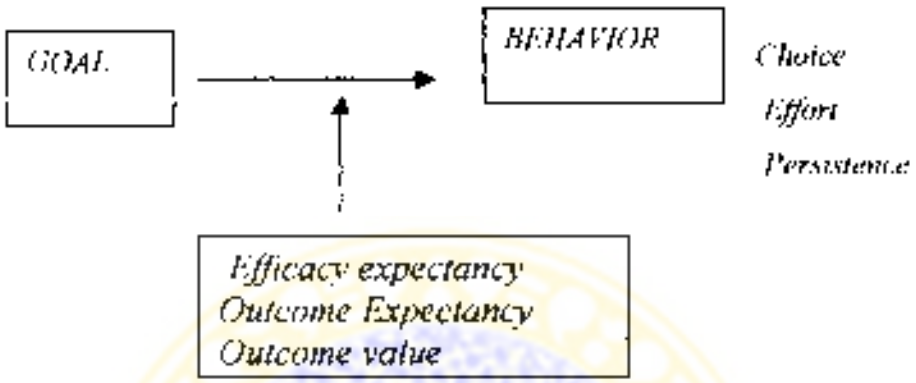
Keyakinan *self efficacy* dapat mempengaruhi tingkat motivasi, namun hal ini tidak akan menghasilkan suatu kinerja baru apabila ketrampilan yang mendukung tidak lengkap. Namun pada dasarnya orang selalu memiliki ketrampilan dasar untuk mencapai kinerja baru. Jika ada tugas yang lebih sulit, maka dibutuhkan usaha yang lebih besar dalam menggerakkan dan menguji beberapa alternatif bentuk perilaku. Apabila beberapa ketrampilan tidak dimiliki, maka *efficacy* menopang usaha untuk meningkatkan pengembangan ketrampilan tersebut (Bandura 1986:395).

Menurut Bandura (1986:395-399), pada dasarnya pertimbangan mengenai *self efficacy* berkaitan dengan tindakan, namun ada sejumlah faktor yang turut mempengaruhi kekuatan hubungan tersebut Faktor tersebut, diantaranya adalah :tidak adanya dorongan untuk melakukan sesuatu, tidak tersedianya sarana baik material maupun finansial yang dibutuhkan, situasi sosial yang tidak memungkinkan dan sebagainya.

Untuk memutuskan berperilaku tertentu atau tidak, seseorang tidak hanya mempertimbangkan informasi dan keyakinan tentang kemungkinan kerugian atau keuntungan saja, tetapi juga mempertimbangkan sampai sejauh mana dia dapat mengatur perilaku tersebut. Menurut Bandura 1989, tiga pertimbangan dibuat berdasarkan a) harapan akan kemungkinan hasil dari perilaku (*outcome expectancy*),

b) harapan dapat berperilaku mumpuni yang relevan (*efficacy expectancy*), dan c)nilai hasil *(outcome value*), seperti terlihat pada gambar II.1.

Pengaturan diri dalam perilaku secara efektif tidak dicapai hanya oleh kehendak Ini menuntut ketrampilan tertentu dalam memotivasi diri dan bimbingan diri



Gambar II 1.Pertimbangan Tindakan Perilaku

Self efficacy berkaitan dengan keyakinan seseorang bahwa ia dapat mempergunakan kontrol pribadi pada motivasi, perilaku dan lingkungan sosialnya (Bandura, 1984). *Self efficacy* berkaitan dengan promosi kesehatan dan perilaku yang menghambat kesehatan. *Self efficacy* juga mempengaruhi kualitas pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kesehatan, seperti usaha menghentikan atau mengurangi kecanduan alkohol dan perilaku ketaatan rekomendasi medis.

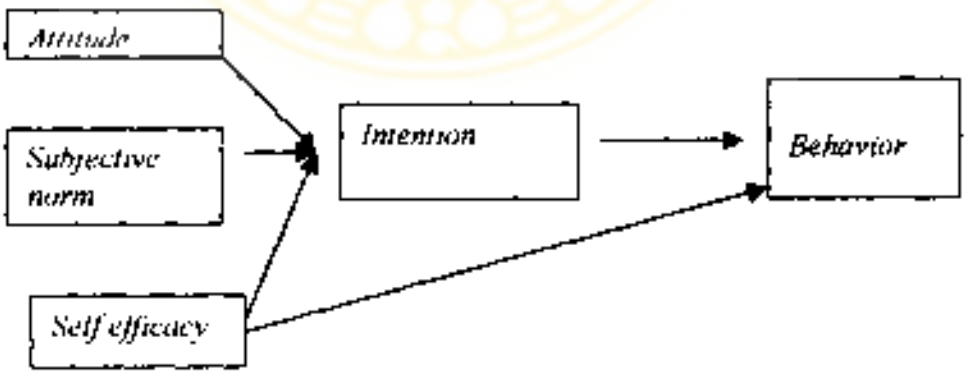
Menurut Bandura, *self efficacy* dapat mempengaruhi setiap tingkat dari perubahan pribadi, baik saat individu tersebut mempertimbangkan perubahan kebiasaan yang berkaitan dengan kesehatan. Pertimbangan perilaku berdasarkan. seberapa berat usaha yang dipilih, seberapa banyak perubahan, dan seberapa baik perubahan yang akan dicapai. Selain mempengaruhi kebiasaan yang berkaitan dengan

kesehatan, perasaan *self efficacy* akan meningkatkan kekebalan terhadap stress dan depressi dan mengaktifkan perubahan biokemis yang dapat mempengaruhi berbagai aspek dari fungsi kekebalan (Bandura, 1984).

2.3 Penerapan *self efficacy* di dalam model kognitif yang lain

Rogers, th 1983 mengembangkan *Protection Motivation Theory* (PMT). PMT ini didasarkan atas *Health Belief Model* (HBM), tetapi mencakup konsep *self efficacy* (Seydel dkk, 1990). Penelitian berdasarkan atas HBM dan PMT menunjukkan bahwa harapan hasil (*outcome expectancy*) dan *self efficacy* merupakan *predictor* yang lebih baik daripada risiko yang dirasakan (*risk appraisal*) terhadap keinginan dan perilaku pencegahan.

Menurut Ajzen, dikutip oleh Montano *et al* 1997 telah merevisi model *Theory Reaction Action* dengan memasukkan *self efficacy* sebagai faktor penentu intensi selain sikap dan norma subyektif, selain itu *self efficacy* juga mempunyai korelasi dengan perilaku secara langsung. Model baru ini disebut sebagai model *Theory of Planned Behavior* (lihat gambar II.2)



Gambar II.2 *Theory of Planned Behavior*, sumber Ajzen 1997

Perilaku manusia sangatlah kompleks, dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Benyamin Bloom, 1908 seorang ahli psikologi pendidikan, membagi perilaku dalam 3 domain, yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan. Terbentuknya suatu perilaku baru, dimulai pada domain kognitif dengan pengkondisian ekspektasi, dalam arti si subyek 'tahu' terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi atau obyek diluarnya sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada subyek tersebut, dan selanjutnya menimbulkan respons batin dalam bentuk sikap si subyek terhadap obyek yang diketahuinya Akhirnya rangsangan, yakni obyek yang telah diketahui dan disadari sepenuhnya tersebut, akan menimbulkan respons yang lebih jauh lagi, yaitu berupa tindakan terhadap atau sehubungan dengan stimulus atau obyek tadi. Ekspektasi yang merupakan aspek antisipasi perilaku sebagai determinan anteseden, yang dipengaruhi oleh pengalaman, bila dipelajari dan mendengarkan situasi orang lain yang dapat menimbulkan respons emosional ataupun respons fisik (Rosenstock, 1991).

Namun demikian di dalam kenyataannya stimulus yang diterima oleh subyek dapat langsung menimbulkan tindakan. Artinya seseorang dapat bertindak atau berperilaku baru tanpa terlebih dahulu mengetahui makna dari stimulus yang diterimanya. Dengan kata lain, tindakan seseorang tidak harus didasari oleh pengetahuan atau sikap, seperti misalnya kebiasaan pada daerah sangat terpencil dan beberapa pedesaan di Indonesia masih terlihat beberapa masyarakat pedesaan yang terisoler membersihkan gigi dengan menggosok memakai tangan dengan bahan dari batu bata .

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi, karena perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal. Pada garis besarnya perilaku manusia dapat dilihat dari 3 aspek, yakni aspek fisik, psikis dan sosial. Akan tetapi dari ke tiga aspek tersebut sulit untuk ditarik garis yang tegas dalam mempengaruhi perilaku manusia. Secara lebih terinci perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak minat, motivasi, persepsi, sikap (Notoatmodjo, 1993).

Namun demikian pada realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan yang menentukan perilaku seseorang. Apabila ditelusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan dipengaruhi oleh berbagai faktor, diantaranya adalah faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio budaya masyarakat .

Perilaku sehat menurut Gochman, 1988 suatu tindakan yang dapat diamati secara langsung dan tidak langsung pada suatu status kesehatan. Persepsi seseorang terhadap status atau persepsi peningkatan, kesembuhan atau perubahan lain pada status kesehatan adalah perilaku kesehatan. Perilaku sehat gigi adalah perilaku atau tindakan pada upaya pencegahan, deteksi karies, karang gigi dan upaya promotif.

Beberapa teori lain yang telah dicoba untuk mengungkap determinan perilaku berangkat dari analisis berbagai faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain Lawrence Green (1980), Snehandu B Kar (1983) dan WHO (1988). Green mencoba menganalisis manusia berangkat dari tingkat kesehatan, bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor

diluar perilaku (*non behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor .

-faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai.

-Faktor pendukung *(enabling factors*) yang terwujud antara lain dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan , misalnya puskesmas,obat-obatan, peralatan gigi dan dental unitnya

-faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan gigi, kader kesehatan posyandu yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Ketiga model ini dapat digambarkan sebagai berikut:

$$B = f(PF, EF, RF)$$

Di mana: B =*Behavior*

PF =*Predisposing factors*

EF=*Enabling factors*

RF=*Reinforcing factors*

F=Fungsi

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan gigi ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat disekitarnya. Di samping itu ketersediaan fasilitas, sikap dan

perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan gigi juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku (Jackson K M *et al*, 2000).

Seorang murid yang tidak mau menggosok gigi, dapat disebabkan murid tersebut tidak atau belum tahu manfaat menggosok gigi (*predisposing factors*), tetapi bisa juga disebabkan ia belum punya sikat gigi dan pasta gigi (*enabling factors*). Sebab lain bisa jadi karena petugas kesehatan dan para guru maupun orang tua belum pernah memberi contoh *(reinforcing factors)*.

Menurut Snehandu B Kar, bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh niat orang terhadap objek kesehatan, ada atau tidaknya dukungan dari masyarakat sekitarnya, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan dari individu untuk mengambil keputusan/bertindak dan situasi yang memungkinkan ia berperilaku. Seorang murid yang tidak mau ditambal giginya yang berlubang, mungkin karena ia merasa giginya yang lubang tidak mempengaruhi selera makannya sehingga tidak berminat untuk menambalnya (*behavior intention*), atau barangkali tidak ada dukungan dari teman, guru, orang tuanya (*social support*). Mungkin juga karena tidak memperoleh informasi bahwa menambal gigi tidak akan menimbulkan rasa sakit, hanya karena suara mesin bur (*accessibility of information*), atau mungkin karena situasi dan kondisi yang tidak memungkinkan, misalkan waktu sekolah dengan jam perawatan.

Menurut WHO bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh fungsi dari pemikiran dan perasaan seseorang, adanya orang lain yang dijadikan referensi, dan berbagai sumber atau fasilitas yang dapat mendukung perilaku dan kebudayaan masyarakat. Seorang murid yang menggosok gigi dengan cara yang

salah, mungkin karena ia mempunyai pemikiran dan perasaan yang tidak enak dengan metode baru atau cara sikat gigi yang benar, atau barangkali tokoh idolanya juga memakai cara yang lama sehingga tidak ada orang yang menjadi referensinya (*personal reference*). Faktor lain juga mungkin karena langkanya sumber yang diperlukan atau tidak mempunyai biaya untuk membeli sikat gigi dan pasta gigi yang dianjurkan. Faktor lain mungkin karena kebiasaan cara sikat gigi yang lama sudah sangat membudaya.

Beberapa pendekatan teori perubahan perilaku yang tersebut di atas melalui model deteksi OHI-S, DMFT indeks, yaitu dengan terlebih dahulu memberikan pelatihan dengan cara: 1)*Role playing*, 2) *Problem based learning*, 3)*coaching* Materi pelatihan berupa: Sikap, pengetahuan, kemampuan dan ketrampilan tentang kesehatan gigi mulai dari struktur anatomi gigi geligi, gejala karies, debris, karang gigi dan penyakit gusi , nutrisi yang baik untuk kesehatan gigi dan mulut, pencegahan dan sebagainya, sehingga diharapkan kader kesehatan posyandu dapat mendeteksi penyakit karies, karang gigi bagi dirinya, keluarganya dan pada kelompok sasaran posyandu. Pelatihan ulang diberikan setiap pertemuan 3 bulan sekali di puskesmas. Selanjutnya para kader kesehatan posyandu akan memeriksa kesehatan gigi dan mulut bumil, buteki, PUS, dan anak balita di posyandu. Perawatan dilakukan oleh tenaga kesehatan gigi di puskesmas setelah dirujuk oleh kader dengan menggunakan kartu kesehatan gigi.

Tehnik pelatihan dengan *problem based learning*, yaitu tehnik ini diperkenalkan oleh Barrows Howard S, 1980. *Problem based learning* kemudian dikembangkan oleh Boud David dan Grahame Feletti, 1991 tehnik ini terdiri dari :

a. Fase perencanaan dengan seleksi pada topik permasalahan atau kasus

b. Adanya konstribusi pemecahan masalah berdasarkan pengalaman personal

c. Tutor berfungsi sebagai nara sumber

d Evaluasi pada kasus atau masalah

e. Setiap peserta berpartisipasi untuk memecahkan permasalahan bersama-sama

Problem based learning merupakan suatu cara dari tehnik pengajaran dengan menggunakan masalah dari suatu kegiatan sebagai stimulus

Tehnik *Role Playing*, tehnik ini dikembangkan oleh Ross Helen S, 1980. Tehnik ini merupakan suatu tehnik pelatihan di mana setiap peserta bisa berperan ganda. Pada satu waktu peserta bisa berperan sebagai tenaga penyuluh kesehatan, di lain waktu ia bisa berperan sebagai pasien. Tehnik ini terdapat :

a. Adanya interaksi antar peserta (ganti peran/aktor)

b. Dapat memberikan gambaran perilaku yang nyata

c. Adanya improvisasi

d. Uji coba dan praktek

e *Sharing* pengalaman dan observasi.

Tehnik *coaching* merupakan suatu tehnik pelatihan untuk mencapai tingkat performan yang diinginkan dengan memberikan strategi yang bersifat essensial. Tehnik ini memerlukan seorang edukator yang professional. Pada tehnik *coaching* ini seorang edukator memberikan pelatihan ketrampilan dengan contoh kasus.

Dengan tehnik *role playing, problem based learning* dan tehnik *coaching* ini seorang pelatih memberikan contoh konkrit pada situasi yang nyata dan beberapa kemungkinan kasus yang dapat ditemui di lapangan, sehingga terjadi suatu umpan

balik yang positif Adanya umpan balik dari *peers* group dapat membangun norma dan *attitude* baru. Dilaporkan oleh *population report* tahun 2003, adanya umpan balik yang positif dari seorang *trainers* dapat meningkatkan *self efficacy* petugas kesehatan

Model deteksi OHI-S. DMFT indeks menggunakan pendekatan teori Lawrence Green, yaitu untuk mengubah perilaku seseorang diperlukan 3 faktor pendekatan yaitu *predisposing factors, enabling factors* dan *reinforcing factors*. Model ini juga menggunakan pendekatan teori *Health belief models*. Dalam model HBM ini bahwa perbedaan faktor demografis, *personal, structural dan social* mempengaruhi perilaku kesehatan Semua variabel itu sebenarnya mempengaruhi persepsi dan motivasi individu, bukan berfungsi sebagai penyebab langsung dari suatu tindakan. Hipotesis HBM adalah perilaku pada saat mengalami suatu gejala penyakit dipengaruhi secara langsung oleh persepsi individu mengenai ancaman penyakit dan keyakinannya terhadap nilai manfaat dari suatu tindakan kesehatan. Bagaimanapun juga rasa sakit cekot-cekot pada gigi dan kurang enak makan yang berkaitan dengan gejala penyakit dapat mempengaruhi persepsi individu terhadap ancaman penyakit dan juga mempengaruhi perilaku, sedangkan karakteristik sosial, tingkat toleransi seseorang terhadap rasa sakit, kekurangan daya dan semangat diperkirakan mempunyai pengaruh tidak langsung atas suatu tindakan atau perilaku.

Materi dalam buku pegangan dengan pendekatan teori HBM, lebih ditekankan pada 3 faktor : faktor pertama bahwa gigi merupakan fokus infeksi, jalan masuknya kuman ke dalam organ tubuh lainnya seperti penyakit ginjal, jantung sehingga secara tidak langsung dapat menyebabkan kematian. Faktor ke dua, gigi sebagai salah satu

faktor estetika juga merupakan modal utama yang perlu dijadikan bahan pertimbangan seseorang mau bertindak dan berupaya cantik yang akan meningkatkan rasa percaya diri. Faktor ke tiga kesempatan memperoleh lapangan kerja, seperti pada penerimaan sekolah untuk AKABRI, Pilot dan Pramugari udara , dimana salah satu persyarakatan yang harus dipenuhi adalah bebas karies. Dengan pendekatan HBM, diharapkan materi buku pegangan dan kartu kesehatan gigi anak dapat mempengaruhi persepsi dan motivasi individu.

2.4 Sumber Informasi yang Mempengaruhi *Self Efficacy*

Beberapa sumber informasi yang dapat mempengaruhi *self efficacy* seseorang, terdapat empat sumber informasi yang penting, antara lain:

2.4.1 *Enactive attainment*

Enactive attainment merupakan sumber informasi yang paling banyak mempengaruhi *self efficacy* seseorang, karena langsung didasarkan pada pengalaman yang sebenarnya dari orang tersebut. Pengalaman keberhasilan akan meningkatkan *self efficacy*, sedangkan pengalaman kegagalan akan menurunkan *self efficacy*. Pengaruh *self efficacy* terhadap pengalaman baru tergantung pada sifat dan kekuatan persepsi diri yang ada sebelumnya, yang akan menentukan apakah pengalaman baru tersebut dapat dikuasai atau tidak. Jika telah terbentuk perasaan *self efficacy* yang kuat melalui pengalaman keberhasilan, apabila mengalami suatu kegagalan, maka hanya sedikit kemungkinannya dapat berpengaruh terhadap pertimbangan tentang kemampuan yang telah ada. Hal ini disebabkan orang yang telah yakin terhadap kemampuan yang telah mereka miliki, lebih menganggap bahwa kegagalan tersebut

disebabkan oleh faktor situasional, atau kurang gigihnya dia berusaha, atau disebabkan telah melakukan strategi yang salah (Schaubroek J et al, 2000).

2.4.2 *Vicarious Experience*

Sumber informasi lain yang turut mempengaruhi penilaian tentang *self efficacy* seseorang adalah pengalaman orang lain (*vicarious experience*) Jika seseorang melihat atau mengamati orang lain (model) yang menurutnya mempunyai kemampuan yang kurang lebih sama dengannya, maka apabila orang tersebut mengalami kesuksesan dalam melakukan sesuatu, hal ini dapat menimbulkan keyakinan bahwa iapun dapat melakukannya dengan sukses pula. Menurut Bandura dan kawan-kawan (dalam Gist, 1989:63), pengamatan terhadap pengalaman orang lain (model) akan lebih efektif jika kesuksesan seorang model didahului pengalaman kegagalan daripada jika orang tersebut langsung mengalami kesuksesan dalam melakukan atau mencapai sesuatu. Selain itu keefektifan akan lebih tercapai jika kinerja orang tersebut menampakkan hasil atau konsekuensi yang jelas. Demikian pula jika antara pengamat dan orang tersebut memiliki ketrampilan atau kemampuan, usia, serta karakteristik personal yang kurang lebih sama. Namun tidak semua pengamatan terhadap pengalaman orang lain akan berpengaruh pada penilaian *self efficacy* seseorang. Hal ini disebabkan antara lain karena pengamat tidak atau kurang mengetahui secara pasti sejauh mana kemampuan yang telah dimilikinya, sehingga tidak dapat membandingkannya dengan kemampuan orang tersebut. Atau bisa juga karena kurang jelasnya kriteria kemampuan yang dievalusi

2.4.3 Persuasi Verbal

Persuasi verbal secara luas digunakan sebagai cara untuk meyakinkan seseorang dengan mengatakan bahwa dia memiliki kemampuan untuk melakukan atau mencapai sesuatu. Orang yang dipersuasi secara verbal bahwa mereka mampu melakukan suatu tugas oleh atasannya, akan mengembangkan usaha yang lebih besar daripada mengembangkan perasaan takut atau kegagalan. Pengaruh persuasi verbal terhadap *self efficacy* seseorang nampak pada adanya usaha yang cukup keras untuk mencapai sukses dengan cara mengerahkan dan mengembangkan ketrampilannya, sehingga pada akhirnya meningkatkan perasaan *self efficacy*. Orang yang dikatakan mampu melakukan sesuatu, secara berangsur-angsur ia akan berusaha meningkatkan usahanya untuk mencapai sesuatu yang diharapkan, sedangkan orang yang dikatakan tidak mampu melakukan sesuatu, cenderung akan menghindari aktivitas yang menantang dan dengan segera menghentikan usahanya jika mengalami kegagalan.

2.4.4 *Psychological State*

Anggapan seseorang mengenai keadaan psikologisnya sebagian berperan dalam menentukan keputusan apakah ia dapat mengerjakan sesuatu dengan baik atau tidak. Apabila seseorang dihadapkan pada suatu tugas, dan sebelum mulai mengerjakan tugas ia sudah merasa cemas atau takut, maka ia akan lebih mengantisipasi kegagalan.

2.5 Peranan faktor orientasi Kendali diri pada *self efficacy*

Menurut Bandura (dalam Zimbardo, 1985:290), ketika seseorang mencapai suatu orientasi kendali internal yang mengarahkannya untuk menetapkan tujuan dan mengembangkan cara yang sukses dalam pencapaian tujuan tersebut, maka ia mengembangkan *self efficacy*. Dalam hal ini, *self efficacy* menunjuk pada suatu perasaan dalam diri seseorang bahwa ia dapat mengendalikan atau mengatasi apa yang terjadi pada dirinya.

Orientasi kendali internal yang tersebut di atas, merupakan bagian dari orientasi kendali diri (*locus of control orientation*). Zimbardo (1985:288) menyatakan bahwa orientasi kendali diri merupakan suatu interpretasi atau pengatribusian seseorang tentang penyebab dari perilakunya, dan dapat bersifat internal maupun eksternal Orientasi kendali diri internal menunjuk pada penyebab perilaku yang berasal dari diri sendiri, sedangkan orientasi kendali diri eksternal menunjuk pada penyebab perilaku yang berasal dari faktor dalam lingkungan (Judge T A, 2001).

Penjelasan di atas, jika dikaitkan dengan pendapat Bandura (1986:406) yang menyatakan bahwa orang yang memandang dirinya rendah atau tidak memiliki kemampuan yang memadai, cenderung lebih percaya bahwa apa yang telah dicapainya adalah disebabkan oleh faktor eksternal daripada kemampuan mereka sendiri. Oleh karena itu orientasi kendali diri yang bersifat internal juga diperlukan untuk mengembangkan *self efficacy* yang positif.

2.6. Peranan Faktor Situasional Pada *Self Efficacy*

Menurut Bandura (dalam Wheler dan Ladd, 1982:796-797), *self efficacy* tergantung pada faktor kontekstual atau situasional. Beberapa situasi membutuhkan ketrampilan yang lebih besar dan membawa risiko hasil negatif yang tinggi daripada situasi yang lain, yang selanjutnya *self efficacy*-pun mengikuti variasi tersebut, yaitu *self efficacy* akan bernilai tinggi pada situasi yang memiliki sedikit kesukaran atau risiko.

Bettencourt L A (2001: 29) mengutip penjelasan Bandura yang menyatakan perasaan keunggulan pribadi (*sense of personal mastery*) berbeda dengan keyakinan diri yang menyeluruh (*overall sense of self confidence*). Bandura yakin bahwa persepsi seseorang akan kemampuannya merupakan pemikiran terbaik tentang evaluasi yang spesifik.. Namun demikiam, perasaan *self efficacy* dapat mempengaruhi perilaku dalam situasi yang berbeda dengan situasi yang menghasilkan *self efficacy* tersebut, karena sekali *self efficacy* itu ditetapkan, pengharapan positif seseorang tentang keberhasilan atau keunggulannya dapat menggeneralisasi pada situasi baru.

2.7. Hubungan Antara *Self Efficacy* Dengan Orientasi Tujuan

Dalam kehidupan sehari-hari, khususnya pada saat bekerja, kemampuan seseorang secara berulang-ulang teruji, sehingga secara periodic terjadi penilaian tentang *self efficacy* mereka yang berkaitan dengan hasil pekerjaan mereka. Menurut Baron dan Greenberg (1990:204), apapun yang menjadi sumber penilaian *self efficacy* seseorang, keyakinan *self efficacy* mempunyai pengaruh yang kuat terhadap orientasi

tugas. Keyakinan diri yang lebih kuat untuk dapat melakukan tugas dengan berhasil, cenderung dapat mencapai tugas yang lebih baik

Menurut Bandura (1988:396) dalam kaitan dengan beberapa tugas yang dilakukan seseorang untuk mencapai kinerja tertentu, pertimbangan mengenai *self efficacy* memiliki dimensi yang bervariasi, dimensi tersebut adalah sebagai berikut:

a. *Magnitude;* yaitu menunjukkan seberapa tingkat kesulitan tugas yang diyakini oleh seseorang akan dapat diselesaikannya. Setiap orang dalam menghadapi suatu tugas yang sama, akan memandang tingkat kesulitan tugas tersebut secara tidak sama. Ada yang menganggap bahwa tugas tersebut cukup mudah, cukup sulit, ataupun terlalu sulit untuk diselesaikan

b. *Strength*; menyatakan kuat atau lemahnya keyakinan terhadap tingkat kesulitan tugas yang mungkin dapat diselesaikannya. Seseorang yang memiliki keyakinan yang kuat bahwa ia akan mampu mengatasi kesulitan tugas yang dihadapinya, cenderung untuk mempertahankan usahanya, walaupun kesulitan tersebut terus meningkat.

c. *Generality*; menunjukkan apakah keyakinan *self efficacy* seseorang hanya berlaku untuk aktivitas dan situasi tertentu, ataukah berlaku untuk aktivitas dan situasi yang lebih beraneka ragam.

Berkaitan dengan hal tersebut di atas, Locke (dalam Gist, 1989:66) membuktikan bahwa magnitude *self efficacy* secara positif berhubungan dengan tujuan yang dipilih. Persepsi tentang strength *self efficacy* mempengaruhi pemilihan tingkat tujuan tertentu, komitmen terhadap tujuan tersebut, serta kinerja tugas yang bagaimana yang mungkin dapat dicapai.

Dari hasil penelitian Locke tersebut, nampak bahwa pemilihan tujuan merupakan sebagian dari peran *self efficacy* yang berakibat pada suatu tindakan melalui proses kognitif sebagaimana telah dijelaskan oleh Bandura (1989:1175). Locke menyatakan bahwa *self efficacy* mengandung suatu mekanisme yang menggabungkan antara teori belajar sosial dengan pendekatan goal setting terhadap kinerja. Hal ini dapat dijelaskan sebagai berikut: *self efficacy* berkembang atau dikembangkan melalui proses belajar sosial, sehingga pada gilirannya menunjukkan suatu penetapan tujuan yang lebih kuat.

Lebih lanjut, Locke dan Latham (dalam Earley, 1991:83) menyatakan bahwa pertimbangan mengenai *self efficacy* maupun penetapan tujuan personal, secara langsung dapat mempengaruhi kinerja. Menurut Bandura bahwa penetapan tujuan itu merupakan manifestasi dari pemilihan perilaku, maka seseorang akan lebih giat mengembangkan atau meningkatkan usahanya, dan lebih bertahan dalam menghadapi tantangan untuk mencapai tugas yang diinginkan. Seseorang yang memiliki *self efficacy* tinggi lebih suka mengaitkan kegagalannya dengan beberapa penyebab internal, sehingga cenderung lebih giat memperbaiki diri dengan melipat gandakan usahanya atau mencari strategi baru.

Berdasarkan penjelasan di atas, maka konsep *self efficacy* yang akan digunakan dalam penelitian ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

Self efficacy merupakan suatu keyakinan/pertimbangan yang dimiliki oleh seseorang mengenai kemampuannya dalam menampilkan suatu perilaku sehat gigi melalui model deteksi OHI-S, DMF indeks, dan hal ini berhubungan dengan situasi yang dihadapi oleh seseorang tersebut.

Self efficacy merupakan evaluasi yang spesifik dalam tiap situasi, termasuk di antaranya situasi bekerja kader kesehatan terutama dalam melakukan tugas deteksi karies, karang gigi pada kelompok sasaran posyandu

Berdasarkan uraian teori di atas dapat disimpulkan indikator ***self efficacy***. Indikator ini untuk dapat mengetahui tingkat *efficacy* seseorang tersebut didasarkan pada 4 indikator *self efficacy* antara lain:

1) Resistensi (Bandura, 1986): berkaitan dengan kemampuan seseorang dalam menghadapi tekanan, karena jika seseorang dihadapkan pada situasi yang secara potensial menekan, maka keyakinan *self efficacy* yang dimilikinya akan mempengaruhi reaksinya terhadap situasi tersebut. Pertimbangan mengenai *self efficacy* juga menentukan seberapa besar usaha yang akan dikembangkan oleh seseorang dan seberapa lama mereka bertahan dalam menghadapi kesulitan atau tantangan (Bandura, 1982:123).

2) *Adaptability* (Bandura dalam Zimbardo 1985); persepsi seseorang mengenai *self efficacy* yang dimilikinya ikut mempengaruhi pola adaptasi dalam menghadapi tekanan. Perasaan tidak percaya diri dapat mengarahkan seseorang pada perasaan apatis, tidak berpengharapan, dan tidak berguna.

3) Orientasi Kendali Internal, menunjuk pada suatu perasaan dalam diri seseorang bahwa ia dapat mengendalikan dan mengatasi apa yang terjadi pada dirinya. Menurut Bandura (dalam Zimbardo, 1985:290), ketika seseorang mencapai suatu kendali internal yang mengarahkannya untuk menetapkan tujuan dan mengembangkan cara yang sukses dalam pencapaian tujuan tersebut, maka ia mengembangkan *self efficacy*. Menurut Judge, 2001 bahwa orientasi kendali diri merupakan suatu interpretasi dan

pengatribusian seseorang tentang penyebab dari perilakunya, dan dapat bersifat internal (berasal dari diri sendiri) dan eksternal (faktor lingkungan).

4) Orientasi pada tujuan, menurut Baron dan Greenberg (1990:204), apapun yang menjadi sumber penilaian *self efficacy* seseorang, keyakinan *self efficacy* mempunyai pengaruh yang kuat terhadap orientasi tugas. Keyakinan diri yang lebih kuat untuk dapat melakukan tugas dengan berhasil, cenderung dapat mencapai tugas yang lebih baik. Lebih lanjut, Locke dan Latham (dalam Earley, 1991:83) menyatakan bahwa pertimbangan mengenai *self efficacy* maupun penetapan tujuan personal, secara langsung dapat mempengaruhi kinerja. Menurut Bandura bahwa penetapan tujuan itu merupakan manifestasi dari pemilihan perilaku, maka seseorang akan lebih giat mengembangkan atau meningkatkan usahanya, dan lebih bertahan dalam menghadapi tantangan untuk mencapai tugas yang diinginkan.

2.8. Teori Motivasi

Motivasi adalah dorongan seseorang untuk berupaya lebih keras untuk mencapai tujuan organisasi dan terpenuhinya sebagian dari kebutuhannya. Menurut Robins (1993) mengemukakan tentang teori motivasi yang berdasarkan kebutuhan dari Mc Clelland *Theory of need*, yaitu:

a.*Need for achievement*, adalah dorongan yang kuat untuk memenuhi standar dan dorongan untuk berhasil dengan baik.

b.*Need for power*, adalah kebutuhan agar orang lain berperilaku sesuai dengan yang diinginkan. Keinginan untuk mempengaruhi orang lain agar mengikuti petunjuk yang diberikan.

c.*Need for affiliation*, adalah keinginan untuk bersahabat dan hubungan pribadi yang erat. Keinginan untuk disenangi dan diterima oleh orang lain.

Tujuan atau intensi adalah determinan motivasi yang berhubungan langsung dengan kinerja. Perubahan pekerjaan dengan penambahan tugas dalam deteksi debris, karies di samping memberikan materi pembelajaran pada kelompok sasaran posyandu mempengaruhi kinerja melalui pengaruhnya terhadap tujuan dan intensi individu. Pencapaian tujuan tersebut melalui peningkatan kinerja, produktivitas, secara efisien dan efektif.

Dipboye et al, 1994 mendefinisikan motivasi sebagai suatu kecenderungan seseorang untuk melakukan suatu perilaku yang dipengaruhi oleh kebutuhan. Dari definisi tersebut dapatlah diketahui bahwa adanya beberapa kebutuhan itulah yang mendorong timbulnya motivasi untuk melakukan suatu perilaku demi tercapainya tujuan.

Menurut Stott (1995) strategi untuk meningkatkan motivasi adalah dengan cara (a) *task enrichment* (penambahan tugas), (b) *involvement* (keterlibatan), (c) *achievement* (pencapaian), (d) *recognition* (pengakuan), (e) *responsibility* (tanggung jawab) dan (f) *support* (dukungan). Dengan melihat pada ke tiga karakteristik pokok motivasi di atas, maka motivasi dapat didefinisikan sebagai keadaan di mana usaha dan kemauan keras seseorang diarahkan pada pencapaian hasil tertentu. Hasil yang dimaksud bisa berupa produktivitas, kehadiran, atau perilaku kerja yang kreatif.

Adanya penambahan tugas sebagai kader kesehatan gigi pada kader gizi, dan adanya keterlibatan kader dalam deteksi kanes gigi, karang gigi pada sasaran posyandu, maka diharapkan dapat meningkatkan motivasi kader kesehatan posyandu.

melalui peningkatan tanggung jawab dan adanya pengakuan dari masyarakat bahwa kader ternyata mempunyai kemampuan yang cukup tentang KIA, KB, Gizi, Gigi maka diharapkan terjadi peningkatan motivasi.

2.9.Teori komitmen

Berdasarkan pernyataan Devito (1995) yang menyatakan bahwa salah satu faktor penting yang berpengaruh terhadap kelangsungan hubungan *(relationship)* adalah tingkat komitmen (keterikatan) seseorang terhadap yang lain dan terhadap hubungan itu sendiri. Jika terjadi hubungan yang memburuk, maka komitmen yang kuat akan mempertahankan hubungan tersebut. Sebaliknya apabila komitmen lemah dan orang meragukan adanya alasan, maka hubungan tersebut akan lebih cepat memburuk.

Taylor (1994) mengatakan bahwa determinan komitmen adalah semua kekuatan, positif dan negatif yang berinteraksi untuk mempertahankan seseorang agar tetap berhubungan atau berada dalam satu kelompok. Kekuatan positif menarik seseorang kedalam kelompok yang meliputi :rasa menyenangi anggota kelompok, percaya kelompok mampu mencapai tujuannya, merasa bekerja dengan baik, mengharapkan memperoleh keuntungan sebagai anggota kelompok, merasa dapat menerima sikap dan perilaku kelompok serta nilai yang berlaku dalam kelompok. Kekuatan negatif juga mempertahankan seseorang untuk tidak keluar dari kelompok dan meningkatkan komitmen.

Komitmen terhadap suatu tujuan berarti seseorang menemukan kesesuaian dengan tujuan khususnya, sehingga ia berniat untuk menginvestasikan waktu, tenaga

dan kemampuan yang dimilikinya untuk mencapai tujuan tersebut. Komitmen cenderung terjadi bila anggota kelompok mengambil bagian dalam proses penentuan tujuan yang dicapai (Stott, 1995).

Menurut Vikram (1999), komitmen terhadap organisasi dapat dilihat dari 2 aspek, yaitu *attitudinal* atau *affective commitment* (keterikatan afeksi) dan *behavioral* atau *continuance commitment* (keterikatan berkelanjutan). *Affective commitment* adalah keterikatan emosional yang kuat dengan organisasi, tidak hanya akan tetap bekerja di organisasi tersebut, tapi juga akan berupaya keras untuk keberhasilan organisasi. *Continuance commitment* adalah keterikatan individu dengan organisasi karena adanya investasi atau karena pertimbangan untung –rugi seperti adanya pensiunan, promosi dan hubungan kerja. Kader kesehatan posyandu yang terorganisir dalam suatu organisasi PKK tentunya diharapkan mempunyai komitmen yang tinggi untuk mencapai tujuan organisasi maupun tujuan penelitian ini, yaitu mencapai derajat kesehatan gigi yang optimal pada kelompok sasaran posyandu sehingga dapat mempersiapkan generasi yang lebih sehat dan berkualitas.

2.10. Teori Kerjasama

Menurut Stott (1995), pada tahun 1991 Graham telah mengemukakan bahwa, kerjasama merupakan inti keberhasilan kerja kelompok (*working group*). Tingkat kerjasama yang tinggi berpengaruh pada peningkatan produktivitas, komitmen dan kompetensi sosial.

Shortell (1995) menyatakan bahwa kondisi optimal untuk terjadinya kerjasama yang baik adalah sebagai berikut:

(a) Tujuan nyata (*The tangible goals*) yang akan dicapai oleh pihak yang bekerjasama adalah masuk akal dan jelas,

(b) Sumberdaya yang dimiliki memadai untuk mencapai tujuan yang telah disepakati, tambahan sumberdaya yang diperlukan dapat diperoleh atau masalah yang dihadapi dapat didiskusikan bersama

(c) Tujuan yang tidak tampak (*the intangible goals*) bagi ke dua fihak adalah ketidakjelasan tugas dan wewenang untuk mengalir kerjasama dan bekerja bersama untuk mencapai hasil yang maksimal

Pada penelitian ini kerjasama antara kader kesehatan posyandu, ibu hamil, ibu meneteki, pasangan usia subur, anak balita dan petugas kesehatan di puskesmas dalam pengaturan jadwal pemeriksaan kesehatan gigi dan rujukan pelayanan ke puskesmas dapat memberikan kesempatan bagi petugas untuk saling berkomunikasi dalam menyusun jadwal rencana pemeriksaan, penyuluhan kesehatan gigi dan rujukan ke puskesmas serta kejelasan tugas dan wewenang masing masing dan antisipasi masalah yang mungkin dihadapi. Dengan adanya rencana dan jelasnya tujuan yang akan dicapai serta meningkatnya komunikasi antar petugas, diharapkan kerjasama akan meningkat.

2.11. Karies Gigi

Karies oleh Kidd dan Bechal (1992) didefinisikan sebagai suatu penyakit jaringan keras gigi yaitu enamel, dentin dan sementum, yang disebabkan oleh aktivitas suatu jasad renik atau mikroorganisme pada suatu karbohidrat yang diragikan. Tandanya adalah adanya demineralisasi jaringan keras gigi yang kemudian

diikuti oleh kerusakan bahan organiknya . Akibatnya terjadi invasi mikroorganisme dan kematian pulpa serta penyebaran infeksi ke jaringan periapikal yang dapat menyebabkan rasa nyeri.

Etiologi karies gigi oleh para peneliti dihubungkan dengan asam yang merupakan hasil metabolisme bakteri. Hasil metabolisme mikroorganisme yang seperti ini berada dalam kelompok mikroorganisme asidurik rongga mulut yang disebut sebagai mutans streptokoki (Taubman et al, 1995).

Perkembangan karies gigi membutuhkan : (a) adanya mikrorganisme kariogenik, yang mampu memproduksi asam dengan cepat di bawah PH kritis yang dibutuhkan untuk melarutkan enamel, dan (b) gula pada makanan yang memudahkan mikroorganisme untuk berkolonisasi dan dapat dicerna oleh bakteri untuk berkolonisasi dan dapat dicerna oleh bakteri untuk memetabolismenya menjadi asam. Proses ini dapat terganggu dengan adanya respons imun yang efektif (Lehner, 1995).

Karies dentis sebenarnya berasal dari bahasa latin, berarti 'lubang gigi' dan ditandai oleh rusaknya email dan dentin yang progressif yang disebabkan oleh keaktifan metabolisme plak bakteri. Proses karies mulai permukaan gigi dan terus berpenetrasi makin ke dalam, ketika akan mencapai dentin perkembangannya semakin cepat sehingga menyebabkan email menggaung.

Penjalaran karies merusak gigi sebenarnya sangat sederhana, walaupun proses rincinya memang rumit. Ada empat komponen yang diperlukan yakni gigi, plak bakteri, pola makan atau diet dan dimensi waktu Gigi sudah tidak perlu dipermasalahkan lagi karena merupakan *conditio sine qua non*. Plak bakteri sangat berperan, tetapi dietlah yang paling berperan sebagai faktor penyebab karies. Pola

makan atau diet merupakan faktor utama bagi peningkatan prevalensi karies pada masyarakat yang terpengaruh kebudayaan barat. Komponen diet sangat kariogenik adalah gula terolah atau sukrose, yang dimetabolismme oleh bakteri dalam plak sehingga melarutkan email.(Pitt Ford , T.R, 1993)

Karies gigi ini mempunyai hubungan dengan terjadinya hipoplasi enamel yaitu terjadinya gangguan pada pembentukan matriks organ dari gigi yang kemudian berlanjut terjadi gangguan pada proses kalsifikasi dari gigi yang mengakibatkan penurunan kualitas dari gigi sehingga terjadi keadaan yang hipoplastik dari enamel dan terjadi *defect* berupa lekukan pada permukaan enamel. Keadaan yang demikian ini, akan memudahkan terjadinya retensi dari sisa makanan terutama jenis sukrosa sehingga akan mempermudah terjadinya karies gigi (Roth Gerald I, 1981). Proses karies dapat digambarkan sebagai berikut:

Substrat	+ Plak	+ Gigi	⟶	Karies
(gula)	(bakteri)	(Email/dentin)	(metabolisme bakteri)	(demineralisasi)

Gambaran di atas adalah gambaran kasar untuk menunjukkan bahwa konsumsi gula yang tinggi merupakan penyebab berlubangnya gigi, gula memang merupakan variabel yang paling penting.

Jika proses karies diteliti secara lebih cermat, maka akan tumbuh pengertian tentang peranan diet, *oral hygiene*, dan cara yang harus ditempuh agar gigi lebih tahan karies, serta pengertian mengapa beberapa tempat tertentu pada gigi, tergantung umumnya, mudah terkena karies.

2.12. Penegakan Diagnosis Karies

Cara klinik

Secara klinik diagnosis karies dapat ditegakkan dengan jalan pemeriksaan visual langsung, transluminasi, penggunaan sonde, dan pemakaian benang gigi.

Pemeriksaan visual langsung

Sebelum gigi dapat diperiksa dengan sempurna, lebih dahulu gigi harus dikeringkan dan dibersihkan dari plak. Tanda karies paling awal adalah adanya bercak putih di email. Kontur emailnya masih normal, walaupun pada permukaan aproksimal tak dapat diamati secara biasa karena terhalang gigi tetangga. Dibagian dalam karies fisur dinding email masih bisa tampak putih seperti kapur.

Tanda berikutnya adalah berupa hilangnya kontur permukaan, hal ini mudah dilihat pada permukaan bukal dan lingual, tidak begitu mudah di permukaan oklusal dan sukar di permukaan aproksimal karena gigi tetangga.

Jika dentin telah terkena, warna dentin karies akan berbeda dengan dentin normal yang biasanya terlihat putih seperti gading. Dentin karies biasanya berwarna kuning atau coklat meskipun pada lesi yang telah lama atau lesi yang lebih lambat penyebarannya akan tampak biru atau hitam. Dentin karies bisa langsung dilihat jika email sudah tidak ada, atau secara tidak langsung melalui email sehat disekeliling fisur yang terkena, dan juga melalui *ridge* tepi aproksimal kalau lesi proksimalnya telah menyebar mendekati *ridge* tepi (Jansen Van Rensburg, 1995)

Dengan makin terus menyebarnya karies dentin, lapisan bagian bawah akan terdemineralisasikan dan akan memberi gambaran putih opak. Hancurnya email

karena tiadanya dukungan dentin menunjukkan bahwa proses karies telah lanjut dan hal ini merupakan tanda bahwa karies dentinnya telah luas. Kerusakan dentin semacam ini mudah dideteksi dan pada tahap ini kemungkinan terkenanya pulpa sudah ada

2.13. Karang Gigi

Karang gigi adalah plak gigi yang mengalami proses mineralisasi dan atau materia alba yang menyerap berbagai macam kristal garam kalsium fosfat (Dawes, 1998; White, 1998). Karang gigi merupakan salah satu faktor penyebab penyakit jaringan penyangga gigi. Lokasi karang gigi seringkali terletak pada jaringan keras yang berdekatan dengan muara kelenjar ludah parotis dan submandibularis (Speirs, 1984). Permukaan karang gigi kasar dan sukar dibersihkan secara mandiri, sehingga permukaaan karang gigi selalu terbungkus oleh plak gigi. Apabila plak gigi tersebut menempel pada gusi dalam jangka waktu lama, maka akan terjadi keradangan gusi. Keradangan gusi yang berlanjut akan mengakibatkan kerusakan jaringan penyangga gigi (Carranza, 1994).

Berdasarkan lokasinya karang gigi ada dua jenis yaitu karang gigi sub gingival, karang gigi yang terletak pada leher gigi di bawah tepi gingival, sedangkan yang terletak di atas tepi gingival disebut karang gigi supragingival. Pembentukan karang gigi merupakan suatu proses pengendapan garam kalsium fosfat saliva pada permukaan padat rongga mulut, sehingga proses ini sangat dipengaruhi oleh komposisi bahan organik dan anorganik saliva seperti: mineral, protein, lipid, PH saliva dan kebersihan mulut (Carranza, 1994; Poff et al, 1997)

2.14. *Plak* dan *Debris*

Adanya pendapat bahwa bakteri berperan dalam menyebabkan karies berasal dari pendapat Miller pada tahun 1890an, tetapi bukti bahwa harus ada bakteri agar karies bisa terjadi baru terungkap pada tahun 1950an saat Orland dan kelompok penelitinya tidak berhasil menimbulkan karies pada tikus bebas kuman yang diberi diet kariogenik. Dan ketika binatang ini diberi bakteri, baru karies terjadi. Sejak itu, sejumlah peneliti telah menyempurnakan teknik gnotobiotik ini, dan Fitzgerald , bekerja sama dengan US *National Insitute for Dental Research*, telah menemukan bahwa *Streptococcus mutans* merupakan mikroorganisme sangat kariogenik yang membentuk banyak sekali polisakharida. Bertahun-tahun lamanya *Lactobacilli* dianggap kariogenik, walaupun sebagian besar eksperimen gnotobiotik dengan bakteri ini tidak menunjukkan kemampuan kuman tersebut untuk menimbulkan karies di email. *Lactobacilli* memang membentuk asam, dan yang lebih penting dapat tahan dalam kondisi PH rendah, yang mungkin menyebabkan seringnya kuman ini ditemukan dalam dentin karies. Tampaknya kuman ini terlibat dalam pengrusakan dentin tetapi perannya mungkin lebih sebagai penumpang daripada sebagai penyebab.

Plak bakteri adalah suatu struktur bakteri yang terorganisisr rapi dan lengket terhadap permukaan gigi. Biasanya mendeteksinya pada permukaan gigi tidak sukar. Jika tertutupi *plak*, gigi akan tampak kusam, tetapi *plak* akan cepat terlihat jika diwarnai oleh pewarna sayuran seperti eritrosin. Plak akan terbentuk pada semua permukaan gigi dan tambalan, perkembangannya paling baik jika daerahnya paling

sedikit terkena sentuhan, seperti disekitar daerah tepi *gingival*, pada permukaan *proksimal*, dan di dalam *fisur*

Pada *plak* yang baru terbentuk bakteri yang paling banyak adalah *Streptococcus* dan *Neisseria*, tetapi sesuai dengan perjalanan waktu, terdapat pula bakteri lain yang berkembang baik terutama *Actinomyces* dan *Veillonella*. Dengan demikian *plak* yang matang sebagian besar akan menjadi seperti filamen dan berisi lebih banyak kuman *anaerob* (Monteiro M C, dkk, 1997) .

