

SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN GOSOK GIGI DENGAN
METODE PERMAINAN SIMULASI ULAR TANGGA TERHADAP
PERUBAHAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN APLIKASI TINDAKAN
GOSOK GIGI ANAK USIA SEKOLAH DI SD WILAYAH PARON NGAWI**

PENELITIAN QUASY EXPERIMENTAL

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

ERNITA KURNIA SARI

NIM : 010810192 B

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

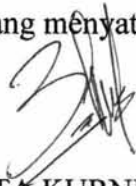
2012

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 9 Juli 2012

Yang menyatakan



ERNITA KURNIA SARI

NIM: 010810192B

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN GOSOK GIGI DENGAN
METODE PERMAINAN SIMULASI ULAR TANGGA TERHADAP
PERUBAHAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN APLIKASI TINDAKAN
GOSOK GIGI ANAK USIA SEKOLAH
DI SD WILAYAH PARON, NGAWI**

Oleh :

Nama : Ernita Kurnia Sari
NIM. 010810192B

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 9 Juli 2012

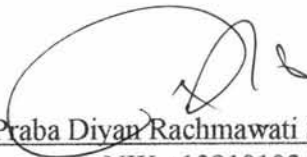
Oleh :

Pembimbing Ketua



Elida Ulfiana, S.