Hampir sepertiga *plak* terdiri atas poliskhanda yang mengikat plak menjadi satu kesatuan dan menempelkannya ke permukaan gigi. *Plak* menyediakan energi siap pakai bagi berlangsungnya metabolisme walaupun gula yang dikonsumsi telah lama dibersihkan. *Plak* berperan sebagai barier yang mencegah kehilangan ion dari permukaan gigi secara cepat, tetapi juga menghentikan efek *buffer* atau ion *saliva* mencapai permukaan gigi

Pembuangan *plak* akan membantu mencegah karies. Pengaruh pembuangan *plak* ini paling nyata terlihat pada permukaan *bucal* gigi, karena daerah ini mudah sekali dibersihkan. Pengaruh pembuangan *plak* pada permukaan proksimal, biasanya kurang efektif, karena dengan penyikatan gigi saja *plak* tidak dapat terbuang dengan sempurna: di samping itu sedikit sekali pasien yang menggunakan benang gigi secara teratur dan efisien.

2.15. Indeks DMF-T dan OHI-S

Pengukuran kerentanan pasien terhadap karies dapat dilakukan dengan menghatung jumlah gigi berlubang, hilang atau tertambal. Hal ini dikenal dengan

sebagai indeks DMF-T (Pitt Ford T R, 1993) (WHO, 1987). Indeks ini merupakan suatu pengukuran karies yang masih kasar, karena tidak memperhitungkan permukaan yang terkena karies. Indeks ini dapat menjadi besar karena tanggalnya gigi disebabkan oleh sebab lain terutama pada pasien usia lanjut, dan dapat dipengaruhi oleh pola perawatan yang dilakukan. Indeks yang lebih baik adalah indeks DMFS yang turut memperhitungkan jumlah permukaan yang terkena karies dan direstorasi, namun dengan DMFSpun beberapa tanda karies awal dan karies yang sudah parah tidak dapat dibedakan.

Dengan penelitian beberapa indeks epidemiologi inilah bukti penurunan prevalensi karies di banyak negara telah dikumpulkan selama tahun tujuh puluhan dan pertama kali diperlihatkan di *Children's Dental Health Survey of 1983 in the United Kingdom* (OPCS, 1983).

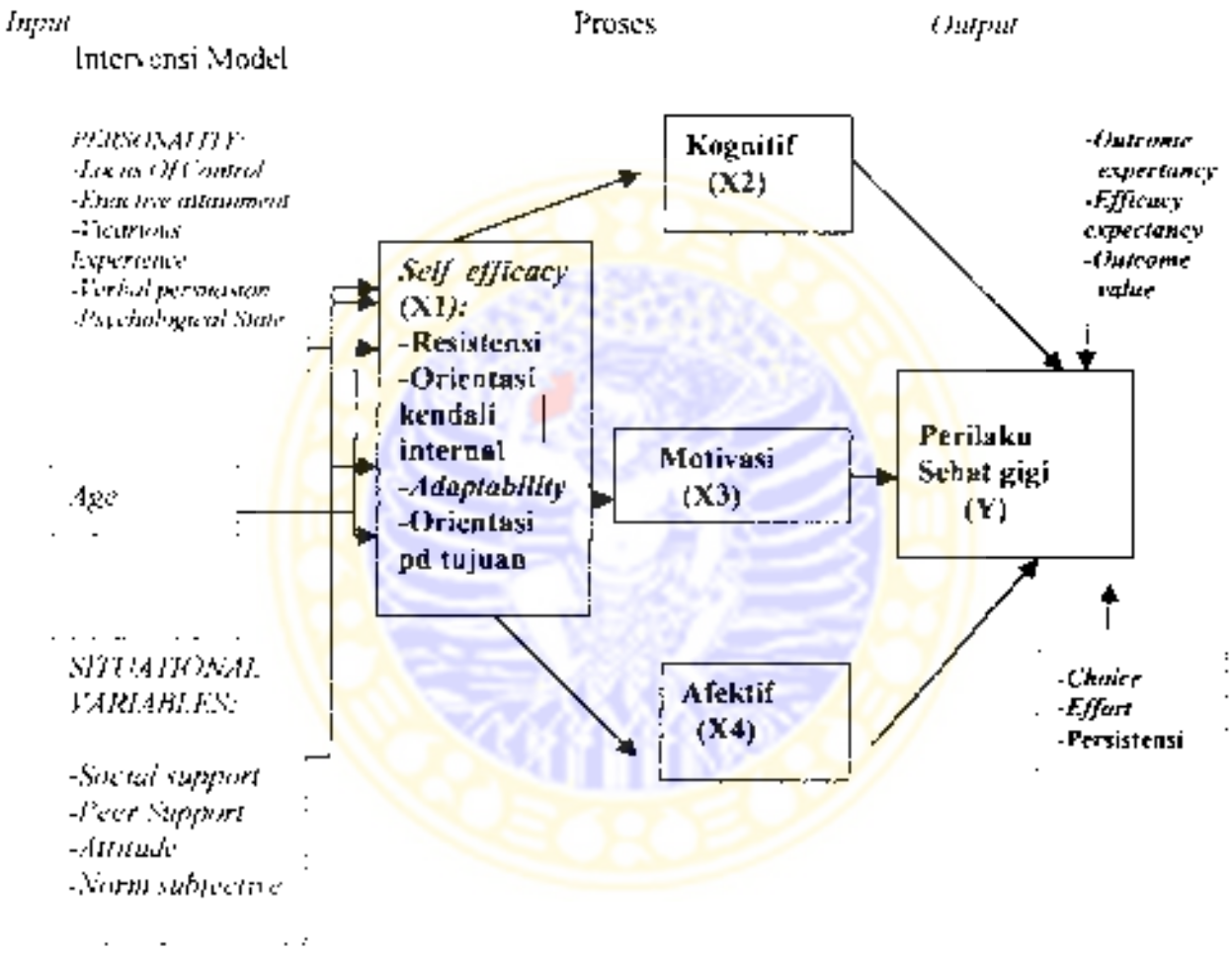
Indeks OHI-S adalah suatu indeks untuk mengukur Tingkat Kebersihan mulut. OHI-S ini terdiri dari *Debris index* (DI) dan *Calculus Index* (CI). Luasnya debris dan karang gigi ini dapat diukur dengan menggunakan indeks Vermillion dan Greene (WHO, 2003). *Plak* dan *Debris* akan mudah terlihat jika diwarnai oleh larutan penjelas (*disclosing solution*). Kini larutan ini sudah dapat dibeli di Apotik berupa tablet kunyah. Tablet *disclosing solution* ini digunakan dengan cara dikunyah kemudian diulas oleh lidah keseluruh permukaan gigi. Tanda merah berarti plak masih ada di permukaan gigi, sehingga perlu dilakukan sikat gigi sekali lagi agar bersih.

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 KERANGKA KONSEPTUAL

Sesuai dengan tujuan penelitian dan berdasarkan kajian teori, maka disusunlah kerangka konseptual penelitian dengan menggunakan pendekatan sistem sebagai berikut:



Gambar 3.1. Kerangka Konseptual

Keterangan:

Variabel yang diukur

Variabel yang tidak diukur

Penelitian ini adalah untuk membuktikan pengaruh *self efficacy* melalui proses kemampuan kognitif, motivasi dan afektif terhadap perubahan perilaku sehat gigi pada kader posyandu. Dasar teori yang digunakan adalah berasal dari *Theory Planned Behavior* dari Ajzen 1997 dan teori *self efficacy* dari Bandura, 2001 yang disesuaikan dengan kondisi di lapangan.

Kerangka konsep penelitian ini disusun dengan menggunakan pendekatan sistem (*input, proses, dan output*) dalam ilmu perilaku. *Output* atau keluaran adalah adanya perilaku upaya pencegahan karies, karang gigi, upaya promotif kesehatan gigi serta perilaku deteksi karies, karang gigi bagi dirinya dan keluarganya. *Outcome* yang diharapkan adalah adanya rujukan karies, karang gigi pada kelompok sasaran posyandu ke puskesmas. *Output* dipengaruhi masukan (*input*) dan proses. Masukan terdiri dari berbagai faktor sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi *self efficacy*, antara lain:

-*Locus of control* sebagai variabel kendali diri yang merupakan suatu interpretasi atau pengatribusian seseorang tentang penyebab dari perilakunya dan dapat bersifat internal maupun eksternal. Kendali diri eskternal menunjuk pada penyebab perilaku yang yang berasal dari berbagai faktor dalam lingkungan

-*Inactive attainment* merupakan sumber informasi yang paling banyak mempengaruhi *self efficacy* seseorang, karena langsung didasarkan pada pengalaman yang sebenarnya dari orang tersebut. Intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks dengan tehnik pelatihan *role playing* diharapkan dapat menambah pengalaman untuk terjun langsung pada masyarakat. Pengalaman keberhasilan akan meningkatkan *self efficacy*.Tehnik *role playing* Contoh dalam pelatihan ini seorang kader pada suatu waktu ia dapat berperan sebagai tenaga kesehatan yang memeriksa pasien di lain waktu ia berperan sebagai pasien, sehingga kader mempunyai

pengalaman yang sebenarnya secara langsung. Pengalaman keberhasilan akan meningkatkan *self efficacy*.

-*Vicarious Experience*, pengalaman orang lain turut mempengaruhi *self efficacy* seseorang. Pengamatan terhadap orang lain akan lebih efektif jika kesuksesan orang lain didahului pengalaman kegagalan daripada jika orang lain tersebut langsung mengalami kesuksesan dalam melakukan sesuatu. Melalui intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks dengan tehnik pelatihan *coaching*, *problem based learning* dapat sebagai *vicarious experience* kader yang dapat mempengaruhi *self efficacy* kader. Tehnik *coaching*, tehnik ini dengan menerapkan contoh kasus penderita, maka kader dapat melihat temannya sesama kader yang dapat melakukan suatu pemeriksaan kesehatan gigi pada contoh kasus penderita. Jika seseorang melihat atau mengamati orang lain (model) yang menurutnya mempunyai kemampuan yang kurang lebih sama dengannya, hal ini dapat menimbulkan keyakinan bahwa iapun dapat melakukannya dengan sukses pula.

-*Verbal persuasion*, seseorang yang dipersuasi secara verbal bahwa mereka mampu melakukan suatu tugas, akan mengembangkan usaha yang lebih besar daripada mengembangkan perasaan takut akan kegagalan. Pengaruh persuasi terhadap *self efficacy* seseorang nampak pada usaha yang cukup keras untuk mencapai sukses dengan cara mengembangkan ketrampilannya, sehingga pada akhirnya meningkatkan perasaaan *self efficacy*. Intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks dengan tehnik pelatihan *coaching*, *role playing*, *problem based learning* sehingga kader dapat mengembangkan ketrampilan.

-*Psychological state*, anggapan seseorang mengenai keadaan psikologisnya sebagian berperan menentukan keputusan apakah dia dapat mengerjakan sesuatu dengan baik atau tidak. Apabila seseorang dihadapkan pada suatu tugas, dan sebelum mulai mengerjakan tugas

dia sudah cemas atau takut, maka dia akan lebih mengantisipasi kegagalan. Intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks dengan tehnik pelatihan *problem based learning*, di mana dalam tehnik ini terdapat suatu upaya pemecahan masalah secara bersama-sama, maka kader dapat mengantisipasi kemungkinan kegagalan dalam menghadapi permasalahan di masyarakat yang heterogen.

-Umur, semakin tua usia seseorang akan semakin banyak pengalaman yang dialami, dan semakin banyak proses belajar selama kehidupannya, hal ini akan mempengaruhi tingkat *self efficacy* seseorang.

Beberapa variabel yang bersifat situasional juga mempengaruhi *self efficacy* antara lain:

-Dukungan sosial, keterlibatan kader kesehatan dalam model deteksi karies, karang gigi memerlukan dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya, khususnya seseorang yang berpengaruh secara sosial pada masyarakat di sekitarnya antara lain adanya dukungan dari tokoh masyarakat.

-*Peer support*, dukungan antar teman, tetangga dan masyarakat sekitarnya untuk ikut berpartisipasi dala penanggulangan penyakit karies, karang gigi sangat diperlukan karena juga dapat mempengaruhi *self efficacy*-nya.

-sikap terhadap perilaku upaya pencegahan dipengaruhi oleh *enabling factor, predisposing dan reinforcing factors*. Variabel sikap ini juga dipengaruhi oleh hasil evaluasi dari suatu program dalam hal ini contohnya adalah program posyandu.

-Adanya keyakinan terhadap program posyandu harus jalan, karena penting untuk meningkatan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak, mempersiapkan generasi yang lebih baik sebagai *normative beliefs*, ini jika mendapat tanggapan yang positif maka akan

mempengaruhi terbentuknya norma subjektif yaitu bahwa program kesehatan gigi adalah sesuatu hal yang penting yang dapat mempengaruhi kesehatan secara umum.

Norma subjektif ini juga dipengaruhi oleh adanya motivasi, baik dalam diri kader kesehatan posyandu sebagai *internal motivation*, antara lain kewajiban moral sebagai seorang kader kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap terhadap upaya pencegahan karies.

-Tingkat *self efficacy* ditunjukkan oleh skor yang diperoleh individu atas respons yang diberikan terhadap pernyataan dalam kuesioner *self efficacy*. Secara spesifik *tingkat self efficacy* di dentifikasikan sebagai berikut: Perasaan mampu dalam hal menyelesaikan tugas, perasaan mampu dalam hal bertahan dan mengembangkan usaha untuk tetap menyelesaikan tugas dan orientasi terhadap tujuan serta adanya orientasi kendali diri yang bersifat internal juga diperlukan untuk mengembangkan *self efficacy* yang positif (Lee C, 1994).

Peningkatan pengetahuan, sikap, kemampuan dan ketrampilan melalui model deteksi OHI-S, DMFT indeks oleh kader kesehatan posyandu sebagai intervensi. Untuk melihat adanya peningkatan *self efficacy* seorang kader kesehatan posyandu, dan adanya peningkatan kemampuan kognitif, motivasi dan afektif dan perilaku sehat gigi kader setelah intervensi dilakukan uji *Hotelling's Trace* Para kader juga diberikan beberapa buku pegangan dan Kartu kesehatan gigi sebagai alat rujukan. Mekanisme pengaruh *self efficacy* kader melalui suatu proses kemampuan kognitif, motivasional dan afektif dalam pengaruhnya terhadap perubahan perilaku sehat gigi akan dilakukan uji statistik dengan *Structure Equation Modeling* (SEM).

Model deteksi OHI-S, DMFT indeks ini telah melalui suatu proses advokasi dengan mengadakan suatu lokakarya dalam rangka *raker design* dengan mengundang para pengelola program posyandu, program kesehatan dasar khususnya kesehatan gigi mulai tingkat

kabupaten, kecamatan, dan lintas sektor terkait. Model ini mempunyai beberapa buku pegangan dan Kartu kesehatan gigi sebagai rekam medik, alat rujukan ke puskesmas, sistem evaluasi dan monitoring berupa bentuk, jenis pelaporan, dan alur pelaporan. Sistem pelayanan dan pengobatan di puskesmas dengan memakai sistem yang sudah jalan di Dinas kesehatan kabupaten Pasuruan. Studi ini memerlukan dukungan lintas sektor terkait : Tokoh masyarakat, karang taruna, Ka.Ur desa/Camat. Model deteksi OHI-S, DMFT indeks diharapkan mempunyai *effort* yang seminimal mungkin, tetapi mempunyai persisitensi dan *choise* yang besar terhadap perubahan perilaku yang diharapkan. Model deteksi OHI-S, DMFT indeks diharapkan dapat berkesinambungan atau *sustainable*.

Diharapkan dengan adanya peningkatan *self efficacy* kader kesehatan posyandu ini, keluaran atau *output* adalah terjadi perilaku kader yang diharapkan, yaitu kader kesehatan posyandu dapat berperilaku dalam beberapa upaya pencegahan, promotif dan deteksi karang gigi, karies gigi bagi dirinya maupun pengunjung posyandu. *Outcome* yang diharapkan yaitu adanya *management self* sehingga kader dapat meningkatkan perilaku keschatan gigi pada pengunjung posyandu dan meningkatnya rujukan pelayanan kesehatan gigi ke puskesmas. Hasil deteksi karang gigi, karies gigi oleh kader keschatan posyandu ini akan diuji sensitifitas dan spesifisitasnya dengan *gold standard* diagnosis yang dilakukan oleh tenaga kesehatan gigi di puskesmas yaitu oleh dokter gigi puskesmas.

Pertimbangan seseorang berperilaku sehat sesuai anjuran kesehatan, banyak faktor yang dapat mempengaruhi antara lain, menurut Bandura , 1989, tiga pertimbangan yang mendasari pada akhirnya seorang berperilaku a)harapan akan kemungkinan hasil dari perilaku (*outcome expectancy)*, b)harapan dapat berperilaku mumpuni yang relevan (*efficacy expectancy*), dan c) nilai hasil (*outcome value*). Pertimbangan berperilaku juga didasari pula oleh seberapa

berat usaha yang dipilih (*choice*), seberapa banyak perubahan (*effort*) dan seberapa baik perubahan yang akan dicapai (persistensi).

3.2.HIPOTESIS PENELITIAN

Bertitik tolak dari uraian pada landasan teori yang telah dipaparkan di atas, maka dapat ditarik suatu kesimpulan sementara atau hipotesis bahwa :

1. *Self efficacy* sebelum dan sesudah intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks berbeda
2. Kemampuan kognitif, motivasi dan afektif sebelum dan sesudah intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks berbeda
3. Perilaku sehat gigi sebelum dan sesudah intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks berbeda
4. *Self efficacy* berpengaruh positif dan signifikan terhadap kemampuan kognitif, motivasi dan afektif
5. Kemampuan kognitif, motivasi dan afektif berpengaruh positif dan signifikan terhadap perilaku sehat gigi

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Penelitian yang digunakan adalah jenis penelitian pra eksperimental dengan rancangan penelitian terdiri dari dua tahap. Tahap pertama dengan metode *pre-post test group design* (Babby, 1986). Metode pada tahap ke dua adalah mencari pola pengaruh. Penelitian ini melihat pengaruh variabel *self efficacy* (X1) terhadap variabel perilaku sehat gigi kader kesehatan melalui variabel antara yaitu variabel kemampuan kognitif (X2), variabel motivasi (X3), dan variabel kemampuan afektif (X4).

Tingkat *self efficacy* ditunjukkan oleh skor yang diperoleh individu atas respon yang diberikan terhadap pernyataan dalam kuessioner *self efficacy*. Secara spesifik tingkat *self efficacy* diidentifikasikan sebagai berikut: Perasaan mampu dalam hal menyelesaikan tugas, perasaan mampu dalam hal bertahan dan mengembangkan usaha untuk tetap menyelesaikan tugas dan orientasi terhadap tujuan (Lee C, Bobko P, 1994).

Intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks berupa pelatihan peningkatan pengetahuan, sikap, kemampuan dan ketrampilan pada kader kesehatan posyandu. Untuk menguji adanya peningkatan *self efficacy*, Kemampuan kognitif, motivasi, afektif dan perilaku kader setelah intervensi dilakukan dengan uji Hotelling's T. Pengaruh peningkatan *self efficacy* melalui peningkatan kemampuan kognitif, motivasional dan afektif terhadap peningkatan perubahan perilaku sehat gigi dilakukan dengan *Struktural Equation Model*.

Model deteksi OHI-S, DMFIndeks ini merupakan model dengan sistem penjaringan berlapis untuk deteksi karies, karang gigi yang dilakukan oleh kader pada kelompok sasaran posyandu. Hasil deteksi oleh kader dicatat dalam kartu kesehatan gigi dan kemudian dirujuk ke puskesmas untuk didiagnose ulang dan mendapatkan perawatan oleh tenaga kesehatan gigi dengan *gold standard* puskesmas. Kartu kesehatan gigi sebagai alat rujukan dan juga berfungsi sebagai rekam medik sehingga dapat menghitung sensitivitas dan spesifisitas hasil deteksi oleh kader. Model ini mempunyai sistem evaluasi dan monitoring berupa:bentuk, jenis pelaporan, dan alur pelaporan.

Sistem pengobatan dan pelayanan dalam model ini menggunakan sistem yang sudah berlaku di Dinkes Kabupaten Pasuruan. Model ini memerlukan dukungan lintas sektor terkait : Tokoh masyarakat, karang taruna, Ka.Ur desa/Camat. Model deteksi OHI-S, DMFT indeks diharapkan mempunyai sumber informasi yang memberikan pengaruh pada *self efficacy* dengan adanya peningkatan ketrampilan deteksi karies, karang gigi diharapkan ada *verbal persuasion*. Pelatihan dengan tehnik *Coaching*, tehnik ini terjadi interaksi antar kader kesehatan karena melalui tehnik ini ada proses belajar dengan melihat secara langsung orang lain (sesama kader) pada saat memeriksa kesehatan gigi pada contoh kasus penderita. Sehingga dengan pelatihan tehnik *coaching* terjadi proses *vicarious experience*. Pelatihan dengan tehnik *coaching* juga terjadi proses *enactive attainment*, karena setelah melihat contoh kasus pada penderita, juga dilakukan uji coba antar sesama kader bergantian menjadi peran sebagai penderita dan sebagai petugas kesehatan. Pelatihan dengan cara *problem based learning* juga terjadi suatu proses yang dapat mengurangi efek *psychological state*. Tehnik *problem based learning*, dimana tehnik ini merupakan tehnik pelatihan dengan pemecahan permasalahan yang terjadi di

lapangan. Dengan dihadapkannya kader pada permasalahan secara nyata terjadi di lapangan, dan kemudian didiskusikan bersama untuk pemecahan masalah, maka ia dapat mengantisipasi kemungkinan kegagalan.

Model dengan peningkatan KAP ini diharapkan dapat meningkatkan *self efficacy*. Meningkatnya *self efficacy* dapat meningkatkan kemampuan kognitif, afektif dan motivasi kader kesehatan sehingga kader dapat lebih mampu menghadapi situasi yang terjadi di masyarakat dalam perubahan perilaku yang diharapkan. Model deteksi OHI-S, DMF indeks diharapkan dapat berkesinambungan atau *sustainable*.

Buku pegangan kesehatan gigi, buku saku kesehatan gigi dan kiat menjaga kebersihan mulut, kartu kesehatan gigi sebagai instrumen intervensi disusun berdasarkan hasil analisis data awal tentang tingkat :pengetahuan, sikap, kemampuan kesehatan gigi pada kader. Buku pegangan berisi materi tentang: gejala awal karies gigi sampai gejala lanjut, karang gigi, plak dan debris, beberapa upaya pencegahan, nutrisi yang baik untuk kesehatan gigi, cara menyikat gigi secara benar. Pentahapan penyusunan model deteksi OHI-S, DMFT indeks dan buku Pegangan, buku saku Kesehatan Gigi dan Kartu Kesehatan Gigi adalah sebagai berikut:

1. Mengumpulkan data awal tentang: pendidikan kader, sikap dan pengetahuan kesehatan gigi kader, tugas dan wewenang kader kesehatan posyandu, masalah yang ditemui selama menjadi kader posyandu, tanggapan terhadap keterlibatan dalam model deteksi OHI-S, DMFT indeks
2. Menyusun rancangan buku pegangan dan Kartu kesehatan gigi .
3. Pembahasan isi buku, kesepakatan dalam pengembangan model dengan Pengelola program KIA, Gigi, dan Kesra Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, Petugas

keschatan gigi dipuskesmas, Ketua PKK, PLKB posyandu kabupaten dengan lokakarya *raker design*

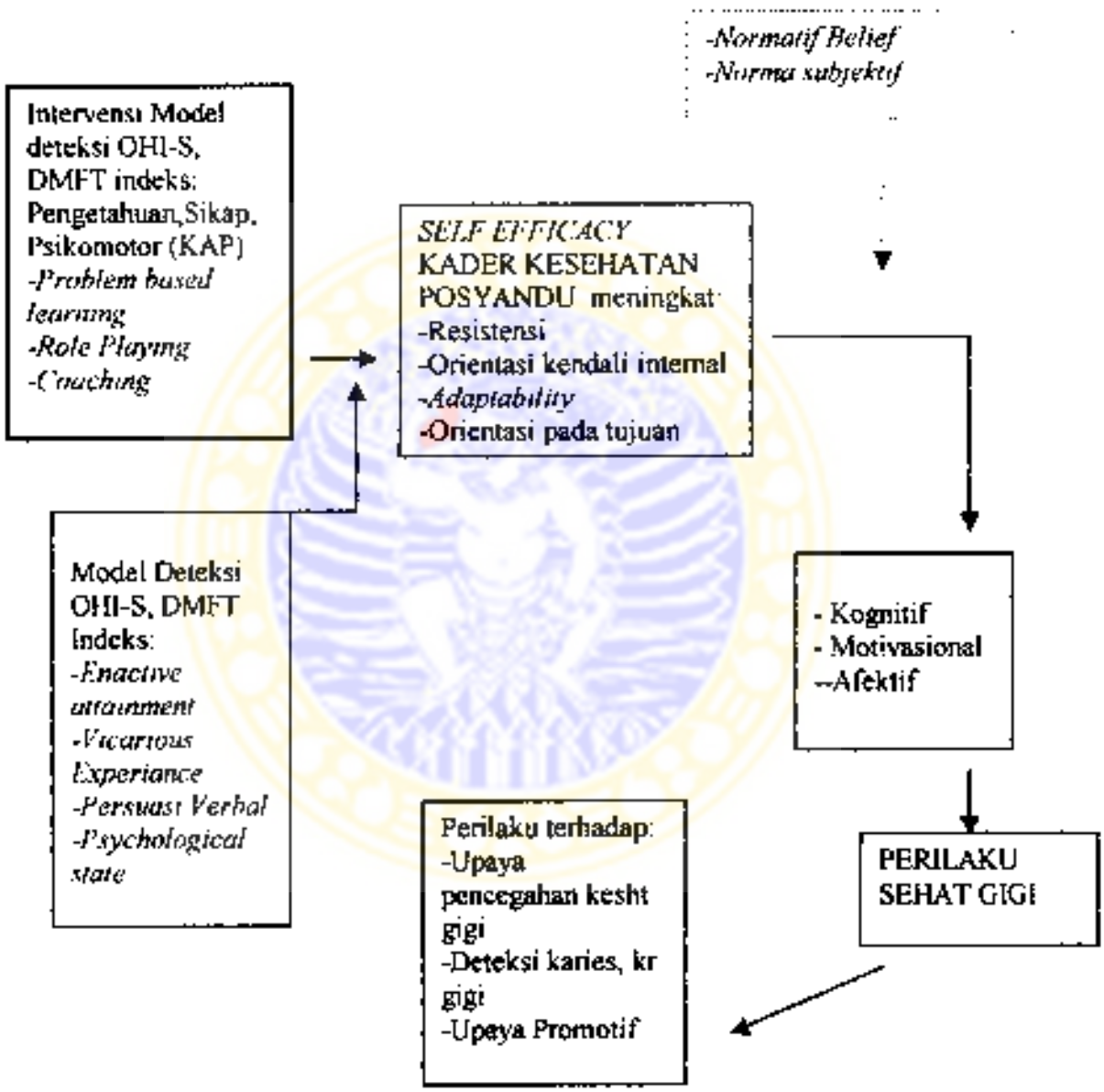
4 Lokakarya *Raker Design* untuk kesepakatan, komitmen, kordinasi dalam pelaksanaan model dengan mengundang: Para pengelola program Keschatan gigi dan KIA, seluruh dokter gigi kabupaten Pasuruan, Pemda Tk Kabupaten, Ketua PKK, Kesra Dinas keschatan kabupaten Pasuruan

5. *Focus Group Discussion* pada kader kesehatan gigi, PLKB di daerah studi untuk mendapatkan data tentang tanggapan dalam peran serta kader dalam model deteksi OHI-s, DMFT indeks.

6. *Indepth Interview* pada Petugas kesehatan :Kepala puskesmas, dokter gigi, bidan puskesmas, bidan desa di daerah studi untuk memperoleh data tentang tugas dan wewenang kepala puskesmas, dokter gigi dan bidan desa dalam program kegiatan di posyandu.

4.2 KERANGKA OPERASIONAL

Sesuai dengan rancangan penelitian maka kerangka operasional digambarkan pada gambar 4.1 sebagai berikut:



Gambar 4.1. Kerangka Operasional

Gambaran kerangka operasional menunjukkan beberapa variabel yang diteliti keterkaitannya, sehingga ditemukan konfigurasi mekanisme perubahan yang ditunjukkan oleh anak panah horizontal maupun vertikal. Penelitian ini ada dua tahap, tahap pertama melihat perbedaan *self efficacy*, kemampuan kognitif, motivasi dan afektif dan perilaku sehat gigi kader sebelum dan setelah intervensi. Pada tahap ke dua Penelitian ini untuk menguji pengaruh *self efficacy* melalui kemampuan kognitif, afektif dan motivasi terhadap perubahan perilaku sehat gigi setelah intervensi.

Sebelum intervensi dilakukan pre test tentang *self efficacy* kader, kemampuan kognitif, motivasi, afektif dan perilaku sehat gigi kader. Setelah dilakukan pre test pada kader, kemudian kader diberi pelatihan tentang *Knowledge Attitude* dan Psikomotor (KAP) dengan tehnik pelatihan *problem based learning*, *role playing*, dan *coaching* sebagai bentuk intervensi.

Pasca intervensi juga dilakukan pengujian berupa post test tentang *self efficacy*, kemampuan kognitif, motivasi , afektif dan perilaku sehat gigi pada kader.

Model deteksi OHI-S, DMFT indeks diharapkan mempunyai sumber informasi yang yang dapat memberikan pengaruh pada *self efficacy* kader dengan adanya peningkatan ketrampilan diharapkan ada *verbal persuasion*. Pelatihan dengan tehnik *Coaching*, tehnik ini kader langsung dihadapkan pada pengalaman yang sebenarnya oleh karena dengan tehnik ini kader langsung melakukan uji coba pada contoh kasus penderita sehingga terjadi *enactive attainment*. Tehnik *coaching* juga terjadi suatu pengamatan terhadap orang lain (model) kesehatan karena melalui tehnik ini ada proses belajar dengan melihat secara langsung orang lain (sesama kader) pada saat memeriksa kesehatan pada contoh

kasus penderita Sehingga dengan pelatihan tehnik *coaching* juga terjadi proses *vicarious experience*. Pelatihan dengan tehnik *role playing* juga terjadi proses *enactive attainment*, karena pada tehnik ini terjadi suatu uji coba ganti peran antar sesama kader bergantian menjadi peran sebagai penderita dan sebagai petugas kesehatan. Kader langsung dihadapkan pada pengalaman yang sebenarnya. Tehnik *role playing* juga terjadi suatu proses *vicarious experience*. Dengan adanya pengalaman keberhasilan dari model bahwa dirinya dapat melakukan hal yang sama Pelatihan dengan cara *problem based learning* terjadi suatu proses *psychological state*. Tehnik *problem based learning*, dimana tehnik ini merupakan tehnik pelatihan dengan pemecahan permasalahan yang terjadi di lapangan, sehingga dengan dihadapkannya kader pada permasalahan secara nyata terjadi di lapangan, dan kemudian didiskusikan bersama untuk pemecahan masalah dapat mengantisipasi kegagalan.

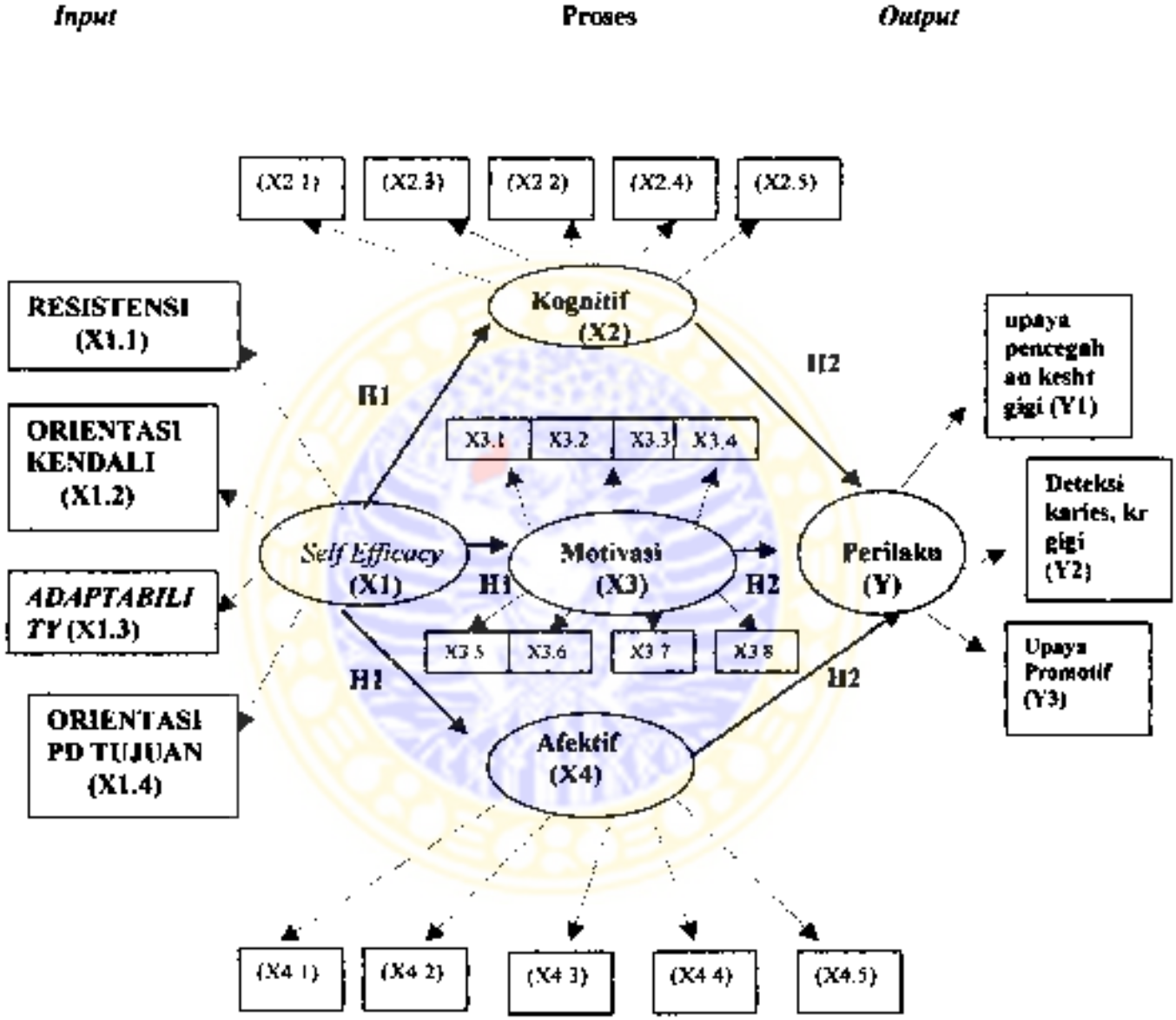
Model dengan peningkatan KAP ini terjadi suatu proses *enactive attainment*, *vicarious experience*, persuasi verbal dan *psychological state* diharapkan sebagai sumber informasi yang dapat meningkatkan *self efficacy*. Meningkatnya *self efficacy* dapat meningkatkan kemampuan kognitif, afektif dan motivasi kader kesehatan sehingga terjadi perubahan perilaku yang diharapkan. Untuk dapat menguji adanya peningkatan *self efficacy*, kemampuan kognitif, motivasi dan afektif kader kesehatan posyandu setelah intervensi dilakukan dengan uji *Hotelling's T*. Sedangkan untuk menguji pengaruh peningkatan *self efficacy* melalui peningkatan kemampuan kognitif, motivasi afektif terhadap perilaku sehat gigi kader dengan *Structural Equation Model*.

Variabel norma subjektif dan *normative belief* tentang kesehatan gigi pada seorang kader kesehatan dapat mempengaruhi perilaku kader, namun dalam penelitian ini tidak di ukur. Peningkatan KAP kesehatan gigi pada kader akan membentuk suatu *normatif belief* yaitu pentingnya menjaga kesehatan gigi oleh karena berhubungan dengan derajat kesehatan secara umum. *Normatif belief* yang terbentuk pada sekelompok kader kesehatan pada akhirnya menimbulkan suatu norma subyektif pada masing-masing individu. Dengan terbentuknya norma subyektif pada masing-masing individu dapat menimbulkan suatu niat seseorang berperilaku. Apalagi bila peningkatan KAP dengan tehnik pelatihan dengan *problem based learning, coaching* dan *role playing* dapat meningkatkan *self efficacy* kader, maka hal ini dapat saling mendukung untuk meningkatkan niat seseorang untuk berperilaku sehat sesuai yang diharapkan.

Tingkat *self Efficacy* kader dapat mempengaruhi kemampuan kognitif, motivasional dan afektif kader kesehatan yang kemudian dapat mempengaruhi perilaku sehat gigi. Indikator perilaku sehat gigi kader adalah: Upaya pencegahan, upaya promotif dan deteksi karies dan karang gigi yang dilakukan kader pada kelompok sasaran posyandu.

Diharapkan dengan peran serta aktif para kader kesehatan posyandu melalui model deteksi OHI-S, DMFT indeks dapat meningkatkan perilaku sehat gigi serta meningkatnya jumlah rujukan pelayanan ke puskesmas

4.3. KERANGKA ANALISIS



Gambar 4.2. Kerangka Analisis

Variabel *self efficacy* (X1)sebagai variabel *latent* yang terdiri dari beberapa indikator variabel antara lain: Resistensi (X1.1), orientasi kendali internal (X1.2), *adaptability* (X1.3) dan orientasi pada tujuan (X1.4) sebagai variabel *obsery*. Variabel *self Efficacy*(X1) sebagai variabel eksogen atau variabel bebas akan diuji seberapa besar pengaruhnya terhadap variabel laten perilaku sebagai variabel endogen atau variabel terikat (Y).

Pengaruh *self efficacy* terhadap kemampuan kognitif, motivasional dan afektif sebagai variabel endogen (X2, X3 dan X4) akan dilakukan *analysis factor confirmatory* (CFA). Variabel antara ini akan dilihat pengaruhnya juga terhadap variabel laten perilaku (Y).

Variabel laten kemampuan kognitif (X2) terdiri dari beberapa indikator : Penerimaaan pengetahuan (X2.1), pemahaman (X2.2), penerapan (X2.3), analisis (X2.4), dan kemampuan sintesis (X2.5).

Variabel laten motivasi (X3) terdiri dari beberapa indikator antara lain: Usaha (X2.1), umpan balik (X2.2), Kepuasan akan hasil (X2.3), Pertimbangan faktor kesenangan dan ketidaksenangan (X2.4), Menyelesaikan tugas (X2.5), Ketahanan terhadap tekanan sosial (X2.6), Daya ingat (X2.7), dapat mengerjakan pekerjaan lebih baik (X2.8).

Variabel laten kemampuan afektif (X4) terdiri dari indikator : Pengenalan (X4.1), pemberian respons (X4.2), penghargaan terhadap nilai (X4.3), pengorganisasian (X4.4), dan pengamalan (X4.5).

Variabel laten perilaku sehat gigi (Y) adalah tindakan yang relevan dengan tujuan yang ditetapkan dan diinginkan. Indikator perilaku terdiri dari:

-Perilaku terhadap tindakan upaya pencegahan karies, karang gigi (Y1)

-Perilaku terhadap deteksi karies dan karang gigi (Y2)

-Perilaku terhadap upaya promotif kesehatan gigi (Y3)

4.4. Lokasi penelitian

Lokasi penelitian di Kabupaten Pasuruan. Pemilihan lokasi penelitian berdasarkan persyaratan berikut:

1. Dari hasil data Profil Kesehatan Jawa Timur, th 1997, kab Pasuruan termasuk 10 besar di Jawa timur angka karies tinggi.
2. Kabupaten Pasuruan sedang mengembangkan dana sehat (JPKM), khususnya di wilayah Puskesmas Gondang Wetan.

Untuk menghindari duplikasi dengan intervensi lain di luar kegiatan yang ada, maka daerah penelitian yang dipilih disyaratkan sebagai berikut:

a. Tidak sedang dilakukan intervensi program kesehatan di luar program rutin yang telah ada
b. Daerah intervensi memiliki karakteristik geografis kependudukan, jenis fasilitas kesehatan yang sama.

Setelah dilakukan konsultasi dengan Dinas Kesehatan kabupaten Pasuruan, terpilih wilayah kerja puskesmas Gondang Wetan .

Pemilihan secara acak pada kader kesehatan posyandu baik kader aktif maupun kader tidak aktif di kecamatan terpilih. Kader tidak aktif adalah kader yang selama menjadi kader, pernah tidak hadir selama 3 bulan berturut-turut tanpa keterangan yang jelas.

4.5. Populasi, Sampel dan Besar Sampel Penelitian

Populasi penelitian adalah kader kesehatan posyandu di wilayah puskesmas Gondang Wetan.

Sampel penelitian adalah kader keschatan posyandu yang terkena *simple random sampling* pada daerah studi dan memenuhi kriteria inklusi maupun kriteria eksklusi.

Kriteria inklusi

-Tercatat sebagai kader keschatan posyandu

-Umur dewasa (17 tahun)

-Sehat jasmani dan Rohani

-Dapat membaca dan menulis dalam bahasa Indonesia

-Bersedia menjadi resposnden

Kriteria eksklusi:

-Tidak dapat membaca dan menulis dalam bahasa Indonesia

-Menderita kelainan jiwa

-Puskesmas studi sedang dilakukan intervensi bidang kesehatan

Tehnik pengambilan sampel penelitian secara *simple random sampling* pada kader keschatan posyandu di kecamatan Gondang Wetan kabupaten Pasuruan.

Besar sampel berdasarkan rancangan penelitian yaitu *pre-post test group design* dengan uji hipotesis untuk 1 populasi dengan intervensi menurut Brown and Hollander (1986) sebagai berikut:

$$n = \left[\frac{Z_{1-\alpha/2} \; \sigma}{d} \right]^2$$

Keterangan : n – banyaknya anggota sampel

$Z_{1-\alpha/2}$ ---→ α =0,05 Z=1,96

d=2 (d = selisih antara nilai pre dan post yang diinginkan)

σ=Standar Deviasi pada saat uji coba instrumen penelitian =9,26

$$\text{Faktor koreksi} = \frac{1}{1 - f} \quad ; \; f=0,1$$

n = 92

Penentuan nilai standar deviasi biasanya diketahui dari hasil penelitian sebelumnya, dan karena keterangan terdahulu nilai σ tidak diketahui, maka ketentuan nilai σ sebesar 9,26 dari hasil uji coba instrumen. Sedangkan nilai d ditentukan sebesar 2. Populasi kader kesehatan di Puskesmas Gondang wetan sebanyak 126 kader, maka besar sampel dari perhitungan rumus diatas adalah n=92 responden.

4.6. Klasifikasi Variabel dan Definisi Operasional Variabel

Untuk dapat meneliti suatu konsep secara empiris, maka konsep tersebut harus dioperasionalkan dengan mengubahnya menjadi variabel. Kerlinger (1990:41-42) mendefinisikan variabel sebagai suatu sifat yang dapat memiliki bermacam nilai.

Ada tiga variabel laten dalam penelitian ini. Pertama variabel *self efficacy*, variabel ini berkedudukan sebagai variabel eksogen (X1) atau variabel bebas. Variabel kognitif,

motivasional dan afektif yang berkedudukan sebagai variabel Endogen X2, X3, X4 dan Y sebagai variabel perilaku. Variabel ini secara logis dapat menimbulkan akibat tertentu terhadap suatu variabel perilaku yang berkedudukan sebagai variabel endogen. Variabel kognitif, motivasional dan afektif sebagai variabel antara dan variabel perilaku sebagai variabel terikat.

a. Variabel Laten *self efficacy* (X1) adalah keyakinan individu bahwa dirinya mampu melakukan sesuatu dalam situasi tertentu dengan berhasil. *Self efficacy* ditunjukkan oleh respons yang diberikan terhadap pertanyaan dalam kuesioner *self efficacy*. Respons itu adalah respons terhadap indikator variabel di antaranya (dengan skala Likert yang sudah dimodifikasi menjadi 4 skala, menurut Sutrisno Hadi, 1986)

1.Resistensi :keteguhan dalam mengerahkan berbagai usaha untuk menghadapi situasi yang spesifik

2 Orientasi kendali internal:perasaan mampu mengendalikan dan mengatasi situasi yang spesifik.

3 *Adaptability*: perasaan mampu menyesuaikan diri pada situasi yang menekan

4.Orientasi pada tujuan.perasaan yang mengarah pada aktifitas pencapaian tujuan.

b Variabel Laten Motivasi

Dalam penelitian ini indikator motivasi diukur berdasarkan atas jumlah skor yang diperoleh individu atas respons yang diberikan dalam beberapa pertanyaan dalam kuessioner. Semakin tinggi jumlah skor yang diperoleh maka semakin tinggi motivasinya. Tingkat kekuatan dari motivasi dapat dilihat pada indikator di bawah ini

1. Seberapa jauh seseorang menyukai suatu tingkat risiko, supaya usaha dan kemampuannya dapat diperkirakan mempengaruhi hasil kerjanya dan tidak menginginkan kerja didasarkan atas dasar mujur
2. Seberapa jauh seseorang menyukai aktivitas yang memberikan umpan balik yang cepat, tepat dan jelas
3. Seberapa jauh kepuasan kerja seseorang pada keberhasilan tugas yang dikerjakan
4. Seberapa jauh seseorang mempertimbangkan kesenangan dan ketidaksenangan mempengaruhi usahanya dalam mencapai tujuan.
5. Seberapa jauh seseorang mempunyai kecenderungan menyelesaikan pekerjaan secara tuntas
6. Seberapa jauh seseorang tahan terhadap tekanan sosial
7. Seberapa jauh seseorang ingat akan tugas yang belum selesai
8. Seberapa jauh seseorang percaya bahwa dia dapat menyelesaikan pekerjaannya dengan baik dan tepat waktu dan dia mampu menhgerjakan pekerjaan serupa dengan lebih baik di waktu selanjutnya

c. Variabel Laten Kemampuan Kognitif

Dari hasil penelitian Locke (dikutip Early, 1991) tersebut nampak bahwa pemilihan tujuan merupakan sebagian peran *self efficacy* yang berakibat pada suatu tindakan melalui proses kognitif. Locke menyatakan bahwa *self efficacy* mengandung suatu mekanisme yang menggabungkan antara teori belajar sosial dengan pendekatan *goal setting* terhadap perilaku. Kognitif merupakan *predictor* dari perilaku kesehatan dalam *self efficacy* dengan melalui proses *coping adaptability* (Schwarzer, 2000).

Taksonomi Bloom sangat dikenal di Indonesia, bahkan tampaknya paling terkenal dibandingkan dengan taksonomi lainnya. Taksonomi Bloom mengelompokkan tujuan kognitif ke dalam lima kategori. Ke lima kategori mencakup kompetensi ketrampilan intelektual dari yang sederhana (tingkat pengetahuan) sampai dengan yang paling kompleks (tingkat sintesis).

Ke lima kategori ini diasumsikan bersifat hirarkis, yang berarti tujuan pada level yang tinggi dapat dicapai hanya apabila tujuan pada level yang lebih rendah telah dikuasai. Beberapa indikator kemampuan kognitif antara lain.

1.Seberapa besar penerimaan pengetahuan tentang kesehatan gigi

2.Seberapa besar pemahaman tentang keschatan gigi

3.Seberapa besar penerapan tentang kesehatan gigi

4.Seberapa besar kemampuan analisis tentang kesehatan gigi

5.Seberapa besar kemampuan sintesis tentang kesehatan gigi.

d. Variabel Laten Kemampuan Afektif

Keyakinan seseorang mengenai kemampuannya mempengaruhi seberapa banyak tekanan dan depressi yang dialami saat menghadapi situasi yang mengancam. Tujuan afektif yang berhubungan dengan perasaan, emosi, sistem nilai dan sikap hati (*attitude*) yang menunjukkan penerimaan atau penolakan terhadap sesuatu. Indikator afektif terdiri dari yang paling sederhana, yaitu memperhatikan suatu fenomena sampai dengan yang kompleks yang merupakan faktor internal seseorang, seperti kepribadian dan hati nurani.

Taksonomi afektif yang paling terkenal dikembangkan oleh Krathwohl, Bloom dan Masia, yang dikutip oleh Pannen P dkk tahun 1997. Krathwohl mengelompokkan afektif

ke dalam 5 kelompok. Pengelompokan ini juga bersifat hirarkis, dengan pengenalan sebagai tingkat yang paling rendah (sederhana) dan pengamalan sebagai tingkat paling tinggi. Beberapa indikator kemampuan afektif antara lain:

1.Pengenalan/penerimaan (*receiving*)

2.Pemberian respons (*Responding*)

3.Penghargaan terhadap nilai (*Valuing*)

4.Pengorganisasian (*Organization*)

5.Pengamalan (*Characterization*)

Makin tinggi tingkat afektif dalam hirarkis semakin besar pula keterlibatan dan komitmen seseorang terhadap tujuan tersebut.

f Variabel Laten Perilaku Sehat Gigi

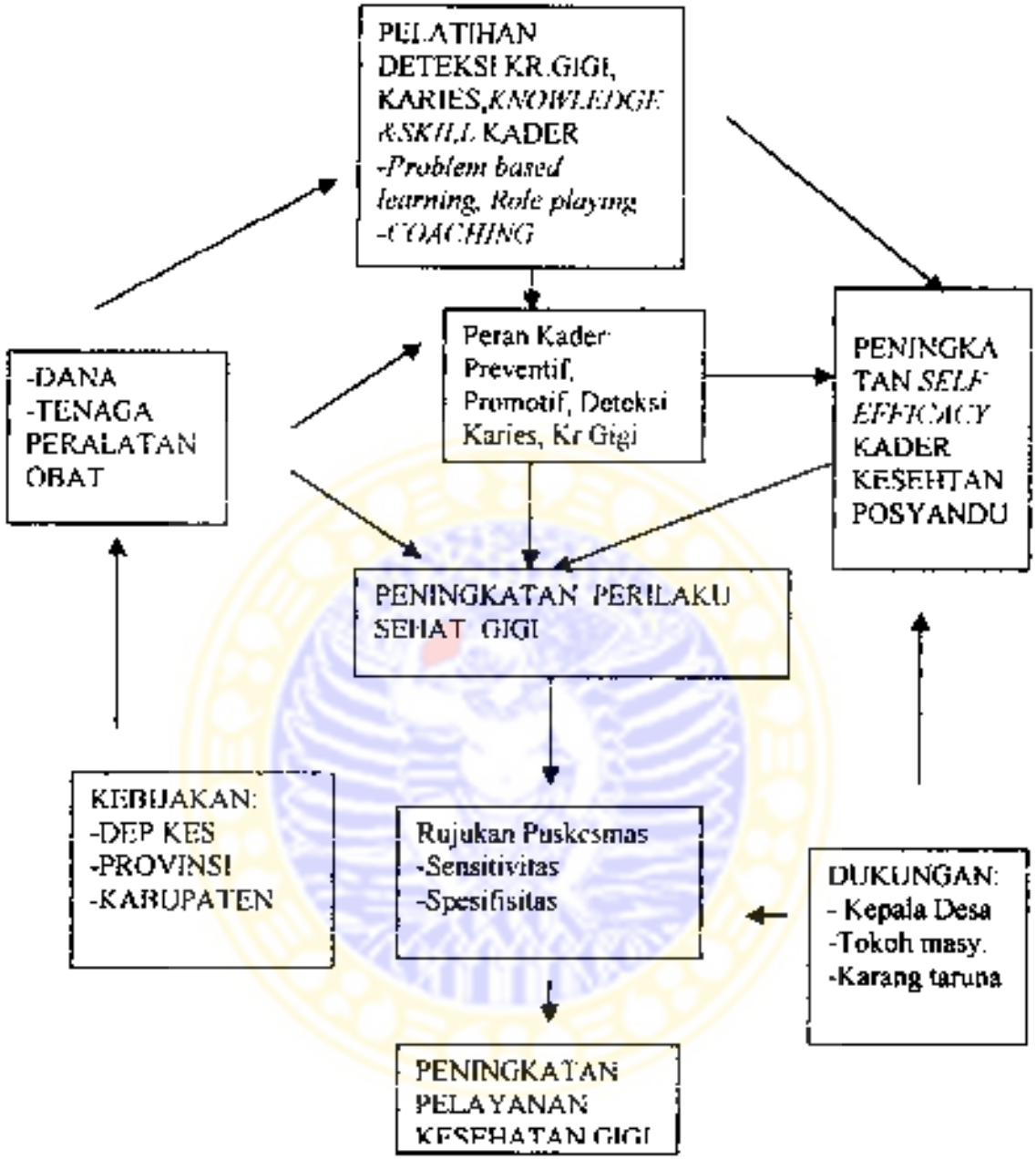
Perilaku adalah tindakan yang relevan dengan tujuan yang ditetapkan dan diinginkan. Perilaku ditunjukkan dengan penilaian dengan berdasarkan pada indikator sebagai berikut:

1.Perilaku terhadap tindakan upaya pencegahan karies, karang gigi dan penyakit gusi

2.Perilaku terhadap deteksi karies, karang gigi dan gigi goyang.

3.Perilaku terhadap upaya promotif kesehatan gigi.

4.7. MODEL DETEKSI OHI-S, DMFT INDEKS PELAYANAN KESEHATAN GIGI



Gambar 4.3. Model deteksi OHI-S, DMFT INDEKS

Model deteksi OHI-S, DMFT indeks adalah suatu model yang terintegratif antara petugas kesehatan dan kader posyandu dalam melakukan suatu deteksi karies, karang gigi pada kelompok masyarakat pengunjung posyandu. Model deteksi OHI-S, DMFT indeks ini merupakan model dengan sistim penjaringan berlapis untuk mendeteksi karies dan karang gigi pada permukaan mahkota gigi dengan cara visual pada pengunjung posyandu yang dilakukan oleh kader kesehatan. Hasil deteksi oleh kader dengan bantuan kaca mulut kemudian dirujuk dengan kartu kesehatan gigi ke puskesmas untuk didiagnose secara klinik oleh tenaga kesehatan gigi puskesmas dan mendapatkan perawatan gigi sesuai standar pelayanan tingkat puskesmas

Pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan penyakit karies dengan mengikutsertakan secara aktif kader kesehatan dalam penjaringan kasus karies diperlukan suatu pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dalam deteksi karies dan karang gigi dengan suatu teknik pelatihan yaitu dengan cara pendekatan pemecahan masalah atau *Problem based learning* dan cara *Coaching* adalah suatu cara pelatihan untuk meningkatkan ketrampilan dengan contoh kasus karies dan karang gigi pada penderita yang diuji cobakan secara langsung pada kader. Tehnik ini memerlukan edukator yang profesional dalam hal ini adalah dokter gigi puskesmas. Tehnik *role playing*, pada tehnik ini secara bergantian sesama kader menjadi penderita dan petugas pemeriksa kesehatan gigi dan sebagai tenaga penyuluh kesehatan gigi.

Untuk melihat tingkat kemampuan kader dalam upaya perubahan perilaku sehat gigi yang diharapkan dengan mengukur tingkat *self efficacy* yang dimiliki kader. Diharapkan dengan meningkatnya pengetahuan kesehatan gigi, ketrampilan kader dalam deteksi karies dan karang gigi dapat meningkatkan *self efficacy* kader yang pada akhirnya terjadi perubahan perilaku sehat gigi seperti yang diharapkan. Pada jangka panjang model ini diharapkan dapat meningkatkan perilaku sehat gigi ibu hamil, ibu menyusui, pasangan usia subur sehingga dapat mempersiapkan generasi yang lebih sehat dengan gigi yang lebih kuat terhadap serangan karies, karang gigi.

Adanya dukungan sosial dari tokoh masyarakat, aparat desa, karang taruna, tenaga kesehatan dan masyarakat diwilayahnya dapat meningkatkan *self efficacy* kader. Dengan meningkatnya *self efficacy* kader, maka diharapkan kader dapat lebih tangguh dalam

menghadapi tugas yang sangat mulia di masyarakat di wilayahnya yang sangat heterogen segingga upaya menjemput bola dari model ini dapat tercapai.

Model deteksi OHI-S, DMFT indeks memerlukan dukungan baik dari sisi peralatan, obat dan prasarana serta tenaga kesehatan gigi, yang tentunya pula perlu kebijakan dari Dinas kesehatan mulai dari tingkat Provinsi, dan Kabupaten.

4.8. Instrumen Penelitian

Untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini, dipergunakan beberapa macam alat untuk mengukur variabel yang ada. Alat pertama adalah *self efficacy* untuk melihat *self efficacy* seseorang. Instrumen ke dua adalah kuesioner tentang motivasi, kemampuan kognitif , dan afektif. Instrumen ke tiga kuesioner untuk menilai perilaku subjek tentang deteksi karies, karang gigi, upaya pencegahan penyakit gigi dan upaya promotif.

Instrumen untuk pelatihan kader kesehatan posyandu terdiri dari: Buku pegangan Kesehatan gigi , kartu Kesehatan Gigi anak (KKGA) dan buku petunjuknya, Buku saku untuk kader kesehatan tentang kesehatan gigi, sistem evaluasi dan monitoring.

Kuesioner tentang *self efficacy* dalam skala Likert yang sebelumnya dilakukan uji reliabilitas dan validitasnya, kuesioner pre-post test yang meliputi variabel kemampuan kognitif, motivasi dan afektif, kuesioner tentang perilaku sehat gigi. Semua kuesioner dilakukan uji reliabilitas dan validitasnya

Alat yang dipergunakan untuk mengumpulkan data *self efficacy* adalah sebuah kuesioner. Soemardjan dan Koentjaraningrat (1990) memberikan definisi kuesioner sebagai berikut: "Suatu daftar yang berisikan suatu rangkaian pertanyaan mengenai sesuatu hal atau dalam suatu bidang".

Banyak keuntungan yang dapat diperoleh dengan menggunakan kuesioner, antara lain dapat mencakup banyak orang, menghemat waktu dan memberikan anonimitas.

Metode kuesioner juga mempunyai unsur *self report* di mana subjek sendiri yang diminta untuk mengutarakan perasaan atau keadaan dirinya (Hadi, 1975). Metode ini sangat sesuai karena dalam penelitian ini yang diharapkan adalah subjek dapat menilai sendiri persepsi subjektifnya atas kemampuan yang dimiliki.

Namun demikian metode kuesioner ini juga memiliki beberapa kelemahan, yaitu adanya kemungkinan pernyataan sulit dipahami oleh subyek. Untuk mengatasi kelemahan ini, peneliti terlebih dahulu melakukan uji validitas. Pengujian validitas ini sangat berguna untuk mengetahui apakah alat yang digunakan sesuai dengan hal yang akan diukur dan apakah alat tersebut cukup dapat dipahami oleh subyek (Frankel, 1993).

Validitas dan Reliabilitas instrumen

Uji validitas dan reliabilitas instrumen dilakukan pada semua instrumen: *self efficacy*, kemampuan kognitif, afektif dan motivasi serta instrumen perilaku sehat gigi. Untuk memperoleh validitas dan reliabilitas tes sebagai alat pengambil data perlu dilakukan dua langkah yakni uji coba dan validitas konstruk dari pakar. Uji coba bertujuan untuk menguji tingkat validitas, reliabilitas dan indeks kesulitan item tes yang selanjutnya untuk memperoleh dasar untuk perbaikan instrumen. Uji coba instrumen dilakukan pada kader kesehatan posyandu di wilayah puskesmas Nguling kabupaten Pasuruan. Dasar pemilihan daerah uji coba kuesioner dengan pertimbangan kader kesehatan posyandu Puskesmas Nguling memiliki akreditasi sama dengan Puskesmas Gondang Wetan.

Uji validitas (kesahihan) dan uji reliabilitas (keterhandalan) digunakan rumus tertentu yang dipilih untuk menguji instrumen tes. Validitas yang diuji adalah isi tes

(*content validity*). Kuesioner dinyatakan sahih bila memenuhi uji validitas dengan nilai p<0.05. Untuk mengetahui reliabilitas instrumen digunakan analisis faktor dengan uji *Guttman Split half* >0,35.

Tabel 4.1. Hasil Uji Instrumen Kesahihan dan Keterhandalan *self efficacy*

NO	Indikator *self efficacy*	Sahih dan Handal	Tidak Sahih Ujicoba 1	Tdk Sahih Ujicoba 2	Persentase Sahih
1	Resistensi	1,3,7,10,16,26,27,29,31,40	-	-	100
2	Internal	11,14,22,32,36,37	4,33	-	100
3	*Adaptability*	9,15,16,19,25,28,35,38	12,13,24,34	-	100
4	Orientasi tujuan	2,5,6,,8,17,20,21,23,30,39	20,21	-	100

Telah dilakukan revisi pada butir pertanyaan yang dinyatakan tidak sahih, dengan tidak mengubah arti dari indikator tersebut. Hasil Ujicoba kc dua semua indikator *self efficacy* sahih.

Tabel 4.2. Hasil Uji Instrumen Kesahihan dan Keterhandalan Kemampuan Kognitif.

NO	Indikator kemampuan kognitif	Sahih	Tidak sahih	Persentase Sahih
1	Pengetahuan	1,2,3	-	100
2	Pemahaman	4,5,6,7,8	-	100
3	Penerapan	9,10,11,12,13	-	100
4	Analisis	14,15,16,17,	-	100
5	Sintesis	18,19,20	-	100

Hasil ujicoba instrumen kesahihan kemampuan kognitif 100% sahih.

Tabel 4.3: Instrumen Kesahihan dan Keterhandalan Kuesioner Kemampuan Afektif

NO	Indikator Afektif	Sahih	Tidak sahih	Persentase Sahih
1	Penerimaan	1,2,3	-	100
2	Respons	4,5,67,8	-	100
3	Penilaian	9,10,11,12	-	100
4	Pengorganisasian	13,14,15,16,17	-	100
5	Pengamalan	18,19,20	-	100

Hasil ujicoba instrumen kesahihan kemampuan Afektif 100% sahih.

Tabel 4.4: Hasil Uji Instrumen Kesahihan dan Keterhandalan Kuesioner Motivasi

NO	Indikator motivasi	Sahih	Tidak sahih	Persentase Sahih
1	Tingkat risiko	1,3,16,27,43,51,56,59	-	100
2	Aktivitas umpan balik	8,4,18,20,26,29,35,44,47	-	100
3	Kepuasan kerja	2,13,15,23,24,58,60	-	100
4	Kesenangan mempengaruhi usaha	5,17,19,21,38	-	100
5	Menyelesaikan pekerjaan	9,14,22,31,37,48,53,57	-	100
6	Ketahanan terhadap tekanan sosial	6,10,12,28,30,41	-	100
7	Ingat akan tugas	11,25,36,40,42,46,50,54	-	100
8	Dapat mengerjakan pekerjaan lebih baik	7,33,34,39,45,49,55	-	100

Hasil ujicoba instrumen kesahihan indikator motivasi 100% sahih.

Tabel 4.5: Instrumen kesahihan dan keterhandalan kuesioner Perilaku sehat gigi

NO	Indikator Perilaku sehat gigi	Sahih	Tidak sahih	Persentase Sahih
1	Pencegahan	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	-	100
2	Deteksi	12,13,14,15,16,17,18,19,20	-	100
3	Promotif	21,22,23,24,25,26,27,28,29,30	-	100

Hasil ujicoba instrumen kesahihan perilaku sehat gigi 100% sahih.

4.9. Jenis dan Cara Pengumpulan data

Pelatihan dengan cara *problem based learning, role playing, coaching* tehnik yang diberikan pada dokter gigi puskesmas oleh peneliti, kemudian dokter gigi puskesmas melatih kader keschatan posyandu yang dikenal dengan *Trainer of the trainer* (TOT).

Pengumpulan data untuk kuesioner *self efficacy*, kuesioner tentang motivasi, kognitif dan afektif kader keschatan dan perilaku kader keschatan dilakukan oleh

peneliti. Pengumpulan data dilakukan sebelum dan sesudah pelatihan, setelah intervensi selama 3 bulan. Pelatihan ulang dilakukan setelah 3 bulan jalan. Rancangan kuesioner tentang: *self efficacy*, Kognitif, motivasi dan afektif serta kuesioner tentang perilaku sehat gigi kader dibuat oleh peneliti, ahli perilaku dan seorang psikolog dalam skala Likert.

Jenis data adalah data primer, instrumen penelitian dengan menggunakan kuesioner yang telah diuji *validitas* dan *reliabilitas*-nya. Cara pengumpulan data dengan wawancara dan observasi.

4.10. Cara pengukuran

a. Pengukuran *self efficacy*

Kuesioner untuk mengukur *self efficacy* menggunakan skala. Menurut Bandura (1986), untuk mengukur *self efficacy* yang dimiliki seseorang dilakukan dengan cara memberikan kuesioner yang dapat memancing persepsi seseorang mengenai keyakinan akan kemampuannya.

Pendapat Bandura (1986), untuk mengukur derajat *self efficacy* seseorang terhadap suatu tugas, terlebih dahulu harus ditentukan situasi apa saja yang ada dalam tugas tersebut. Kemudian ditentukan sub ketrampilan apa saja yang dituntut dalam setiap situasi yang ada.

Pengukuran tinggi rendahnya *self efficacy* dapat dilakukan dengan memilih salah satu angka yang tersedia pada setiap item: Resistensi, Orientasi kendali internal, kemampuan adaptasi, dan orientasi pada tujuan (Colletti G, 1987).

Kuesioner untuk mengukur *self efficacy* dalam penelitian ini menggunakan skala. Menurut Kerlinger (1980), suatu skala adalah sekumpulan butir verbal yang

untuk tiap butirnya seorang individu memberikan jawaban dengan menyertakan tingkat kesesuaian atau ketidaksesuaian, atau menjawab dengan cara lain. Setiap butir mempunyai alternatif tertentu yang menempatkan individu yang menjawab pada titik tertentu dalam skala tersebut.

Skala *self efficacy*, menggunakan rentang skoring dari 4 sampai 1 tiap itemnya, untuk jenis butir bersifat *favourable*. Untuk jenis butir bersifat *unfavourable* mempunyai rentang skor dari 1 sampai 4 tiap itemnya. contoh: Sangat sesuai (SS), Sesuai (S), Tidak sesuai (TS) dan Sangat tidak sesuai (STS). Dengan demikian subjek dapat memilih tingkat kesesuaian keadaan dirinya dengan memilih salah satu angka yang terdapat dalam data ordinal tersebut.

Nilai skoring untuk indikator *self efficacy* terdiri dari:

-Amat baik, nilai skoring >3

-Baik :nilai skoring adalah 2-3

-Rendah nilai skoring adalah <2

b. Pengukuran perilaku

Untuk mengukur perilaku kader kesehatan dalam upaya pencegahan karies, karang gigi dan deteksi karies, karang gigi pada kelompok sasaran posyandu, digunakan 2 metode: metode pertama adalah *rating scale*. Metode ini dibutuhkan satu orang atau lebih pengamat untuk melakukan observasi terhadap subyek ketika melakukan tugas untuk kemudian memberikan penilaian (Fraenkel dan Wallen, 1993). Metode ini dipilih karena paling memungkinkan untuk menilai perilaku kader dalam deteksi karies dan karang gigi. Perilaku yang dicatat dalam lembar observasi adalah perilaku

aktual yang dilakukan subjek dan bukan penilaian instruktur mengenai seberapa baik penampilannya. Jawaban hasil observasi perilaku sehat gigi yang diamati adalah ya atau tidak (Bentler Peter M, 1987).

Metode ke dua adalah dengan menjawab setiap butir persepsi dari perilaku sehat gigi dengan rentang skoring dari 4 sampai 1 tiap itemnya, untuk jenis butir bersifat *favourable*. Untuk jenis butir bersifat *unfavourable* mempunyai rentang skor dari 1 sampai 4 tiap itemnya. contoh: Sangat sesuai (SS) mempunyai nilai skor 1, Sesuai (S) mempunyai nilai skor 2, Tidak sesuai (TS) mempunyai nilai skor 3 dan Sangat tidak sesuai (STS)mempunyai nilai skor 4.

Nilai skoring untuk indikator Perilaku sehat gigi terdiri dari:

-Amat baik, nilai skoring >3

-Baik ;nilai skoring adalah 2-3

-Rendah nilai skoring adalah <2

c. Pengukuran Kemampuan Kognitif

Pengukuran tinggi rendahnya kemampuan kognitif dapat dilakukan dengan memilih salah satu angka yang tersedia pada setiap item: Pengetahuan, Penerapan, Pemahaman, Analisis dan Sintesis. Skala kemampuan kognitif, menggunakan rentang skoring dari 4 sampai 1 tiap itemnya, untuk jenis butir bersifat *favourable*. Untuk jenis butir bersifat *unfavourable* mempunyai rentang skor dari 1 sampai 4 tiap itemnya. contoh: Sangat sesuai (SS), Sesuai (S), Tidak sesuai (TS) dan Sangat tidak sesuai (STS) Dengan demikian subjek dapat memilih tingkat kesesuaian keadaan dirinya dengan memilih salah satu angka yang terdapat dalam data ordinal tersebut.

Nilai skoring untuk indikator Kemampuan Kognitif terdiri dari:

-Amat baik, nilai skoring >3

-Baik :nilai skoring adalah 2-3

-Rendah nilai skoring adalah <2

d Pengukuran Motivasi

Pengukuran tinggi rendahnya motivasi dapat dilakukan dengan memilih salah satu angka yang tersedia pada setiap item resiko, umpan balik, puas kerja, usaha, dapat menyelesaikan pekerjaan, tekanan sosial, ingat tugas, kerja lebih baik. Skala motivasi menggunakan rentang skoring dari 4 sampai 1 tiap itemnya, untuk jenis butir bersifat *favourable*. Untuk jenis butir bersifat *unfavourable* mempunyai rentang skor dari 1 sampai 4 tiap itemnya contoh: Sangat sesuai (SS), Sesuai (S), Tidak sesuai (TS) dan Sangat tidak sesuai (STS). Dengan demikian subjek dapat memilih tingkat kesesuaian keadaan dirinya dengan memilih salah satu angka yang terdapat dalam data ordinal tersebut

Nilai skoring untuk indikator Motivasi terdiri dari:

-Amat baik, nilai skoring >3

-Baik :nilai skoring adalah 2-3

-Rendah nilai skoring adalah <2

e Pengukuran Afektif

Pengukuran tinggi rendahnya *self efficacy* dapat dilakukan dengan memilih salah satu angka yang tersedia pada setiap item: Pengenalan, pemberian respons,

penghargaan terhadap nilai, pengorganisasian, dan pengamalan (Pannen P, 1997). Skala kemampuan afektif, menggunakan rentang skoring dari 4 sampai 1 tiap itemnya, untuk jenis butir bersifat *favourable*. Untuk jenis butir bersifat *unfavourable* mempunyai rentang skor dari 1 sampai 4 tiap itemnya. contoh: Sangat sesuai (SS), Sesuai (S), Tidak sesuai (TS) dan Sangat tidak sesuai (STS). Dengan demikian subjek dapat memilih tingkat kesesuaian keadaan dirinya dengan memilih salah satu angka yang terdapat dalam data ordinal tersebut.

Nilai skoring untuk indikator Afektif terdiri dari:

-Amat baik, nilai skoring >3

-Baik :nilai skoring adalah 2-3

-Rendah nilai skoring adalah <2

f. Pengukuran Karies dan Karang gigi

Pengukuran kerentanan pasien terhadap karies dapat dilakukan dengan menghitung jumlah gigi berlubang, hilang atau tertambal. Hal ini dikenal dengan indeks DMFT. Indeks ini merupakan indeks yang masih kasar karena tidak memperhitungkan permukaan yang terkena karies. Indeks ini dapat menjadi besar karena tanggalnya gigi disebabkan oleh sebab lain terutama pada pasien usia tua, dan dapat dipengaruhi oleh pola perawatan yang dilakukan. Deteksi karies oleh kader kesehatan posyandu hanya terbatas karies pada *pit* dan *fissure* saja mengingat beberapa pertimbangan bahwa:

-*Pit* dan *fissure* mempunyai kerentanan yang tinggi terhadap terjadinya karies

-*Fissure* merupakan sarang plak yang baik dan akan susah sekali membuang plak

tersebut.

-Penegakan deteksi karies secara visual langsung lebih mudah

Karies *pit* dan *fissure* merupakan karies dengan kategori karies kelas I, dimana pada pergantian abad ini G.V Black (1995) telah mengklasifikasikan lokasi tempat terjadinya karies. Klasifikasi ini didasarkan atas urutan serangan karies pada permukaan gigi, dan masih sering digunakan meskipun cara ini tidak menunjukkan permukaan yang terkena.

Kelas

1 Karies menyerang *pit* dan *fissure*

2 Karies menyerang permukaan aproksimal gigi posterior

3 Karies menyerang permukaan aproksimal gigi anterior

4 Karies menyerang permukaan aproksimal gigi anterior dan meliputi sudut insisal

5 karies menyerang permukaan serviks gigi.

DMFT indeks terdiri dari indeks *decay, missing* dan *filling*. *Decay* adalah gigi dalam keadaan karies atau lubang. *Filling* adalah gigi yang telah dilakukan perawatan tambal. *Missing* adalah gigi hilang karena karies.

DMFTindeks individu = Jumlah *decay, missing* dan *filling* seluruh gigi geligi individu

D (*decay*)

M (*missing*)

F (*filling*)

DMFTindeks individu =

OHI-S ini terdiri dari *Debris* Indeks (DI) dan *Calculus* Indeks (CI). Bidang gigi yang diperiksa adalah (Greene and Vermillion, dikutip WHO, 2003) :

-Bidang bukal molar pertama rahang atas kiri dan kanan yang mewakili segmen posterior rahang atas kiri dan kanan

-Bidang lingual molar pertama rahang bawah kiri dan kanan yang mewakili segmen posterior rahang bawah kiri dan kanan

-Bidang *labial incisivus* pertama kanan atas yang mewakili segmen anterior rahang atas serta bidang *labial incisivus* pertama kiri bawah yang mewakili segmen anterior rahang bawah. Untuk memudahkan visualisasinya dapat dilihat pada skema di bawah ini:

Cara pengukuran status kebersihan mulut (OHI-S) yaitu dengan melakukan pemeriksaan pada bidang gigi yang terpilih dengan memakai kaca mulut dan sonde. Gigi yang diperiksa sesuai dengan yang tertera pada status pemeriksaan. Pengukuran debris dan karang gigi dilakukan dengan menggoreskan sonde pada permukaan dan bidang gigi yang diperiksa. Namun apabila karang gigi terdapat pada daerah subgingival, maka dilakukan pemeriksaan dengan memakai probe periodontal

Luasnya plak dan karang gigi dapat diukur dengan menggunakan indeks Vermillion & Green:

0 Tidak ada plak

1 Plak atau karang gigi menutupi <1/3 permukaan gigi

2 Plak atau karang gigi menutupi <2/3 permukaan gigi

3 Plak atau karang gigi menutupi >2/3 permukaan gigi

4.11. Cara analisis data

Untuk menguji perbedaan *self efficacy* kader kesehatan posyandu sebelum dan setelah intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks sebelum dan sesudah pelatihan, dilakukan uji T Hotelling's Uji T Hotelling's juga untuk menguji perbedaan kemampuan kognitif, motivasi, afektif dan perilaku sehat gigi sebelum dan sesudah intervensi. Untuk menguji pengaruh *self efficacy* terhadap perilaku sehat gigi melalui kemampuan kognitif, motivasi dan afektif dengan SEM yaitu *Structure Equation Modeling* suatu model persamaan *structural* yang sebelumnya diawali oleh *analysis factor confirmatory* (CFA) (Sarmanu, 2003), (Karl G Joreskog, 1979).

Variabel laten X1 terdiri dari variabel indikator :Resistensi, Orientasi kendali internal, *adaptability* dan Orientasi pada tujuan. Untuk dapat melihat apakah variabel Resistensi, Orientasi kendali internal, *adaptability* dan orientasi pada tujuan secara signifikan bisa sebagai indikator *self efficacy* dilakukan dengan melihat uji t pendugaan parameter. Signifikan jika pada komputer terlihat warna hitam dan bila dicocokkan dengan tabel t dengan α =0,05 dengan derajat bebas n-1, t hitung > t tabel. Kesimpulannya bahwa variabel tersebut merupakan indikator dari variabel *self efficacy*. Uji ini berlaku pula pada variabel laten: kemampuan kognitif (X2), motivasi (X3) dan kemampuan afektif (X4) dengan masing-masing variabel indikatornya.

4.12. Model dan Teknis Analisis Data

Model yang digunakan dalam penelitian ini adalah *structural Equatum Modeling* (SEM). Prinsip dari analisis ini merupakan pendekatan terintegrasi antara Analisis Faktor konfirmatori, Model Struktural, dan Analisis Jalur (*Path Analysis*) (Hair, 1995).

Model pengukuran indikator *self efficacy*, kemampuan kognitif, motivasi, afektif dan perilaku sehat gigi menggunakan *Confirmatory Factor Analysis* (CFA). Penaksiran pengaruh masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat menggunakan koefisien jalur.

Dalam pengujian model dengan menggunakan SEM, terdapat beberapa langkah yang ditempuh, yaitu sebagai berikut:

1.Mengembangkan Model Berbasis Teori

Model teoritis yang telah dibangun melalui telaah pustaka dan pengembangan model di atas, akan diuraikan lagi pada bagian ini sebagai model yang *researchable* untuk dapat dianalisis dengan menggunakan SEM.

2.Membuat Diagram Jalur untuk menunjukkan hubungan Kausalitas

Pada langkah ke dua, model teoritis yang telah dibangun pada langkah pertama akan digambarkan dalam sebuah *path diagram* untuk dapat diestimasi dengan menggunakan Lisrel 8.30. Diagram jalur menunjukkan pengaruh dari faktor ke faktor yang lain. Variabel yang dibangun dalam diagram jalur dapat dibedakan dalam dua kelompok variabel yaitu:

a. Variabel Eksogen (*Exogenous Variable*)

Dikenal juga sebagai independent variable. Pada penelitian ini *self efficacy* merupakan variabel eksogen yang mempengaruhi kemampuan kognitif, motivasi dan afektif

b. Variabel Endogen (*Endogenous Variable*)

Pada penelitian ini kemampuan kognitif, motivasi, afektif dan perilaku sehat gigi merupakan variabel endogen.

3. Memilih matriks Inputs dan Teknik Estimasi atas Model yang Dibangun

perbedaan SEM dengan teknik *multivariate* lainnya adalah dalam input data yang digunakan dalam permodelan dan estimasinya. SEM dapat menggunakan matriks varian */covarians* atau matriks korelasi. Penggunaan dua input data di atas memiliki kelebihan dan kekurangan. Keunggulan penggunaan matriks korelasi adalah mempunyai rentang tertentu yaitu 0 hingga 1 sehingga bisa digunakan untuk melihat pengaruh langsung antar koefisien dalam model. Disesuaikan dengan tujuan penelitian, maka pada penelitian input data yang akan digunakan adalah matriks korelasi.

4. Kemungkinan Munculnya Masalah Identifikasi

Pada program komputer yang digunakan untuk estimasi model kausal ini, salah satu masalah yang akan dihadapi adalah masalah identifikaasi. Problem identifikasi pada prinsipnya adalah problem mengenai ketidakmampuan dari model yang dikembangkan untuk menghasilkan estimasi. Problem identifikasi dapat muncul melalui berbagai gejala berikut ini:

a. Standar *error* untuk satu atau beberapa koefisien adalah sangat besar

b. Program tidak mampu menghasilkan matriks informasi yang seharusnya disajikan.

c. Muncul berbagai angka yang aneh seperti adanya varians *error*.

5. Mengevaluasi *goodness of fit* (kecocokan model)

a. *Goodness of Fit Index* (GFI) yang diperoleh sebagian besar sama dengan atau lebih besar dari 0,90. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa ada bukti bahwa pada masing-masing *construct* terdapat unidimensionalitas

b. Evalust terhadap Reliabilitas Konstruct

Setelah diperoleh unidimensionalitas , evaluasi terhadap reliabilitas diperlukan sebelum analisis dilakukan. Di dalam SEM, pendekatan yang dianjurkan dalam

mengukur reliabilitas sebuah model adalah menilai besaran *composite reliability* dari model pengukuran (*measurement model*).

Nilai batas yang digunakan untuk menilai sebuah tingkat reliabilitas yang dapat diterima adalah 0,35 (Hair et al, 1995). Diperoleh hasil bahwa semua *construct* mempunyai besaran yang sama dengan atau lebih besar dari 0,35 sehingga dapat disimpulkan bahwa semua *construct* adalah *reliable*.

c. Evaluasi Terhadap Validitas

Evaluasi terhadap validitas perlu dilakukan agar dapat diketahui apakah beberapa item dalam kuesioner penelitian mampu mengukur beberapa variabel pada penelitian ini. Dengan menggunakan output dari lisrel 8.30, yaitu dengan menggunakan nilai koefisien lambda (*Standardized loading factor*) dan t *value* dari masing-masing indikator. Sebuah indikator dikatakan valid jika memiliki faktor *loading* lebih besar atau sama dengan 0,50 (Sharma, 1996). Validitas sebuah indikator juga bisa dievaluasi dengan membandingkan nilai p *value* dengan α =0,05.

6.Interpretasi dan Modifikasi Model

Menguji model lengkap yang berasal dari seluruh konstruk dengan mengamati koefisien jalur. Penilaian signifikansi berpedoman pada nilai p, batas signifikansi yang digunakan adalah $p < 0,05$ dan t *value* $> (t\,\alpha / 2; df)$.

BAB V

HASIL DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1. Hasil Penelitian

5.1. Karakteristik Responden

Kader kesehatan posyandu sebagai responden penelitian berhasil dikumpulkan sebanyak 92 responden dari wilayah puskesmas Gondang Wetan di kabupaten Pasuruan diperoleh data sebagai berikut:

5.1. Distribusi Responden Menurut Umur

Tabel 5.1.Distribusi Responden Menurut Umur di Puskesmas Gondang Wetan Kab.Pasuruan tahun 20004

No	Umur (tahun)	Frekuensi	Persentase (%)
1	S/d 20	3	3,2
2	21-30	31	33,7
3	31-40	47	51,1
4	>40	11	12,0

Sumber :Data Primer Penelitian.

Dari tabel 5.1 dapat diketahui sebagian besar responden berusia 31-40 tahun (51,1%) dan sebagian kecil responden berusia kurang atau sama dengan 20 tahun (3,2%).

5.1. Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan

Tabel 5.2. Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan di Puskesmas Gondang Wetan Kab.Pasuruan tahun 20004

No	Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
1	Tidak tamat SD/Madrasah	2	2,2
2	Tamat SD/Madrasah	55	59,8
3	Tamat SLTP	17	18,5
4	Tamat SLTA	18	19,5

Sumber :data Primer Penelitian.

Dari tabel 5.2 dapat diketahui sebagian besar Tingkat pendidikan responden adalah tamat SD/Madrasah (59,8%) dan sebagian kecil tidak tamat SD/Madrasah (2,2%).

5.1. Distribusi Responden Menurut Lama Menjadi Kader kesehatan di Posyandu

Tabel 5.3. Distribusi Responden Menurut Lama Menjadi Kader Kesehatan di Puskesmas Gondang Wetan Kab.Pasuruan tahun 20004

No	Lama Menjadi Kader	Frekuensi	Persentase (%)
1	S/d 5 tahun	50	54,4
2	6-10 tahun	12	13,0
3	> 10 tahun	30	32,6

Sumber :Data Primer Penelitian.

Dari tabel 5.3 dapat diketahui sebagian besar lama menjadi kader bagi responden adalah dengan lama S/D 5 tahun (54,3%), dan sebagian kecil lama menjadi kader adalah 6-10 tahun (13,0%).

5.1. Distribusi Responden Menurut Alasan Menjadi Kader

Tabel 5.4. Distribusi Responden Menurut Alasan Menjadi Kader di Puskesmas Gondang Wetan Kab.Pasuruan tahun 20004

No	Alasan Menjadi Kader	Frekuensi	Persentase (%)
1	Kesadaran Sendiri	36	39,1
2	Diajak Tetangga	3	3,3
3	Ditunjuk Kades	30	32,6
4	Ditunjuk Nakes	23	25,0

Sumber:Data Primer penelitian

Dari tabel 5.4 Sebagian besar responden mengatakan alas an menjadi kader karena kesadaran sendiri (39,1%) dan sebagian kecil alas an menjadi kader karena diajak olch tetangga (3,3%).

5.1. Distribusi Responden Menurut perolehan dukungan dari keluarga

Tabel 5.5. Distribusi Responden Menurut Dukungan Suami/Istri kader di Puskesmas Gondang Wetan Kab.Pasuruan tahun 20004

No	Dukungan Suami/Istri Kader	Frekuensi	Persentase (%)
1	Ya	76	82,6
2	Tidak	16	17,4

Sumber Data Primer Penelitian

Dari tabel 5.5 Sebagian besar responden memperoleh dukungan dari suami/istri kader (82,6%) dan sebagian kecil tidak memperoleh dukungan dari suami/istri (17,4%).

5.1. Distribusi Responden Menurut Perolehan Dukungan Toma

Tabel 5.6. Distribusi Responden Menurut Dukungan Tokoh Masyarakat (Toma) di Puskesmas Gondang Wetan Kab.Pasuruan tahun 20004

No	Dukungan Toma	Frekuensi	Persentase (%)
1	Ya	80	86,96
2	Tidak	12	13,04

Sumber: Data Primer Penelitian.

Dari tabel 5.6 Sebagian besar responden memperoleh dukungan dari Tokoh masyarakat atau Toma, (86,96%) dan sebagian kecil tidak memperoleh dukungan dari Toma (13,04%)

5.1. Distribusi Responden Menurut Keaktifan Kader

Tabel 5.7. Distribusi Responden Menurut Keaktifan Kader di Puskesmas Gondang Wetan Kab.Pasuruan tahun 20004

No	Aktif	Frekuensi	Persentase (%)
1	Ya	75	81,5
2	Tidak	17	18,5

Sumber Data Primer Penelitian

Dari tabel 5.7 kader aktif 81,5%, sedangkan kader tidak aktif 18,5%. Kader aktif berdasarkan persepsi responden yang diberi batasan oleh peneliti, bahwa kader tidak aktif adalah kader yang selama menjadi kader pernah tidak hadir dalam kegiatan di posyandu selama 3 bulan berturut-turut.

5.2. Hasil Analisis

Penelitian ini menggunakan data *pre-post test group design* yang dikumpulkan dari 92 kader kesehatan posyandu di wilayah puskesmas Gondang Wetan kabupaten Pasuruan. Data diperoleh dengan menggunakan instrumen kuesioner dengan skala *Likert*. Jumlah 92 responden telah memenuhi syarat untuk dianalisis menggunakan *Struktural Equation Modelling* sebagaimana disarankan oleh Hair *et al.* (1995) dan Lemeshow (1997:344).

5.2.2. Hasil Pengukuran Setiap Konstruk

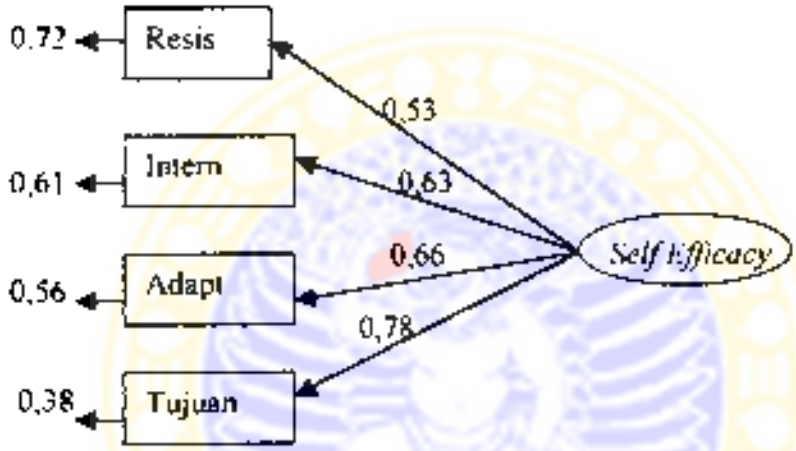
Konstruk dalam penelitian ini berjumlah lima buah yaitu *Self efficacy*, motivasi, kemampuan kognitif, afektif dan perilaku sehat gigi. Masing -masing dikonstruksi oleh 4 hingga 7 indikator. Pengujian konstruk ini untuk pengujian validitas dengan *loading factor* setiap indikator terhadap variabel latennya. Jika nilai *probability* (p-*value*)yang diperolch kurang dari 0,05 atau koefisien lambda (λ) >0,5 maka indikator tersebut dianggap valid.

5.2.2. *Self Efficacy*

Variabel *self efficacy* terdiri atas indikator resistensi, orientasi kendali internal, *adaptability*, dan orientasi pada tujuan.

Tabel 5.8. *Loading Factor* Pengukuran *Self efficacy*

Indikator	Validitas				Reliabilitas		
	λ	T	P	Ket	1-δ	p	Ket
Resistensi	0,53	4,78	<0,05	valid	0,72	<0,05	Reliabel
Internal	0,63	5,73	<0,05	Valid	0,61	<0,05	Reliabel
Adaptability	0,66	6,08	<0,05	Valid	0,56	<0,05	Reliabel
Tujuan	0,78	7,30	<0,05	valid	0,38	<0,05	Reliabel
GFI =1,000							



Gambar 5.1.Pengukuran Konstruk *Self efficacy*

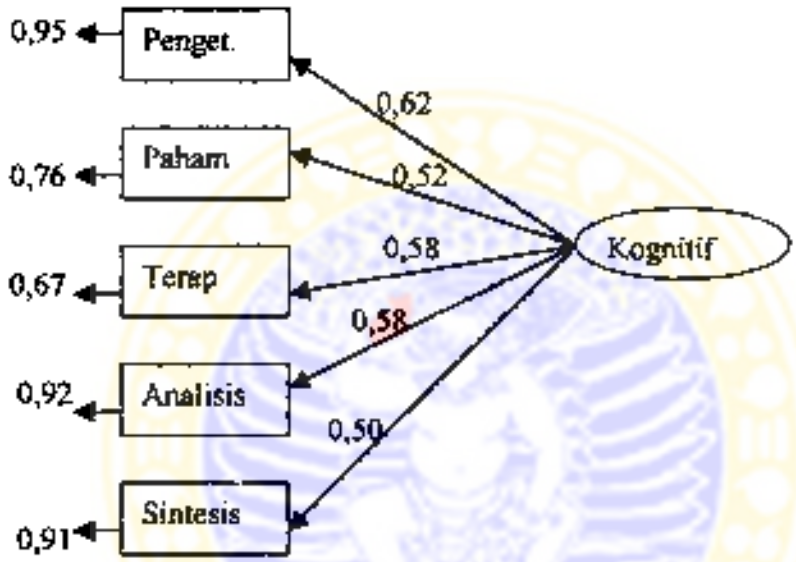
Seluruh indikator terbukti memiliki bobot yang signifikan terhadap variabel latennya, terbukti nilai lambda seluruh indikator bernilai lebih besar dari 0,5. Nilai *loading* faktor tertinggi terjadi pada indikator orientasi pada tujuan sebesar 0,78 dan yang terendah pada indikator resistensi dengan nilai sebesar 0,53.

5.2.2. Kemampuan Kognitif

Indikator Kemampuan Kognitif terdiri dari : Pengetahuan, pemahaman, penerapan, analisis dan sintesis.

Tabel 5.9. *Loading Factor* Pengukuran Kemampuan Kognitif

Indikator	Validitas				Reliabilitas		
	λ	t	p	Ket	1-δ	p	Ket
Pengetahuan	0,62	4,38	<0,05	valid	0,95	<0,05	Reliabel
Pemahaman	0,52	2,89	<0,05	Valid	0,76	<0,05	Reliabel
Penerapan	0,58	3,14	<0,05	Valid	0,67	<0,05	Reliabel
Analisis	0,58	3,14	<0,05	valid	0,92	<0,05	Reliabel
Sintesis	0,50	2,01	<0,05	valid	0,91	<0,05	Reliabel
GFI =0, 931							



Gambar 5.2.Pengukuran konstruk Kemampuan Kognitif

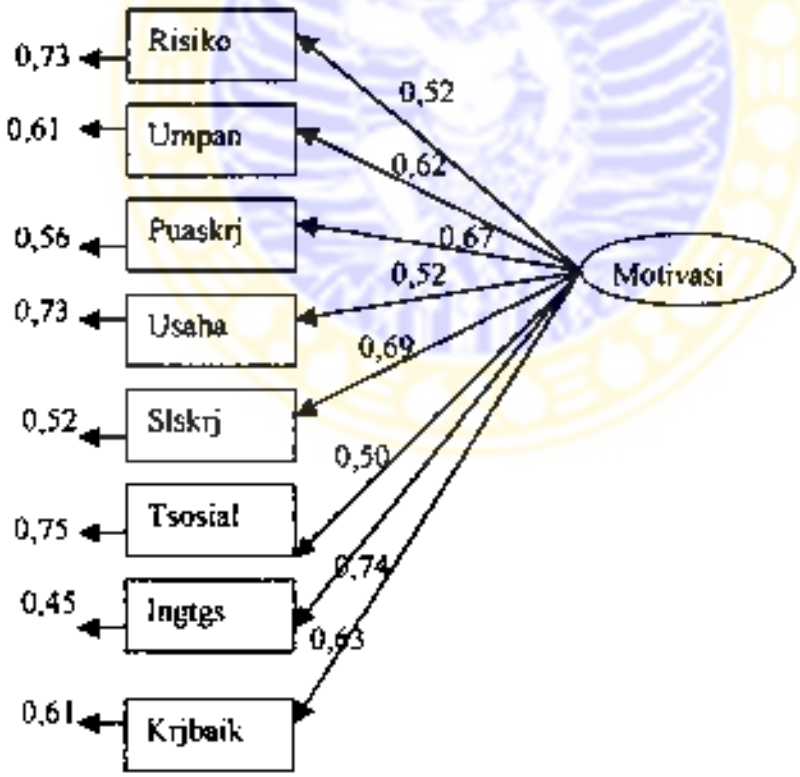
Seluruh indikator terbukti memiliki bobot yang signifikan terhadap variabel laternya, terbukti nilai lambda seluruh indikator bernilai lebih besar dari 0,5. Nilai *loading* faktor tertinggi terjadi pada indikator Pengetahuan dengan nilai *loading* 0,62 dan yang terendah pada indikator Sintesis dengan nilai sebesar 0,50.

5.2.2. Motivasi

Indikator Motivasi terdiri atas :Tingkat risiko, aktivitas umpan balik, kepuasan kerja, usaha, menyelesaikan pekerjaan, ketahanan terhadap tekanan sosial, ingat akan tugas yg belum selesai, dapat mengerjakan pekerjaan dengan lebih baik.

Tabel 5.10. *Loading Factor* Pengukuran Kemampuan Motivasi

Indikator	Validitas				Reliabilitas		
	λ	T	p	Ket	1-δ	p	Ket
Tingkat Risiko	0,52	4,93	<0,05	valid	0,73	<0,05	Reliabel
Umpan Balik	0,62	6,11	<0,05	Valid	0,61	<0,05	Reliabel
Kepuasan Kerja	0,67	6,63	<0,05	Valid	0,56	<0,05	Reliabel
Mempengaruhi Usaha	0,52	4,90	<0,05	valid	0,73	<0,05	Reliabel
Menyelesaikan Pekerjaan	0,69	6,96	<0,05	valid	0,52	0,05	Reliabel
Tahan tekanan sosial	0,50	4,72	<0,05	Valid	0,75	<0,05	Reliabel
Ingat Tugas	0,74	7,65	<0,05	Valid	0,45	<0,05	Reliabel
Mengerjakan Pekerjaan Lebih Baik	0,63	6,14	<0,05	Valid	0,61	<0,05	Reliabel
GFI =1,000							



Gambar 5.3.Pengukuran Konstruk Motivasi

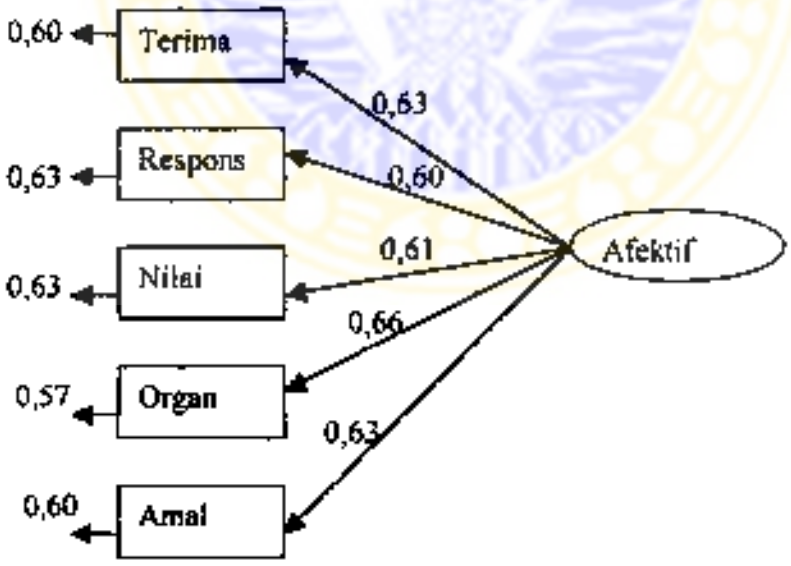
Seluruh indikator terbukti memiliki bobot yang signifikan terhadap variabel laten nya, terbukti nilai lambda seluruh indikator bernilai lebih besar dari 0,5. Nilai *loading* faktor tertinggi terjadi pada indikator Ingat akan tugas pada tujuan sebesar 0,74 dan yang terendah pada indikator Tahan terhadap tekanan sosial dengan nilai sebesar 0,50.

5.2.2. Afektif

Variabel Afektif terdiri dari indikator: Penerimaan, Respons, Penilaian, Pengorganisasian, dan Pengamalan.

Tabel 5.11. *Loading Factor* Pengukuran Afektif

Indikator	Validitas				Reliabilitas		
	λ	T	p	Ket	I-δ	p	Ket
Penerimaan	0,63	5,79	<0,05	Valid	0,60	<0,05	Reliabel
Respons	0,60	5,52	<0,05	Valid	0,63	<0,05	Reliabel
Penilaian	0,61	5,54	<0,05	Valid	0,63	<0,05	Reliabel
Pengorganisasian	0,66	6,10	<0,05	Valid	0,57	<0,05	Reliabel
Pengamalan	0,63	5,83	<0,05	Valid	0,60	<0,05	Reliabel
GFI =1,00							



Gambar 5.4. Pengukuran Konstruk Afektif

Seluruh indikator terbukti memiliki bobot yang signifikan terhadap variabel

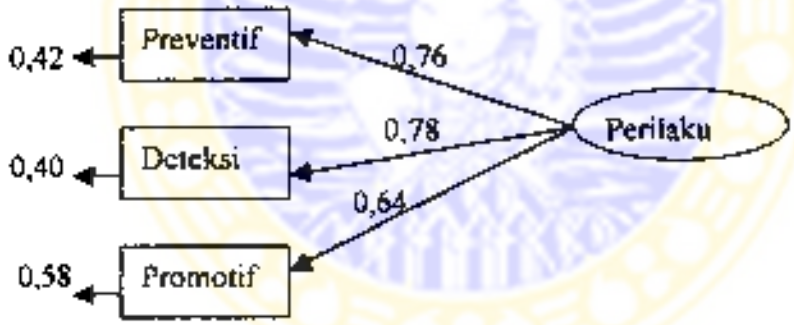
latennya, terbukti nilai lambda seluruh indikator bernilai lebih besar dari 0,5. Nilai *loading* faktor tertinggi terjadi pada indikator Pengorganisasian pada tujuan sebesar 0,66 dan yang terendah pada indikator respons dengan nilai sebesar 0,60.

5.2.2. Perilaku Sehat Gigi

Indikator Perilaku Sehat Gigi terdiri dari : Upaya Pencegahan, Deteksi Karies dan karang gigi, serta Upaya promotif kesehatan gigi.

Tabel 5.12. *Loading Factor* Pengukuran Perilaku Sehat Gigi

Indikator	Validitas				Reliabilitas		
	λ	t	p	Ket	1-δ	p	Ket
Upaya Pencegahan	0,76	7,03	<0,05	valid	0,42	<0,05	Reliabel
Deteksi	0,78	7,17	<0,05	Valid	0,40	<0,05	Reliabel
Upaya Promotif	0,64	6,01	<0,05	Valid	0,58	<0,05	Reliabel
GFI =1,000							



Gambar 5.5. Pengukuran Konstruk Perilaku Sehat Gigi

Seluruh indikator terbukti memiliki bobot yang signifikan terhadap variabel latennya, terbukti nilai lambda seluruh indikator bernilai lebih besar dari 0,5. Nilai *loading factor* tertinggi terjadi pada indikator upaya Pencegahan 0,76 dan yang terendah pada indikator upaya promotif dengan nilai sebesar 0,64.

5.2.3 Hasil Uji Hipotesis

Penelitian ini berhubungan dengan lima hipotesis yang telah diajukan. Setiap hipotesis akan dilakukan pembuktian dengan memperhatikan seluruh hasil uji estimasi koefisien jalur yang ada dan arah hubungan pada setiap jalur hipotesis. Hasil estimasi akan menggunakan beberapa nilai pada bentuk *standardized* (koefisien gamma), koefisien jalur yang menjelaskan pengaruh dari variabel eksogen ke variabel indogen karena pada bentuk ini secara statistik dapat langsung diperbandingkan. Penilaian signifikan berpedoman pada nilai p, batas yang digunakan adalah p ≤0,05 dan t *value* > (t α/2, df) = 1,96. Selanjutnya hasil uji pada masing-masing hipotesis diuraikan pada bagian berikut ini.

Hipotesis ke 1

Self efficacy sebelum dan setelah intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks berbeda

Tabel 5.13. Hasil Uji Hotelling's T

Pre-Post test	Hotelling's Trace	F	P (Signifikansi)
Self Efficacy	0,279	6,146	0,000

Multivariate tests

Pada uji Hotelling's T dengan uji *multivariate* didapatkan hasil bahwa ada perbedaan secara signifikan *self efficacy* sebelum dan setelah intervensi dengan nilai taraf P=0.000 (p < 0,05 pada α 0,05).

Sedangkan untuk melihat indikator *self efficacy* yang paling banyak memberikan Peningkatan pada *self efficacy* setelah mendapatkan pelatihan dapat dilihat pada tabel 5.14 di bawah ini.

Tabel 5.14. Perubahan yang paling bermakna dari indikator *self efficacy* sebelum dan setelah pelatihan

Pre –Post Self efficacy	**F**	**Signifikansi (p)**
Resistensi	5,787	0,018
Internal	3,950	0,050
Adaptability	10,606	0,002
Tujuan	19,738	0,000

Univariate tests

Pada univariate tests, didapatkan bahwa indikator tujuan merupakan indikator dari *self efficacy* yang memberikan perubahan yang paling bermakna setelah mendapatkan pelatihan dengan nilai P=0.000 ($p < 0,05$ pada α 0,05).

Hubungan beberapa variabel karakteristik responden terhadap tingkat *self efficacy* dapat dilihat pada tabel 5.16.

Tabel 5.15. Hubungan Variabel Karakteristik Responden Terhadap *Self Efficacy*

Karakteristik Responden	Indikator *Self Efficacy*	Signifikansi (p)
Umur	Resist	0,335
	Intern	0,059
	Adapt	0,492
	Tujuan	0,395
Pendidikan	Resist	0,729
	Intern	0,462
	Adapt	0,497
	Tujuan	0,053
Lama menjadi Kader	Resist	0,260
	Intern	0,065
	Adapt	0,026
	Tujuan	0,022
Motivasi Menjadi Kader	Resist	0,893
	Intern	0,065
	Adapt	0,682
	Tujuan	0,027
Dukungan Toma	Resist	0,644
	Intern	0,374
	Adapt	0,151
	Tujuan	0,001
Dukungan Suami/Istri	Resist	0,429
	Intern	0,586
	Adapt	0,391
	Tujuan	0,245
Pengalaman keluarga menjadi kader	Resist	0,587
	Intern	0,451
	Adapt	0,044
	Tujuan	0,720
Keaktifan Kader	Resist	0,050
	Intern	0,788
	Adapt	0,776
	Tujuan	0,858

Berdasarkan tabel di atas, tampak variabel karakteristik kader kesehatan yang berpengaruh secara bermakna terhadap *self efficacy* adalah lama menjadi kader,

motivasi menjadi kader, dukungan tokoh masyarakat (Toma), dan adanya pengalaman dari keluarga yang pernah menjadi kader serta keaktifan kader.

Hipotesis Ke 2

Kemampuan kognitif, motivasi dan afektif kader sebelum dan setelah intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indek berbeda

Tabel 5.16. Hasil Uji Hotelling's T

Pre-Post test	Hotelling's Trace	F	Signifikansi (p)
Kognitif	0,646	11,236	0,000
Motivasi	0,867	9,099	0,000
Afektif	0,687	11,946	0,000

Multivariate tests

Pada hasil uji Hotelling's T secara *multivariate tests* didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan secara signifikan : kemampuan kognitif (p=0,000), motivasi (p=0,000) dan afektif (p=0,000) setelah intervensi. Semua nilai p dikonfirmasikan pada $p < 0,05$ pada α 0,05.

Untuk melihat indikator yang paling banyak memberikan perubahan terhadap perbedaan setelah intervensi pada variabel kemampuan kognitif, motivasi dan afektif dapat dilihat pada tabel 5.17, tabel 5.18, tabel 5.19 di bawah ini.

Tabel 5.17. Perubahan yang Paling Bermakna Dari Indikator Kognitif Sebelum dan Setelah Pelatihan

Pre-Post Kemampuan Kognitif	F	Signifikansi (p)
Tahu	7,494	0,007
Paham	10,091	0,002
Terap	31,407	0,000
Analisis	19,687	0,000
Sintesis	3,400	0,008

Pada analisis secara *univariate* didapatkan hasil bahwa indikator yang paling banyak

memberikan perubahan yang paling bermakna dari kemampuan kognitif setelah intervensi adalah terapan dan analisis.

Tabel 5.18. Perubahan yang paling bermakna dari indikator Motivasi Sebelum dan Setelah Pelatihan

Pre-Post Kemampuan Motivasi	F	Signifikansi (p)
Tingkat risiko	1,572	0,213
Umpan Balik	9,897	0,002
Kepuasan Kerja	0,000	1,000
Usaha	15,649	0,000
Menyelesaikan Pekerjaan	12,206	0,001
Tekanan Sosial	50,304	0,000
Ingat tugas	25,861	0,000
Kerja lebih Baik	14,403	0,000

Pada analis secara *univariate* didapatkan hasil bahwa indikator yang paling banyak memberikan perubahan yang paling bermakna dari motivasi setelah intervensi adalah Usaha, Tekanan sosial, Ingat tugas yang belum selesai, dan Kerja lebih baik. Sedangkan indikator Tingkat risiko dan kepuasan kerja tidak memberikan andil terhadap perbedaan setelah intervensi p=0,213, p=1,000 (p>0,05 pada α 0,05)

Tabel 5.19. Perubahan yang Paling Bermakna dari Indikator Afektif Setelah Intervensi

Pre-Post Kemampuan Afektif	F	Signifikansi (p)
Penerimaan	7,179	0,009
Respons	18,717	0,000
Penilaian	31,892	0,000
Pengorganisasian	29,314	0,000
Pengamalan	5,819	0,018

Pada analisis secara *univariate* didapatkan hasil bahwa indikator yang paling banyak memberikan perubahan yang paling bermakna dari indikator Afektif setelah intervensi adalah indikator : penilaian, pengorganisasian dan pemberian respons.

Hipotesis ke 3

Perilaku sehat gigi sebelum dan setelah intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks berbeda

Tabel 5.20. Hasil Uji Hotelling's Trace

Pre-Post test	Hotelling's Trace	F	Signifikansi (p)
Perilaku Sehat Gigi	1,252	37,157	0,000

Multivariate tests

Pada uji Hotelling's T test multivariat didapatkan hasil bahwa, terdapat perbedaan secara signifikan perubahan perilaku sehat gigi pada kader kesehatan posyandu setelah intervensi dengan nilai nilai taraf P=0.000 ($p < 0,05$ pada α 0,05)

Untuk melihat indikator yang paling banyak memberikan perubahan yang paling bermakna dari indikator perilaku sehat gigi setelah intervensi, dapat dilihat pada tabel 5.21 di bawah ini

Tabel 5.21. Perubahan yang Paling Bermakna dari Indikator Perilaku Sehat Gigi Setelah Intervensi

Pre-Post Perilaku sehat gigi	F	Signifikansi (p)
Upaya pencegahan	15,882	0,000
Deteksi Karies	37,396	0,000
Upaya Promotif	102,286	0,000

Pada analis secara univariat didapatkan hasil bahwa indikator yang paling banyak memberikan perubahan yang paling bermakna dari indikator Perilaku sehat gigi setelah intervensi adalah indikator perilaku upaya promotif dengan nilai F tertinggi 102,286, p=0,000 ($p < 0,05$ pada α 0,05).

Hipotesis ke 4

Terdapat pengaruh *self efficacy* (X1) terhadap kemampuan kognitif (X2), motivasi (X3) dan afektif (X4) kader keschatan.

Tabel 5.22. Hasil Uji Hipotesis ke Empat (H4)

Variabel	Koefisien Jalur	t- value	Signifikansi	Keterangan
X1 →X2	0,83	4,00	0,000	Signifikan
X1 → X3	1,00	21,83	0,000	Signifikan
X1 → X4	0,87	13,76	0,000	Signifikan

Keterangan X1=*Self efficacy*
S -Signifikan (p<0,05)

Pada penelitian ini didapatkan bahwa *self efficacy* berpengaruh positif dan signifikan terhadap kemampuan kognitif dengan besaran koefisien jalur 0,83. Demikian pula *self efficacy* berpengaruh positif dan signifikan terhadap motivasi dengan koefisien jalur 1,00. *Self efficacy* berpengaruh positif dan signifikan terhadap afektif dengan besaran koefisien jalur 0,87 dengan nilai t sebesar 13,76.

Hipotesis ke 5

Terdapat pengaruh kemampuan kognitif (X2), motivasi(X3) dan afektif (X4) Kader kesehatan terhadap perilaku sehat gigi (Y)

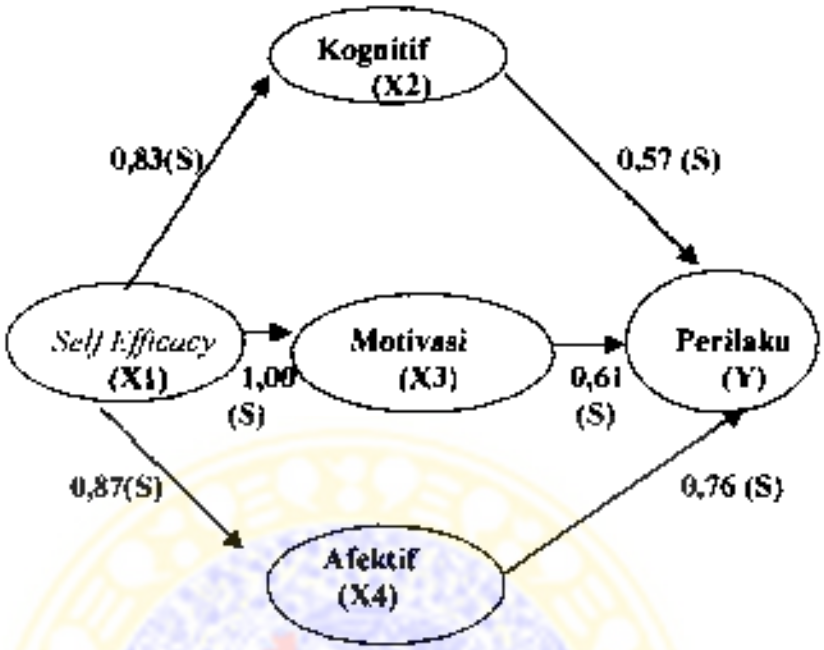
Tabel 5.23. Hasil Uji Hipotesis Ke Lima (H5)

Variabel	Koefisien Jalur	t-value	Signifikansi	Keterangan
X2 → Y	0,57	2,73	0,000	Signifikan
X3 →Y	0,61	3,74	0 000	Signifikan
X4 →Y	0,76	5,88	0 000	Signifikan

Keterangan Y -Perilaku sehat gigi

Pada penelitian ini didapatkan bahwa Kemampuan kognitif, motivasi dan afektif berpengaruh positif dan signifikan terhadap perilaku sehat gigi dengan besaran koefisien jalur masing-masing 0,57; 0,61 dan 0,76 dengan nilai p= 0,000.

Hasil temuan dalam penelitian ini dapat dilihat pada gambar 5.6



Gambar 5.6. Pengukuran Konstruk Model Teori

Keterangan

S=Signifikan ($p<0,05$)

NS=Tidak Signifikan ($p>0,05$)

Pengaruh langsung *self efficacy* terhadap kemampuan kognitif, motivasi, dan afektif. Dan pengaruh langsung kemampuan kognitif, motivasi dan afektif terhadap perilaku sehat gigi kader posyandu.

Evaluasi Model Deteksi OHI-S, DMFT indeks

Hasil evalusi Model deteksi OHI-S, DMF indeks, berdasarkan hasil rujukan deteksi karies, karang gigi oleh kader ke puskesmas untuk mendapatkan perawatan oleh tenaga kesehatan gigi dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.24. Evaluasi Model Deteksi OHI-S, DMFT indeks Selama 3 Bulan

Kegiatan Kader	Cakupan oleh Kader	Uji Sensitifitas	Uji Spesifisitas	Jumlah Perawatan Gigi di puskesmas
-Preventif &Promotif	Rerata 2,68 per kader			
-Deteksi Karies	356	92,3%	86,7%	116
-Deteksi Karang gigi	78	90,6%	89,4%	29

Dari tabel 5.24 tampak bahwa rerata jumlah penyuluhan kesehatan gigi setiap kader sebulan sekali memberikan penyuluhan pada pengunjung posyandu. Jumlah kasus karies dari hasil deteksi oleh kader selama 3 bulan sebanyak 356 orang, Hasil deteksi oleh kader adanya karang gigi pada pengunjung sebanyak 78 orang. Hasil uji sensitifitas dari hasil deteksi karies oleh kader yang kemudian di diagnose ulang oleh petugas kesehatan gigi di puskesmas dengan *gold standart* puskesmas adalah 92,3% Kemampuan deteksi karies, karang gigi oleh kader dapat dipertanggungjawabkan sesuai kaidah dengan hasil uji statistik sensitifitas dan spesifisitas >80% dapat diterima (Mausner, 1985). Masyarakat sasaran posyandu yang mencari pengobatan karies, karang gigi di puskesmas setelah di deteksi oleh kader di wilayahnya sebanyak 145 pasien Jumlah ini 33,4% dari jumlah total hasil deteksi oleh kader. Hal ini kemungkinan disebabkan banyak faktor antara lain pasien memerlukan biaya untuk pengobatan dan transportasi oleh karena ternyata JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) belum banyak dikenal dan dimanfaatkan oleh masyarakat desa. Perilaku pengobatan 33,4% Bumil, Butcki, PUS, anak balita ke

puskesmas jika dibandingkan dengan hasil Susenas, 1998 yang mengatakan masyarakat yang mengeluh sakit gigi berobat ke puskesmas hanya 12, 3%, maka telah terjadi peningkatan perilaku pencarian pengobatan kesehatan gigi ke puskesmas.

Tabel 5.25. Rerata Indeks OHI-S dan DMFT Indeks Bumil/Buteki/PUS dan Balita yang di Rawat di Puskesmas Gondang Wetan

Jumlah Responden	Sasaran posyandu	Rerata Indeks OHI-S	Rerata Indeks DMFT
n=120	Bumil/Buteki/PUS	1,7	3,77
n=25	Balita/Pra sekolah	0,43	3,44

Dari tabel 5.25 di atas rerata indeks OHI-S pada pengunjung posyandu yang meliputi: ibu hamil, ibu meneteki, Pasangan usia subur didapatkan 1,7, sedangkan rerata indeks karies pada Bumil/Buteki/PUS adalah 3,77 yang artinya rerata karies pada kelompok ibu hamil, ibu meneteki dan pasangan usia subur pengunjung posyandu 3-4 gigi yang lubang. Rerata indeks DMFT pada Balita adalah 3,44 dan rerata indeks OHI-S pada Balita adalah 0,43.

BAB VI

PEMBAHASAN

Pembahasan ini ingin menjawab rumusan masalah yang diajukan dan hasil pengujian hipotesis berdasarkan hasil analisis. Selanjutnya hasil pengujian hipotesis akan dikaji relevansinya dengan teori, penelitian sebelumnya serta fenomena empiris yang ada. Kemudian di kemukakan beberapa temuan yang diperoleh serta diakhiri dengan keterbatasan dan saran bagi penelitian selanjutnya yang terkait dengan rumusan masalah dalam penelitian ini.

6.1. *Self Efficacy* Berbeda Sebelum dan Setelah Intervensi Model Deteksi OH1-S, DMFT Indeks

Pada hipotesis pertama penelitian ini didapatkan bahwa ada perbedaan secara signifikan *self efficacy* sebelum dan setelah intervensi dengan uji Hotelling's T dengan nilai taraf p=0,000 (p<0,05 pada α 0,05) pada analisis multivariat.

Dari hasil pengukuran konstruk didapatkan hasil bahwa variabel laten *self efficacy* yang dibentuk oleh indikator resistensi, kendali internal, *aduptability*, dan tujuan, didapatkan hasil nilai *standard loading* tertinggi terjadi pada indikator orientasi pada tujuan sebesar 0,78 hal ini menunjukkan bahwa orientasi pada tujuan merupakan indikator yang paling kuat dari *self efficacy*.Hal ini juga diperkuat oleh hasil analisis secara univariat bahwa indikator *self efficacy* yang memberikan perubahan yang bermakna setelah intervensi adalah orientasi pada tujuan dengan nilai F 19,738 pada tingkat signifikan p=0,000 (p<0,05 pada α 0,05). Hasil tersebut menunjukkan bahwa kader kesehatan yang berorientasi pada tujuan semula menjadi kader kesehatan sebagai perpanjangan tangan petugas kesehatan dan menjadi kebanggaan bagi dirinya.

Kebanggaan bahwa seorang kader kesehatan mempunyai pengetahuan kesehatan yang lebih dari masyarakat sekitarnya. Keyakinan diri yang kuat untuk dapat melaksanakan tugas dengan berhasil, cenderung dapat mencapai tugas dengan lebih baik. Semakin tingginya *self efficacy* kader kesehatan ditunjukkan dengan semakin mudah ia beradaptasi terhadap program yang akan dilaksanakan, apalagi bila seorang kader memperoleh dukungan dari lingkungan masyarakat sekitarnya akan lebih mampu menghadapi berbagai tantangan Dukungan dari tokoh masyarkat memberikan pengaruh secara signifikan p=0,000(p<0,05 pada α 0,05) terhadap *self efficacy* kader. Hal ini akan membantu meningkatkan rasa percaya diri akan kemampuannya dalam menghadapi setiap permasalahan yang ada dilapangan

Model deteksi OHI-S, DMFT indeks diharapkan mempunyai sumber informasi yang memberikan pengaruh pada *self efficacy* dengan adanya peningkatan ketrampilan diharapkan ada *verbal persuasion.* Pelatihan dengan tehnik *Coaching*, tehnik ini terjadi interaksi antar kader kesehatan karena melalui tehnik ini ada proses belajar dengan mengalami secara langsung melalui uji coba pada kasus penderita, schingga dengan pengalaman keberhasilan ia melakukan uji coba ini, akan terjadi proses *enactive attainment.* Pengamatan dengan melihat keberhasilan teman lain dalam uji coba pada kasus penderita, dan ia menganggap teman itu mempunyai kemampuan setara dengannya, maka terjadi suatu *vicarious experience.* Pelatihan dengan tehnik *role playing* juga terjadi proses *enactive attainment dan vicarious experience*, karena dengan tehnik berganti peran antar sesama kader, terjadi suatu proses belajar sebagai pengalaman keberhasilan dan sebagai model uji coba antar sesama kader bergantian menjadi peran sebagai penderita dan sebagai petugas kesehatan.

Pelatihan dengan cara *problem based learning*, di mana dengan tehnik ini terjadi suatu proses belajar memecahkan semua permasalahan yang dialami teman sesama kader, sehingga ia dapat mengantisipasi kegagalan dan ia lebih siap jika menghadapi permasalahan yang hampir sama. terjadi suatu proses *psychological state*. Pada Tehnik *problem based learning*, kader dihadapkan pada permasalahan secara nyata terjadi di lapangan, dan kemudian didiskusikan bersama untuk pemecahan masalah dapat mengantisipasi kemungkinan kegagalan.

Model peningkatan KAP dengan tehnik pelatihan *problem based learning*, *coaching*, dan *role playing* juga dapat menjadi sumber informasi untuk meningkatkan *self efficacy* kader. Ke tiga tehnik ini dalam rangka mengembangkan ketrampilan, sehingga terjadi suatu proses persuasi secara verbal dan dapat meningkatkan *self efficacy* kader kesehatan. Menurut *population report* th 2003, tehnik pelatihan yang memberikan umpan balik positif dari *peers group* dapat membangun norma dan *attitude* baru. Dan adanya umpan balik positif dari seorang *trainers* dapat meningkatkan *self efficacy*.

Menurut Bandura (dalam Zimbardo, 1985), ketika seseorang mencapai suatu orientasi kendali internal yang mengarahkannya untuk menetapkan tujuan dan mengembangkan cara yang sukses dalam pencapaian tujuan tersebut, maka ia mengembangkan *self efficacy*. Orientasi pada tugas kader kesehatan yang tinggi juga akan mempengaruhi motivasi seseorang, dengan tingginya orientasi pada tujuan menjadi kader akan memotivasi seseorang untuk lebih dapat menyelesaikan pekerjaan tepat waktu. Hal ini didukung oleh adanya hasil analisis bahwa motivasi menjadi kader karena kesadaran sendiri, berpengaruh secara bermakna terhadap *self*

M I L I K
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

efficacy. Motivasi atas kesadaran sendiri pada tugas kader yang sangat mulia tanpa memperoleh imbalan.

Hasil analisis CFA di dapat, indikator *adaptability* dari *self efficacy* mempunyai nilai *loading* 0,66 tertinggi ke dua. Dikatakan bahwa semakin tinggi kemampuan adaptasi seorang kader semakin tinggi motivasinya dan, ia akan berusaha semaksimal mungkin untuk menghadapi tingkat risiko yang akan dihadapi berkenaan dengan tugasnya sebagai kader. Hal ini tampak dari hasil analisis ada pengaruh secara bermakna antara lama menjadi kader dengan *self efficacy*. Semakin lama menjadi kader semakin tinggi *self efficacy*. Seiring berjalannya waktu ia akan belajar menyesuaikan diri dengan kondisi yang ada, terjadi proses pembelajaran sosial. Dari hasil univariat indikator *adaptability* merupakan indikator *self efficacy* yang memberikan perubahan yang bermakna ke dua pada peningkatan *self efficacy* kader setelah intervensi dengan nilai F =10,606 pada tingkat signifikan p=0,002 ((p<0,05 pada α o,05).

Keyakinan *self efficacy* dapat mempengaruhi tingkat motivasi, namun hal ini tidak akan menghasilkan suatu kinerja baru sebagai salah satu bentuk perilaku apabila ketrampilan yang mendukung tidak lengkap. Namun pada dasarnya orang selalu memiliki ketrampilan dasar untuk mencapai kinerja baru. Jika ada tugas yang lebih sulit, maka dibutuhkan usaha yang lebih besar dalam menggerakkan beberapa alternatif bentuk perilaku (Bandura A, 1985). Intervensi dalam penelitian ini antara lain:peningkatan pengetahuan dan sikap tentang kesehatan gigi, peningkatan ketrampilan dalam deteksi karies dan karang gigi pada kader diharapkan sebagai *predisposing factors*). Demikian pula dengan faktor pendukung

lainnya seperti sarana pengobatan dan peralatan gigi di puskesmas yang dilakukan oleh tenaga kesehatan gigi di puskesmas sebagai *enabling factors*

Self efficacy berkaitan dengan keyakinan seseorang bahwa ia dapat mempergunakan kontrol pribadi pada motivasi, perilaku dan lingkungan sosialnya (Bandura A, 1984). Contoh seseorang yang mempunyai *self efficacy* tinggi ia dapat mengontrol dirinya dan memotivasi dirinya untuk berperilaku sesuai yang dianjurkan dalam menjaga kesehatan giginya. *Self efficacy* mempengaruhi kualitas pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kesehatan. *Self efficacy* yang tinggi cenderung lebih mampu mengambil keputusan secara rasional, sebagai contoh kader yang menemui hambatan dalam mengajak masyarakat sasaran berobat ke puskesmas, maka ia akan menganalisis beberapa kemungkinan yang dapat mengubah perilaku masyarakat sasaran posyandu agar berobat ke puskesmas Dengan meningkatkan *self efficacy* kader, kader akan lebih mampu mengatasi permasalahan masyarakat sasaran posyandu yang sifatnya sangat heterogen.

6.2. Kemampuan Kognitif, Motivasi dan Afektif Berbeda Setelah Intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks

Ada perbedaan secara signifikan kemampuan kognitif p=0,000 (p<0,05 pada α 0,05) dengan uji Hotelling's T setelah intervensi. Sedangkan dengan uji univariat indikator dari kognitif yang paling banyak memberikan perubahan yang bermakna setelah intervensi adalah kemampuan penerapan dengan hasil taraf signifikan p=0.000 Menurut Taksonomi Bloom dkk yang dikutip oleh Pannen Paulina, dkk 1997 penerapan merupakan kemampuan untuk menggunakan atau menerapkan

informasi yang telah dipelajari ke dalam situasi atau konsteks yang lain contoh adalah kemampuan menghitung, memodifikasi. Analisis merupakan kemampuan untuk mengidentifikasi, memisahkan, dan membedakan komponen, elemen suatu fakta, konsep, pendapat, asumsi, hipotesa atau kesimpulan, dan memeriksa setiap komponen tersebut untuk melihat adanya kontradiksi. Adanya intervensi *Knowledge, attitude* dan ketrampilan deteksi karies, karang gigi pada kader sebagai bentuk stimulan yang berkesinambungan dapat meningkatkan kemampuan kognitif kader.

Terdapat perbedaan motivasi secara bermakna setelah intervensi dengan nilai p=0,000 (p<0,05 pada α 0,05) dengan uji Hotelling's T. Secara uji univariat indikator motivasi yang paling besar memberikan perubahan yang bermakna setelah intervensi adalah indikator :usaha, tekanan sosial, ingat tugas yang belum selesai, dan dapat mengerjakan pekerjaan dengan lebih baik. Pemberian stimulan melalui peningkatan pengetahuan dan sikap kesehatan gigi pada kader posyandu memberi gambaran yang mendasari nilai positif bahwa dirinya dapat melakukan aktivitas secara terampil, akan meningkatkan penampilan atau perilaku berikutnya Rosello J, 2001. Motivasi yang tinggi dapat mempengaruhi perilaku melalui peningkatan pengetahuan dan ketrampilan (Colquite J A, 2000).

Menurut Stott, 1995 strategi untuk meningkatkan motivasi adalah dengan cara penambahan tugas, keterlibatan, pencapaian, pengakuan, tanggung jawab dan dukungan. Pada penelitian ini dengan adanya penambahan tugas dan keterlibatan kader kesehatan posyandu yaitu sebagai perpanjangan tangan petugas kesehatan dalam upaya preventif, promotif kesehatan gigi dan melakukan deteksi kasus karies, karang gigi pada pengunjung posyandu:ibu hamil, Buteki, PUS dan anak balita Adanya

pengakuan sebagai perpanjangan petugas kesehatan, seseorang yang dianggap lebih tahu tentang kesehatan gigi dari masyarakat sekitarnya, adanya tanggung jawab berupa beban tugas dalam upaya pencapaian target sasaran yang telah disepakati bersama.

Ada perbedaan secara signifikan kemampuan afektif p 0,000 (p<0,05 pada α 0,05) dengan uji Hotelling's T setelah intervensi. Sedangkan dengan uji univariat indikator dari Afektif yang paling banyak memberikan perubahan secara bermakna setelah intervensi adalah penilaian dengan taraf signifikan p=0,000 (F =31,892), pengorganisasian dengan taraf signifikan p=0,000 (F=29,314) dan pemberian respons dengan hasil taraf signifikan p= 0,000 (F=18,717). Krathwohl, Bloom dan Masia, yang ditulis oleh Pannen P dkk, 1997 mengembangkan taksonomi tujuan yang berorientasikan kepada perasaan atau afektif. Taksonomi ini menggambarkan proses seseorang di dalam mengenali dan mengadopsi suatu nilai dan sikap tertentu yang menjadi pedoman baginya dalam bertingkah laku. Dengan adanya intervensi peningkatan pengetahuan dan sikap tentang kesehatan gigi pada kader kesehatan posyandu, maka akan timbul suatu respons yang berupa partisipasi, patuh atau memberikan tanggapan secara sukarela tanpa diminta. Peran serta aktif kader pada upaya preventif, promotif dan deteksi karies, karang gigi pada pengunjung posyandu sebagai respons partisipasi dan juga dapat menimbulkan suatu penghargaan terhadap nilai sebagai perpanjangan tangan petugas kesehatan mempunyai nilai lebih bagi dirinya. Pengorganisasian dalam peran serta kader dalam kesehatan gigi dan dalam program peningkatan kesejahteraan dan kesehatan ibu dan anak diharapkan menjadi komit terhadap suatu sistem nilai.

Intervensi KAP melalui model deteksi OHI-S, DMFT indeks pada kader dapat meningkatkan kemampuan kognitif, motivasi dan afektif kader keschatan. Dengan meningkatnya kemampuan kognitif, motivasi dan afektif, kader dapat lebih berpikir logis, rasional dan efsien dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi dan dapat memotivasi dirinya untuk lebih berusaha lebih tinggi lagi mempengaruhi perilaku sehat gigi pada sasaran posyandu.

6.3. Perilaku Sehat Gigi Berbeda Sebelum dan Setelah Intervensi Model Deteksi OHIS,DMFT Indeks

Terdapat perbedaan secara bermakna perilaku sehat gigi pada kader keschatan posyandu Setelah Intervensi dengan uji Hotelling's T dengan nilai taraf signifikan p=0,000 (p<0,05 pada α 0,05).

Indikator dari perilaku sehat gigi terdiri dari : perilaku upaya pencegahan karies, karang gigi, perilaku deteksi karies, karang gigi, dan perilaku upaya promotif. Dari tiga indikator perilaku sehat gigi yang paling banyak memberikan perubahan yang bermakna pada peningkatan perilaku sehat gigi kader setelah intervensi adalah perilaku upaya promotif dengan nilai F tertinggi =102,286, taraf signifikan p=0,000.

Perilaku upaya pencegahan karies dan karang gigi terdiri dari : cara pemilihan sikat gigi, cara pemilihan pasta gigi, cara menyikat gigi yang benar, waktu yang tepat menggosok gigi. Perilaku upaya promotif terdiri dari : Penyuluhan kesehatan gigi, penyuluhan nutrisi yang baik untuk ibu hamil dan anak balita, penyuluhan cara menyikat gigi yang benar. Perilaku deteksi karies, karang gigi terdiri dari: kemampuan kader mengenali gejala karies, karang gigi, Penampakan secara kasat mata karies dan

karang gigi, melakukan pemeriksaan keschatan gigi pada pengunjung posyandu, melakukan pencatatan hasil deteksi karies, karang gigi pada kartu Kesehatan Gigi, merujuk kasus karies dan karang gigi ke puskesmas.

Materi pelatihan pada kader keschatan posyandu berupa :pengetahuan, sikap tentang kesehatan gigi dan ketrampilan melakukan deteksi karies dan karang gigi berdasar uji Hotelling'S T ternyata memberikan peningkatan secara bermakna kemampuan kognitif. Peningkatan kemampuan kognitif ini mempengaruhi perilaku sehat gigi kader, oleh karena pemikiran dalam bentuk pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan nilai yang menyebabkan seseorang berperilaku (WHO, 1988). Hal ini merupakan bukti bahwa kader yang telah diberi pelatihan tentang kesehatan gigi memiliki potensi kognitif yang dapat merubah perilakunya.

Menurut Snehandu B Kar, 1983 perilaku kesehatan seseorang ditentukan oleh niat Terhadap objek kesehatan serta ada tidaknya dukungan dari masyarakat sekitarnya. Tujuan menjadi kader kesehatan agar mendapatkan pengetahuan kesehatan dan sebagai *personal reference* bagi masyarakat di sekitarnya menjadi pemicu seseorang dalam berperilaku. Hal ini juga didukung oleh adanya dukungan dari tokoh masyarakat setempat sebagai *social support*.

Pelatihan pada kader kesehatan posyandu dapat meningkatkan kemampuan afektif kader secara bermakna dengan uji Hotelling's T. Afektif berupa suatu respons emosional yang akan mempengaruhi sikapnya untuk berperilaku sehat. Pelatihan pada kader juga dapat meningkatan motivasi secara bermakna dengan uji Hotelling's T Peningkatan motivasi setelah pelatihan dapat meningkatkan perubahan perilaku sehat gigi.

Materi pelatihan menurut Allport, memperkuat *self* berupa persepsi dan pengetahuan yang dapat membentuk perilaku sebagai bentuk kepribadian (Kartono, 1996). Berdasar teori *Health Belief Model* karena adanya unsur *threat* atau ancaman yang memunculkan motivasi (Glanz, 1997) untuk berperilaku sehat agar terhindar dari adanya ancaman. Ancaman bahwa jika tidak menyikat gigi yang benar, maka karang gigi akan mudah terbentuk yang pada akhirnya menimbulkan bau mulut, jika ini terjadi maka akan terisolasi dari pergaulan.

Meningkatnya Perilaku sehat gigi kader setelah intervensi KAP melalui model deteksi OHI-S, DMFT indeks, disebabkan oleh meningkatnya kemampuan kognitif, motivasi dan afektif kader. Seiring dengan meningkatnya kemampuan kognitif, motivasi dan afektif kader, maka kader lebih mampu untuk mengubah perilaku Bumil, Buteki, PUS dan anak balita. Penyampaian upaya preventif, promotif kesehatan gigi oleh kader akan lebih mengena pada sasaran dengan adanya pembekalan *self efficacy* yang meningkat pada kader. Hal ini memberikan kemampuan, keyakinan dan pertimbangan pada kader untuk mempengaruhi perilaku secara situasional.

6.4. Pengaruh *Self Efficacy* terhadap Kemampuan Kognitif, Motivasi dan Afektif Kader Kesehatan

Hasil pengujian konstruk setiap variabel laten yang dikonstruksi melalui SEM (*Structural Equation Modeling*), menunjukkan bahwa *self efficacy* berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap kemampuan kognitif dengan besaran koefisien jalur adalah 0,83 dengan nilai t sebesar 4,00 (p value=0,000). Demikian pula halnya dengan *self efficacy* berpengaruh terhadap motivasi, koefisien jalur untuk faktor ini

adalah 1,00 dengan nilai t sebesar 21,83 (p value =0,000), memberikan makna bahwa semakin tinggi *self efficacy* pada umumnya akan memberikan efek positif terhadap peningkatan motivasi seseorang. *Self efficacy* berpengaruh positif dan signifikan terhadap afektif, koefisien jalur untuk faktor ini adalah 0,87 dengan nilai t *value* sebesar 13,76 (p value=0,000).

Pengaruh *self efficacy* secara bermakna terhadap kemampuan kognitif dapat dijelaskan sesuai pendapat Kanfer (1988), bahwa *self efficacy* menunjuk pada pertimbangan kognitif yang kompleks tentang kemampuannya di masa mendatang yang diperlukan untuk mencapai tujuan. *Self efficacy* dalam hal menyelesaikan masalah, mempengaruhi dalam efisensi berpikir analitik (Liberman N et al, 2001). Seseorang yang mempunyai kepercayaan diri yang kuat dalam hal menyelesaikan masalah, akan mempertahankan efisiensi yang tinggi dalam berpikir analitik pada situasi pengambilan keputusan yang kompleks. Sedangkan orang yang merasa ragu dalam hal menyelesaikan masalah, tidak efisien dalam berpikir analitik.

Pengaruh *self efficacy* terhadap motivasi bernilai positif dan signifikan dengan koefisien jalur (1,00), t (21,83) dan nilap p value 0,000. Menurut Berk M S dan Anderson SM, 2000 dikatakan bahwa *self efficacy* seseorang menentukan tingkat motivasinya, sebagaimana direfleksikan dalam seberapa besar usaha yang dilakukan seseorang dalam suatu tugas dan seberapa lama dia akan bertahan dalam menghadapi rintangan. Orang yang mempunyai keyakinan yang kuat akan kemampuannya, akan meningkatkan usahanya untuk mengatasi tantangan.

Self efficacy yang tinggi, dengan kemampuan resistensinya, orientasi pada tujuan yang tinggi mempunyai dorongan yang kuat untuk berhasil (*need for achievement*)

dan berupaya mempengaruhi orang lain untuk mengikuti petunjuk yang diberikan (*need for power*). *Self efficacy* yang tinggi dengan kemampuan beradaptasi, resistensi dan adanya kendali diri internal ia akan mampu menjalin persahabatan dan menjaganya sehingga diterima oleh orang lain (*need for affiliation*).

Self efficacy mempengaruhi fungsi kognitif melalui pengaruh bersama dari proses motivasional dan pemrosesan informasi. Pengaruh tersebut diilustrasikan dalam studi tentang sumber variasi dalam kemampuan memori Makin kuat keyakinan seseorang akan kapasitas memorinya, makin besar usaha yang mereka berikan untuk pemrosesan tugas memori secara kognitif, yang selanjutnya akan meningkatkan kemampuan memori mereka (Bandura A et al, 2001).

Dari hasil analisis semakin tinggi *self efficacy* akan berpengaruh positif dan signifikan terhadap afektif dengan koefisien jalur 0,87, t 13,76 dan p value 0,000 Orientasi pada tugas sebagai indikator terbesar pertama dari peningkatan *self efficacy* setelah intervensi akan memberikan respons positif pada program posyandu, dan respons yang positif akan memudahkan seseorang menerima suatu inovasi baru, menerapkan beberapa inovasi dalam kehidupannya.

Keyakinan seseorang akan kemampuannya, mempengaruhi seberapa banyak tekanan dan depressi yang dialaminya saat menghadapi situiasi yang mengancam. Reaksi emosional tersebut dapat mempengaruhi tindakan baik secara langsung maupun tidak langsung melalui pengubahan jalan pemikiran. Orang yang percaya bahwa dirinya dapat mengatasi situasi yang mengancam, menunjukkan kemampuan dalam kognisi, oleh karenanya tidak merasa cemas atau tidak merasa terganggu oleh ancaman tersebut

Indikator kendali internal yang memberikan konstribusi terbesar ke dua dari peningkatan *self efficacy* setelah intervensi dapat dijelaskan bahwa kecemasan dalam situasi yang mengandung risiko tidak hanya dipengaruhi oleh persepsi akan kemampuan adaptasi, tetapi juga oleh keyakinan diri untuk mengendalikan kognisi yang terganggu. Keyakinan diri dalam pengendalian internal dari pikiran tersebut merupakan faktor penting dalam pengaturan ketegangan kognisi (Martocchio JJ, 1994).

6.5. Pengaruh Kemampuan Kognitif, Motivasi dan Afektif Kader Kesehatan Terhadap Perilaku Sehat Gigi

Hasil analisis ditemukan bahwa kemampuan kognitif, afektif berpengaruh positif dan signifikan terhadap perilaku sehat gigi kader kesehatan posyandu. Koefisien jalur untuk kemampuan kognitif adalah 0,57 dengan nilai t *value* sebesar 2,73 (p value =0,000) memberikan makna bahwa semakin tinggi kemampuan kognitif pada umumnya akan memberikan efek terhadap perilaku sehat gigi kader. Koefisien jalur untuk afektif adalah 0,76 dengan nilai t *value* sebesar 5,88 (p value =0,000) memberikan makna bahwa semakin tinggi kemampuan afektif kader akan memberikan efek peningkatan perilaku sehat gigi.

Motivasi, berpengaruh positif terhadap perilaku sehat gigi dengan koefisien jalur adalah 0,61 dengan nilai t *value* sebesar 3,74 (p value =0,000) memberikan makna bahwa motivasi yang tinggi mempunyai kecenderungan yang kuat untuk berperilaku sehat sesuai anjuran kesehatan.

Indikator pengetahuan pada kognitif memberikan nilai *loading* faktor tertinggi

yaitu 0,62 (*loading factor* >0,5) yang berartibahwa semakin tinggi pengetahuan seseorang kemampuan kognitif akan semakin besar. Hal ini sesuai dengan dengan pernyataan dari Benyamin Bloom, yang dikutip oleh Lerman C *et al* , 1997 bahwa terbentuknya suatu perilaku baru, dimulai pada domain kognitif pada indikator pengetahuan dengan pengkondisian ekspektasi, dalam arti si subyek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi atau obyek diluarnya sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada obyek tersebut. Selanjutnya menimbulkan respons batin dalam bentuk sikap si subyek terhadap objek yang diketahuinya. Akhirnya rangsangan, yakni objek yang telah diketahui dan disadari sepenuhnya tersebut, akan menimbulkan respons yang lebih jauh lagi, yaitu berupa perilaku sehubungan dengan stimulus atau objek tadi.

Penemuan di atas didukung Lawrence Green, 1980 yang menyatakan bahwa *predisposing factors* yang terwujud dalam pengetahuan akan mempengaruhi perilaku seseorang. Pemberian stimulan secara kognitif, dalam arti proses penggambaran individu bahwa dirinya dapat melakukan aktivitas secara terampil, akan meningkatkan penampilan atau perilaku berikutnya. *Self efficacy* dan stimulasi (intervensi) *knowledge* tersebut saling memberikan pengaruh sinergi, dalam arti dengan adanya intervensi KAP dengan cara *problem based learning, role playing* dan *coaching* maka sebagai sumber informasi maka akan meningkatkan *self efficacy*. Meningkatnya *self efficacy* menciptakan konstruksi kognitif tentang tindakan efektif (Rosello J, 2001).

Motivasi yang dibentuk dari beberapa indikator: Tingkat risiko, aktivitas umpan balik, kepuasan kerja, usaha, menyelesaikan pekerjaan, ketahanan terhadap tekanan

sosial, ingat akan tugas yang belum selesai, dapat mengerjakan pekerjaan dengan lebih baik. Nilai *loading factor* tertinggi dari motivasi adalah indikator ingat tugas yang belum selesai dengan nilai *loading factor* adalah 0,74 (>0,5). Seseorang yang selalu ingat akan tugas yang belum selesai biasanya akan selalu termotivasi untuk segera menyelesaikan pekerjaannya dari pada mereka yang tidak pernah ingat akan tugas yang belum selesai. Menurut Colquite J A 2000. motivasi yang tinggi dapat mempengaruhi perilaku melalui peningkatan pengetahuan dan *skill* Hal ini sangat sesuai dengan hasil analisis SEM menunjukkan motivasi berpengaruh positif terhadap perilaku sehat gigi. Hal ini dapat dijelaskan dengan pendapat Bandura. 1989, bahwa Seseorang akan memutuskan berperilaku sesuai anjuran kesehatan pada akhirnya akan mempertimbangkan tentang, harapan akan kemungkinan hasil dari perilaku (*outcome expectancy)*, harapan dapat berperilaku mumpuni yang releven (*outcome expectancy)* dan nilai hasil (*outcome value*). Suatu contoh dengan menggosok gigi secara teratur setelah makan dan sebelum tidur, ia akan mengharap tidak akan terjadi lubang dan karang gigi pada gigunya. Perilaku menggosok gigi secara teratur dibutuhkan komitmen yang tinggi untuk tetap konsisten, akan tetapi pada dasarnya manusia mempunyai banyak permasalahan yang mengakibatkan tidak konsistensinya terhadap komitmen pada dirinya. Dengan motivasi yang tinggi, seseorang tetap memegang komitmennya untuk berperilaku sehat, oleh karena terbentuknya *affective commitment* dan ***continuent commitment*** pada diri seseorang yaitu dengan adanya *reward spiritual* pada kader berkenan dengan tugasnya sebagai amal jariah.

Pertumbangan faktor lain seseorang memutuskan berperilaku adalah seberapa

besar *effort* atau usaha untuk mengatasi hambatan, jika lebih besar harapan perilaku daripada *effort*, maka anjuran berperilaku sehat menjadi lebih kuat (Bandura, 1989).

Pengaruh Afektif terhadap perubahan perilaku sehat gigi dapat dijelaskan menurut WHO, 1988 bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh fungsi dari pemikiran dan perasaan seseorang, adanya orang lain yang dijadikan referensi, dan berbagai sumber atau fasilitas yang dapat mendukung perilaku. Seseorang yang menggosok gigi dengan cara yang benar, mungkin karena ia mempunyai pemikiran dan perasaan bahwa metode baru atau cara sikat gigi yang benar sesuai anjuran dapat mengurangi karang gigi. Referensi cara enggosok gigi dari idolanya atau lingkungan terdekatnya merupakan *personal reference*.

Indikator Afektif terdiri dari : penerimaan, pemberian respons, penghargaan terhadap nilai, pengorganisasian dan pengamalan Nilai *loading* tertinggi pada pengorganisasian dengan nilai 0,66 Respons Pengorganisasian yang tinggi menunjukkan tingkat komitmen yang tinggi sebagai bentuk dalam relationship. Menurut Vikram, 1999, komitmen terhadap organisasi dapat dilihat dari 2 aspek, yaitu *attitudinal* atau *affective commitment* (keterikatan afektif) dan behavioral atau *continuance commitment* (keterikatan berkelanjutan). *Affective commitment* adalah keterikatan emosional yang kuat dengan organisasi, tidak hanya akan tetap bekerja di organisasi tersebut, tapi juga akan berupaya keras untuk keberhasilan organisasi. Keterikatan kader kesehatan posyandu pada posyandu sebagai perpanjangan tangan program kesehatan dalam peningkatan kesehatan ibu dan anak akan menimbulkan keterikatam emosional yang kuat, walaupun secara finansial tidak menjanjikan. Komitmen terhadap suatu tujuan berarti seseorang menemukan kesesuaian dengan

tujuan khususnya, sehingga kader kesehatan mempunyai niat yang tinggi untuk menginvestasikan waktu, tenaga dan kemampuannya untuk keberhasilan peningkatan perilaku sehat gigi dalam program posyandu (Stott, 1995).

Meningkatnya perilaku sehat gigi pada kader dapat mempengaruhi masyarakat di wilayahnya untuk berperilaku sehat sehingga kader dapat menjadi contoh dan panutan. Meningkatnya *self efficacy* kader dengan peningkatan KAP diharapkan kader kesehatan lebih mampu menyampaikan upaya preventif, upaya promotif untuk meningkatkan perilaku sehat gigi pada masyarakat sasaran program posyandu yang sangat heterogen. Hal ini dapat dikaitkan dengan hasil rujukan kasus karies, karang gigi oleh kader ke puskesmas meningkat. Model deteksi OHI-S, DMFT indeks ini dapat meningkatkan perilaku upaya pencegahan kesehatan gigi dan perilaku mencari pengobatan gigi puskesmas.

6.6. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini hanya mencakup satu kecamatan di puskesmas Gondang wetan kabupaten Pasuruan, yang memiliki perbedaan karakteristik tertentu di bandingkan kader kesehatan di daerah lainnya. Oleh karenanya kemampuan generalisasi dalam penelitian ini kurang luas, sehingga perlu dikembangkan pada penelitian yang mencakup seluruh wilayah tanah air.

Penelitian ini hanya berfokus pada lima variabel laten:*self efficacy*, kemampuan kognitif, motivasi, afektif dan perilaku sehat gigi. Oleh sebab itu perlu dipertimbangkan aspek lain untuk mengembangkan variabel laten lainnya, seperti ekspektasi yang terkait dengan faktor perubahan perilaku.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan, maka penelitian ini menyimpulkan beberapa hal sebagai berikut,

7.1.1 Pada hipotesis pertama penelitian ini didapatkan bahwa ada perbedaan secara signifikan *self efficacy* sebelum dan setelah intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks dengan uji Hotelling's T pada analisis multivariat. Artinya bahwa dengan adanya intervensi berupa peningkatan pengetahuan kesehatan gigi, kemampuan dan ketrampilan deteksi karies, karang gigi pada kader dapat meningkatkan *self efficacy* kader kesehatan.

7.1.2 Ada peningkatan secara signifikan kemampuan kognitif dengan uji Hotelling's T setelah intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks. Terdapat peningkatan motivasi secara bermakna setelah intervensi dengan uji Hotelling's T. Demikian pula ada peningkatan secara signifikan kemampuan afektif dengan uji Hotelling's T setelah intervensi. Artinya bahwa dengan adanya intervensi berupa peningkatan KAP kesehatan gigi pada kader dapat meningkatkan kemampuan kognitif, motivasi dan afektif kader kesehatan.

7.1.3 Terdapat peningkatan secara bermakna perilaku sehat gigi pada kader kesehatan posyandu setelah Intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks dengan uji Hotelling's T. Artinya bahwa dengan adanya intervensi berupa peningkatan KAP kesehatan gigi pada kader, dapat meningkatkan perilaku sehat gigi kader kesehatan posyandu.

7.1.4 *Self efficacy* berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap kemampuan kognitif kader. Demikian pula halnya dengan *self efficacy* berpengaruh terhadap motivasi. Artinya bahwa semakin tinggi *self efficacy* pada umumnya akan memberikan efek positif terhadap peningkatan kognitif. dan motivasi seseorang. *Self efficacy* berpengaruh positif dan signifikan terhadap afektif kader. Artinya bahwa *self efficacy* mempengaruhi afektif seseorang.

7.1.5 Hasil analisis ditemukan bahwa kemampuan kognitif, motivasi dan afektif berpengaruh positif dan signifikan terhadap perilaku sehat gigi kader kesehatan posyandu. Hal ini memberikan makna bahwa semakin tinggi kemampuan kognitif pada umumnya akan memberikan efek terhadap perilaku sehat gigi kader. Demikian pula halnya dengan faktor motivasi, memberikan makna bahwa semakin tinggi motivasi seorang kader pada umumnya memberikan efek peningkatan perilaku sehat gigi kader kesehatan posyandu. Semakin meningkat kemampuan afektif akan memberikan pengaruh pada peningkatan perilaku sehat gigi.

7.2. Saran

Berdasarkan temuan di atas dapat diberikan saran sebagai berikut:

7.2.1 Dengan adanya temuan baru dari pengembangan teori Bandura A, tetang adanya pengaruh *self efficacy* melalui kemampuan kognitif, motivasi dan afektif kader kesehatan terhadap perilaku sehat gigi. Meningkatnya *self efficacy* kader kesehatan dengan intervensi model deteksi OHI-S, DMFT indeks, dapat meningkatkan kemampuan kognitif, motivasi dan afektif kader. Sehingga kader dapat lebih efektif dan efisien dalam berpikir logis, rasional dalam menghadapi semua permasalahan

yang dihadapi pada saat menjalankan tugas di masyarakat sasaran posyandu dalam penyampaian upaya preventif, promotif kesehatan gigi. Pada akhirnya kader mampu meningkatkan perilaku menjaga kebersihan mulut, mampu meningkatkan perilaku pengobatan gigi masyarakat ke puskesmas. Penelitian ini terjadi peningkatan kualitas kasus rujukan karies. Dari yang semula rujukan kasus terlambat penanganan pada rujukan kasus karies lebih dini lagi.. Maka model ini bisa dimanfaatkan untuk peningkatan perilaku sehat

7.2.2 Agar penyampaian pesan upaya pencegahan atau preventif dan promotif karies, karang gigi sesuai yang diharapkan petugas kesehatan dalam perubahan perilaku sehat gigi, maka instrumen tentang *self efficacy* dapat dipakai untuk merekrut para provider atau kader kesehatan sebagai tenaga perpanjangan petugas kesehatan. Hal ini dapat mengurangi angka *droup out* kader. Kader sebagai tenaga perpanjangan tangan petugas kesehatan diharapkan harus memberikan contoh dalam berperilaku terlebih dahulu, sebelum ia mengajak masyarakat di wilayahnya berperilaku sehat

7.2.3 Model deteksi OHIS, DMFT indeks dengan peran serta aktif kader kesehatan gigi dalam upaya preventif, promotif dan deteksi karies, karang gigi pada kelompok sasaran posyandu :ibu hamil, Botek, PUS dan anak balita dapat dikembangkan didaerah lain untuk mempersiapkan generasi bebas karies dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak

DAFTAR PUSTAKA

Albarracin Dolores, Penny S McNatt and Wendy R Williams, Tamara Hoxworth, Jonathan Zenilman, Ringo M HO, Fen Rhodes and C Kevin malotte, Gail A Bolan. Michael Latcstal, 2000. Structure of outcome beliefs in condom use, **Journal psychology,** vol 19, Department of psychology, University of Florida, 458-468

Amerongen AN, *1992.*Ludah dan kelenjar ludah arti bagi kesehatan gigi, **Gadjah Mada University Press**, hlm 43-124

Anderson Eillen S, Richard A Winett, Janet R Wojcik, 2000 Social cognitive determinants of nutrition behavior among supermaket food shopper: A structure equation analysis, **Journal Psychology**, vol a19, Center for research in health behavior, department of psychology , Virginia polytechnic and state University, Blacksburg, Virginia, 479-486

Baratawidjaya, K.G. 2000.**Imunologi Dasar.** Edisi ke 4.Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, hlm 22-32

Bandura Albert, 1977. Self Efficacy Toward a unifying Theory of Behavior Change, **Psychological Review**, vol 84, 191-215

Bandura Albert, 1978. The Self System in Reciprocal Determinism, **American Psychologist**, vol 33, 344-358

Bandura Albert, 1982. Self Efficacy Mechanism in Human Agency, **American Psychology**, vol 37, 122-147

Bandura Albert, 1989. Perceived Self Efficacy in the Exercise of Control over Aids infection, in MAYS, VM, AIBEE, G.W & SCHNEIDER, S.F, (Eds), **Primary Prevention of Aids:Psychological Approaches,** (Series Primary Prevention of psychopathology vol XIII), London:sage Publications

Bandura Albert, 1989. Human Agency in Social Cognitive Theory, **American Psychologist**, vol 44, 1175-1184

Bandura A lbert, 1991. Social Cognitive Theory of Self Regulation, **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, vol 50, 248-185

Bandura Albert, 1994. Social Cognitive Theory of Mass- Communication, in **J. Bryant And D. Zillmann (eds)**, Media Effects: Advances in Theory and Research Hillsdale, N.J, Erlbaum

Bandura Albert, 1995. Self Efficacy in Changing Societies, New York, **Cambridge University Press**

Bandura Albert, Camilo Regalia, Gian Viitoria Caprara, Claudio Barbaranelli, Concetta Patorelli, 2001. Sociocognitive Self Regulatory, mechanism governing transgressive behavior, **Journal of Personality and Social Psychology**, vol 80, Department of psychology, Stanford University, Stanford, California, 125-135

Baranowski, Cheryl I P, Guy S Parcel, 1997. How individual, environment, and health behavior interact, social cognitive theory in Text Book **Health Behavior and Health Education**, Editor :Karen Glanz, Frances M L, Barbara K Rimer12 nd edition by Jossey-Bass Inc, Publishers, 350 San Francisco, California P 153-178

Barrows Howard S, Robyn M Tamblyn, 1980. Problem Based Learning ,Rationale and Definition. **Problem Based Learning An Approach to Medical education**, Springer Publishing Company New York, vol 1, p 1-18

Bentler Peter M, 1987.Sexual behavior inventory-female-male, in text book **Measures for Clinical Practice a Sourcebook**, editor Kevin Corcoran, Joel Fischer by The Free press, A division of Macmillan, Inc New york p312-320

Berk Michele S, Susan M Andersen, 2000 The impact of past relationships on interpersonal Behavior : behavior confirmation in the social cognitive process of transference, **Journal of Personality and social psychology**, vol 79, Department of psychology, New York University, 546-562

Bettencourt Lance A, Matthew L Meuter, Kevin P Gwinner, 2001. A comparison of attitude, personality, and knowledge predictors of service oriented organizational citizenship behavior, **Journal of applied psychology**, Vol 86, Department of marketing, Kelley school of Businesss, Indiana university Bloomington , 29-41.

Boud David, Grahame Feletti, 1991.Why is Problem Based Learning Challenge?, **The Challenge of Problem Based Learning**, Chapter 4, kogan page Limitef , Pentonville road London N1 9JN, First published, p 42-58.

Brown, B.M; Hollander, M, 1986.**Statistic A Biomedical Introduction**, John Wiley & Sons, New York.

Colquitt Jason A, Jeffrey A Lepine, Raymond A Noe, 2000. Toward an integrative theory of training motivation : a meta -analytic Path analysis of 20 years of research, **Journal of Applied psychology**, Department of management university of Florida 678-707

Colletti Gep, Jay A Supnick, 1987. Smoking Self Eficacy Questionnaire (SSEQ), in text book **Measures for Clinical Practice a Sourcebook**, editor Kevin Corcoran, Joel Fischer by The Free press, A division of Macmillan, Inc New york p321-323

Departemen Kesehatan R.I, 1999. **Profil Kesehatan gigi dan mulut di Indonesia Pada Pelita VI** Direktorat Jenderal pelayanan medik Direktorat Kesehatan gigi, Jakarta

Departemen Kesehatan R.I, 2000. **Pedoman upaya pelayanan kesehatan gigi dan mulut di puskesmas**, Direktorat Jenderal pelayanan medik Direktorat Kesehatan gigi, 614 599.6 Ind P, Jakarta

Dipboye, R L., Smith, C S, Howel W.C, 1994. **Understanding Industrial & Organizational Psychology: an Integrated Approach** USA: Holth Rinehart & Winston inc.

Dunham NC, Kindig DA, Schulz R, 1994. The value of the Physician executive role to organizational effectiveness and performance, **Health care management review**, 119,4 56-63

Earley P Chistopher, Terry R Lituchy, 1991. Delineating goal and efficacy effects: atest of three Models, **Journal of Applied Psychology**, Departement of strategic management and organization University of Minnesota vol 76, 1, 81-98

Fauzi Muzaham, 1995. **Memperkenalkan sosiologi kesehatan**, jurusan PKIP, FKM-UI,Jakarta

Frayne Colette A,J Michael Geringer, 2000. Self management training for improving job performance a field involving salespeople, **Journal of Applied Psychology** vol 85 N03 California Politechnic University, Saint Luis Obispo 361-372.

Gochman, D.S (Ed), 1988. **Health Behavior: Emerging Research Perspectives**, New York/London: Plenum Press

Green, Lawrence, 1992 .**Health education planning, A diagnostic Approach**, The John Hopkins University, Mayfield Publishing Co .

Gist, Marilyn E, 1989. Self Efficacy: Implications for Organizational Behavior and Human resource Management, **Organizational Behavior : Reading and Exercise**, 8 th ed, eds Newstrom, J W, and Keith Davis, Singapore: Mc Graw-Hill Book Co.

Hair, J.F, R.E, Anderson, R.L, Tatham & W.C Black, 1995. **Multivariate Data Analysis** (Fourth ed), New Jersey:Prentice Hall, pp. 20-25, 28-40, 620-679.

Hudiono, ES dan Oetomo, D, 1992. **HIV/AIDS and The need for Conseling:an Indonesian case**, The ninith Biennnial Conference Workshop of association of Psychological and Educational Counselors of Asia, Satya Wacana Christian University Salatiga.

Ishikawa, 1998. Monitoring System, **The Nurses'Guide to Common Sense Quality Management**, Kirk Rocy, Hoesing Helen, S N Publications, INC, West Dundee, Illinois 33-35

Jackson Kristina M, Leona S Aiken, 2000. A psychosocial model of sun protection and sunbathing in young women:The impact of health beliefs, attitudes, norms, and self efficacy for sun protection, **Journal psychology**, vol 19, Department of psychology, University of Missouri, Columbia 469-478

Jansen Van Rensburg B.G, 1995. The Dental Pulp, **Oral Biology**, Chapter 10, Published by Quintessence Publishing CO, Jerman. 317-322

Johnson Debra Steele, Russel S Beauregard, Paul B Hoover, Aaron M Schmidt, 2000. Goal orientation and task deman effects on motivation, affect, and performance, **Journal of applied psychology,** Department of psychology, Wright state University 724-738

Joreskog Karl G, 1979. Structural Equation models in the Sosial sciences:Specification, Estimation and testing, in Advances in **Factor analysis and Structural Equation Models**, Edited by Jay Magidson, University of uppsala, Sweden, Chapter 5 129-169

Judge T A, Joyce E Bono, 2001. Relationship of core self evaluations traits self esteem, generalized self efficacy , locus of control, and emotional stability with job satisfaction and job performance:A Meta analysis, **Journal of Applied psychology** vol 1, Department of management and organizations, Henry B Tippie college Of Busines, university of Lowa, 80-92

Kanfer F H, and Scheff B, 1988. **Guiding the Process of Therapeutic Change**, Champaign, Ill:Research Press

Kartono Kartini, 1996 Psikologi Umum, Mandar Maju, Jakarta, hal 159

Kar, Snchendu B A, 1983 Health Values:achieving high level wellness, **Psychological of Health Behavior**, volume 7 no 2 March/April.

Kerlinger, Fred N, Editor H J Koesmanto terjemahan Sri Landung R Simatupang, 1990. **Azas-azas Penelitian Behavioral** , Penerbit Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.

Kristanti, Ch M, Suhardi, Soeharsono Soemantri . 1997. Status Kesehatan Mulut dan Gigi dalam **Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga**, Dep-Kes R.I badan Penelitian dan Pengembangan Keschatan , Jakarta

Koontz H, Weihrich H, 1992. Essentials of Management, **5TH edition , New York:McGraw-Hill Publishing company**

Lee Cynthia, Philip Bobko, 1994. Self Efficacy beliefs: Comparison of five measures, **Journal of Applied Psychology,** vol 79, no 3, Northeastern University 364-369

Lefcourt Herbert M, 1991. Locus of Control, **Measures of Personality and Sosial Psychological Attitudes** , Volume 1, Academic press INC, Harcourt Brace Jovanovich Publisher San Diego New York Boston London Sydney Tokyo Toronto 413-490

Lemeshow Stanley, David W. Hosmer Jr, Janelle Klar, Stephen K Lwanga, 1997. **Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan**, Terjemahan oleh Gajah Mada University Press, cetakan pertama, Yokyakarta

Lerman Caryn, Karen Glanz, 1997. Stress, Coping, and Health Behavior, in *text book* **Health Behavior and Health education**, Chapter 6, National heart, Lung and Blood Institute, Pittsburgh, p 113-138

Lehner T, Walker P, Bergmeir LA, Haron JA, 1989. Imunogenecity of syntetic peptides derived from the sequence of streptococcus mutans cell surface antigen in non human primates, **J.Immunol** 143:2699-2705

Lehner T, 1995. **Dasar-dasar biokimia** . Alih bahasa Maggy Thenawidjaya Penerbit Erlangga Jakarta , hlm 107-136

Liberman Nira, Daniel C Molden, Lorraine Chen Idson, E Tory Higgins, 2001. Promotion and prevention focus on alternative hipotetheses: implications for attributional functions, **Journal of Personality**, vol 80, Department of psychology, Indiana university, Bloomington, 5- 18.

Lewin K, 1936 **Principal of Topological Psychology**, New York: Mc Graw-Hill

Maddux, J.E, 1991, Self Efficacy, in :SNYDER, C>R, & FORSYTH, D.R, **Handbook of Social and Clinical psychology**, The Health Perspective , New York:Pergamon Press, Inc, Maxwell house.

Mario A. Orlandi, Cassie L, Raymond W, Nancy H, 1991. Diffusion of health promotion innovations in *text book* **Health Behavior and Health education**, Chapter 13 p:288-313 National heart, Lung and Blood Institute, Pittsburgh

Martocchio Joseph J, 1994. Effects of conceptions of ability on anxiety , self efficacy and learning in training, **Journal of Applied Psychology**, Institute of labor and indrustrial relations, University of Illinois, 819-825

Maslow Abraham H, 1973. Theory of human motivation, In R.J Lowry (Ed), **Dominance, selfesteem, self actualization:Germinal papers of A.H Maslow Monterey**, Calif:Brooks/Cole.

Mausner Judith S, Shira Kramer, 1985. Screening In The Detection Of disease in text book **Epidemiology An Introductory Text**, Wb saunders Company Second Edition, 214-238

Mc Clelland, DC, 1985 **Memacu Masyarakat Berprestasi Mempercepat Laju Pertumbuhan Ekonimi Melalui Peningkatan Motif Berprestasi** Jakarta.Intermedia

Mechanic, D dan Volkart, EH. 1961 Stress, Illness Behavior and the Sick Role , **American Sosiological Review**. 5 ed, 51-58

Mitchell, T R, Hopper H, Daniels D, Falvy J.G & James, LR 1994. Predicting Self Efficacy and Performance During Skill Acquisition, **Journal of Applied Psychology** vol 79 no 4 p.506-507

Mitchell T.R, Florin P, Stevenson J, 1998. Identifying Technical Assistence Needs in Community Coalitions: A Developmental approach, **Health Education Research**, vol 8, 417-432

Monteiro Maria Cristina de Souza Gogelman, Izabel Yoko Itoi, Geraldo Mia Campos2. 1997. Study of Correlation between the Gingival Immunologic Defense Index and Parameters associated with Dental caries, **Braz Dent Journal**, Faculdade de Ciencias Farmaceuticas de Ribeirao Preto, USP, 14040-903 Ribeirao Preto, SP, Brasil

Pannen Paulina, 1997. Strategi kognitif, **Mengajar diperguruan tinggi**, Bagian satu, Direktorat jenderal pendidikan tinggi Departemen pendidikan dan Kebudayaan, PAU-PPAI, Universitas Terbuka, Jakarta

Population Reports, 2003. Best Practice in Training, **Improving Client provider Interaction**, Vol XXX1, number 4, published by the INFO Project, Baltimore,

Maryland USA

Pratiwi N L, 1993.Upaya Peningkatan Pelayanan Kesehatan Gigi di Puskesmas, ISSN 021-603-08, **Majalah Kedokteran Gigi edisi Foril IV**, Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga Surabaya.

Rimbawan S, 1990:Kualitas kader di 36 posyandu yang tersebar di kabupaten Bandung, **Warta Posyandu**, Maret 1990, Dit Bina Peranserta masyarakat, Dep.Kes R.I Jakarta.

Rosenstock, IM. 1991. The Health Belief Model:Explaining Health Behavior through expectancies, **Health Behavior and Health education**, Chapter 3 p:39-59 National heart, Lung and Blood Institute, Pittsburgh

Roeslan Bo, Sadono MH, 1997. Aspek biokimia proses terjadinya kariers gigi, **Jurnal Kedokteran gigi Universitas Indonesia**, Edisi khusus KPPIKG XI 4:804-810.

Robertson PB;Walsm, Greene J;Ernster vermillan;Grady D;Hanck, W, 1990; Periodontal effects associated with the use of smokeless tobacco, **Journal of Periodontology** vol 61, number 7, by A+merican Academy of Periodontology: 438-43

Robbins SP, 1993. Concept, controversies, and application. 6 th edition, **Organization Behavior**, Engelwood Cliffs, New jersey:prentice-Hall Inc

Rossello Jeannette, Guillermo Bernal, 1999. The Efficacy of Cognitive Behavioral and Interpersonal Treatments for Depression in Puerto Rican adolescents, **Journal of Aplied Psychology**, vol 67, University center for psychology services and research, Department of psychology, 734-745.

Ross Helen S, Paul R Mico, 1980. Role Playing in Training and Development:**theory and Practice in Health Education**, R L Craig and L R Bittel p 206-224.

Roth Gerald I, Robert Calmes, 1981. Dental Caries, **Oral Biology**, Chapter13, The CV Mosby Company, ST Louis Toronto, London, p340-363

Sandra K, Joos David H, Hickam, 1991. How health profcssionals influence health bahavior patient-provider interaction and health care outcomes, **Health Behavior and Health education**, Chapter 10 p:216-241.

Sarmanu, 2003. Validitas dan Reabillitas Instrumen penelitian, **Materi Pelatihan Structural Equation Modelling**, Lembaga Penelitian Universitas Airlangga, Surabaya 2003.

Sharma, Shubash, 1996.**Applied Multivariate Techniques**. Ohm Wiley &Sons, Inc New York, pp. 144-174.

Senecal Caroline, Arie Nouwen, David White, 2000. Motivation and Dietary Self Care in Adults With Diabetes: Are self efficacy and autonomous self regulation complementary construct, **Journal Psychology**, vol 19, The Division of psychology, school of sciences, Staffordshire University, college road, 452-457

Schaubroeck John, Jia Lin Xie, Simon S K Lam, 2000. Collective efficacy versus self efficacy in coping responses to stressors and control: A cross culture study, **Journal of Applied psychology**, vol 85, Department of management, Le Bow college of business, Drexel University, Philadelphia Pennsylvania, 512-525

Schwarzer Ralf, Britta Renner, 2000. Social cognitive predictors of health behavior:Action self efficacy and coping self efficacy, **Journal Psychology**, vol 19, Gesundheitspsychology, Freie University Berlin, Habelscwerdter allee Berlin Germany, 487-495.

Schunk D.H, 1991. **Learning Theories : An Educational Perstective**, Canada :Mc

Germany, 487-495.

Schunk D.H, 1991. **Learning Theories : An Educational Perstective**. Canada :Mc Millan Publishing Company

Strecher V J, Rosenstock I M, 1997. The health belief models in teet book **Health Behavior and Health Education**, Editor :Karen Glanz, Frances M L, Barbara K Rimerl, chapter three, 2 nd edition by Jossey-Bass Inc, Publishers. 350 San Francisco, California P 41-112

Soekidjo Notoatmojo,1993 **Pengantar Perilaku Kesehatan**, Jurusan PKIP, FKM-UI, Jakarta

Soesmiati, Tien Soerodjo, 1989 Respon Imun Humoral terhadap Streptococcus Mutans sehubungan dengan penyakit karies gigi. Disertasi, Universitas Airlangga Surabaya.

Sulchan M, 1990. Bentuk pelatihan kader posyandu di Jateng, **Warta Posyandu**, Maret 1990, Dit Bina Peranserta masyarakat, Dep.Kes R.I Jakarta.

Taubman, Ma, 1992. Immunologyaspect of Dental Caries, **Contemporary Oral Microbiology** . Mosby Year Book. ST. Louis, Baltimore, Boston, Chicago, London, Philadelphia, Sydney, Toronto, pp 533-569

Taubman MA, Holmberg CJ, Smith DJ, 1995. Immunization of rats with syntetic peptides constructs from the glucan-binding or catalic region of mutans streptococcal glucosyltransferase protect against dental caries, **Infect immune** 63:3088-3093.

Taylor SE, 1994 **Social Psychology** 8th edition, Englewood Cliff, new Jersey:Prentice Hall.

World Health Organization, 1987. Oral Health Surveys, **Basic Methods**, third editions, Geneva

WHO SEARO, 1988. Concepts of Health Behavior Research, **Series WHO SEARO Regional papers** no 13, New Delhi: WHO.

World Health Organization, 2000. Improving Performance: **Health Ministers Address the Mayor Challenges Facing Health systems**. Press Release WHO/07, 20 May. http://www.who.int/

World Health Organization, 2003. OHI-S (Simplified) - Greene and Vermillion, 1964, **Oral Health country/Area Profile Programme**. Department of Noncommunicable Diseases Surveilance/Oral Health, WHO Collaberating center, Malmo University, Sweden.

Warella Y, 1990:Ciri kader bervariasi memerlukan pelatihan dan pembinaan yang berbeda pula, **Warta Posyandu**, Maret 1990, Dit Bina Peranserta masyarakat, Dep.Kes R.I Jakarta.

Watson, David L, 1984. **Sosial Psychology :Science and Application**, California:Scott, Foresman and Co.

Watson, Tharp, 1993. **Self Directed Behavior, Self Modification for Personal Adjusment**, 6 th ed, California: Brooks/Cole Publishing Company.

Zimbardo P.G, 1985. **Psychology and life**. 11ed, Illinois:Scott, Foresman and Co.

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM Dr. SOETOMO
Jl. Mayjen. Prof. Dr. Moestopo No. 6 - 8 Telp. (031) 5501011 - 5501012
S U R A B A Y A

Nomor : 44 /Panke.III/2004
Sifat :
Lamp. : 2 (dua) lembar keterangan Kelaikan etik
Hal. : Ethical Clearance atas nama : Drg. Niniek L. Pratiwi, M.Kes

Kepada Yth.
Direktur RSU Dr. Soetomo
Surabaya

Menindak lanjuti permintaan Assisten Direktur Bidang Akedemik Program Pascasarjana UNAIR Surabaya tanggal 20 Januari 2004 nomor : 231/J03.4//PP/2004 perihal permohonan izin untuk penelitian, dengan ini diberitahukan bahwa Panitia Kelaikan Etik RSU Dr. Soetomo Surabaya telah mempelajari dengan seksama rancangan penelitian dengan judul :

" Pengaruh Self Efficacy Kader Kesehatan Terhadap Perilaku Sehat Gigi Melalui Model Diteksi Ohi-S Indeks "

Rancangan tersebut diatas dinyatakan LAIK ETIK

Bersama ini kami lampirkan keterangan kelaikan etik rangkap 2 (dua) lembar ;

1. 1 (satu) lembar sertifikat asli untuk peneliti utama
2. 1 (satu) lembar sertifikat sebagai turunannya untuk Ass. Direktur Bid. Akademik Program Pascasarjana Unair Surabaya

Selanjutnya kami mengharapkan setelah penelitian selesai, dimohon kepada yang bersangkutan untuk mengirimkan 2 (dua) eksemplar hasil penelitiannya kepada Panitia Kelaikan Etik RSU Dr. Soetomo Surabaya.

Atas perhatian Direktur RSU Dr Soetomo Surabaya, kami sampaikan terima kasih.

Ketua Panitia Kelaikan Etik
RSU Dr. Soetomo Surabaya,

Prof.dr.HR Hariadi, SpOG-K
Ketua I

dr. B.Handoko Daeng, SpKJ
Sekretaris I

Tembusan : kepada Yth.:
- Dekan Fakultas Kedokteran UNAIR Surabaya
- Ass. Direktur Bid. Akademik Program Pascasarjana UNAIR Surabaya
- Kepala Bidang LITBANG RSU Dr. Soetomo Surabaya
- Drg. Niniek L. Pratiwi,M.Kes, Peserta Prpgram Doktor Program Pascasarjana UNAIR Surabaya

ADLN Perpstakaan Universitas Airlangga

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DOKTER SOETOMO
BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
JL. KARANGMENJANGAN NO. 12 TELP. 5501071 – 73, 5501164, FAX. 5501116
SURABAYA

Surabaya, 21 APR 2004

Nomor : 070/ 235 /Litb/304/2004
Sifat :
Lampiran : 1 lembar
Perihal : Sertifikat Kelaikan Etik

Kepada Yth :

Direktur Bidang Akademik
Program Pascasarjana Unair
di –
Surabaya

Bersama ini kami sampaikan surat kelaikan etik kepada :

Nama : Drg. Niniek L. Pratiwi, M.Kes
Institusi : Program Doktor Pascasarjana Unair
Judul : " Pengaruh self efficacy kader kesehatan terhadap perilaku sehat gigi melalui model diteksi Ohi-S indeks di RSU Dr. Soetomo "

Biaya penelitia RS : Rp. 500.000,- (Lima ratus ribu rupiah)

Atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

A.n. Kepala Bidang Litbang
Ka. Sub Bid. Litbang Pely. Medik,

Drg. Edison Siregar
Penata Tk. I
NIP. 140 255 690

Tembusan :
Wadir Diklit RSU Dr. Soetomo

PANITIA KELAIKAN ETIK
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA

KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")

No. 08/Panke.KKE/2004

PANITIA KELAIKAN ETIK FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA - RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA, TELAH MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN BERJUDUL :

" Pengaruh Self Efficacy Kader Kesehatan
Terhadap Perilaku Sehat Gigi Melalui
Model Difusi Obi-S Indeks "

PENELITI UTAMA : Drg. Niniek L. Pratiwi, M.Kes.

UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN : Puskesmas Gondang Wetan
Kabupaten Pasuruan

DINYATAKAN LAIK ETIK.

SURABAYA. .....

KETUA,

(Prof.dr.H.M Hariadi, SpOG-KFM)

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
BADAN KESATUAN BANGSA
JL. PUTAT INDAH NO. 1 TELP. (031) 5677935, 5681297, 5675493
SURABAYA – (60189)

152

Surabaya, 17 Maret 2004

Nomor : 072/125 /212/2004
Sifat :
Lampiran :
Perihal : Penelitian / Survey / Research

Kepada
Yth Sdr. Bupati Pasuruan
Di
PASURUAN

Up. Kabakesbang Dan Linmas

Mempermatikan Surat : Direktur Bidang Akademik Progpran Pasarjana Universitas Airlangga .

Tanggal : 11 Maret 2004
Nomor : 1014/J03.4/PP/2004

Bersama ini dberitahukan bahwa :

Nama :NIKIEK L PRATIWI,drg,M.Kes
Alamat :Jl.Dharmawangsa Dalam Selatan Surabaya
Pekerjaan : Peneliti
Kebangsaan : Indonesia

Bermaksud mengadakan penelitian / survey / research.

Judul : "PENGARUH SELF EFFICACY KADER KESEHATAN TERHADAP PERILAKU SEHAT GIGI MELALUI MODEL DETEKSI OHI –S,DHF INDEKS ".

Peserta : –

Pembimbing : Prof.Dr.Pitono Soeparto,dr,Sp.KA (K)
Waktu : 3 (Tiga) Bulan
Lokasi : Kabupaten Pasuruan

Peneliti berkewajiban menghormati / mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di daerah setempat

Demikian untuk menjadikan maklum

An GUBERNUR JAWA TIMUR
Kepala Badan Kesatuan Bangsa

WADJONO, SH
Pembina Utama Madya
NIP. 010 055 315

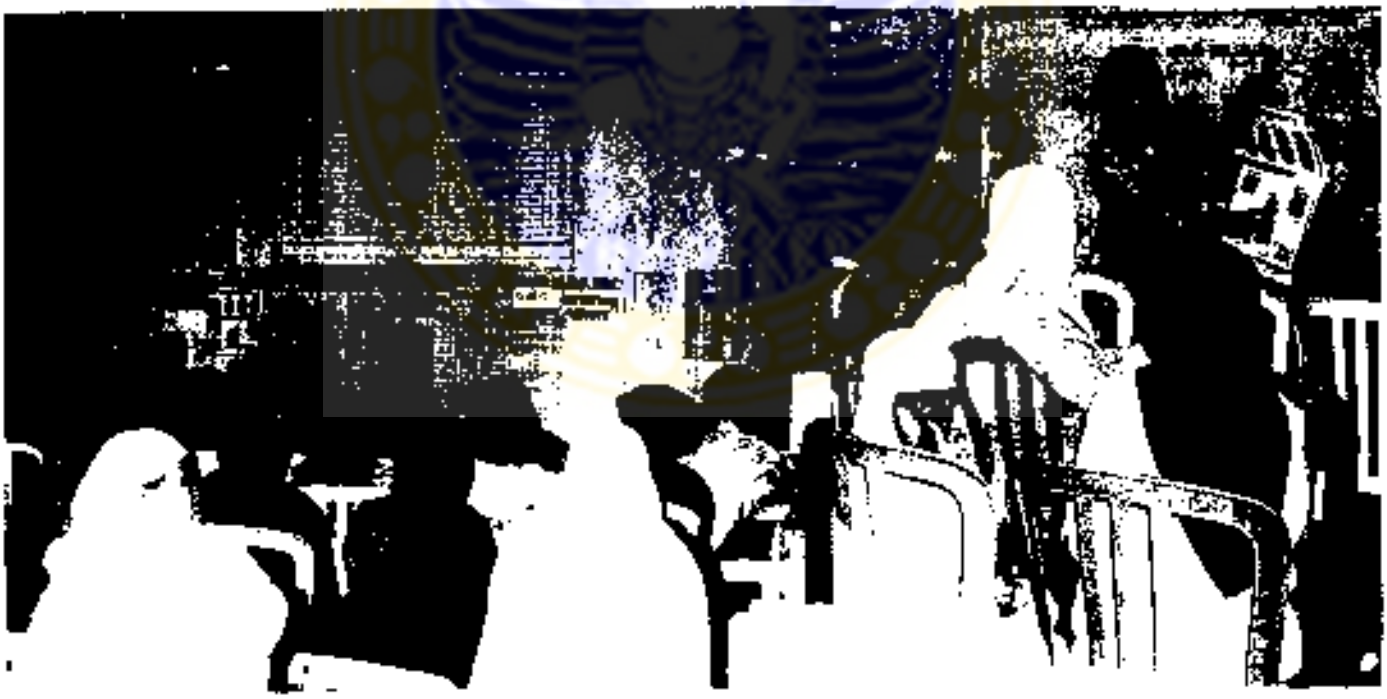
TEMBUSAN
Yth. 1 Sdr. Direktur Program Pascasarjana UNAIR Sby.
2 Sdr. . . . . .
3 Sdr. . . . . .

Foto Pada Saat pengumpulan Data di Puskesmas Gondang Wetan dan Posvandu

Kader Sedang memperhatikan dengan seksama pelatihan yang diberikan oleh Dokter gigi puskesmas

Dokter gigi Puskesmas sedang memberikan Pelatihan cara menyikat gigi

Pelatihan dengan Metode Role Playing, Kader sedang berperan sebagai petugas kesehatan gigi yang memberikan penyuluhan



Pelatihan dengan Promblem Based Learning, pada saat diskusi untuk pemecahan masalah

Foto Pada Saat pengumpulan Data di Posyandu Melati dan Sekar

Kader Sedang memperagakan pada bumil, buteki dan anak Balita cara menyikat gigi yang benar

Kader sedang memberikan penyuluhan cara menyikat gigi pada sasaran posyandu

PERSETUJUAN RESPONDEN

Yang bertanda tangan di bawah ini Saya:

N a m a :.....

U m u r :.....

Jenis Kelamin:.....

Agama .....

Mulai hari ini Tgl.....S/D Tgl 2003

Menerangkan bahwa menyetujui menjadi Responden yang dilakukan oleh:

N a m a :Drg.Niniek L Pratiwi, M.Kes

NIM :090114557/D

Pendidikan :Mahasiswa Pascasarjana-S3 Unair

Judul Penelitian : Pengaruh *self efficacy* kader kesehatan terhadap perilaku sehat gigi melalui model deteksi OHI-S, DMF indeks

Demikian Surat pernyataan tersebut saya buat, agar dapat dipergunakan seperlunya

Mengetahui Kepala Puskesmas

Nama responden

(.....) (.....)

Acuan Diskusi

1.Permasalahan apa saja yang timbul selama menjadi kader kesehatan gigi ? (Pengalaman personal)

……

2. Bagaimana mengatasi permasalahan tersebut ? (Jawaban sesuaikan dengan jenis permasalahan)

……

3. Jelaskan upaya umpan balik dari nara sumber sesuai kondisi lapangan

……

4.Eksplorasi kemungkinan masalah yang mungkin timbul ?

……

5.Pemecahan secara bersama-sama antara nara sumber dan peserta pelatihan kemungkinan eksplorasi masalah

……

6.Evaluasi pada peserta dari pencapaian target apakah sudah memenuhi atau belum?

……

7. Jangan lupa mencatat semua permasalahan yang ada dan upaya pemecahannya

x

KUESIONER *SELF EFFICACY*
(X1)

Keterangan Jawaban:

SS	:	Apabila pernyataan **SANGAT SESUAI** dengan pernyataan saudara
S	:	Apabila pernyataan **SESUAI** dengan pernyataan saudara
TS	:	Apabila pernyataan **TIDAK SESUAI** Sesuai dengan keadaan saudara
STS	:	Apabila pernyataan **SANGAT TIDAK SESUAI** dengan keadaan saudara

Mohon diberi tanda silang pada jawaban yang saudara pilih	SS	S	TS	STS
RESISTENSI (X1.1)				
1.Jika petugas kesehatan mengatakan bahwa saya mampu melakukan suatu tugas yang saya sendiri masih ragu, maka saya akan melakukan tugas tersebut	SS	S	TS	STS
3.Jika dalam bekerja terjadi suatu hal yang tidak terduga, saya dapat memutuskan sendiri segala apa yang harus saya lakukan.	SS	S	TS	STS
7.Sulit bagi saya untuk mencapai target sasaran seperti yang telah ditetapkan apabila target sasaran terlalu tinggi	SS	S	TS	STS
10. Saya menganggap bahwa kesuksesan dalam pekerjaan saya selama ini, merupakan keberuntungan belaka	SS	S	TS	STS
16.Saya cenderung tetap merasa tidak mampu melakukan tugas yang menurut saya sulit, walaupun petugas kesehatan mengatakan bahwa saya mampu melakukannya	SS	S	TS	STS
18.Target sasaran posyandu yang cukup tinggi, memacu saya untuk mencapai mutu kerja seperti yang telah ditetapkan	SS	S	TS	STS
26. Saya merasa tidak senang apabila dipasrahi untuk membuat keputusan sendiri saat terjadi suatu hal yang tidak terduga, karena jika salah akan menjadi beban	SS	S	TS	STS
27.Jika saya mengalami kegagalan dalam melaksanakan suatu tugas, saya cenderung beranggapan bahwa saya memang tidak mampu melakukannya.	SS	S	TS	STS
29.Saya sulit untuk memulai sesuatu pekerjaan apabila sebelumnya saya dituntut untuk segera menyelesaikannya	SS	S	TS	STS

31.Saya menganggap bahwa kesuksesan saya dalam pekerjaan saya disebabkan oleh kemampuan saya sendiri	SS	S	TS	STS
40.Ketika disuruh petugas kesehatan untuk segera menyelesaikan tugas saya, saya tergerak untuk membuktikan bahwa saya mampu menyelesaikannya.	SS	S	TS	STS
ORIENTASI KENDALI INTERNAL (X1.2)				
4.Jika saya mengalami kegagalan dalam melakukan suatu tugas, saya cenderung beranggapan karena saya kurang bersungguh-sungguh dalam bekerja	SS	S	TS	STS
11.Jika saya menemui hambatan dalam menjalankan tugas, maka saya cenderung meminta bantuan orang lain untuk menyelesaikannya	SS	S	TS	STS
14.Saya tidak menyukai pekerjaan yang banyak menyita tenaga dan pikiran	SS	S	TS	STS
22. Pada waktu istirahat, rasanya tidak ada hal lain yang dapat saya lakukan untuk mengurangi kejenuhan yang saya rasakan	SS	S	TS	STS
32.Saya suka kalau ada teman yang mengajak ngobrol pada waktu bekerja, karena dapat mengurangi kejenuhan	SS	S	TS	STS
33.Rasanya lega bila batas waktu pencapaian target sasaran telah berakhir walaupun pekerjaan saya sebagai kader kesehatan belum selesai	SS	S	TS	STS
36.Pada saat bekerja saya sering memikirkan hal lain.	SS	S	TS	STS
37.Bagi saya tugas yang menyita tenaga dan pikiran merupakan tantangan yang menggairahkan	SS	S	TS	STS
ADAPTABILITY (X1.3)				
9.Ketika saya mempelajari sesuatu hal baru sehubungan pekerjaan saya sebagai kader kesehatan, dan saya mengalami kegagalan ketika pertama kali mencobanya, maka saya akan langsung menyerah	SS	S	TS	STS
12. Walaupun saya menghadapi tugas yang sama dan sifatnya	SS	S	TS	STS

rutin setiap hari, saya tetap menyukai pekerjaan saya sebagai kader kesehatan				
13.Gairah kerja saya bertambah jika mendengar tanggapan baik dari ibu hamil, ibu meneteki, PUS posyandu	SS	S	TS	STS
15. Saya dapat mengendalikan diri untuk tidak memikirkan berbagai hal lain pada saat bekerja	SS	S	TS	STS
16.Saya cenderung tetap merasa tidak mampu melakukan tugas yang menurut saya sulit, walaupun petugas kesehatan mengatakan bahwa saya mampu melakukannya	SS	S	TS	STS
19. Saya tidak merasa keberatan jika hasil kerja saya dibahas oleh petugas kesehatan dihadapan rekan lain	SS	S	TS	STS
24.Saya tetap melanjutkan pekerjaaan saya yang belum selesai, walaupun waktu bekerja telah habis	SS	S	TS	STS
25. Kegagalan saat mempelajari hal baru dalam pekerjaan sebagai kader kesehatan, membuat saya semakin bersemangat untuk mencobanya hingga berhasil	SS	S	TS	STS
28.Jika saya menemui hambatan dalam menjalankan tugas, saya cenderung tidak meminta bantuan orang lain, karena hal itu sudah menjadi tanggung jawab saya	SS	S	TS	STS
35. setiap hari saya menghadapi tugas yang sama dan sifatnya rutin, sehingga rasa bosan timbul pada diri saya	SS	S	TS	STS
34. Pada waktu istirahat, saya berusaha mengurangi kejenuhan dengan melakukan kegiatan santai bersama teman	SS	S	TS	STS
38 Saya merasa terganggu dengan berbagai pertanyaan yang diajukan oleh ibu hamil, ibu meneteki, akseptor KB, sehingga saya tidak bisa bekerja dengan tenang	SS	S	TS	STS
ORIENTASI PADA TUJUAN (X1.4)				
2.Saya merasa keberatan jika harus menggunakan waktu, pikiran, dan tenaga saya hanya untuk mengejar target sasaran kegiatan	SS	S	TS	STS
5.Saya suka menggunakan waktu luang saya untuk membicarakan hasil kerja saya pada petugas kesehatan	SS	S	TS	STS

6.Kalau ada kesempatan untuk mendapatkan tugas baru yang lebih menantang, saya akan berusaha untuk melakukannya	SS	S	TS	STS
8.Saya merasa keberatan jika petugas keschatan membicarakan hasil kerja saya dihadapan rekan lain	SS	S	TS	STS
17.Saya sudah merasa puas dengan pekerjaan saya selama ini, dan tidak ingin mencari pekerjaan lain yang lebih menantang	SS	S	TS	STS
20. Saya memilih bercanda dengan teman-teman untuk mengisi waktu luang daripada mengkonsultasikan hasil kerja saya dengan petugas kesehatan	SS	S	TS	STS
21. Saya rela waktu, pikiran, dan tenaga saya tersita hanya untuk mengejar target sasaran posyandu yang telah ditetapkan	SS	S	TS	STS
30. Saya tidak yakin dapat menjalankan tugas sebagai kader keschatan, jika saya tidak menyukai tugas tersebut.	SS	S	TS	STS
23.Saya menjadi kader karena mendapatkan bonus	SS	S	TS	STS
39.Ketika saya menjalankan tugas yang tidak saya sukai, saya tetap mencoba melakukannya hingga berhasil.	SS	S	TS	STS

KUESIONER KOGNITIF

KETERANGAN

Jawaban ada dua pilihan :

Benar dan Salah pilih salah satu

Mohon diberi tanda silang pada jawaban yang saudara pilih	Benar (B)	Salah (S)
PENGETAHUAN/PENGENALAN		
1.Lapisan terluar gigi adalah email gigi	B	S
2.Ketenturan bulu Sikat gigi yang baik adalah tidak terlalu lunak dan tidak terlalu keras	B	S
3.Infeksi pada jaringan keras gigi disebut karies atau lubang gigi	B	S
PEMAHAMAN		
4. Perbedaan antara gigi sehat dengan karies gigi adalah adanya bercak hitam, rasa ngilu pada gigi jika terkena rangsangan dingin atau panas	B	S
5.Gigi karies disebabkan oleh adanya kuman	B	S
6.Gigi karies disebabkan oleh makanan panas dan dingin	B	S
7.Gigi merupakan Jalan masuknya kuman (Focus infeksi)	B	S
8.Buah yang mengandung serat berfungsi membersihkan gigi	B	S
PENERAPAN		
9. Tanda bercak hitam pada permukaan mahkota gigi adalah karies	B	S
10.Karang gigi dapat terbentuk kembali apabila tidak melakukan cara sikat gigi yang benar	B	S
11. Cara sikat gigi yang benar akan dapat menyebabkan	B	S

terkumpulnya karang gigi.		
13. frekuensi menyikat gigi adalah setelah makan dan menjelang tidur.	B	S
ANALISIS		
14. Ada hubungan yang erat antara terbentuknya plak dan karies gigi	B	S
15. Tidak ada hubungan antara karies dangan penyakit menular lainnya	B	S
16. Ikan mengandung kalsium dan fluor yang dapat membuat gigi kuat terhadap serangan karies	B	S
17. Infeksi pada gigi yang dibiarkan tanpa perawatan tidak akan menyebabkan kematian	B	S
SINTESIS		
18. Kebiasaan makan makanan manis seperti permen coklat, dodol dapat menyebabkan karies gigi	B	S
19. Makanan yang mengandung serat tinggi dapat mencegah karies	B	S
20. Karies gigi dapat mengurangi produktivitas kerja	B	S

KUESIONER MOTIVASI
(X2)

KETERANGAN:

SS :Apabila jawaban saudara **SANGAT SESUAI** dengan pernyataan

S :Apabila jawaban saudara **SESUAI** dengan pernyataan

TS :Apabila jawaban saudara **TIDAK SESUAI** dengan pernyataan

STS :Apabila jawaban saudara **SANGAT TIDAK SESUAI** dengan pernyataan

Mohon diberi tanda silang pada jawaban saudara	**SS**	**S**	**TS**	**STS**
A.Seberapa jauh seseorang menyukai tingkat risiko yang sedang supaya usaha dan ketrampilannya dapat diperkirakan mempengaruhi hasil kerjanya dan tidak menginginkan prestasi kerja didasarkan atas nasib mujur saja (X2.1).				
1.Saya tidak ingin mengambil risiko yang tidak sesuai dengan kemampuan saya dalam deteksi karies atau lubang gigi pada pengunjung posyandu	SS	S	TS	STS
3.Kalau prestasi kerja saya meningkat, maka saya beranggapan bahwa itu karena nasib mujur	SS	S	TS	STS
16. Saya tidak puas jika tidak mengeluarkan usaha secara maksimum dalam melaksanakan tugas	SS	S	TS	STS
27.Saya berpendapat bahwa kesuksesan saya dalam mencapai target sasaran lebih banyak ditentukan oleh nasib mujur	SS	S	TS	STS
43.Saya tidak ingin bekerja dengan tingkat risiko dicemoh oleh masyarakat	SS	S	TS	STS
51.Prestasi seseorang ditentukan oleh nasib baik, meskipun ia tekun dan bekerja keras	SS	S	TS	STS
56.Saya menyukai pekerjaan dengan tingkat risiko sedang dan sesuai dengan kemampuan saya	SS	S	TS	STS

59.Saya akan mengambil risiko bila hal itu sesuai dengan kemampuan dan usaha saya	SS	S	TS	STS
B.Seberapa jauh seseorang menyukai aktivitas yang memberikan umpan balik yang baik, cepat, tepat dan jelas (X 2.2).				
8.Saya suka menerima umpan balik secara cepat adan tepat atas kerja yang saya lakukan	SS	S	TS	STS
4.Saya tidak akan menerima kritik atas pekerjaan kader yang telah saya lakukan	SS	S	TS	STS
18. Menurut saya kritik itu tidak dibutuhkan karena hanya melemahkan semangat	SS	S	TS	STS
20.Bagi saya setiap kritik adalah hal yang mematikan segala aktivitas dalam melaksanakan tugas	SS	S	TS	STS
26.Saya mengharapkan komentar dari petugas kesehatan atas hasil usaha saya sehingga saya bisa memperbaiki kesalahan	SS	S	TS	STS
29.Saya merasa senang jika masyarakat lebih sehat	SS	S	TS	STS
35.Saya senang dengan sikap petugas kesehatan yang mau terus terang menegur atau mengingatkan akan kesalahan saya	SS	S	TS	STS
44. Dalam menyelesaikan tugas, umpan balik dari masyarakat bukan masalah penting	SS	S	TS	STS
47.Saya senang jika tidak hanya petugas kesehatan tetapi juga rekan sesama kader kesehatan memberikan kritik pada saya	SS	S	TS	STS
C.Seberapa jauh kepuasan kerja seseorang ditentukan pada keberhasilan dari tugas yang dikerjakan (X2.3).				
2.Bonus bukan tolok ukur dalam pencapaian tugas karena menurut saya kepuasan dalam pekerjaan lebih ditentukan oleh tugas itu sendiri.	SS	S	TS	STS
13.Menurut pendapat saya, uang merupakan umpan balik dan prestasi kerja tapi bukan penentu kepuasan kerja	SS	S	TS	STS
15.Faktor utama motivasi menjadi kader menurut saya tidak lain adalah materi atau uang	SS	S	TS	STS

23. Kepuasan utama dalam menyelesaikan tugas kader kesehatan ditentukan oleh tercapainya target sasaran	SS	S	TS	STS
24.Dalam menyelesaikan tugas kader kesehatan, saya akan berusaha dengan segala kemampuan saya	SS	S	TS	STS
58.Menurut saya, bonus merupakan ukuran mutlak bagi dorongan motivasi seseorang	SS	S	TS	STS
60.Bagi saya, kepuasan dalam tugas tidak ditentukan oleh materi atau bonus	SS	S	TS	STS
D.Seberapa jauh seseorang mempertimbangkan kesenangan /ketidaksenangan mempengaruhi usahanya dalam mencapai tujuan (X 2.4)				
5.Dalam memilih teman dalam pelatihan kader, saya lebih suka memilih orang yang telah berpengalaman walau belum saya kenal daripada kawan tetapi tidak memiliki pengalaman	SS	S	TS	STS
17. Saya lebih senang dilatih oleh dokter atau bidan yang cakep, tetapi keahliannya kurang	SS	S	TS	STS
19.Saya tidak membutuhkan teman yang lebih berpengalaman, karena hal itu akan mengancam posisi saya	SS	S	TS	STS
21.Semakin banyak kader kesehatan yang berprestasi, maka semangat saya akan turun	SS	S	TS	STS
38.Saya merasa keberatan jika ada teman yang lebih muda dari saya mempunyai kepandaian lebih dari saya	SS	S	TS	STS
E.Seberapa jauh seseorang mempunyai kecenderungan menyelesaikan pekerjaan sampai tuntas (X2.5)				
9.Saya tidak terlalu bingung dengan pekerjaan yang belum bisa saya selesaikan dengan tuntas, walaupun itu merupakan tanggung jawab saya.	SS	S	TS	STS
14.Saya tidak akan meninggalkan program pelatihan setengah jalan	SS	S	TS	STS
22 Saya senang mendapatkan tugas yang memungkinkan saya mendapat peningkatan pengetahuan dan ketrampilan	SS	S	TS	STS
31.Saya lebih senang mengerjakan tugas sampai selesai	SS	S	TS	STS

37.Saya seringkali merasa malas menyelesaikan tugas yang diberikan oleh petugas kesehatan	SS	S	TS	STS
48.Saya selalu bersemangat untuk menyelesaikan tugas dengan baik meskipun pekerjaan rumah banyak	SS	S	TS	STS
53.Setiap kali saya mengerjakan tugas, saya selalu menggunakan segenap kemampuan saya	SS	S	TS	STS
57.Saya tidak bisa tidur dengan tenang jika pekerjaan saya belum selesai dengan tuntas	SS	S	TS	STS
F.Seberapa jauh seseorang tahan terhadap tekanan social (X2.6)				
6.Saya siap menjalankan tugas sebaik mungkin, walau saat itu saya mempunyai masalah pribadi yang cukup berat	SS	S	TS	STS
10.Dalam menjalankan suatu tugas saya tidak cepat menyerah pada berbagai tekanan yang ada	SS	S	TS	STS
12. Kalau dalam usaha menyelesaikan tugas kader, saya menemui banyak tekanan dari pihak lain maka sayapun merasa enggan untuk menyelesaikannya	SS	S	TS	STS
28.Saya berusaha mengatasi tekanan sosial yang ada dalam menyelesaikan tugas sesuai kemampuan saya	SS	S	TS	STS
30. Jika keluarga tidak mendukung dalam menyelesaikan tugas kader kesehatan, sangat melemahkan semangat saya	SS	S	TS	STS
41.Semakin banyak tekanan dalam latihan, semakin saya cepat putus asa	SS	S	TS	STS
G.Seberapa jauh seseorang ingat akan tugas yang belum selesai (X2.7)				
11.Jika ada tugas kader yang belum selesai, maka saya selalu teringat walaupun sudah ada di rumah	SS	S	TS	STS
25.Saya tidak pernah lupa terhadap tugas yang diberikan sebagai kader kesehatan yang belum saya selesaikan	SS	S	TS	STS
36.Sesibuk apapun saya tetap ingat akan tugas yang belum selesai	SS	S	TS	STS

40 Jika saya sibuk sekali, saya seringkali lupa akan tugas yang belum selesai	SS	S	TS	STS
42.Bagi saya tugas mengandung tanggung jawab sehingga saya tidak pernah melupakan tugas	SS	S	TS	STS
46 Meskipun saya tidak banyak pekerjaan, saya sering lupa pada tugas yang belum selesai	SS	S	TS	STS
50 Meskipun sedang dalam masalah pribadi, saya tidak akan lupa terhadap tugas kunjungan rumah yang belum selesai	SS	S	TS	STS
54.Lupa akan tugas yang belum selesai adalah biasa	SS	S	TS	STS
H.Seberapa jauh seseorang percaya bahwa dia dapat menyelesaikan pekerjaannya dengan baik dan tepat waktu dan dia mampu mengerjakan pekerjaan serupa dengan lebih baik di waktu selanjutnya (X2.8)				
7.Saat menghadapi tugas yang kompleks, saya berusaha menyelesaikannya sebaik mungkin	SS	S	TS	STS
33.Penting bagi kader kesehatan untuk mempelajari bagaimana mengerjakan tugas dengan lebih baik pada masa selanjutnya	SS	S	TS	STS
34 Menurut saya kepuasan mencapai target sasaran tergantung pada bonus yang tinggi	SS	S	TS	STS
39.Saya selalu berusaha dengan baik, baik latihan sederhana maupun yang kompleks	SS	S	TS	STS
45.Saya malas untuk menyelesaikan tugas yang kompleks, meskipun tugasnya cukup penting	SS	S	TS	STS
49.Saya tidak merasa tertantang untuk melakukan tugas yang kompleks dengan bekerja sebaik-baiknya	SS	S	TS	STS
55 Jika dihadapkan dengan tugas yang kompleks, maka saya merasa pesimis untuk dapat mengerjakannya dengan baik	SS	S	TS	STS

KUESIONER AFEKTIF

KETERANGAN

SS .Apabila Jawaban saudara **SANGAT SESUAI** dengan pernyataan

S : Apabila Jawaban saudara **SESUAI** dengan pernyataan

TS : Apabile Jawaban saudara **TIDAK SESUAI** dengan pernyataan

STS : Apabila Jawaban saudara **SANGAT TIDAK SESUAI** dengan pernyataan

Mohon memberi tanda silang pada jawaban yang saudara pilih	**SS**	**S**	**TS**	**STS**
PENGENALAN /PENERIMAAN				
1.Kader kesehatan bersedia mendengarkan penjelasan tentang karies atau lubang gigi	SS	S	TS	STS
2.Kader kesehatan bersedia menghadiri pelatihan cara deteksi karies dan karang gigi	SS	S	TS	STS
3.Kader kesehatan memperhatikan dengan seksama setiap instruksi petugas kesehatan	SS	S	TS	STS
PEMBERIAN RESPONS				
4.Kader kesehatan bersedia mendiskusikan masalah kesehatan gigi ibu hamil apabila diminta	SS	S	TS	STS
5.Kader kesehatan bersedia berlatih praktek deteksi karies dan karang gigi bila diminta	SS	S	TS	STS
6.Kader kesehatan bersedia berpartisipasi dalam deteksi karies pada pengunjung posyandu bila diperlukan	SS	S	TS	STS
PENGHARGAAN TERHADAP NILAI				
7.Kader kesehatan mendukung peran aktif dalam deteksi karies dan karang gigi pengunjung posyandu	SS	S	TS	STS

8.Kader kesehatan dengan suka rela berpartisipasi dalam kunjungan rumah untuk deteksi karies dan karang gigi	SS	S	TS	STS
PENGORGANISASIAN				
9.Kader kesehatan mampu membandingkan alternatif cara untuk mengajak masyarakat datang berobat gigi ke puskesmas	SS	S	TS	STS
10.Kader kesehatan mampu merencanakan kunjungan rumah pada pengunjung posyandu	SS	S	TS	STS
11.Kader kesehatan mampu memilih alternatif pemecahan masalah yang ditemui dilapangan	SS	S	TS	STS
12. kader kesehatan mampu membuat sistimatik pemecahan masalah	SS	S	TS	STS
PENGAMALAN				
13.Kader kesehatan tidak mudah menyerah jika menemui kesulitan	SS	S	TS	STS
14.Kader kesehatan akan berupaya mencapai target sasaran yang telah ditetapkan	SS	S	TS	STS

KUESIONER
PERILAKU SEHAT GIGI

KETERANGAN

SS :Apabila Jawaban saudara **SANGAT SESUAI** dengan pernyataan

S : Apabila Jawaban saudara **SESUAI** dengan pernyataan

TS : Apabila Jawaban saudara **TIDAK SESUAI** dengan pernyataan

STS : Apabila Jawaban saudara **SANGAT TIDAK SESUAI** dengan pernyataan

Mohon memberi tanda silang pada jawaban yang saudara pilih	**SS**	**S**	**TS**	**STS**
Upaya Pencegahan Karies dan Karang gigi				
1.Saya menyikat gigi setelah makan dan sebelum tidur	SS	S	TS	STS
2.Saya menyukai dan menikmati makanan manis dan lengket	SS	S	TS	STS
3.saya seringkali menggunakan gigi untuk memotong benang, dan mematahkan benda keras lainnya	SS	S	TS	STS
4.Saya menggunakan pasta gigi yang murah tanpa harus memepertimbangkan kandungan fluornya	SS	S	TS	STS
5.Saya mempunyai sikat gigi sendiri	SS	S	TS	STS
6.Menyikat gigi yang benar berhubungan dengan terjadinya karies	SS	S	TS	STS
7.Menyikat gigi yang benar berhubungan dengan terbentuknya karang gigi pada permukaan gigi	SS	S	TS	STS
8.Ibu hamil, ibu menyusui, dan anak balita sangat membutuhkan makanan yang mengandung calcium dan fluor	SS	S	TS	STS
9. Saya seringkali mengkonsumsi buah yang mengandung vitamin dan serat	SS	S	TS	STS
10.Saya tidak pernah memeriksakan gigi ke puskesmas, Rumah sakit atau praktek dokter gigi	SS	S	TS	STS

10.Saya tidak pernah memeriksakan gigi ke puskesmas, Rumah sakit atau praktek dokter gigi	SS	S	TS	STS
11.Jika saya sakit gigi, saya tidak perlu ke puskesmas, cukup diobati sendiri	SS	S	TS	STS
Deteksi karies atau lubang gigi				
12.Setiap merasa ngilu atau cekot-cekot pada gigi, saya selalu mengunjungi dokter gigi/puskesmas/Rumah sakit	SS	S	TS	STS
13.Saya akan ke dokter gigi bila pipi sudah terjadi pembengkakan dan berbau	SS	S	TS	STS
14.Saya tidak akan ke dokter gigi meskipun ada bercak hitam pada permukaan gigi	SS	S	TS	STS
15Lubang pada gigi bukan merupakan penyakit yang harus segera ditangani oleh dokter gigi	SS	S	TS	STS
16.Adanya karang gigi pada permukaan mahkota gigi akan memperkuat gigi.	SS	S	TS	STS
17.Adanya karang gigi menyebabkan bau tidak enak pada mulut	SS	S	TS	STS
18.Karang gigi tidak perlu dirawat oleh dokter gigi	SS	S	TS	STS
19.terjadinya perdarahan pada gusi bukan merupakan penyakit	SS	S	TS	STS
20 Karang gigi menyebabkan gusi mudah berdarah	SS	S	TS	STS
Upaya Promotif kesehatan Gigi				
21.Mendapatkan pengetahuan tentang karies gigi tidak ada manfaatnya	SS	S	TS	STS
22.Gigi karies mudah terangsang (*sensitive*) terhadap panas, dingin atau manis	SS	S	TS	STS
23.Memberikan penyuluhan cara menyikat gigi yang benar di posyandu sangat berguna untuk kesehatan ibu dan anak	SS	S	TS	STS
24.Plak atau sisa makanan selalu terbentuk dalam rongga mulut, bila bercampur dengan gula yang ada dalam makanan	SS	S	TS	STS

dan membentuk asam	SS	S	TS	STS
25. Makanan yang banyak mengandung serat dapat membersihkan plak	SS	S	TS	STS
26. Diet yang baik untuk kesehatan gigi adalah daging, ikan , susu, sayur dan buah	SS	S	TS	STS
27. Memberikan saran dan nasehat pada ibu hamil atau anak balita ke puskesmas bila menderita karies gigi.	SS	S	TS	STS
28. Gigi susu perlu dipertahankan sampai waktunya tanggal dan diganti oleh gigi sulung atau gigi permanen	SS	S	TS	STS
29. Karang gigi dapat menyebabkan mudah terjadinya perdarahan pada gusi	SS	S	TS	STS
30. Karies atau lubang gigi dapat menyebabkan gangguan pada prestasi belajar seorang anak				

KUESIONER OBSERVASI CARA MENYIKAT GIGI PADA KADER KESEHATAN POSYANDU

NO	CARA MENYIKAT GIGI	B	S
1	PEMILIHAN BULU SIKAT GIGI YANG DI PAKAI		
2	PEMILIHAN PASTA GIGI YANG DIPAKAI		
3	FREKUENSI MENYIKAT GIGI (ditanyakan)		
4	WAKTU MENYIKAT GIGI (ditanyakan)		
5	CARA MENYIKAT GELIGI ANTERIOR RAHANG ATAS PERMUKAAN LABIAL.		
6	CARA MENYIKAT GELIGI POSTERIOR RAHANG ATAS PERMUKAAN BUKAL		
7	CARA MENYIKAT GELIGI ANTERIOR RAHANG BAWAH PERMUKAAN LABIAL.		
8	CARA MENYIKAT GELIGI POSTERIOR RAHANG BAWAH PERMUKAAN BUKAL.		
9	CARA MENYIKAT GELIGI ANTERIOR RAHANG ATAS PERMUKAAN PALATAL.		
10	CARA MENYIKAT GELIGI POSTERIOR RAHANG ATAS PERMUKAAN PALATAL.		
11	CARA MENYIKAT GELIGI ANTERIOR RAHANG BAWAH PERMUKAAN LABIAL.		
12	CARA MENYIKAT GELIGI POSTERIOR RAHANG BAWAH PERMUKAAN LABIAL		
13	CARA MENYIKAT PERMUKAAN ATAS MAHKOTA GELIGI RAHANG ATAS		
14	CARA MENYIKAT PERMUKAAN ATAS MAHKOTA GELIGI RAHANG BAWAH		

LAMPIRAN 3

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T:

1. KOG_9
2. KOG_10
3. KOG_11
4. KOG_13

Reliability Coefficients

N of Cases =	28.0	N of Items =	4
Correlation between forms =	.4580	Equal-length Spearman-Brown =	.6282
Guttman Split-half =	.6281	Unequal-length Spearman-Brown =	.6282
2 Items in part 1		2 Items in part 2	
Alpha for part 1 =	.1762	Alpha for part 2 =	.2034

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. KOG_14
2. KOG_15
3. KOG_16
4. KOG_17

Reliability Coefficients

N of Cases = 28.0 N of Items = 4

Correlation between forms = -.2692 Equal-length Spearman-Brown = -.7367

Guttman Split-Half = -.7292 Unequal-length Spearman-Brown = -.4242

>Note # 11999
>The correlation between forms (halves) of the test is negative. This
>violates reliability model assumptions. Statistics which are functions of
>this value may have estimates outside theoretically possible ranges.

2 Items in part 1 2 Items in part 2

Alpha for part 1 = .0000 Alpha for part 2 = .0000

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. KOG_18
2. KOG_19
3. KOG_20

Reliability Coefficients

N of Cases =	78.0	N of Items =	3
Correlation between forms =	.0355	Equal-length Spearman-Brown =	.0686
Guttman Split-half =	.0670	Unequal-length Spearman-Brown =	.0726
2 Items in part 1		1 Items in part 2	
Alpha for part 1 =	-.2727	Alpha for part 2 =	1.0000

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. KOG_1
2. KOG_2
3. KOG_3
4. KOG_4
5. KOG_5
6. KOG_6
7. KOG_7
8. KOG_8
9. KOG_9
10. KOG_10
11. KOG_11
12. KOG_13
13. KOG_14
14. KOG_15
15. KOG_16
16. KOG_17
17. KOG_18
18. KOG_19
19. KOG_20

Reliability Coefficients

N of Cases = 28.0 N of Items = 19

Correlation between forms = .4337 Equal-length Spearman-Brown = .6060

Guttman Split-half = .6049 UnequAl-length Spearman-Brown = .6055

10 Items in part 1 9 Items in part 2

Alpha for part 1 = .3666 Alpha for part 2 = -.1098

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. SELF_1
2. SELF_3
3. SELF_7
4. SELF_10
5. SELF_16
6. SELF_18
7. SELF_26
8. SELF_27
9. SELF_29
10. SELF_31
11. SELF_40

Reliability Coefficients

N of Cases = 27.0 N of Items = 11

Correlation between forms = .3416 Equal-length Spearman-Brown = .5093

Guttman Split-half = .5073 Unequal-length Spearman-Brown = .5107

6 Items in part 1 5 Items in part 2

Alpha for part 1 = .1063 Alpha for part 2 = .3904

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. SELF 4
2. SELF_11
3. SELF_14
4. SELF_22
5. SELF_32
6. SELF_33
7. SELF_36
8. SELF_37

Reliability Coefficients

N of Cases = 28.0 N of Items - 8

Correlation between forms = .1413 Equal-length Spearman-Brown = .2476

Guttman Split-half = .2426 Unequal-length Spearman-Brown = .2476

4 Items in part 1 4 Items in part 2

Alpha for part 1 = -.2233 Alpha for part 2 = .1218

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. SELF_9
2. SELF_12
3. SELF_13
4. SELF_15
5. SELF_16
6. SELF_19
7. SELF_24
8. SELF_25
9. SELF_28
10. SELF_34
11. SELF_35
12. SELF_38

Reliability Coefficients

N of Cases = 28.0 N of Items = 12

Correlation between forms = .1320 Equal-length Spearman-Brown = .2333

Guttman Split-half = .2331 Unequal-length Spearman-Brown = .2333

6 Items in part 1 6 Items in part 2

Alpha for part 1 = .3989 Alpha for part 2 = .3350

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. SELF_2
2. SELF_5
3. SELF_6
4. SELF_8
5. SELF_17
6. SELF_20
7. SELF_21
8. SELF_23
9. SELF_30
10. SELF_39

Reliability Coefficients

N of Cases = 28.0 N of Items = 10

Correlation between forms = -.0108 Equal-length Spearman-Brown = -.0218

Guttman Split-half = -.0217 Unequal-length Spearman-Brown = -.0214

>Note # 11999
>The correlation between forms (halves) of the test is negative. This
>violates reliability model assumptions. Statistics which are functions of
>this value may have estimates outside theoretically possible ranges.

5 Items in part 1 5 Items in part 2

Alpha for part 1 = .1442 Alpha for part 2 = -.3387

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. SELF_1
2. SELF_2
3. SELF_3
4. SELF_4
5. SELF_5
6. SELF_6
7. SELF_7
8. SELF_8
9. SELF_9
10. SELF_10
11. SELF_11
12. SELF_12
13. SELF_13
14. SELF_14
15. SELF_15
16. SELF_16
17. SELF_17
18. SELF_18
19. SELF_19
20. SELF_20
21. SELF_21
22. SELF_22
23. SELF_23
24. SELF_24
25. SELF_25
26. SELF_26
27. SELF_27
28. SELF_28
29. SELF_29
30. SELF_30
31. SELF_31
32. SELF_32
33. SELF_33
34. SELF_34
35. SELF_35
36. SELF_36
37. SELF_37
38. SELF_38
39. SELF_39
40. SELF_40

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T) 183

Reliability Coefficients

N of Cases =	27.0	N of Items = 40	
Correlation between forms =	.5554	Equal-length Spearman-Brown =	.7142
Guttman Split-half =	.7141	Unequal-length Spearman-Brown =	.7142
20 Items in part 1		20 Items in part 2	
Alpha for part 1 =	.3337	Alpha for part 2 =	.3491

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T) 184

1. MOTI_1
2. MOTI_3
3. MOTI_16
4. MOTI_27
5. MOTI_43
6. MOTI_51
7. MOTI_56
8. MOTI_59

Reliability Coefficients

N of Cases = 26.0 N of Items = 8

Correlation between forms = .5336 Equal-length Spearman-Brown = .6959

Guttman Split-half = .6472 Unequal-length Spearman-Brown = .6959

4 Items in part 1 4 Items in part 2

Alpha for part 1 = -.0792 Alpha for part 2 = .5389

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T) 185

1. MOTI_8
2. MOTI_4
3. MOTI_10
4. MOTI_20
5. MOTI_26
6. MOTI_29
7. MOTI_35
8. MOTI_44
9. MOTI_47

Reliability Coefficients

N of Cases = 26.0 N of Items = 9

Correlation between forms = .2579 Equal-length Spearman-Brown = .4100

Guttman Split-half = .4092 Unequal-length Spearman-Brown = .4119

5 Items in part 1 4 Items in part 2

Alpha for part 1 = .6202 Alpha for part 2 = .5561

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. MOTI_2
2. MOTI_13
3. MOTI_15
4. MOTI_23
5. MOTI_24
6. MOTI_58
7. MOTI_60

Reliability Coefficients

N of Cases = 28.0 N of Items = 7

Correlation between forms = -.2037 Equal-length Spearman-Brown = -.5115

Guttman Split-half = -.4026 Unequal-length Spearman-Brown = -.3412

>Note # 11999
>The correlation between forms (halves) of the test is negative. This
>violates reliability model assumptions. Statistics which are functions of
>this value may have estimates outside theoretically possible ranges.

4 Items in part 1 3 Items in part 2

Alpha for part 1 = -1.2103 Alpha for part 2 = .4502

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. MOTI_5
2. MOTI_17
3. MOTI_19
4. MOTI_21
5. MOTI_38

Reliability Coefficients

N of Cases =	28.0	N of Items =	5
Correlation between forms =	.1533	Equal-length Spearman-Brown =	.2659
Guttman Split-half =	.2651	Unequal-length Spearman-Brown =	.2705
3 Items in part 1		2 Items in part 2	
Alpha for part 1 =	-.3161	Alpha for part 2 =	.5902

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. MOTI_9
2. MOTI_14
3. MOTI_22
4. MOTI_31
5. MOTI_37
6. MOTI_48
7. MOTI_53
8. MOTI_57

Reliability Coefficients

N of Cases = 28.0 N of Items = 8

Correlation between forms = .5235 Equal-length Spearman-Brown = .6873

Guttman Split-half = .6598 Unequal-length Spearman-Brown = .6873

4 Items in part 1 4 Items in part 2

Alpha for part 1 = .5754 Alpha for part 2 = .7737

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. MOTI_6
2. MOTI_10
3. MOTI_17
4. MOTI_28
5. MOTI_30
6. MOTI_41

Reliability Coefficients

N of Cases =	29.0	N of Items =	6
Correlation between forms =	.0544	Equal-length Spearman-Brown =	.1032
Guttman Split-half =	.0983	Unequal-length Spearman-Brown =	.1032
3 Items in part 1		3 Items in part 2	
Alpha for part 1 =	.2819	Alpha for part 2 =	.5822

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. MOTI_11
2. MOTI_25
3. MOTI_36
4. MOTI_40
5. MOTI_42
6. MOTI_46
7. MOTI_50
8. MOTI_54

Reliability Coefficients

N of Cases =	28.0	N of Items =	8
Correlation between forms =	.6813	Equal-length Spearman-Brown =	.8104
Guttman Split-half =	.7836	Unequal-length Spearman-Brown =	.8104
4 Items in part 1		4 Items in part 2	
Alpha for part 1 =	.5796	Alpha for part 2 =	.7722

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. MOTI_7
2. MOTI_33
3. MOTI_34
4. MOTI_39
5. MOTI_45
6. MOTI_49
7. MOTI_55

Reliability Coefficients

N of Cases = 20,0		N of Items = 7	
Correlation between forms =	.3314	Equal-length Spearman-Brown =	.4978
Guttman Split-half =	.4256	Unequal-length Spearman-Brown =	.5013
4 Items in part 1		3 Items in part 2	
Alpha for part 1 =	.4365	Alpha for part 2 =	.6290

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. MOTI 1
2. MOTI 2
3. MOTI 3
4. MOTI 4
5. MOTI 5
6. MOTI 6
7. MOTI 7
8. MOTI 8
9. MOTI 9
10. MOTI 10
11. MOTI 11
12. MOTI 12
13. MOTI 13
14. MOTI 14
15. MOTI 15
16. MOTI 16
17. MOTI 17
18. MOTI 18
19. MOTI 19
20. MOTI 20
21. MOTI 21
22. MOTI 22
23. MOTI 23
24. MOTI 24
25. MOTI 25
26. MOTI 26
27. MOTI 27
28. MOTI 28
29. MOTI 29
30. MOTI 30
31. MOTI 31
32. MOTI 32
33. MOTI 33
34. MOTI 34
35. MOTI 35
36. MOTI 36
37. MOTI 37
38. MOTI 38
39. MOTI 39
40. MOTI 40
41. MOTI 41
42. MOTI 42
43. MOTI 43
44. MOTI 44
45. MOTI 45
46. MOTI 46
47. MOTI 47
48. MOTI 48
49. MOTI 49
50. MOTI 50

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

51. MOTI_51
52. MOTI_52
53. MOTI_53
54. MOTI_54
55. MOTI_55
56. MOTI_56
57. MOTI_57
58. MOTI_58
59. MOTI_59
60. MOTI_60

Reliability Coefficients

N of Cases =	26.0	N of Items = 60	
Correlation between forms =	.5755	Equal-length Spearman-Brown =	.7306
Guttman Split-half =	.5704	Unequal-length Spearman-Brown =	.7306
30 Items in part 1		30 items in part 2	
Alpha for part 1 =	.6150	Alpha for part 2 =	.9199

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. AFEK 4
2. AFEK 5
3. AFEK 6

Reliability Coefficients

N of Cases = 20.0 N of Items = 3

Correlation between forms = .7668 Equal-length Spearman-Brown = .8680

Guttman Split-half = .7949 Unequal-length Spearman-Brown = .8795

2 Items in part 1 1 Items in part 2

Alpha for part 1 = .9281 Alpha for part 2 = 1.0000

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. AFEK_7
2. AFEK_8

Reliability Coefficients

N of Cases = 28.0 N of Items = 2

Correlation between forms = .6699 Equal-length Spearman-Brown = .8023

Guttman Split-half = .7973 Unequal-length Spearman-Brown = .8023

1 Items in part 1 1 Items in part 2

Alpha for part 1 = 1.0000 Alpha for part 2 = 1.0000

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. AFEK_9
2. AFEK_10
3. AFEK_11
4. AFEK_12

Reliability Coefficients

N of Cases =	28.0	N of Items =	4
Correlation between forms =	.7164	Equal-length Spearman-Brown =	.8348
Guttman Split-half =	.8334	Unequal-length Spearman-Brown =	.8348
2 Items in part 1		2 Items in part 2	
Alpha for part 1 =	.9206	Alpha for part 2 =	.6943

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. AFEK_13
2. AFEK_14

Reliability Coefficients

N of Cases = 28.0 N of Items = 2

Correlation between forms = .5312 Equal-length Spearman-Brown = .6936

Guttman Split-half = .6866 Unequal-length Spearman-Brown = .6938

1 Items in part 1 1 Items in part 2

Alpha for part 1 = 1.0000 Alpha for part 2 = 1.0000

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. AFEK_1
2. AFEK_2
3. AFEK_3
4. AFEK_4
5. AFEK_5
6. AFEK_6
7. AFEK_7
8. AFEK_8
9. AFEK_9
10. AFEK_10
11. AFEK_11
12. AFEK_12
13. AFEK_13
14. AFEK_14

Reliability Coefficients

N of Cases = 28.0 N of Items = 14

Correlation between forms = .6825 Equal-length Spearman-Brown = .9376

Guttman Split-half = .9370 Unequal-length Spearman-Brown = .9376

7 Items in part 1 7 Items in part 2

Alpha for part 1 = .9560 Alpha for part 2 = .9065

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. PERI_1
2. PERI_2
3. PERI_3
4. PERI_4
5. PERI_5
6. PERI_6
7. PERI_7
8. PERI_8
9. PERI_9
10. PERI_10
11. PERI_11

Reliability Coefficients

N of Cases = 29.0 N of Items = 11

Correlation between forms = .7984 Equal-length Spearman-Brown = .8879

Guttman Split-half = .8851 Unequal-length Spearman-Brown = .8887

6 Items in part 1 5 Items in part 2

Alpha for part 1 = .7662 Alpha for part 2 = .7611

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. PERI_12
2. PERI_13
3. PERI_14
4. PERI_15
5. PERI_16
6. PERI_17
7. PERI_18
8. PERI_19
9. PERI_20

Reliability Coefficients

N of Cases =	27.0	N of Items =	9
Correlation between forms =	.8250	Equal-length Spearman-Brown =	.9041
Guttman Split-half =	.8804	Unequal-length Spearman-Brown =	.9051
5 Items in part 1		4 Items in part 2	
Alpha for part 1 =	.7377	Alpha for part 2 =	.8276

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. PERI_21
2. PERI_22
3. PERI_23
4. PERI_24
5. PERI_25
6. PERI_26
7. PERI_27
8. PERI_28
9. PERI_29
10. PERI_30

Reliability Coefficients

N of Cases = 26.0 N of Items = 10

Correlation between forms = .7920 Equal-length Spearman-Brown = .8839

Guttman Split-half = .8835 Unequal-length Spearman-Brown = .8839

5 Items in part 1 5 Items in part 2

Alpha for part 1 = .8324 Alpha for part 2 = .6804

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (S P L I T)

1. PERI_1
2. PERI_2
3. PERI_3
4. PERI_4
5. PERI_5
6. PERI_6
7. PERI_7
8. PERI_8
9. PERI_9
10. PERI_10
11. PERI_11
12. PERI_12
13. PERI_13
14. PERI_14
15. PERI_15
16. PERI_16
17. PERI_17
18. PERI_18
19. PERI_19
20. PERI_20
21. PERI_21
22. PERI_22
23. PERI_23
24. PERI_24
25. PERI_25
26. PERI_26
27. PERI_27
28. PERI_28
29. PERI_29
30. PERI_30

Reliability Coefficients

N of Cases = 27.0		N of Items = 30	
Correlation between forms =	.8854	Equal-length Spearman-Brown =	.9392
Guttman Split-half =	.9387	Unequal-length Spearman-Brown =	.9392
15 Items in part 1		15 Items in part 2	
Alpha for part 1 =	.8993	Alpha for part 2 =	.9197

LAMPIRAN 4

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
TAHU1	92	0	3	2.80	.474
PAHAM1	92	2	5	3.52	.908
TERAP1	92	2	5	3.57	.964
ANALIS1	92	0	4	2.54	.804
SINTES1	92	1	3	2.54	.702
RESIST1	92	20	35	27.04	3.002
INTERN1	92	15	28	21.36	2.873
ADAPT1	92	25	39	34.11	2.948
TUJUAN1	92	24	40	32.64	3.942
RISIKO1	92	19	32	25.89	2.662
UMPAN1	92	22	34	27.63	3.023
PUASKRJ1	92	16	27	22.05	2.531
USAHA1	92	11	24	18.08	2.521
SLSKRJ1	92	17	32	26.12	2.435
TSOSIAL1	92	12	21	17.41	1.894
INGTGS1	92	15	32	24.49	2.779
KRJBAIK1	92	14	27	20.97	2.621
TERIMA1	92	4	12	10.49	1.593
RESPON1	92	9	20	16.37	2.167
NILAI1	92	5	16	12.32	2.048
ORGAN1	92	9	16	12.35	1.500
AMAL1	92	7	15	12.23	1.697
CEGAH1	92	28	44	36.43	3.484
DETEKSI1	92	18	35	27.13	3.571
TAHUKES1	92	20	36	29.87	4.001
Valid N (listwise)	92				

Descriptive Statistics

205

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
TAHU2	92	2	3	2.96	.205
PAHAM2	92	2	5	3.85	.710
TERAP2	92	1	5	4.14	.820
ANALIS2	92	1	4	3.05	.682
SINTES2	92	1	3	2.68	.533
RESIST2	92	19	40	28.11	3.790
INTERN2	92	11	32	22.09	3.479
ADAP12	92	28	44	35.30	3.891
TUJUAN2	92	26	44	34.59	3.604
RISIKO2	92	19	36	26.43	3.515
UMPAN2	92	21	36	28.66	3.587
PUASKRJ2	92	10	28	22.05	3.687
USAHA2	92	11	24	19.37	2.843
SLSKRJ2	92	21	32	27.29	2.772
TSOSIAL2	92	14	24	19.53	2.460
INGTGS2	92	17	32	26.53	3.246
KRJBAIK2	92	12	28	22.11	2.970
TERIMA2	92	3	12	10.98	1.541
RESPON2	92	13	20	17.55	2.226
NILAI2	92	9	15	13.96	2.138
ORGAN2	92	6	16	13.67	2.263
AMAL2	92	7	16	12.89	2.465
CEGAH2	92	30	44	38.29	3.642
DETEKSI2	92	18	36	30.27	4.512
TAHUKES2	92	26	40	34.51	3.705
Valid N (listwise)	92				

dukungan suami/istri kepada kader

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	76	82.6	82.6	82.6
	tidak	16	17.4	17.4	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

dukungan kades kepada kader

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	76	82.6	82.6	82.6
	tidak	16	17.4	17.4	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

pengalaman menjadi kader

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	49	53.3	53.3	53.3
	tidak	43	46.7	46.7	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tdk tamat SD/madrasah	2	2.2	2.2	2.2
	tamat SD/madrasah	55	59.8	59.8	62.0
	tamat SLTP	17	18.5	18.5	80.4
	tamat SLTA	18	19.6	19.6	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

lama menjadi kader

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	s/d 5 thn	50	54.3	54.3	54.3
	6-10 thn	12	13.0	13.0	67.4
	> 10 thn	30	32.6	32.6	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

keaktifan kader

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	aktif	75	81.5	81.5	81.5
	tidak aktif	17	18.5	18.5	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

alasan menjadi kader

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kesadaran sendiri	36	39.1	39.1	39.1
	diajak tetangga	3	3.3	3.3	42.4
	ditunjuk kades/ibu kades	30	32.6	32.6	75.0
	ditunjuk nakes	23	25.0	25.0	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

dukungan toma kepada kader

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	80	87.0	87.0	87.0
	tidak	12	13.0	13.0	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
umur responden	92	17	45	32.28	6.417
lama menjadi kader (tahun)	92	1	21	7.22	5.266
Valid N (listwise)	92				

Frequencies

Statistics

umur responden (kategori)

N	Valid	92
	Missing	0

umur responden (kategori)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	s/d 20 thn	3	3.3	3.3	3.3
	21-30 thn	31	33.7	33.7	37.0
	31-40 thn	47	51.1	51.1	88.0
	> 40 thn	11	12.0	12.0	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

		pendidikan	lama menjadi kader	keaktifan kader	alasan menjadi kader	dukungan toma kepada kader	dukungan suami/istri kepada kader
N	Valid	92	92	92	92	92	92
	Missing	0	0	0	0	0	0

Statistics

		dukungan kades kepada kader	pengalaman menjadi kader
N	Valid	92	92
	Missing	0	0

Frequency Table

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
umur responden (kalegori)	1	s/d 20 thn	3
	2	21-30 thn	31
	3	31-40 thn	47
	4	> 40 thn	11

Box's Test of Equality of Covariance Matrices[a]

Box's M	13.675
F	.609
df1	20
df2	3331.061
Sig.	.909

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups

a. Design: Intercept+UMURKAT

Multivariate Tests[c]

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	.990	2130.820[a]	4.000	85.000	.000
	Wilks' Lambda	.010	2130.820[a]	4.000	85.000	.000
	Hotelling's Trace	100.274	2130.820[a]	4.000	85.000	.000
	Roy's Largest Root	100.274	2130.820[a]	4.000	85.000	.000
UMURKAT	Pillai's Trace	.148	1.127	12.000	261.000	.338
	Wilks' Lambda	.856	1.137	12.000	225.160	.332
	Hotelling's Trace	164	1.144	12.000	251.000	.325
	Roy's Largest Root	.133	2.903[b]	4.000	87.000	.026

a. Exact statistic

b. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

c. Design: Intercept+UMURKAT

Levene's Test of Equality of Error Variances[a]

	F	df1	df2	Sig.
RESIST1	.163	3	88	.921
INTERN1	2.324	3	88	.080
ADAPT1	.384	3	88	.765
TUJUAN1	.156	3	88	.925

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+UMURKAT

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	RESIST1	30.860[a]	3	10.287	1.147	.335
	INTERN1	60.542[b]	3	20.181	2.571	.059
	ADAPT1	21.222[c]	3	7.074	.809	.492
	TUJUAN1	46.770[d]	3	15.590	1.003	.395
Intercept	RESIST1	25370.324	1	25370.324	2829.766	.000
	INTERN1	15619.458	1	15619.458	1990.255	.000
	ADAPT1	38972.712	1	38972.712	4455.809	.000
	TUJUAN1	35439.655	1	35439.655	2281.173	.000
[illegible]	RESIST1	30.860	3	10.287	1.147	.335
	INTERN1	[illegible].542	3	20.181	2.571	.059
	ADAPT1	[illegible]	3	7.074	.809	.492
	TUJUAN1	[illegible].770	3	15.590	1.003	.395
Error	RESIST1	788.966	88	8.966		
	INTERN1	690.621	88	7.848		
	ADAPT1	769.692	88	8.746		
	TUJUAN1	1367.143	88	15.536		
Total	RESIST1	68104.000	92			
	INTERN1	42721.000	92			
	ADAPT1	107824.000	92			
	TUJUAN1	99240.000	92			
Corrected Total	RESIST1	819.826	91			
	INTERN1	751.163	91			
	ADAPT1	790.913	91			
	TUJUAN1	1413.913	91			

a. R Squared = .038 (Adjusted R Squared = .005)

b. R Squared = .081 (Adjusted R Squared = .049)

c. R Squared = .027 (Adjusted R Squared = -.006)

d. R Squared = .033 (Adjusted R Squared = .000)

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
pendidikan	1	tdk tamat SD/madrasah	2
	2	tamat SD/madrasah	55
	3	tamat SLTP	17
	4	tamat SLTA	18

Box's Test of Equality of Covariance Matrices[a]

Box's M	34.123
F	1.545
df1	20
df2	7572.845
Sig.	.057

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

a. Design: Intercept+ID_5

Multivariate Tests[c]

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	.986	1516.604[a]	4.000	85.000	.000
	Wilks' Lambda	.014	1516.604[a]	4.000	85.000	.000
	Hotelling's Trace	71.370	1516.604[a]	4.000	85.000	.000
	Roy's Largest Root	71.370	1516.604[a]	4.000	85.000	.000
ID_5	Pillai's Trace	.146	1.114	12.000	261.000	.349
	Wilks' Lambda	.857	1.126	12.000	225.180	.338
	Hotelling's Trace	.163	1.140	12.000	251.000	.328
	Roy's Largest Root	.138	3.000[b]	4.000	87.000	.023

a. Exact statistic

b. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

c. Design: Intercept+ID_5

Levene's Test of Equality of Error Variances[a]

	F	df1	df2	Sig.
RESIST1	.574	3	88	.633
INTERN1	1.625	3	88	.189
ADAPT1	6.852	3	88	.000
TUJUAN1	1.320	3	88	.273

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+ID_5

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	RESIST1	11.949[a]	3	3.983	.434	.729
	INTERN1	21.553[b]	3	7.184	.867	.462
	ADAPT1	21.015[c]	3	7.005	.801	.497
	TUJUAN1	117.555[d]	3	39.185	2.660	.053
Intercept	RESIST1	18489.460	1	18489.460	2014.009	.000
	INTERN1	12074.106	1	12074.106	1456.286	.000
	ADAPT1	30325.477	1	30325.477	3466.226	.000
	TUJUAN1	28586.785	1	28586.785	1940.541	.000
ID_5	RESIST1	11.949	3	3.983	.434	.729
	INTERN1	21.553	3	7.184	.867	.462
	ADAPT1	21.015	3	7.005	.801	.497
	TUJUAN1	117.555	3	39.185	2.660	.053
Error	RESIST1	807.878	88	9.180		
	INTERN1	729.610	88	8.291		
	ADAPT1	769.898	88	8.749		
	TUJUAN1	1296.359	88	14.731		
Total	RESIST1	68104.000	92			
	INTERN1	42721.000	92			
	ADAPT1	107824.000	92			
	TUJUAN1	99240.000	92			
Corrected Total	RESIST1	819.826	91			
	INTERN1	751.163	91			
	ADAPT1	790.913	91			
	TUJUAN1	1413.913	91			

a. R Squared = .015 (Adjusted R Squared = -.019)

b. R Squared = .029 (Adjusted R Squared = -.004)

c. R Squared = .027 (Adjusted R Squared = -.007)

d. R Squared = .083 (Adjusted R Squared = .052)

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
lama menjadi kader	1	s/d 5 thn	50
	2	6-10 thn	12
	3	> 10 thn	30

Box's Test of Equality of Covariance Matrices[a]

Box's M	34.703
F	1.559
df1	20
df2	4138.879
Sig.	053

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups

a. Design: Intercept+LAMAKDR

Multivariate Tests[c]

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig
Intercept	Pillai's Trace	995	4260.634[a]	4.000	86.000	.000
	Wilks' Lambda	.005	4260.634[a]	4.000	86.000	.000
	Hotelling's Trace	198.169	4260.634[a]	4.000	86.000	.000
	Roy's Largest Root	198.169	4260.634[a]	4.000	86.000	000
LAMAKDR	Pillai's Trace	.190	2.282	8.000	174.000	.024
	Wilks' Lambda	817	2.288[a]	8.000	172.000	.024
	Hotelling's Trace	.216	2.293	8.000	170.000	.023
	Roy's Largest Root	.166	3.604[b]	4.000	87.000	.009

a. Exact statistic

b. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

c. Design: Intercept+LAMAKDR

Levene's Test of Equality of Error Variances[a]

	F	df1	df2	Sig
RESIST1	2.310	2	89	105
INTERN1	1.136	2	89	.325
ADAPT1	1.109	2	89	334
TUJUAN1	2.379	2	89	.099

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+LAMAKDR

ADLN-Perpustakaan Universitas Airlangga

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	RESIST1	24.463[a]	2	12.231	1.369	.260
	INTERN1	44.700[b]	2	22.350	2.816	.065
	ADAPT1	62.326[c]	2	31.163	3.807	.026
	TUJUAN1	115.926[d]	2	57.963	3.974	.022
Intercept	RESIST1	49244.010	1	49244.010	5510.333	.000
	INTERN1	30186.533	1	30186.533	3802.889	.000
	ADAPT1	77787.693	1	77787.693	9502.102	.000
	TUJUAN1	69710.205	1	69710.205	4779.871	.000
LAMAKDR	RESIST1	24.463	2	12.231	1.369	.260
	INTERN1	44.700	2	22.350	2.816	.065
	ADAPT1	62.326	2	31.163	3.807	.026
	TUJUAN1	115.926	2	57.963	3.974	.022
Error	RESIST1	795.363	89	8.937		
	INTERN1	706.463	89	7.938		
	ADAPT1	728.587	89	8.186		
	TUJUAN1	1297.987	89	14.584		
Total	RESIST1	68104.000	92			
	INTERN1	42721.000	92			
	ADAPT1	107824.000	92			
	TUJUAN1	99240.000	92			
Corrected Total	RESIST1	819.826	91			
	INTERN1	751.163	91			
	ADAPT1	790.913	91			
	TUJUAN1	1413.913	91			

a. R Squared = .030 (Adjusted R Squared = .008)

b. R Squared = .060 (Adjusted R Squared = .038)

c. R Squared = .079 (Adjusted R Squared = .058)

d. R Squared = .082 (Adjusted R Squared = .061)

Post Hoc Tests

lama menjadi kader

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) lama menjadi kader	(J) lama menjadi kader	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
RESIST1	s/d 5 thn	6-10 thn	-1.46	.961	.285
		> 10 thn	-.71	.690	.558
	6-10 thn	s/d 5 thn	1.46	.961	.285
		> 10 thn	.75	1.021	.744
	> 10 thn	s/d 5 thn	.71	.690	.558
		6-10 thn	-.75	1.021	.744
INTERN1	s/d 5 thn	6-10 thn	-.30	.906	.940
		> 10 thn	1.41	.651	.082
	6-10 thn	s/d 5 thn	.30	.906	.940
		> 10 thn	1.72	.962	.181
	> 10 thn	s/d 5 thn	-1.41	.651	.082
		6-10 thn	-1.72	.962	.181
ADAPT1	s/d 5 thn	6-10 thn	-1.33	.920	.324
		> 10 thn	1.24	.661	.151
	6-10 thn	s/d 5 thn	1.33	.920	.324
		> 10 thn	2.57*	.977	.027
	> 10 thn	s/d 5 thn	-1.24	.661	.151
		6-10 thn	-2.57*	.977	.027
TUJUAN1	s/d 5 thn	6-10 thn	.27	1.228	.973
		> 10 thn	2.44*	.882	.019
	6-10 thn	s/d 5 thn	-.27	1.228	.973
		> 10 thn	2.17	1.304	.226
	> 10 thn	s/d 5 thn	-2.44*	.882	.019
		6-10 thn	-2.17	1.304	.226

Based on observed means.

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
keaktifan kader	1	aktif	75
	2	tidak akti[illegible]	17

Box's Test of Equality of Covariance Matrices[a]

Box's M	13.932
F	1.261
df1	10
df2	3701.141
Sig.	.247

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

a. Design: Intercept+ID_7

Multivariate Tests[b]

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	.994	3345.326[a]	4.000	87.000	.000
	Wilks' Lambda	.006	3345.326[a]	4.000	87.000	.000
	Hotelling's Trace	153.808	3345.326[a]	4.000	87.000	.000
	Roy's Largest Root	153.808	3345.326[a]	4.000	87.000	.000
ID_7	Pillai's Trace	.037	.846[a]	4.000	87.000	.500
	Wilks' Lambda	.963	.846[a]	4.000	87.000	.500
	Hotelling's Trace	.039	.846[a]	4.000	87.000	.500
	Roy's Largest Root	.039	.846[a]	4.000	87.000	.500

a. Exact statistic

b. Design: Intercept+ID_7

Levene's Test of Equality of Error Variances[a]

	F	df1	df2	Sig.
RESIST1	3.121	1	90	.081
INTERN1	.016	1	90	.900
ADAPT1	.002	1	90	.961
TUJUAN1	2.299	1	90	.133

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+ID_7

ADLN Perpstakaan Universitas Airlangga

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	RESIST1	29.621[a]	1	29.621	3.374	.050
	INTERN1	.608[b]	1	.608	.073	.788
	ADAPT1	.717[b]	1	.717	.082	.776
	TUJUAN1	.508[c]	1	.508	.032	.858
Intercept	RESIST1	41935.708	1	41935.708	4776.243	.000
	INTERN1	25445.564	1	25445.564	3051.209	.000
	ADAPT1	64764.413	1	64764.413	7376.393	.000
	TUJUAN1	59163.595	1	59163.595	3767.301	.000
ID_7	RESIST1	29.621	1	29.621	3.374	.050
	INTERN1	.608	1	.608	.073	.788
	ADAPT1	.717	1	.717	.082	.776
	TUJUAN1	.508	1	.508	.032	.858
Error	RESIST1	790.205	90	8.780		
	INTERN1	750.555	90	8.340		
	ADAPT1	790.196	90	8.780		
	TUJUAN1	1413.405	90	15.705		
Total	RESIST1	68104.000	92			
	INTERN1	42721.000	92			
	ADAPT1	107824.000	92			
	TUJUAN1	99240.000	92			
Corrected Total	RESIST1	819.826	91			
	INTERN1	751.163	91			
	ADAPT1	790.913	91			
	TUJUAN1	1413.913	91			

a. R Squared = .036 (Adjusted R Squared = .025)

b. R Squared = .001 (Adjusted R Squared = -.010)

c. R Squared = .000 (Adjusted R Squared = -.011)

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) lama menjadi kader	(J) lama menjadi kader	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
RESIST1	s/d 5 thn	6-10 thn	-3.75	.83
		> 10 thn	-2.36	.93
	6-10 thn	s/d 5 thn	-.83	3.75
		> 10 thn	-1.68	3.18
	> 10 thn	s/d 5 thn	-.93	2.36
		6-10 thn	-3.18	1.68
INTERN1	s/d 5 thn	6-10 thn	-2.46	1.86
		> 10 thn	-.14	2.96
	6-10 thn	s/d 5 thn	-1.86	2.46
		> 10 thn	-.58	4.01
	> 10 thn	s/d 5 thn	-2.96	.14
		6-10 thn	-4.01	.58
ADAPT1	s/d 5 thn	6-10 thn	-3.52	.67
		> 10 thn	-.33	2.81
	6-10 thn	s/d 5 thn	-.67	3.52
		> 10 thn	.24	4.90
	> 10 thn	s/d 5 thn	-2.81	.33
		6-10 thn	-4.90	-.24
TUJUAN1	s/d 5 thn	6-10 thn	-2.65	3.20
		> 10 thn	.34	4.54
	6-10 thn	s/d 5 thn	-3.20	2.65
		> 10 thn	-.94	5.28
	> 10 thn	s/d 5 thn	-4.54	-.34
		6-10 thn	-5.28	.94

Based on observed means

* The mean difference is significant at the .05 level.

Homogeneous Subsets

RESIST1

Tukey HSD[a,b]

lama menjadi kader	N	Subset 1
s/d 5 thn	50	26.62
> 10 thn	30	27.33
6-10 thn	12	28.08
Sig.		.242

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.
Based on Type III Sum of Squares
The error term is Mean Square(Error) = 8.937.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 21.951.

b. Alpha = .05

INTERN1

Tukey HSD[a,b]

lama menjadi kader	N	Subset 1
> 10 thn	30	20.37
s/d 5 thn	50	21.78
6-10 thn	12	22.08
Sig		.114

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.
Based on Type III Sum of Squares
The error term is Mean Square(Error) = 7.938.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 21.951.

b. Alpha = .05.

ADAPT1

Tukey HSD[a,b]

lama menjadi kader	N	Subset 1	Subset 2
> 10 thn	30	33.10	
s/d 5 thn	50	34.34	34.34
6-10 thn	12		35.67
Sig		.327	.279

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.
Based on Type III Sum of Squares
The error term is Mean Square(Error) = 8.186.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 21.951.

b. Alpha = .05.

TUJUAN1

Tukey HSD[a,b]

lama menjadi kader	N	Subset 1
> 10 thn	30	31.00
6-10 thn	12	33.17
s/d 5 thn	50	33.44
Sig		.092

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.
Based on Type III Sum of Squares
The error term is Mean Square(Error) = 14.584.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 21.951.

b. Alpha = .05.

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
alasan menjadi kader	1	kesadaran sendiri	36
	2	diajak tetangga	3
	3	ditunjuk kades/ibu kades	30
	4	ditunjuk nakes	23

Box's Test of Equality of Covariance Matrices[a]

Box's M	20.619
F	.956
df1	20
df2	20300.03
Sig.	.511

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

a. Design: Intercept+ID_8

Multivariate Tests[c]

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	.990	2119.066[a]	4.000	85.000	.000
	Wilks' Lambda	.010	2119.066[a]	4.000	85.000	.000
	Hotelling's Trace	99.721	2119.066[a]	4.000	85.000	.000
	Roy's Largest Root	99.721	2119.066[a]	4.000	85.000	.000
ID_8	Pillai's Trace	.249	1.593	12.000	261.000	.035
	Wilks' Lambda	.771	1.940	12.000	225.180	.031
	Hotelling's Trace	.283	1.973	12.000	251.000	.027
	Roy's Largest Root	.219	4.757[b]	4.000	87.000	.002

a. Exact statistic

b. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

c. Design: Intercept+ID_8

Levene's Test of Equality of Error Variances[a]

	F	df1	df2	Sig.
RESIST1	1.013	3	88	.391
INTERN1	2.817	3	88	.044
ADAPT1	2.058	3	88	.112
TUJUAN1	1.684	3	86	.176

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+ID_8

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Corrected Model	RESIST1	5.681[a]	3	1.894	.205	.893
	INTERN1	59.035[b]	3	19.678	2.502	.065
	ADAPT1	13.322[c]	3	4.441	503	682
	TUJUAN1	139.428[d]	3	46.476	3.209	027
Intercept	RESIST1	26411.089	1	26411.089	2854.743	.000
	INTERN1	16291.770	1	16291.770	2071.403	.000
	ADAPT1	42088.416	1	42088.416	4763 147	.000
	TUJUAN1	40759.127	1	40759.127	2814.315	.000
ID_8	RESIST1	5.681	3	1 894	.205	.893
	INTERN1	59.035	3	19.678	2.502	.065
	ADAPT1	13 322	3	4 441	.503	.682
	TUJUAN1	139.428	3	46.476	3.209	027
Error	RESIST1	814.145	88	9.252		
	INTERN1	692.128	88	7.865		
	ADAPT1	777.591	88	8.836		
	TUJUAN1	1274.486	88	14.483		
Total	RESIST1	68104.000	92			
	INTERN1	42721.000	92			
	ADAPT1	107824.000	92			
	TUJUAN1	99240.000	92			
Corrected Total	RESIST1	819.826	91			
	INTERN1	751.163	91			
	ADAPT1	790.913	91			
	TUJUAN1	1413.913	91			

a. R Squared = .007 (Adjusted R Squared = -.027)

b. R Squared = .079 (Adjusted R Squared = .047)

c. R Squared = .017 (Adjusted R Squared = -.017)

d. R Squared = .098 (Adjusted R Squared = .068)

alasan menjadi kader

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) alasan menjadi kader	(J) alasan menjadi kader	Mean Difference (I-J)	Std. Error
RESIST1	kesadaran sendiri	diajak tetangga	.56	1.828
		ditunjuk kades/ibu kades	-.48	.752
		ditunjuk nakes	-.07	.812
	diajak tetangga	kesadaran sendiri	-.56	1.828
		ditunjuk kades/ibu kades	-1.03	1.842
		ditunjuk nakes	-.62	1.867
	ditunjuk kades/ibu kades	kesadaran sendiri	.48	.752
		diajak tetangga	1.03	1.842
		ditunjuk nakes	.41	.843
	ditunjuk nakes	kesadaran sendiri	.07	.812
		diajak tetangga	.62	1.867
		ditunjuk kades/ibu kades	-.41	.843
INTERN1	kesadaran sendiri	diajak tetangga	1.44	1.685
		ditunjuk kades/ibu kades	.94	.693
		ditunjuk nakes	-1.08	.749
	diajak tetangga	kesadaran sendiri	-1.44	1.685
		ditunjuk kades/ibu kades	-.50	1.698
		ditunjuk nakes	-2.52	1.722
	ditunjuk kades/ibu kades	kesadaran sendiri	-.94	.693
		diajak tetangga	.50	1.698
		ditunjuk nakes	-2.02	.777
	ditunjuk nakes	kesadaran sendiri	1.08	.749
		diajak tetangga	2.52	1.722
		ditunjuk kades/ibu kades	2.02	.777
ADAPT1	kesadaran sendiri	diajak tetangga	1.03	1.786
		ditunjuk kades/ibu kades	.73	.735
		ditunjuk nakes	-.07	.793
	diajak tetangga	kesadaran sendiri	-1.03	1.786
		ditunjuk kades/ibu kades	-.30	1.800
		ditunjuk nakes	-1.10	1.825
	ditunjuk kades/ibu kades	kesadaran sendiri	-.73	.735
		diajak tetangga	.30	1.800
		ditunjuk nakes	-.80	.824
	ditunjuk nakes	kesadaran sendiri	.07	.793
		diajak tetangga	1.10	1.825
		ditunjuk kades/ibu kades	.80	.824
TUJUAN1	kesadaran sendiri	diajak tetangga	-3.00	2.287
		ditunjuk kades/ibu kades	1.83	.941
		ditunjuk nakes	2.23	1.016
	diajak tetangga	kesadaran sendiri	3.00	2.287
		ditunjuk kades/ibu kades	4.83	2.304
		ditunjuk nakes	5.23	2.336

Based on observed means.

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) alasan menjadi kader	(J) alasan menjadi kader	Mean Difference (I-J)	Std. Error
TUJUAN1	ditunjuk kades/ibu kades	kesadaran sendiri	-1.83	.941
		diajak tetangga	-4.83	2.304
		ditunjuk nakes	.40	1.055
	ditunjuk nakes	kesadaran sendiri	-2.23	1.016
		diajak tetangga	-5.23	2.336
		ditunjuk kades/ibu kades	-.40	1.055

Based on observed means

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) alasan menjadi kader	(J) alasan menjadi kader	Sig.	95% Confidence Interval Lower Bound
RESIST1	kesadaran sendiri	diajak tetangga	.990	-4.23
		ditunjuk kades/ibu kades	.920	-2.45
		ditunjuk nakes	1.000	-2.19
	diajak tetangga	kesadaran sendiri	.990	-5.34
		ditunjuk kades/ibu kades	.943	-5.86
		ditunjuk nakes	.987	-5.51
	ditunjuk kades/ibu kades	kesadaran sendiri	.920	-1.49
		diajak tetangga	.943	-3.79
		ditunjuk nakes	.962	-1.80
	ditunjuk nakes	kesadaran sendiri	1.000	-2.06
		diajak tetangga	.987	4.27
		ditunjuk kades/ibu kades	.962	-2.62
INTERN1	kesadaran sendiri	diajak tetangga	.827	-2.97
		ditunjuk kades/ibu kades	.526	-.87
		ditunjuk nakes	.479	-3.04
	diajak tetangga	kesadaran sendiri	.827	-5.86
		ditunjuk kades/ibu kades	.991	-4.95
		ditunjuk nakes	.463	-7.03
	ditunjuk kades/ibu kades	kesadaran sendiri	.526	-2.76
		diajak tetangga	.991	-3.95
		ditunjuk nakes	.052	-4.06
	ddunjuk nakes	kesadaran sendiri	.479	-.88
		diajak tetangga	.463	-1.99
		ditunjuk kades/ibu kades	.052	-.01
ADAPT1	kesadaran sendiri	diajak tetangga	.939	-3.65
		ditunjuk kades/ibu kades	.755	-1.20
		ditunjuk nakes	1.000	-2.15
	diajak tetangga	kesadaran sendiri	.939	-5.71
		ditunjuk kades/ibu kades	.998	-5.01
		ditunjuk nakes	.931	-5.88
	ditunjuk kades/ibu kades	kesadaran sendiri	.755	-2.65
		diajak tetangga	.998	-4.41
		ditunjuk nakes	.765	-2.96
	ditunjuk nakes	kesadaran sendiri	1.000	-2.00
		diajak tetangga	.931	-3.68
		ditunjuk kades/ibu kades	.765	-1.36
TUJUAN1	kesadaran sendiri	diajak tetangga	.556	-8.99
		ditunjuk kades/ibu kades	.216	-.53
		ditunjuk nakes	.132	-.43
	diajak tetangga	kesadaran sendiri	.556	-2.99
		ditunjuk kades/ibu kades	.162	-1.20
		ditunjuk nakes	.121	-.89

Based on observed means.

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) alasan menjadi kader	(J) alasan menjadi kader	Sig.	95% Confidence Interval
				Lower Bound
TUJUAN1	ditunjuk kades/ibu kades	kesadaran sendiri	.216	-4.30
		diajak tetangga	.162	-10.87
		ditunjuk nakes	.982	-2.36
	ditunjuk nakes	kesadaran sendiri	.132	-4.89
		diajak tetangga	.121	-11.35
		ditunjuk kades/ibu kades	.982	-3.16

Based on observed means.

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) alasan menjadi kader	(J) alasan menjadi kader	95% Confidence Interval Upper Bound
RESIST1	kesadaran sendiri	diajak tetangga	5.34
		ditunjuk kades/ibu kades	1.49
		ditunjuk nakes	2.06
	diajak tetangga	kesadaran sendiri	4.23
		ditunjuk kades/ibu kades	3.79
		ditunjuk nakes	4.27
	ditunjuk kades/ibu kades	kesadaran sendiri	2.45
		diajak tetangga	5.86
		ditunjuk nakes	2.62
	ditunjuk nakes	kesadaran sendiri	2.19
		diajak tetangga	5.51
		ditunjuk kades/ibu kades	1.80
INTERN1	kesadaran sendiri	diajak tetangga	5.86
		ditunjuk kades/ibu kades	2.76
		ditunjuk nakes	.68
	diajak tetangga	kesadaran sendiri	2.97
		ditunjuk kades/ibu kades	3.95
		ditunjuk nakes	1.99
	ditunjuk kades/ibu kades	kesadaran sendiri	.87
		diajak tetangga	4.95
		ditunjuk nakes	.01
	ditunjuk nakes	kesadaran sendiri	3.04
		diajak tetangga	7.03
		ditunjuk kades/ibu kades	4.08
ADAPT1	kesadaran sendiri	diajak tetangga	5.71
		ditunjuk kades/ibu kades	2.65
		ditunjuk nakes	2.00
	diajak tetangga	kesadaran sendiri	3.65
		ditunjuk kades/ibu kades	4.41
		ditunjuk nakes	3.66
	ditunjuk kades/ibu kades	kesadaran sendiri	1.20
		diajak tetangga	5.01
		ditunjuk nakes	1.36
	ditunjuk nakes	kesadaran sendiri	2.15
		diajak tetangga	5.88
		ditunjuk kades/ibu kades	2.96
TUJUAN1	kesadaran sendiri	diajak tetangga	2.99
		ditunjuk kades/ibu kades	4.30
		ditunjuk nakes	4.89
	diajak tetangga	kesadaran sendiri	8.99
		ditunjuk kades/ibu kades	10.87
		ditunjuk nakes	11.35

Based on observed means.

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) alasan menjadi kader	(J) alasan menjadi kader	95% Confidence Interval Upper Bound
TUJUAN1	ditunjuk kades/ibu kades	kesadaran sendiri	.63
		diajak tetangga	1.20
		ditunjuk nakes	3.16
	ditunjuk nakes	kesadaran sendiri	.43
		diajak tetangga	.89
		ditunjuk kades/ibu kades	2.36

Based on observed means.

Homogeneous Subsets

RESIST1

Tukey HSD[a,b]

alasan menjadi kader	N	Subset 1
diajak tetangga	3	26.33
kesadaran sendiri	36	26.89
ditunjuk nakes	23	26.96
ditunjuk kades/ibu kades	30	27.37
Sig.		.886

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.
Based on Type III Sum of Squares
The error term is Mean Square(Error) = 9.252.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 9.134.

b. Alpha = .05.

Tukey HSD[a,b]

alasan menjadi kader	N	Subset 1
diajak tetangga	3	20.00
ditunjuk kades/ibu kades	30	20.50
kesadaran sendiri	36	21.44
ditunjuk nakes	23	22.52
Sig.		.227

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.
Based on Type III Sum of Squares
The error term is Mean Square(Error) = 7.865.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 9.134.

b. Alpha = .05.

ADAPT1

Tukey HSD[a,b]

alasan menjadi kader	N	Subset 1
diajak tetangga	3	33.33
ditunjuk kades/ibu kades	30	33.63
kesadaran sendiri	36	34.36
ditunjuk nakes	23	34.43
Sig.		.858

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.
Based on Type III Sum of Squares
The error term is Mean Square(Error) = 8.836.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 9.134.

b. Alpha = .05.

Tukey HSD[a,b]

alasan menjadi kader	N	Subset 1	Subset 2
ditunjuk nakes	23	31.43	
ditunjuk kades/ibu kades	30	31.83	
kesadaran sendiri	36	33.67	33.67
diajak tetangga	3		36.67
Sig.		.595	.338

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.
Based on Type III Sum of Squares
The error term is Mean Square(Error) = 14.483.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 9.134.

b. Alpha = .05

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
dukungan toma kepada kader	1	ya	80
	2	tidak	12

Box's Test of Equality of Covariance Matrices[a]

Box's M	16.036
F	1.381
df1	10
df2	1634.430
Sig.	.183

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups

a. Design: Intercept+ID_9A

Multivariate Tests[b]

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	.991	2432.296[a]	4.000	87.000	.000
	Wilks' Lambda	.009	2432.296[a]	4.000	87.000	.000
	Hotelling's Trace	111.630	2432.296[a]	4.000	87.000	.000
	Roy's Largest Root	111.630	2432.296[a]	4.000	87.000	.000
ID_9A	Pillai's Trace	.177	4.676[a]	4.000	87.000	.002
	Wilks' Lambda	.823	4.676[a]	4.000	87.000	.002
	Hotelling's Trace	.215	4.676[a]	4.000	87.000	.002
	Roy's Largest Root	.215	4.676[a]	4.000	87.000	.002

a. Exact statistic

b. Design: Intercept+ID_9A

Levene's Test of Equality of Error Variances[a]

	F	df1	df2	Sig.
RESIST1	1.984	1	90	.162
INTERN1	.058	1	90	.810
ADAPT1	.215	1	90	.644
TUJUAN1	5.498	1	90	.021

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+ID_9A

ADLN-Perpustakaan Universitas Airlangga

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	RESIST1	1.959[a]	1	1.959	216	.644
	INTERN1	6.609[b]	1	6.609	.799	.374
	ADAPT1	17.976[c]	1	17.976	2.093	.151
	TUJUAN1	171.509[d]	1	171.509	12.424	.001
Intercept	RESIST1	30165.436	1	30165.436	3319.477	.000
	INTERN1	18520.348	1	18520.348	2238.697	.000
	ADAPT1	49950.367	1	49950.367	5816.166	.000
	TUJUAN1	40397.552	1	40397.552	2926.407	.000
ID_9A	RESIST1	1.959	1	1.959	.216	.644
	INTERN1	6.609	1	6.609	.799	.374
	ADAPT1	17.976	1	17.976	2.093	.151
	TUJUAN1	171.509	1	171.509	12.424	.001
Error	RESIST1	817.867	90	9.087		
	INTERN1	744.554	90	8.273		
	ADAPT1	772.937	90	8.588		
	TUJUAN1	1242.404	90	13.804		
Total	RESIST1	68104.000	92			
	INTERN1	42721.000	92			
	ADAPT1	107824.000	92			
	TUJUAN1	99240.000	92			
Corrected Total	RESIST1	819.826	91			
	INTERN1	751.163	91			
	ADAPT1	790.913	91			
	TUJUAN1	1413.913	91			

a. R Squared = .002 (Adjusted R Squared = -.009)

b. R Squared = .009 (Adjusted R Squared = -.002)

c. R Squared = .023 (Adjusted R Squared = .012)

d. R Squared = .121 (Adjusted R Squared = .112)

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
dukungan suami/istri kepada kader	1	ya	76
	2	tidak	16

Box's Test of Equality of Covariance Matrices[a]

Box's M	20.743
F	1.863
df1	10
df2	3202.936
Sig.	.046

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups

a. Design: Intercept+ID_98

Multivariate Tests[b]

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	.993	3086.695[a]	4.000	87.000	.000
	Wilks' Lambda	.007	3086.695[a]	4.000	87.000	.000
	Hotelling's Trace	141.917	3086.695[a]	4.000	87.000	.000
	Roy's Largest Root	141.917	3086.695[a]	4.000	87.000	.000
ID_98	Pillai's Trace	.038	.852[a]	4.000	87.000	.496
	Wilks' Lambda	.962	.852[a]	4.000	87.000	.496
	Hotelling's Trace	.039	.852[a]	4.000	87.000	.496
	Roy's Largest Root	.039	.852[a]	4.000	87.000	.496

a. Exact statistic

b. Design: Intercept+ID_98

Levene's Test of Equality of Error Variances[a]

	F	df1	df2	Sig.
RESIST1	1.363	1	90	.246
INTERN1	1.603	1	90	.183
ADAPT1	1.645	1	90	.203
TUJUAN1	.659	1	90	.419

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+ID_98

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	RESIST1	5.721[a]	1	5.721	.632	.429
	INTERN1	2.492[b]	1	2.492	.300	.586
	ADAPT1	6.489[c]	1	6.489	.744	.391
	TUJUAN1	21.199[d]	1	21.199	1.370	.245
Intercept	RESIST1	38055.112	1	38055.112	4207.024	.000
	INTERN1	23800.057	1	23800.057	2861.076	.000
	ADAPT1	62335.402	1	62335.402	7151.979	.000
	TUJUAN1	54802.721	1	54802.721	3541.463	.000
ID_9B	RESIST1	5.721	1	5.721	.632	.429
	INTERN1	2.492	1	2.492	.300	.586
	ADAPT1	6.489	1	6.489	744	391
	TUJUAN1	21.199	1	21.199	1.370	.245
Error	RESIST1	814.105	90	9.046		
	INTERN1	748.671	90	8.319		
	ADAPT1	784 424	90	8.716		
	TUJUAN1	1392.714	90	15.475		
Total	RESIST1	68104.000	92			
	INTERN1	42721.000	92			
	ADAPT1	107824.000	92			
	TUJUAN1	99240.000	92			
Corrected Total	RESIST1	819.826	91			
	INTERN1	751.163	91			
	ADAPT1	790.913	91			
	TUJUAN1	1413.913	91			

a. R Squared = .007 (Adjusted R Squared = -.004)

b. R Squared = .003 (Adjusted R Squared = - 008)

c. R Squared = .008 (Adjusted R Squared = -.003)

d. R Squared = .015 (Adjusted R Squared = .004)

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
dukungan kades kepada kader	1	ya	76
	2	tidak	16

Box's Test of Equality of Covariance Matrices[a]

Box's M	15.086
F	1.355
df1	10
df2	3202.936
Sig.	.195

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

a. Design: Intercept+ID_9C

Multivariate Tests[b]

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	.993	3177.674[a]	4.000	87.000	.000
	Wilks' Lambda	.007	3177.674[a]	4.000	87.000	.000
	Hotelling's Trace	146.100	3177.674[a]	4.000	87.000	.000
	Roy's Largest Root	146.100	3177.674[a]	4.000	87.000	.000
ID_9C	Pillai's Trace	.020	.440[a]	4.000	87.000	.779
	Wilks' Lambda	.980	.440[a]	4.000	87.000	.779
	Hotelling's Trace	.020	.440[a]	4.000	87.000	.779
	Roy's Largest Root	.020	.440[a]	4.000	87.000	.779

a. Exact statistic

b. Design: Intercept+ID_9C

Levene's Test of Equality of Error Variances[a]

	F	df1	df2	Sig.
RESIST1	2.547	1	90	.114
INTERN1	.726	1	90	.396
ADAPT1	.746	1	90	.390
TUJUAN1	3.173	1	90	.078

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+ID_9C

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	RESIST1	.402[a]	1	.402	.044	.834
	INTERN1	.804[b]	1	.804	.096	.757
	ADAPT1	11.374[c]	1	11.374	1.313	.255
	TUJUAN1	13.304[d]	1	13.304	.855	.358
Intercept	RESIST1	38828.880	1	38828.880	4264.700	.000
	INTERN1	24300.804	1	24300.804	2914.703	.000
	ADAPT1	62604.417	1	62604.417	7227.654	.000
	TUJUAN1	57351.348	1	57351.348	3685.270	.000
ID_9C	RESIST1	.402	1	.402	.044	.834
	INTERN1	.804	1	.804	.096	.757
	ADAPT1	11.374	1	11.374	1.313	.255
	TUJUAN1	13.304	1	13.304	.855	.358
Error	RESIST1	819.424	90	9.105		
	INTERN1	750.359	90	8.337		
	ADAPT1	779.539	90	8.662		
	TUJUAN1	1400.609	90	15.562		
Total	RESIST1	68104.000	92			
	INTERN1	42721.000	92			
	ADAPT1	107824.000	92			
	TUJUAN1	99240.000	92			
Corrected Total	RESIST1	819.826	91			
	INTERN1	751.163	91			
	ADAPT1	790.913	91			
	TUJUAN1	1413.913	91			

a. R Squared = .000 (Adjusted R Squared = -.011)

b. R Squared = .001 (Adjusted R Squared = -.010)

c. R Squared = .014 (Adjusted R Squared = .003)

d. R Squared = .009 (Adjusted R Squared = -.002)

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
pengalaman menjadi kader	1	ya	49
	2	tidak	43

Box's Test of Equality of Covariance Matrices[a]

Box's M	12.007
F	1.143
df1	10
df2	37218.41
Sig.	.325

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

a. Design: Intercept+ID_10

Multivariate Tests[b]

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	.996	5403.812[a]	4.000	87.000	.000
	Wilks' Lambda	.004	5403.812[a]	4.000	87.000	.000
	Hotelling's Trace	248.451	5403.812[a]	4.000	87.000	.000
	Roy's Largest Root	248.451	5403.812[a]	4.000	87.000	.000
ID_10	Pillai's Trace	.067	1.568[a]	4.000	87.000	.190
	Wilks' Lambda	.933	1.568[a]	4.000	87.000	.190
	Hotelling's Trace	.072	1.568[a]	4.000	87.000	.190
	Roy's Largest Root	.072	1.568[a]	4.000	87.000	.190

a. Exact statistic

b. Design: Intercept+ID_10

Levene's Test of Equality of Error Variances[a]

	F	df1	df2	Sig.
RESIST1	.118	1	90	.732
INTERN1	.143	1	90	.707
ADAPT1	1.505	1	90	.223
TUJUAN1	1.511	1	90	.222

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+ID_10

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	RESIST1	2.704[a]	1	2.704	.298	.587
	INTERN1	4.744[b]	1	4.744	.572	.451
	ADAPT1	35.035[c]	1	35.035	4.171	.044
	TUJUAN1	2.035[d]	1	2.035	.130	.720
Intercept	RESIST1	66942.487	1	66942.487	7373.225	.000
	INTERN1	41733.266	1	41733.266	5032.021	.000
	ADAPT1	106830.035	1	106830.035	12719.906	.000
	TUJUAN1	97468.078	1	97468.078	6213.089	.000
ID_10	RESIST1	2.704	1	2.704	.298	.587
	INTERN1	4.744	1	4.744	.572	.451
	ADAPT1	35.035	1	35.035	4.171	.044
	TUJUAN1	2.035	1	2.035	.130	.720
Error	RESIST1	817.122	90	9.079		
	INTERN1	746.419	90	8.294		
	ADAPT1	755.879	90	8.399		
	TUJUAN1	1411.879	90	15.688		
Total	RESIST1	68104.000	92			
	INTERN1	42721.000	92			
	ADAPT1	107624.000	92			
	TUJUAN1	99240.000	92			
Corrected Total	RESIST1	819.826	91			
	INTERN1	751.163	91			
	ADAPT1	790.913	91			
	TUJUAN1	1413.913	91			

a. R Squared = .003 (Adjusted R Squared = -.008)

b. R Squared = .006 (Adjusted R Squared = -.005)

c. R Squared = .044 (Adjusted R Squared = .034)

d. R Squared = .001 (Adjusted R Squared = -.010)

Within-Subjects Factors

Measure	TEST	Dependent Variable
RESIST	1	RESIST1
	2	RESIST2
INTERN	1	INTERN1
	2	INTERN2
ADAPT	1	ADAPT1
	2	ADAPT2
TUJUAN	1	TUJUAN1
	2	TUJUAN2

Multivariate Tests[b]

Effect			Value	F	Hypothesis df
Between Subjects	Intercept	Pillai's Trace	.996	5048.825[a]	4.000
		Wilks' Lambda	004	5048.825[a]	4.000
		Hotelling's Trace	229.492	5048.825[a]	4.000
		Roy's Largest Root	229.492	5048.825[a]	4.000
Within Subjects	TEST	Pillai's Trace	.218	6.146[a]	4.000
		Wilks' Lambda	.782	6.146[a]	4.000
		Hotelling's Trace	.279	6.146[a]	4.000
		Roy's Largest Root	.279	6.146[a]	4.000

ADLN Perpstakaan Universitas Airlangga

Multivariate Tests[b]

Effect			Error df	Sig.
Between Subjects	Intercept	Pillai's Trace	88.000	.000
		Wilks' Lambda	88.000	.000
		Hotelling's Trace	88.000	.000
		Roy's Largest Root	88.000	.000
Within Subjects	TEST	Pillai's Trace	88.000	.000
		Wilks' Lambda	88.000	.000
		Hotelling's Trace	88.000	.000
		Roy's Largest Root	88.000	.000

a. Exact statistic

b.
Design: Intercept
Within Subjects Design: TEST

Mauchly's Test of Sphericity[b]

Within Subjects Effect	Measure	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.
TEST	RESIST	1.000	.000	0	.
	INTERN	1.000	.000	0	.
	ADAPT	1.000	.000	0	.
	TUJUAN	1.000	.000	0	.

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

Mauchly's Test of Sphericity[b]

Within Subjects Effect	Measure	Epsilon[a] Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
TEST	RESIST	1.000	1.000	1.000
	INTERN	1.000	1.000	1.000
	ADAPT	1.000	1.000	1.000
	TUJUAN	1.000	1.000	1.000

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix

a. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table

b.
Design: Intercept
Within Subjects Design: TEST

Tests of Within-Subjects Effects

Multivariate[b,c]

Within Subjects		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
TEST	Pillai's Trace	.218	6.146[a]	4.000	88.000	.000
	Wilks' Lambda	.782	6.146[a]	4.000	88.000	.000
	Hotelling's Trace	.279	6.146[a]	4.000	88.000	.000
	Roy's Largest Root	.279	6.146[a]	4.000	88.000	.000

a. Exact statistic

b.
Design: Intercept
Within Subjects Design: TEST

c. Tests are based on averaged variables

Univariate Tests

Source	Measure		Type III Sum of Squares	df	Mean Square
TEST	RESIST	Sphericity Assumed	52.196	1	52.196
		Greenhouse-Geisser	52.196	1.000	52.196
		Huynh-Feldt	52.196	1.000	52.196
		Lower-bound	52.196	1.000	52.196
	INTERN	Sphericity Assumed	24.397	1	24.397
		Greenhouse-Geisser	24.397	1.000	24.397
		Huynh-Feldt	24.397	1.000	24.397
		Lower-bound	24.397	1.000	24.397
	ADAPT	Sphericity Assumed	65.761	1	65.761
		Greenhouse-Geisser	65.761	1.000	65.761
		Huynh-Feldt	65.761	1.000	65.761
		Lower-bound	65.761	1.000	65.761
	TUJUAN	Sphericity Assumed	180.022	1	180.022
		Greenhouse-Geisser	180.022	1.000	180.022
		Huynh-Feldt	180.022	1.000	180.022
		Lower-bound	180.022	1.000	180.022
Error(TEST)	RESIST	Sphericity Assumed	820.804	91	9.020
		Greenhouse-Geisser	820.804	91.000	9.020
		Huynh-Feldt	820.804	91.000	9.020
		Lower-bound	820.804	91.000	9.020
	INTERN	Sphericity Assumed	562.103	91	6.177
		Greenhouse-Geisser	562.103	91.000	6.177
		Huynh-Feldt	562.103	91.000	6.177
		Lower-bound	562.103	91.000	6.177
	ADAPT	Sphericity Assumed	564.239	91	6.200
		Greenhouse-Geisser	564.239	91.000	6.200
		Huynh-Feldt	564.239	91.000	6.200
		Lower-bound	564.239	91.000	6.200
	TUJUAN	Sphericity Assumed	829.978	91	9.121
		Greenhouse-Geisser	829.978	91.000	9.121
		Huynh-Feldt	829.978	91.000	9.121
		Lower-bound	829.978	91.000	9.121

Source	Measure		F	Sig.
TEST	RESIST	Sphericity Assumed	5.787	.018
		Greenhouse-Geisser	5.787	.018
		Huynh-Feldt	5.787	.018
		Lower-bound	5.787	.018
	INTERN	Sphericity Assumed	3.950	.050
		Greenhouse-Geisser	3.950	.050
		Huynh-Feldt	3.950	.050
		Lower-bound	3.950	.050
	ADAPT	Sphericity Assumed	10.606	.002
		Greenhouse-Geisser	10.606	.002
		Huynh-Feldt	10.606	.002
		Lower-bound	10.606	.002
	TUJUAN	Sphericity Assumed	19.738	.000
		Greenhouse-Geisser	19.738	.000
		Huynh-Feldt	19.738	.000
		Lower-bound	19.738	.000
Error(TEST)	RESIST	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		
	INTERN	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		
	ADAPT	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		
	TUJUAN	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		

Tests of Within-Subjects Contrasts

Source	Measure	TEST	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TEST	RESIST	Linear	52.196	1	52.196	5.787	.018
	INTERN	Linear	24.397	1	24.397	3.950	.050
	ADAPT	Linear	65.761	1	65.761	10.606	.002
	TUJUAN	Linear	180.022	1	180.022	19.738	.000
Error(TEST)	RESIST	Linear	820.804	91	9.020		
	INTERN	Linear	562.103	91	6.177		
	ADAPT	Linear	564.239	91	6.200		
	TUJUAN	Linear	829.978	91	9.121		

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

Tests of Between-Subjects Effects

Transformed Variable: Average

Source	Measure	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Intercept	RESIST	139921.065	1	139921.065	9749.964	.000
	INTERN	86826.136	1	86826.136	6123.215	.000
	ADAPT	221635.848	1	221635.848	12572.911	.000
	TUJUAN	207701.761	1	207701.761	10701.190	.000
Error	RESIST	1305.935	91	14.351		
	INTERN	1290.364	91	14.180		
	ADAPT	1604.152	91	17.628		
	TUJUAN	1766.239	91	19.409		

Within-Subjects Factors

Measure	TEST	Dependent Variable
TAHU	1	TAHU1
	2	TAHU2
PAHAM	1	PAHAM1
	2	PAHAM2
TERAP	1	TERAP1
	2	TERAP2
ANALISIS	1	ANALIS1
	2	ANALIS2
SINTESIS	1	SINTES1
	2	SINTES2

Multivariate Tests[b]

Effect			Value	F	Hypothesis df
Between Subjects	Intercept	Pillai's Trace	.994	3041.829[a]	5.000
		Wilks' Lambda	.006	3041.829[a]	5.000
		Hotelling's Trace	174.818	3041.829[a]	5.000
		Roy's Largest Root	174.818	3041.829[a]	5.000
Within Subjects	TEST	Pillai's Trace	.392	11.236[a]	5.000
		Wilks' Lambda	.608	11.236[a]	5.000
		Hotelling's Trace	.646	11.236[a]	5.000
		Roy's Largest Root	.646	11.236[a]	5.000

Multivariate Tests[b]

Effect			Error df	Sig.
Between Subjects	Intercept	Pillai's Trace	87.000	.000
		Wilks' Lambda	87.000	.000
		Hotelling's Trace	87.000	.000
		Roy's Largest Root	87.000	.000
Within Subjects	TEST	Pillai's Trace	87.000	000
		Wilks' Lambda	87.000	.000
		Hotelling's Trace	87.000	.000
		Roy's Largest Root	87.000	.000

a. Exact statistic

b.
Design: Intercept
Within Subjects Design: TEST

Mauchly's Test of Sphericity[b]

Within Subjects Effect	Measure	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.
TEST	TAHU	1.000	.000	0	.
	PAHAM	1.000	.000	0	.
	TERAP	1.000	.000	0	.
	ANALISIS	1.000	.000	0	.
	SINTESIS	1.000	.000	0	.

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

Mauchly's Test of Sphericity[b]

Within Subjects Effect	Measure	Epsilon[a] Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
TEST	TAHU	1.000	1.000	1.000
	PAHAM	1.000	1.000	1.000
	TERAP	1.000	1.000	1.000
	ANALISIS	1.000	1.000	1.000
	SINTESIS	1.000	1.000	1.000

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

b.
Design: Intercept
Within Subjects Design: TEST

Tests of Within-Subjects Effects

Multivariate[b,c]

Within Subjects		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig
TEST	Pillai's Trace	.392	11.236[a]	5.000	87.000	.000
	Wilks' Lambda	.608	11.236[a]	5.000	87.000	.000
	Hotelling's Trace	.646	11.236[a]	5.000	87.000	.000
	Roy's Largest Root	.646	11.236[a]	5.000	87.000	.000

a. Exact statistic

b.
Design: Intercept
Within Subjects Design: TEST

c. Tests are based on averaged variables.

Univariate Tests

Source	Measure		Type III Sum of Squares	df	Mean Square
TEST	TAHU	Sphericity Assumed	1.065	1	1.065
		Greenhouse-Geisser	1.065	1.000	1.065
		Huynh-Feldt	1.065	1.000	1.065
		Lower-bound	1.065	1.000	1.065
	PAHAM	Sphericity Assumed	4.891	1	4.891
		Greenhouse-Geisser	4.891	1.000	4.891
		Huynh-Feldt	4.891	1.000	4.891
		Lower-bound	4.891	1.000	4.891
	TERAP	Sphericity Assumed	15.266	1	15.266
		Greenhouse-Geisser	15.266	1.000	15.266
		Huynh-Feldt	15.266	1.000	15.266
		Lower-bound	15.266	1.000	15.266
	ANALISIS	Sphericity Assumed	12.005	1	12.005
		Greenhouse-Geisser	12.005	1.000	12.005
		Huynh-Feldt	12.005	1.000	12.005
		Lower-bound	12.005	1.000	12.005
	SINTESIS	Sphericity Assumed	.918	1	.918
		Greenhouse-Geisser	.918	1.000	.918
		Huynh-Feldt	.918	1.000	.918
		Lower-bound	.918	1.000	.918
Error(TEST)	TAHU	Sphericity Assumed	12.935	91	.142
		Greenhouse-Geisser	12.935	91.000	.142
		Huynh-Feldt	12.935	91.000	.142
		Lower-bound	12.935	91.000	.142
	PAHAM	Sphericity Assumed	44.109	91	.485
		Greenhouse-Geisser	44.109	91.000	.485
		Huynh-Feldt	44.109	91.000	.485
		Lower-bound	44.109	91.000	.485
	TERAP	Sphericity Assumed	44.234	91	.486
		Greenhouse-Geisser	44.234	91.000	.486
		Huynh-Feldt	44.234	91.000	.486
		Lower-bound	44.234	91.000	.486
	ANALISIS	Sphericity Assumed	55.495	91	.610
		Greenhouse-Geisser	55.495	91.000	.610
		Huynh-Feldt	55.495	91.000	.610
		Lower-bound	55.495	91.000	.610
	SINTESIS	Sphericity Assumed	24.582	91	.270
		Greenhouse-Geisser	24.582	91.000	.270
		Huynh-Feldt	24.582	91.000	.270
		Lower-bound	24.582	91.000	.270

Univariate Tests

Source	Measure		F	Sig.
TEST	TAHU	Sphericity Assumed	7.494	.007
		Greenhouse-Geisser	7.494	.007
		Huynh-Feldt	7.494	.007
		Lower-bound	7.494	.007
	PAHAM	Sphericity Assumed	10.091	.002
		Greenhouse-Geisser	10.091	.002
		Huynh-Feldt	10.091	.002
		Lower-bound	10.091	.002
	TERAP	Sphericity Assumed	31.407	.000
		Greenhouse-Geisser	31.407	.000
		Huynh-Feldt	31.407	.000
		Lower-bound	31.407	.000
	ANALISIS	Sphericity Assumed	19.687	.000
		Greenhouse-Geisser	19.687	.000
		Huynh-Feldt	19.687	.000
		Lower-bound	19.687	.000
	SINTESIS	Sphericity Assumed	3.400	.068
		Greenhouse-Geisser	3.400	.068
		Huynh-Feldt	3.400	.068
		Lower-bound	3.400	.068
Error(TEST)	TAHU	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		
	PAHAM	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		
	TERAP	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		
	ANALISIS	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		
	SINTESIS	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		

Tests of Within-Subjects Contrasts

Source	Measure	TEST	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TEST	TAHU	Linear	1.065	1	1.065	7.494	.007
	PAHAM	Linear	4.891	1	4.891	10.091	.002
	TERAP	Linear	15.266	1	15.266	31.407	.000
	ANALISIS	Linear	12.005	1	12.005	19.687	.000
	SINTESIS	Linear	.918	1	.918	3.400	.068
Error(TEST)	TAHU	Linear	12.935	91	.142		
	PAHAM	Linear	44.109	91	.485		
	TERAP	Linear	44.234	91	.486		
	ANALISIS	Linear	55.495	91	.610		
	SINTESIS	Linear	24.582	91	.270		

Tests of Between-Subjects Effects

Transformed Variable: Average

Source	Measure	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	TAHU	1526.630	1	1526.630	12216.881	.000
	PAHAM	2498.283	1	2498.283	2963.392	.000
	TERAP	2731.962	1	2731.962	2448.428	.000
	ANALISIS	1441.440	1	1441.440	1771.151	.000
	SINTESIS	1257.397	1	1257.397	2481.887	.000
Error	TAHU	11.370	91	.125		
	PAHAM	76.717	91	.843		
	TERAP	101.538	91	1.116		
	ANALISIS	74.060	91	.814		
	SINTESIS	46.103	91	.507		

Within-Subjects Factors

Measure	TEST	Dependent Variable
RISIKO	1	RISIKO1
	2	RISIKO2
UMPAN	1	UMPAN1
	2	UMPAN2
PUASKRJ	1	PUASKRJ1
	2	PUASKRJ2
USAHA	1	USAHA1
	2	USAHA2
SLSKRJ	1	SLSKRJ1
	2	SLSKRJ2
TSOSIAL	1	TSOSIAL1
	2	TSOSIAL2
INGTGS	1	INGTGS1
	2	INGTGS2
KRJBAIK	1	KRJBAIK1
	2	KRJBAIK2

Multivariate Tests[b]

Effect			Value	F	Hypothesis df
Between Subjects	Intercept	Pillai's Trace	.997	3315.212[a]	8.000
		Wilks' Lambda	.003	3315.212[a]	8.000
		Hotelling's Trace	315.734	3315.212[a]	8.000
		Roy's Largest Root	315.734	3315.212[a]	8.000
Within Subjects	TEST	Pillai's Trace	.464	9.099[a]	8.000
		Wilks' Lambda	.536	9.099[a]	8.000
		Hotelling's Trace	.867	9.099[a]	8.000
		Roy's Largest Root	.867	9.099[a]	8.000

ADLN Perpstakaan Universitas Airlangga

Multivariate Tests[b]

Effect			Error df	Sig.
Between Subjects	Intercept	Pillai's Trace	84.000	.000
		Wilks' Lambda	84.000	.000
		Hotelling's Trace	84.000	.000
		Roy's Largest Root	84.000	.000
Within Subjects	TEST	Pillai's Trace	84.000	.000
		Wilks' Lambda	84.000	.000
		Hotelling's Trace	84.000	.000
		Roy's Largest Root	84.000	.000

a. Exact statistic

b.
Design: Intercept
Within Subjects Design: TEST

Mauchly's Test of Sphericity[b]

Within Subjects Effect	Measure	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.
TEST	RISIKO	1.000	.000	0	.
	UMPAN	1.000	.000	0	.
	PUASKRJ	1.000	.000	0	.
	USAHA	1.000	.000	0	.
	SLSKRJ	1.000	.000	0	.
	TSOSIAL	1.000	.000	0	.
	INGTGS	1.000	.000	0	.
	KRJBAIK	1.000	.000	0	.

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

Mauchly's Test of Sphericity[b]

Within Subjects Effect	Measure	Epsilon[a] Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
TEST	RISIKO	1.000	1.000	1.000
	UMPAN	1.000	1.000	1.000
	PUASKRJ	1.000	1.000	1.000
	USAHA	1.000	1.000	1.000
	SLSKRJ	1.000	1.000	1.000
	TSOSIAL	1.000	1.000	1.000
	INGTGS	1.000	1.000	1.000
	KRJBAIK	1.000	1.000	1.000

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

b.
Design: Intercept
Within Subjects Design. TEST

Tests of Within-Subjects Effects

Multivariate[b,c]

Within Subjects		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
TEST	Pillai's Trace	.464	9.099[a]	8.000	84.000	.000
	Wilks' Lambda	.536	9.099[a]	8.000	84.000	.000
	Hotelling's Trace	.867	9.099[a]	8.000	84.000	.000
	Roy's Largest Root	.867	9.099[a]	8.000	84.000	.000

a. Exact statistic

b.
Design: Intercept
Within Subjects Design TEST

c. Tests are based on averaged variables.

Source	Measure		Type III Sum of Squares	df	Mean Square
TEST	RISIKO	Sphericity Assumed	13.587	1	13.587
		Greenhouse-Geisser	13.587	1.000	13.587
		Huynh-Feldt	13.587	1.000	13.587
		Lower-bound	13.587	1.000	13.587
	UMPAN	Sphericity Assumed	69.397	1	69.397
		Greenhouse-Geisser	69.397	1.000	69.397
		Huynh-Feldt	69.397	1.000	69.397
		Lower-bound	69.397	1.000	69.397
	PUASKRJ	Sphericity Assumed	.000	1	.000
		Greenhouse-Geisser	.000	1.000	.000
		Huynh-Feldt	.000	1.000	.000
		Lower-bound	.000	1.000	.000
	USAHA	Sphericity Assumed	76.962	1	76.962
		Greenhouse-Geisser	76.962	1.000	76.962
		Huynh-Feldt	76.962	1.000	76.962
		Lower-bound	76.962	1.000	76.962
	SLSKRJ	Sphericity Assumed	63.391	1	63.391
		Greenhouse-Geisser	63.391	1.000	63.391
		Huynh-Feldt	63.391	1.000	63.391
		Lower-bound	63.391	1.000	63.391
	TSOSIAL	Sphericity Assumed	206.658	1	206.658
		Greenhouse-Geisser	206.658	1.000	206.658
		Huynh-Feldt	206.658	1.000	206.658
		Lower-bound	206.658	1.000	206.658
	INGTGS	Sphericity Assumed	192.087	1	192.087
		Greenhouse-Geisser	192.087	1.000	192.087
		Huynh-Feldt	192.087	1.000	192.087
		Lower-bound	192.087	1.000	192.087
	KRJBAIK	Sphericity Assumed	59.918	1	59.918
		Greenhouse-Geisser	59.918	1.000	59.918
		Huynh-Feldt	59.918	1.000	59.918
		Lower-bound	59.918	1.000	59.918
Error(TEST)	RISIKO	Sphericity Assumed	786.413	91	8.642
		Greenhouse-Geisser	786.413	91.000	8.642
		Huynh-Feldt	786.413	91.000	8.642
		Lower-bound	786.413	91.000	8.642
	UMPAN	Sphericity Assumed	638.103	91	7.012
		Greenhouse-Geisser	638.103	91.000	7.012
		Huynh-Feldt	638.103	91.000	7.012
		Lower-bound	638.103	91.000	7.012
	PUASKRJ	Sphericity Assumed	509.000	91	5.593
		Greenhouse-Geisser	509.000	91.000	5.593
		Huynh-Feldt	509.000	91.000	5.593
		Lower-bound	509.000	91.000	5.593

Source	Measure		Type III Sum of Squares	df	Mean Square
Error(TEST)	USAHA	Sphericity Assumed	447.538	91	4.918
		Greenhouse-Geisser	447.538	91.000	4.918
		Huynh-Feldt	447.538	91.000	4.918
		Lower-bound	447.538	91.000	4.918
	SI.SKRJ	Sphericity Assumed	472.609	91	5.194
		Greenhouse-Geisser	472.609	91.000	5.194
		Huynh-Feldt	472.609	91.000	5.194
		Lower-bound	472.609	91.000	5.194
	TSOSIAL	Sphericity Assumed	373.842	91	4.108
		Greenhouse-Geisser	373.842	91.000	4.108
		Huynh-Feldt	373.842	91.000	4.108
		Lower-bound	373.842	91.000	4.108
	INGTGS	Sphericity Assumed	675.913	91	7.428
		Greenhouse-Geisser	675.913	91.000	7.428
		Huynh-Feldt	675.913	91.000	7.428
		Lower-bound	675.913	91.000	7.428
	KRJBAIK	Sphericity Assumed	378.582	91	4.160
		Greenhouse-Geisser	378.582	91.000	4.160
		Huynh-Feldt	378.582	91.000	4.160
		Lower-bound	378.582	91.000	4.160

Source	Measure		F	Sig.
TEST	RISIKO	Sphericity Assumed	1.572	.213
		Greenhouse-Geisser	1.572	.213
		Huynh-Feldt	1.572	.213
		Lower-bound	1.572	.213
	UMPAN	Sphericity Assumed	9.897	.002
		Greenhouse-Geisser	9.897	.002
		Huynh-Feldt	9.897	.002
		Lower-bound	9.897	.002
	PUASKRJ	Sphericity Assumed	.000	1.000
		Greenhouse-Geisser	.000	1.000
		Huynh-Feldt	.000	1.000
		Lower-bound	.000	1.000
	USAHA	Sphericity Assumed	15.649	.000
		Greenhouse-Geisser	15.649	.000
		Huynh-Feldt	15.649	.000
		Lower-bound	15.649	.000
	SLSKRJ	Sphericity Assumed	12.206	.001
		Greenhouse-Geisser	12.206	.001
		Huynh-Feldt	12.206	.001
		Lower-bound	12.206	.001
	TSOSIAL	Sphericity Assumed	50.304	.000
		Greenhouse-Geisser	50.304	.000
		Huynh-Feldt	50.304	.000
		Lower-bound	50.304	.000
	INGTGS	Sphericity Assumed	25.861	.000
		Greenhouse-Geisser	25.861	.000
		Huynh-Feldt	25.861	.000
		Lower-bound	25.861	.000
	KRJBAIK	Sphericity Assumed	14.403	.000
		Greenhouse-Geisser	14.403	.000
		Huynh-Feldt	14.403	.000
		Lower-bound	14.403	.000
Error(TEST)	RISIKO	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		
	UMPAN	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		
	PUASKRJ	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		

Univariate Tests

Source	Measure		F	Sig
Error(TEST)	USAHA	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		
	SLSKRJ	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		
	TSOSIAL	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		
	INGTGS	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		
	KRJBAIK	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		

Tests of Within-Subjects Contrasts

Source	Measure	TEST	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
TEST	RISIKO	Linear	13.587	1	13.587	1.572	.213
	UMPAN	Linear	69.397	1	69.397	9.897	.002
	PUASKRJ	Linear	.000	1	.000	.000	1.000
	USAHA	Linear	76.962	1	76.962	15.649	.000
	SLSKRJ	Linear	63.391	1	63.391	12.206	.001
	TSOSIAL	Linear	206.658	1	206.658	50.304	.000
	INGTGS	Linear	192.087	1	192.087	25.861	.000
	KRJBAIK	Linear	59.918	1	59.918	14.403	.000
Error(TEST)	RISIKO	Linear	786.413	91	8.642		
	UMPAN	Linear	638.103	91	7.012		
	PUASKRJ	Linear	509.000	91	5.593		
	USAHA	Linear	447.538	91	4.918		
	SLSKRJ	Linear	472.609	91	5.194		
	TSOSIAL	Linear	373.842	91	4.108		
	INGTGS	Linear	675.913	91	7.428		
	KRJBAIK	Linear	378.582	91	4.160		

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

Tests of Between-Subjects Effects

Transformed Variable: Average

Source	Measure	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	RISIKO	125948.891	1	125948.891	11658.273	.000
	UMPAN	146787.005	1	146787.005	9789.425	.000
	PUASKRJ	89496.543	1	89496.543	6214.770	.000
	USAHA	64500.136	1	64500.136	6774.879	.000
	SLSKRJ	131235.848	1	131235.848	15587.585	.000
	TSOSIAL	62789.136	1	62789.136	11351.249	.000
	INGTGS	119748.022	1	119748.022	11052.039	.000
	KRJBAIK	85355.266	1	85355.266	7402.859	.000
Error	RISIKO	983.109	91	10.803		
	UMPAN	1364.495	91	14.994		
	PUASKRJ	1310.457	91	14.401		
	USAHA	866.364	91	9.520		
	SLSKRJ	766.152	91	8.419		
	TSOSIAL	503.364	91	5.531		
	INGTGS	985.978	91	10.835		
	KRJBAIK	1049.234	91	11.530		

Within-Subjects Factors

Measure	TEST	Dependent Variable
TERIMA	1	TERIMA1
	2	TERIMA2
RESPON	1	RESPON1
	2	RESPON2
NILAI	1	NILAI1
	2	NILAI2
ORGAN	1	ORGAN1
	2	ORGAN2
AMAL	1	AMAL1
	2	AMAL2

Multivariate Tests[b]

Effect			Value	F	Hypothesis df
Between Subjects	Intercept	Pillai's Trace	992	2302.203[a]	5.000
		Wilks' Lambda	.008	2302.203[a]	5.000
		Hotelling's Trace	132.311	2302.203[a]	5.000
		Roy's Largest Root	132.311	2302.203[a]	5.000
Within Subjects	TEST	Pillai's Trace	.407	11.946[a]	5.000
		Wilks' Lambda	.593	11.946[a]	5.000
		Hotelling's Trace	.687	11.946[a]	5.000
		Roy's Largest Root	.687	11.946[a]	5.000

ADLN Perpstakaan Universitas Airlangga

Multivariate Tests[b]

Effect			Error df	Sig.
Between Subjects	Intercept	Pillai's Trace	87.000	.000
		Wilks' Lambda	87.000	.000
		Hotelling's Trace	87.000	.000
		Roy's Largest Root	87.000	.000
Within Subjects	TEST	Pillai's Trace	87.000	.000
		Wilks' Lambda	87.000	.000
		Hotelling's Trace	87.000	.000
		Roy's Largest Root	87.000	.000

a. Exact statistic

b.
Design: Intercept
Within Subjects Design: TEST

Mauchly's Test of Sphericity[b]

Within Subjects Effect	Measure	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.
TEST	TERIMA	1.000	.000	0	.
	RESPON	1.000	.000	0	.
	NILAI	1.000	.000	0	.
	ORGAN	1.000	.000	0	.
	AMAL	1.000	.000	0	.

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

Mauchly's Test of Sphericity[b]

Within Subjects Effect	Measure	Epsilon[a]		
		Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
TEST	PERIMA	1.000	1.000	1.000
	RESPON	1.000	1.000	1.000
	NILA	1.000	1.000	1.000
	ORGAN	1.000	1.000	1.000
	AMAL	1.000	1.000	1.000

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

b.
Design: Intercept
Within Subjects Design: TEST

Tests of Within-Subjects Effects

Multivariate[b,c]

Within Subjects		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
TEST	Pillai's Trace	.407	11.946[a]	5.000	87.000	.000
	Wilks' Lambda	.593	11.946[a]	5.000	87.000	.000
	Hotelling's Trace	.687	11.946[a]	5.000	87.000	.000
	Roy's Largest Root	.687	11.946[a]	5.000	87.000	.000

a. Exact statistic

b.
Design: Intercept
Within Subjects Design: TEST

c. Tests are based on averaged variables.

Univariate Tests

Source	Measure		Type III Sum of Squares	df	Mean Square
TEST	TERIMA	Sphericity Assumed	11.005	1	11.005
		Greenhouse-Geisser	11.005	1.000	11.005
		Huynh-Feldt	11.005	1.000	11.005
		Lower-bound	11.005	1.000	11.005
	RESPON	Sphericity Assumed	64.571	1	64.571
		Greenhouse-Geisser	64.571	1.000	64.571
		Huynh-Feldt	64.571	1.000	64.571
		Lower-bound	64.571	1.000	64.571
	NILAI	Sphericity Assumed	123.918	1	123.918
		Greenhouse-Geisser	123.918	1.000	123.918
		Huynh-Feldt	123.918	1.000	123.918
		Lower-bound	123.918	1.000	123.918
	ORGAN	Sphericity Assumed	80.891	1	80.891
		Greenhouse-Geisser	80.891	1.000	80.891
		Huynh-Feldt	80.891	1.000	80.891
		Lower-bound	80.891	1.000	80.891
	AMAL	Sphericity Assumed	20.223	1	20.223
		Greenhouse-Geisser	20.223	1.000	20.223
		Huynh-Feldt	20.223	1.000	20.223
		Lower-bound	20.223	1.000	20.223
Error(TEST)	TERIMA	Sphericity Assumed	139.495	91	1.533
		Greenhouse-Geisser	139.495	91.000	1.533
		Huynh-Feldt	139.495	91.000	1.533
		Lower-bound	139.495	91.000	1.533
	RESPON	Sphericity Assumed	313.929	91	3.450
		Greenhouse-Geisser	313.929	91.000	3.450
		Huynh-Feldt	313.929	91.000	3.450
		Lower-bound	313.929	91.000	3.450
	NILAI	Sphericity Assumed	353.582	91	3.886
		Greenhouse-Geisser	353.582	91.000	3.886
		Huynh-Feldt	353.582	91.000	3.886
		Lower-bound	353.582	91.000	3.886
	ORGAN	Sphericity Assumed	251.109	91	2.759
		Greenhouse-Geisser	251.109	91.000	2.759
		Huynh-Feldt	251.109	91.000	2.759
		Lower-bound	251.109	91.000	2.759
	AMAL	Sphericity Assumed	316.277	91	3.476
		Greenhouse-Geisser	316.277	91.000	3.476
		Huynh-Feldt	316.277	91.000	3.476
		Lower-bound	316.277	91.000	3.476

Univariate Tests

Source	Measure		F	Sig.
TEST	TERIMA	Sphericity Assumed	7.179	.009
		Greenhouse-Geisser	7.179	.009
		Huynh-Feldt	7.179	.009
		Lower-bound	7.179	.009
	RESPON	Sphericity Assumed	18.717	.000
		Greenhouse-Geisser	18.717	.000
		Huynh-Feldt	18.717	.000
		Lower-bound	18.717	.000
	NILAI	Sphericity Assumed	31.892	.000
		Greenhouse-Geisser	31.892	.000
		Huynh-Feldt	31.892	.000
		Lower-bound	31.892	.000
	ORGAN	Sphericity Assumed	29.314	.000
		Greenhouse-Geisser	29.314	.000
		Huynh-Feldt	29.314	.000
		Lower-bound	29.314	.000
	AMAL	Sphericity Assumed	5.819	.018
		Greenhouse-Geisser	5.819	.018
		Huynh-Feldt	5.819	.018
		Lower-bound	5.819	.018
Error(TEST)	TERIMA	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		
	RESPON	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		
	NILAI	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		
	ORGAN	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		
	AMAL	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		

ADMIN Perpustakaan Universitas Airlangga

Tests of Within-Subjects Contrasts

Source	Measure	TEST	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TEST	TERIMA	Linear	11.005	1	11.005	7.179	.009
	RESPON	Linear	64.571	1	64.571	18.717	.000
	NILAI	Linear	123.918	1	123.918	31.892	.000
	ORGAN	Linear	80.891	1	80.891	29.314	.000
	AMAL	Linear	20.223	1	20.223	5.619	.018
Error(TEST)	TERIMA	Linear	139.495	91	1.533		
	RESPON	Linear	313.929	91	3.450		
	NILAI	Linear	353.582	91	3.886		
	ORGAN	Linear	251.109	91	2.759		
	AMAL	Linear	316.277	91	3.476		

Tests of Between-Subjects Effects

Transformed Variable: Average

Source	Measure	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Intercept	TERIMA	21199.049	1	21199.049	6274.538	.000
	RESPON	52938.266	1	52938.266	8537.920	.000
	NILAI	31749.397	1	31749.397	6505.683	.000
	ORGAN	31148.022	1	31148.022	6749.087	.000
	AMAL	29025.658	1	29025.658	5294.929	.000
Error	TERIMA	307.451	91	3.379		
	RESPON	564.234	91	6.200		
	NILAI	444.103	91	4.880		
	ORGAN	419.978	91	4.615		
	AMAL	498.842	91	5.482		

Within-Subjects Factors

264

Measure	TEST	Dependent Variable
CEGAH	1	CEGAH1
	2	CEGAH2
DETEKSI	1	DETEKSI1
	2	DETEKSI2
TAHUKES	1	TAHUKES1
	2	TAHUKES2

Multivariate Tests[b]

Effect			Value	F	Hypothesis df
Between Subjects	Intercept	Pillai's Trace	.995	6489.641[a]	3.000
		Wilks' Lambda	.005	6489.641[a]	3.000
		Hotelling's Trace	216.752	6489.641[a]	3.000
		Roy's Largest Root	216.752	6489.641[a]	3.000
Within Subjects	TEST	Pillai's Trace	.556	37.157[a]	3.000
		Wilks' Lambda	.444	37.157[a]	3.000
		Hotelling's Trace	1.252	37.157[a]	3.000
		Roy's Largest Root	1.252	37.157[a]	3.000

ADLN Perpstakaan Universitas Airlangga

Multivariate Tests[b]

Effect			Error df	Sig.
Between Subjects	Intercept	Pillai's Trace	89.000	.000
		Wilks' Lambda	89.000	.000
		Hotelling's Trace	89.000	.000
		Roy's Largest Root	89.000	.000
Within Subjects	TEST	Pillai's Trace	89.000	.000
		Wilks' Lambda	89.000	.000
		Hotelling's Trace	89.000	.000
		Roy's Largest Root	89.000	.000

a. Exact statistic

b.
Design: Intercept
Within Subjects Design: TEST

Mauchly's Test of Sphericity[b]

Within Subjects Effect	Measure	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.
TEST	CEGAH	1.000	.000	0	
	DETEKSI	1.000	.000	0	
	TAHUKES	1.000	.000	0	

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

Mauchly's Test of Sphericity[b]

Within Subjects Effect	Measure	Epsilon[a] Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
TEST	CEGAH	1.000	1.000	1.000
	DETEKSI	1.000	1.000	1.000
	TAHUKES	1.000	1.000	1.000

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

b.
Design: Intercept
Within Subjects Design: TEST

Tests of Within-Subjects Effects

Multivariate[b,c]

Within Subjects		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
TEST	Pillai's Trace	.556	37.157[a]	3.000	89.000	.000
	Wilks' Lambda	.444	37.157[a]	3.000	89.000	.000
	Hotelling's Trace	1.252	37.157[a]	3.000	89.000	.000
	Roy's Largest Root	1.252	37.157[a]	3.000	89.000	.000

a. Exact statistic

b.
Design: Intercept
Within Subjects Design: TEST

c. Tests are based on averaged variables.

Source	Measure		Type III Sum of Squares	df	Mean Square
TEST	CEGAH	Sphericity Assumed	158.918	1	158.918
		Greenhouse-Geisser	158.918	1.000	158.918
		Huynh-Feldt	158.918	1.000	158.918
		Lower-bound	158.918	1.000	158.918
	DETEKSI	Sphericity Assumed	453.918	1	453.918
		Greenhouse-Geisser	453.918	1.000	453.918
		Huynh-Feldt	453.918	1.000	453.918
		Lower-bound	453.918	1.000	453.918
	TAHUKES	Sphericity Assumed	990.918	1	990.918
		Greenhouse-Geisser	990.918	1.000	990.918
		Huynh-Feldt	990.918	1.000	990.918
		Lower-bound	990.918	1.000	990.918
Error(TEST)	CEGAH	Sphericity Assumed	910.582	91	10.006
		Greenhouse-Geisser	910.582	91.000	10.006
		Huynh-Feldt	910.582	91.000	10.006
		Lower-bound	910.582	91.000	10.006
	DETEKSI	Sphericity Assumed	1104.582	91	12.138
		Greenhouse-Geisser	1104.582	91.000	12.138
		Huynh-Feldt	1104.582	91.000	12.138
		Lower-bound	1104.582	91.000	12.138
	TAHUKES	Sphericity Assumed	881.582	91	9.688
		Greenhouse-Geisser	881.582	91.000	9.688
		Huynh-Feldt	881.582	91.000	9.688
		Lower-bound	881.582	91.000	9.688

Source	Measure		F	Sig.
TEST	CEGAH	Sphericity Assumed	15.882	.000
		Greenhouse-Geisser	15.882	.000
		Huynh-Feldt	15.882	.000
		Lower-bound	15.882	.000
	DETEKSI	Sphericity Assumed	37.396	.000
		Greenhouse-Geisser	37.396	.000
		Huynh-Feldt	37.396	.000
		Lower-bound	37.396	.000
	TAHUKES	Sphericity Assumed	102.286	.000
		Greenhouse-Geisser	102.286	.000
		Huynh-Feldt	102.286	.000
		Lower-bound	102.286	.000
Error(TEST)	CEGAH	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		
	DETEKSI	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		
	TAHUKES	Sphericity Assumed		
		Greenhouse-Geisser		
		Huynh-Feldt		
		Lower-bound		

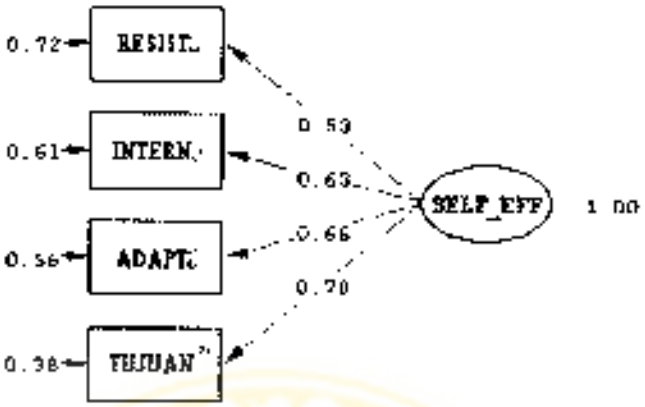
Tests of Within-Subjects Contrasts

Source	Measure	TEST	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TEST	CEGAH	Linear	158.918	1	158.918	15.882	.000
	DETEKSI	Linear	453.918	1	453.918	37.396	.000
	TAHUKES	Linear	990.918	1	990.918	102.286	.000
Error(TEST)	CEGAH	Linear	910.582	91	10.006		
	DETEKSI	Linear	1104.582	91	12.138		
	TAHUKES	Linear	881.582	91	9.688		

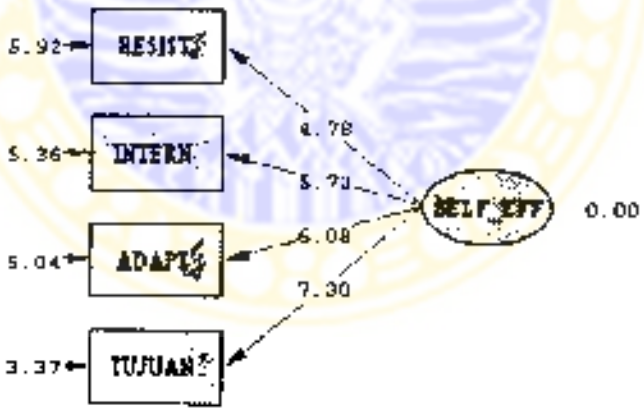
Tests of Between-Subjects Effects

Transformed Variable: Average

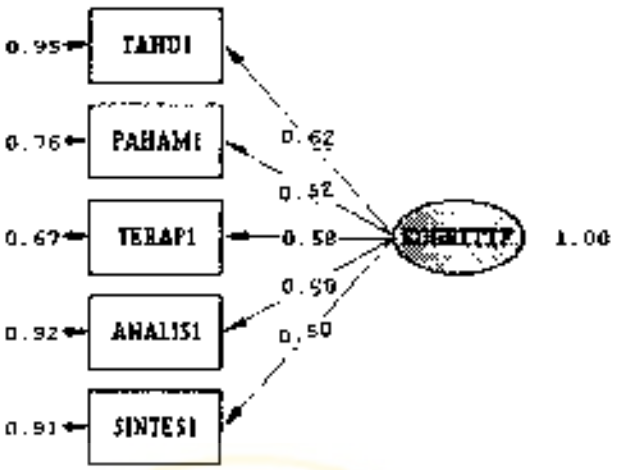
Source	Measure	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	CEGAH	256878.397	1	256878.397	16683.948	.000
	DETEKSI	151570.440	1	151570.440	7228.762	.000
	TAHUKES	190662.656	1	190662.656	9513.049	.000
Error	CEGAH	1401.103	91	15.397		
	DETEKSI	1908.060	91	20.968		
	TAHUKES	1823.842	91	20.042		



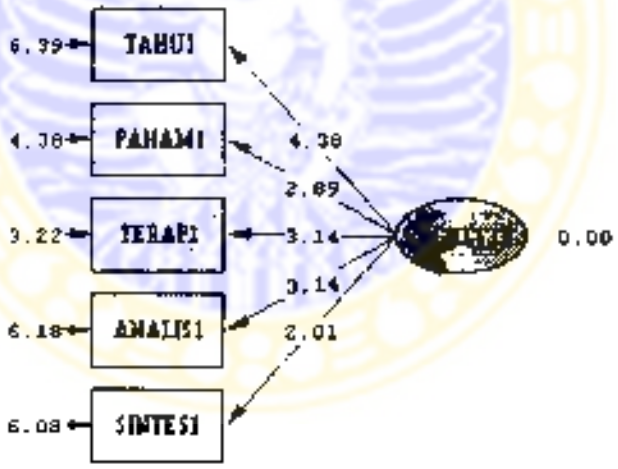
Chi-Square=0.59, df=2, P-value=0.74467, RMSEA=0.000



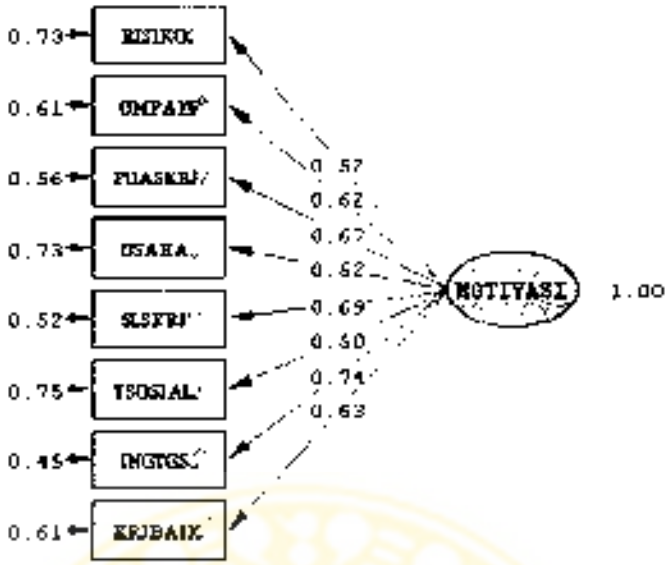
Chi-Square=0.59, df=2, P-value=0.74467, RMSEA=0.000



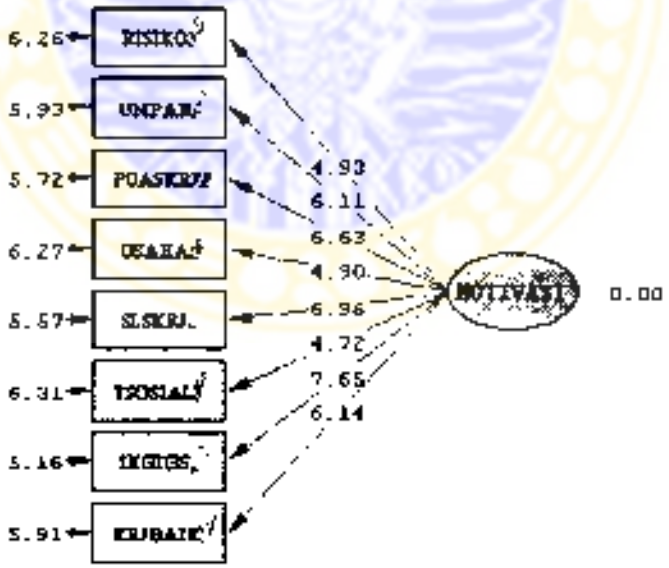
Chi-Square=7.14, df=5, P-value=0.21041, RMSEA=0.069



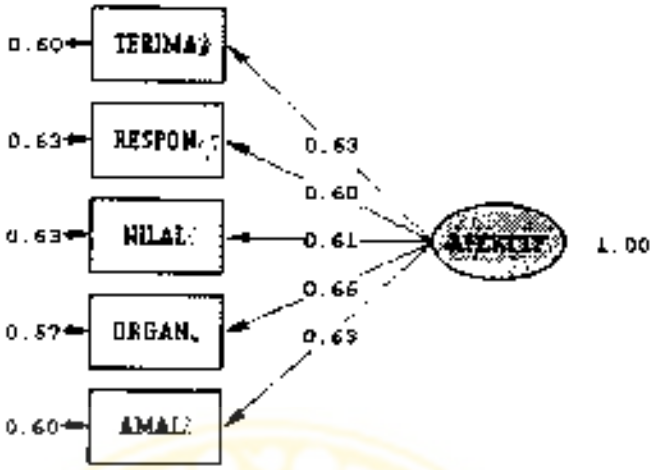
Chi-Square=7.14, df=5, P-value=0.21041, RMSEA=0.069



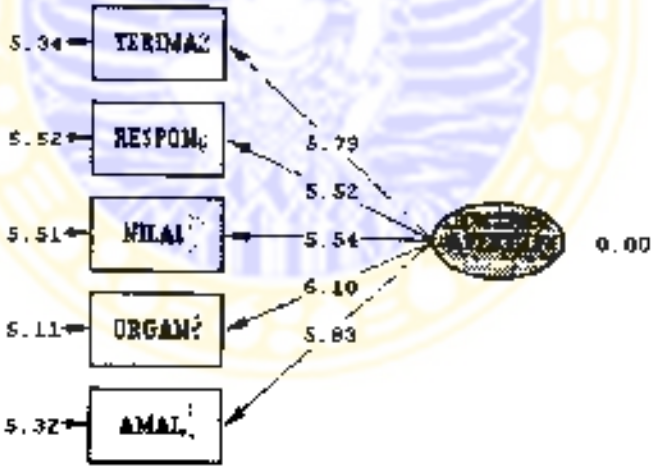
Chi-Square=62.88, df=20, P-value=0.00000, RMSEA=0.153



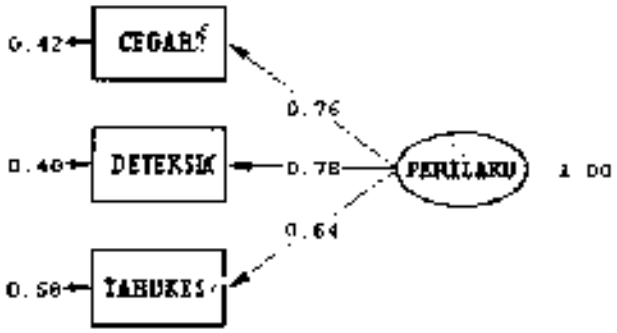
Chi-Square=62.88, df=20, P-value=0.00000, RMSEA=0.153



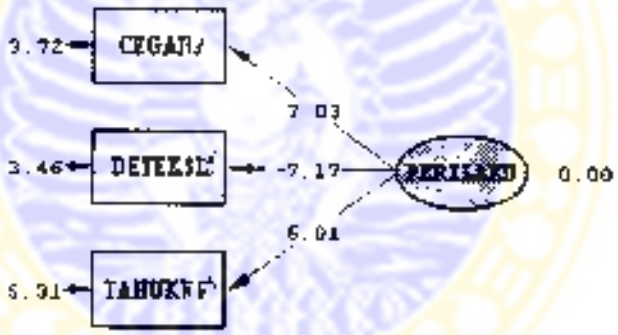
Chi-Square=17.38, df=5, P-value=0.00383, RMSEA=0.165



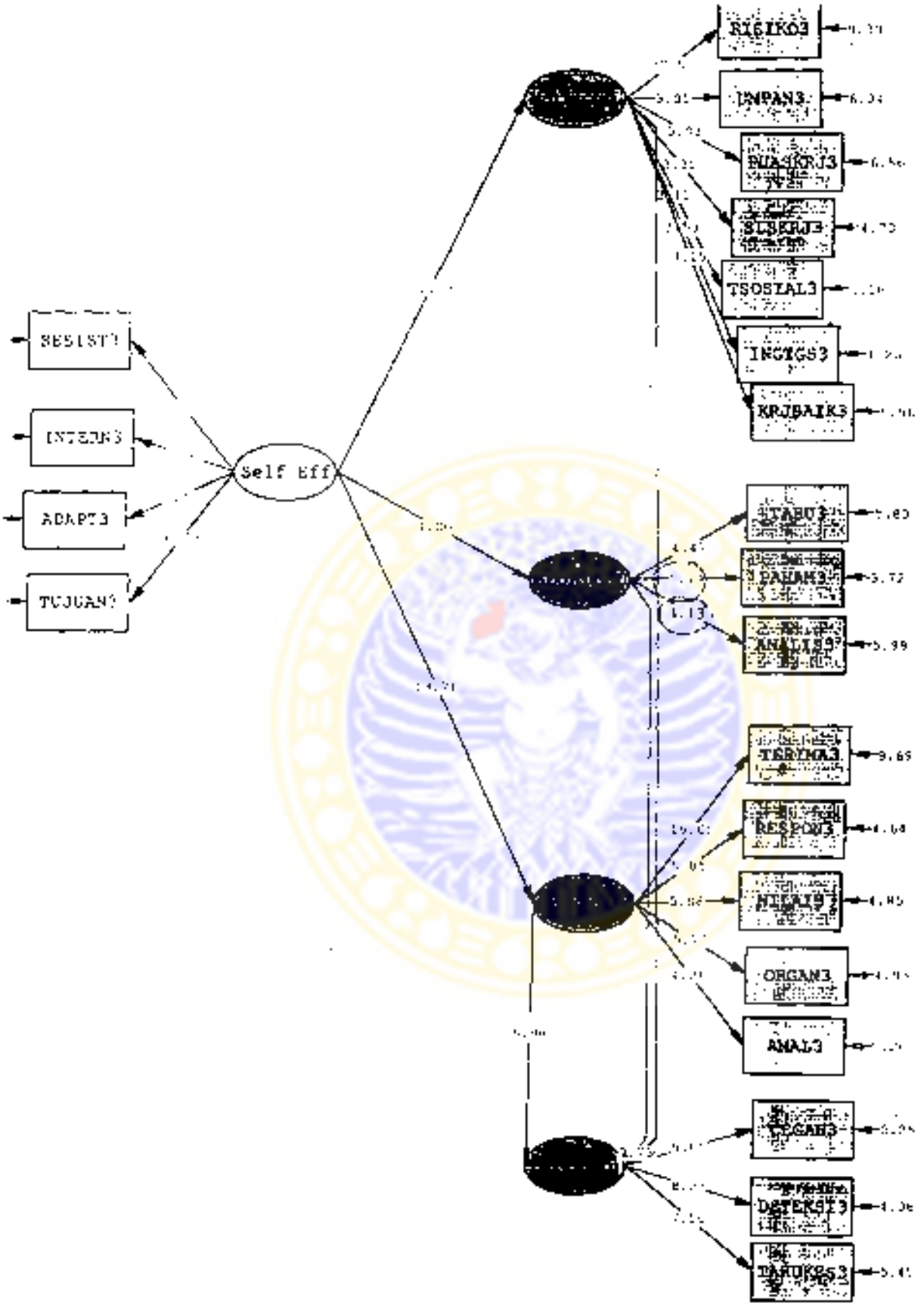
Chi-Square=17.38, df=5, P-value=0.00383, RMSEA=0.165

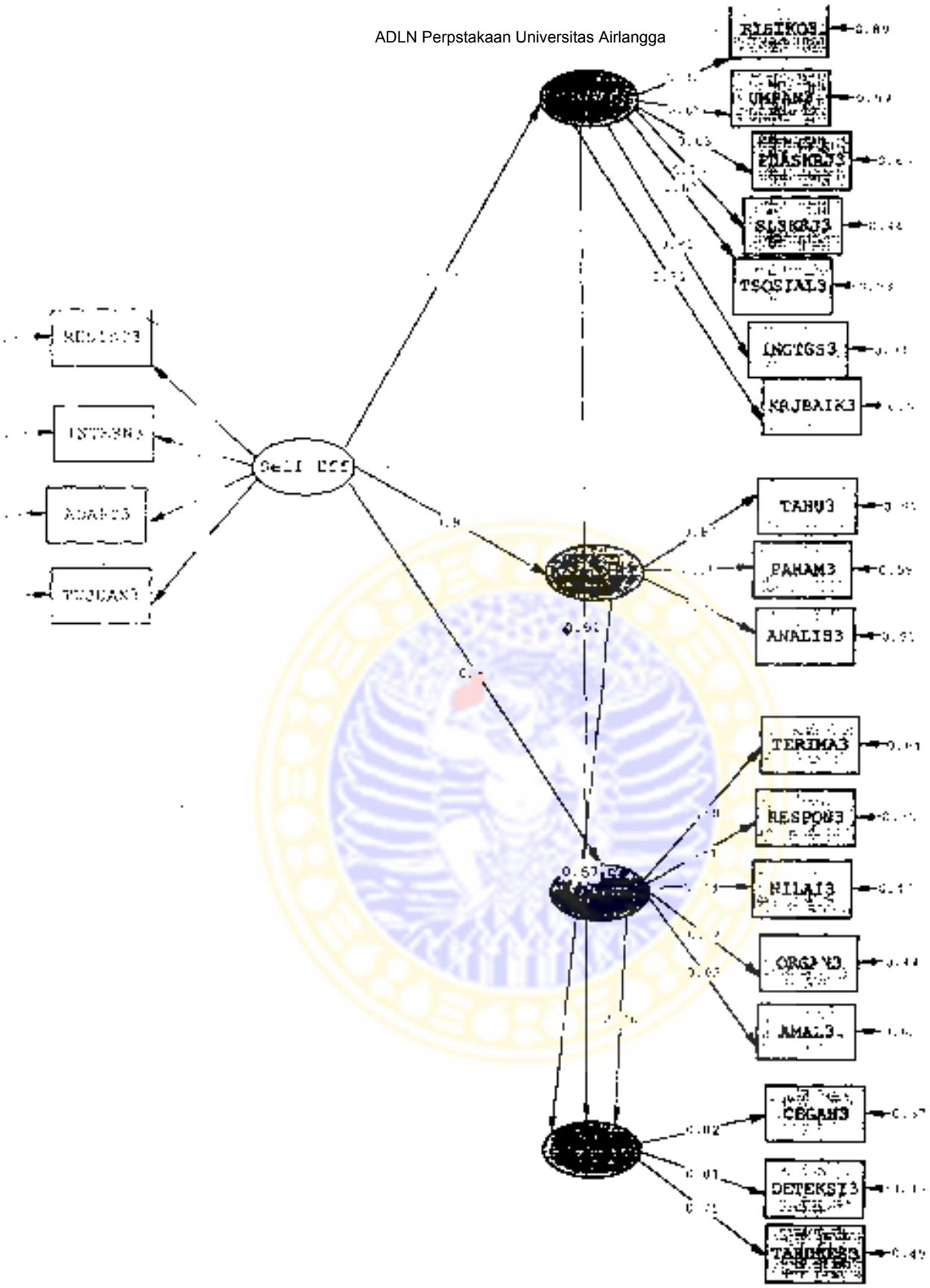


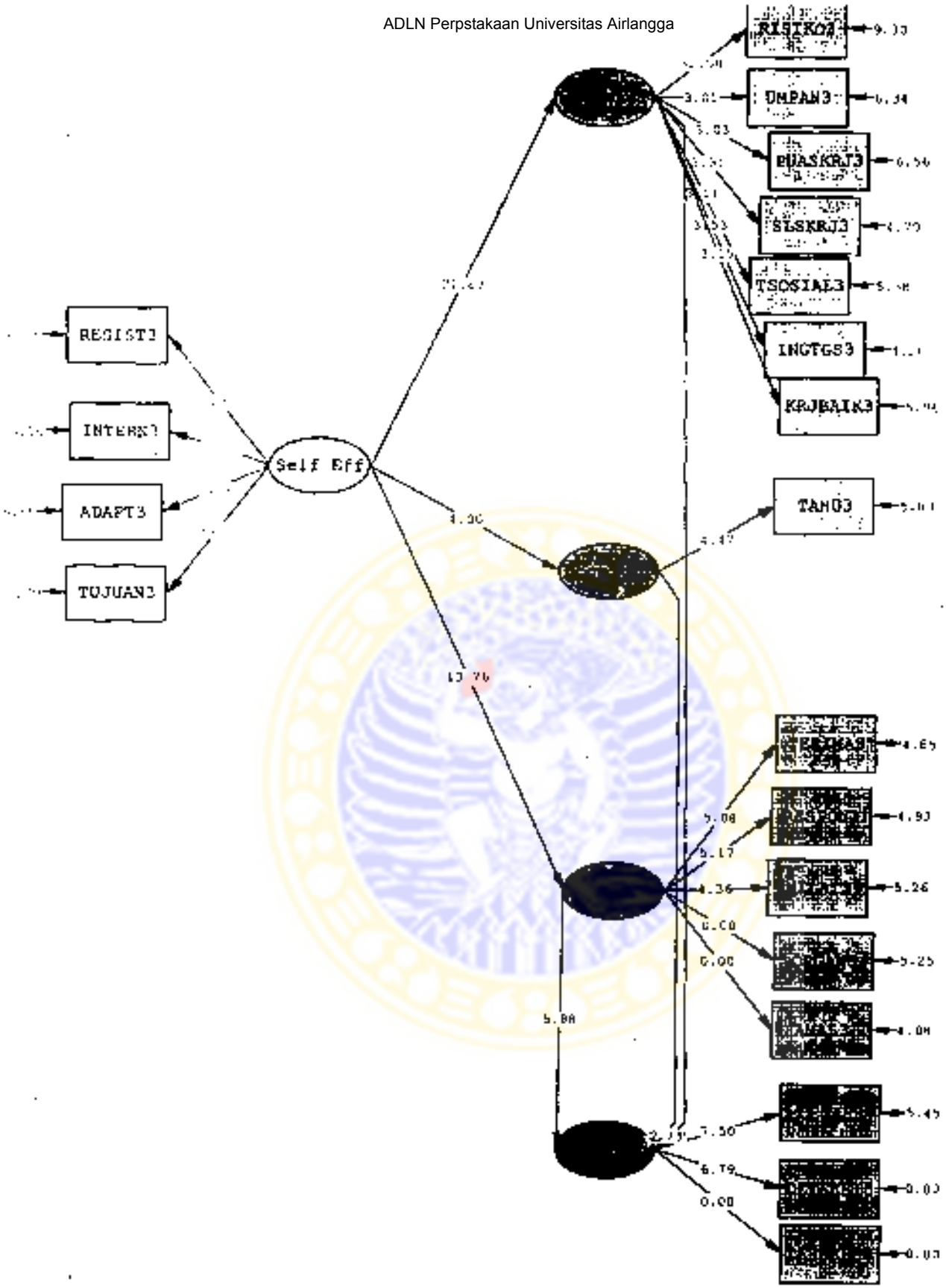
Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

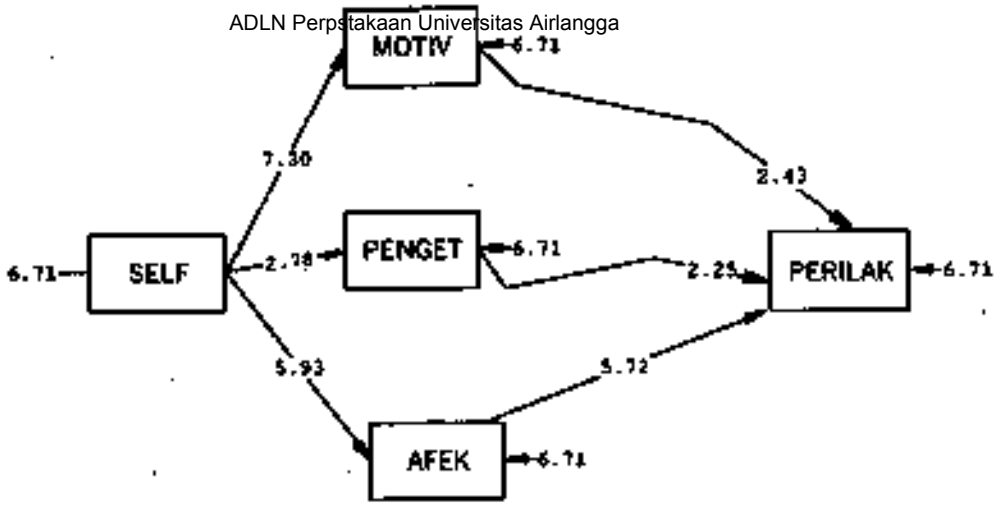


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

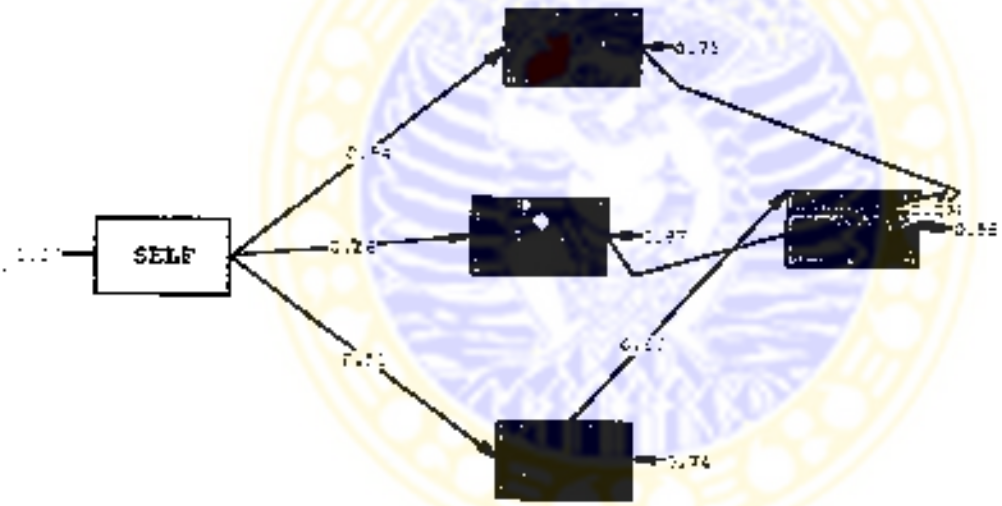

Self Eff
SESIST3
INTERN3
ADAPT3
TUJUAN3
RISIKO3
UMPAN3
PUASKRJ3
SLSKRJ3
TSOSIAL3
INGTGS3
KRJBAIK3
TABU3
PAHAM3
ANALIS3
TERIMA3
RESPON3
NILAI3
ORGAN3
ANAL3
CEGAH3
DETEKSI3
TARUKES3


RISIKO3
UMUR3
PJASKRJ3
SLSKRJ3
TSOSIAL3
LNGTGS3
KAJBAIK3
TAHU3
PAHAM3
ANALIS3
TERIMA3
RESPON3
NILAI3
ORGNZ3
AMAL3
CBGAH3
DETEKSI3


RISIKO3
DMPAN3
PUASKRJ3
SLSKRJ3
TSOSIAL3
INGTGS3
KRJBAIK3
REGIST3
INTERS3
ADAPT3
TUJUAN3
Self Eff
TAN03



Chi-Square=40.39, df=4, P-value=0.00000, RMSEA=0.318



Chi-Square=45.34, df=4, P-value=0.00000, RMSEA=0.339

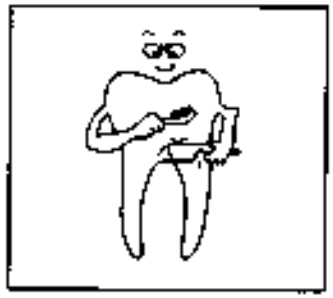
ADLN Perpstakaan Universitas Airlangga

ISBN 979-8497-42-2

E-mail : libr@surabaya.wasantara.net.id
Fax. : (031) 3528749

KARTU KESEHATAN GIGI

Nama : H. Ikwan
Umur : 10
Jenis Kel. : Laki - Laki
Alamat : Kalingo
Puskesmas :



Gigi Bersih dan Sehat Menambah Percaya Diri

Pusintbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan
Badan Litbang kesehatan
Departemen Kesehatan RI
Jl. Indrapura 17 Surabaya
Telp. (031) 3528748

Oleh :
NINIEK L. PRATIWI
PAIMAN SUPARMANTO
HERTI MARYANI
TURNIANI LAKSMIARTI
SUHARDONO

MAKANAN UNTUK KEEHATAN GIGI DAN MULUT

Kaisium + Fluor

Vitamin C Vitamin B + Berserat

Makanan Yang Memudahkan terjadinya Karies Gigi

Makanan manis dan lengket

Coklat

Dodol

Permen

PENYAKIT GIGI DAN MULUT

Berilah tanda V kalau ya dan o kalau tidak

A. LUBANG GIGI / KARIES

Tanda : berrak hasam, tinu, dan kemeng

B. GIGI WAKTUNYA DICABUT

- Gigi kesundulan
- Goyang 3 derajat
- Sisa akar

C. KARANG GIGI

0 3 2 1

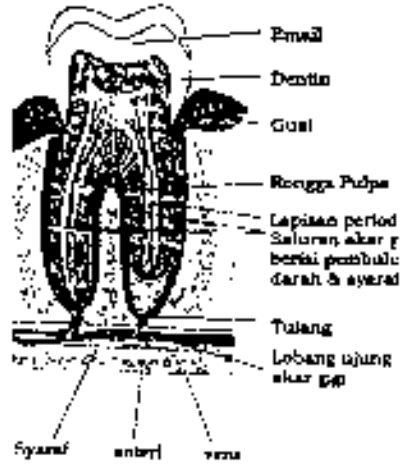
D. RADANG GUSI

- Gusi berdarah
- Gusi bengkak

A-D dusi kader saat pemeriksaan pertama

Berikanlah perhatian dan penjelasan khusus jika ada satu atau lebih tanda V

STRUKTUR JARINGAN GIG



ANJURAN KHUSUS

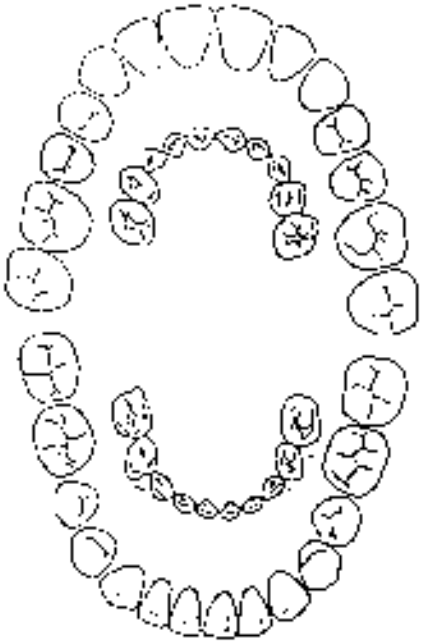
1. Periksalah gigi anda ke dokter gigi sedini mungkin.
2. Pakailah pasta gigi yang mengandung fluor.
3. Kunjungi dokter gigi anda minimal 6 bulan sekali.
4. Lakukan perawatan pada gigi anda yang sakit.
5. Makanlah buah yang banyak mengandung serat.
6. Pakailah bulu sikat gigi yang tidak terlalu keras dan tidak terlalu lembek.

Sikatlah gigi setelah makan dan sebelum tidur

Pengaruh Self Efficacy Melalui Kemampuan Kognitif, Motivasi Dan Afektif Kader Kesehatan . . .

UD Robibah Kalirejo

Status Kesehatan Gigi dan Mulut
(Diisi Petugas Kesehatan)



Urutan Gigi Tanggal

Geraham pertama	:	6 - 7 tahun
Gigi seri pertama	:	5 - 8 tahun
Gigi seri kedua	:	6 - 9 tahun
Geraham kecil pertama	:	8 - 12 tahun
Taring	:	9 - 12 tahun
Geraham kecil kedua	:	9 - 13 tahun
Geraham kedua	:	11 - 14 tahun
Geraham	:	16 - 25 tahun

Kode :

1. Gigi karies. Gambarlah rangka batas karies sesuai besarnya karies
2. Gigi dengan tumpatan yang masih baik. Gambarlah dengan warna biru sesuai besarnya tumpatan
3. Gigi dengan tumpatan dan karies. Gambarlah dengan warna biru sesuai besarnya tumpatan dan gambarlah rangka batas karies sesuai letaknya
4. Gigi yang sudah diekstraksi. Berilah tanda silang (X) pada gigi yang sudah diekstraksi
5. Karang gigi. Arsirlah pada bagian yang ada karang gigirnya
6. Gigi dengan indikasi ekstraksi. Pada gigi tersebut berilah kode E.
7. Gigi belum tumbuh. Pada gigi tersebut tuliskan kode BT.
8. Kreadan lainnya. Pada bagian tersebut tuliskan kode L.

PELAYANAN KESEHATAN GIGI

Tanggal	Diagnosa	Perawatan	Keterangan

TIADA HARI TANPA SIKAT GIGI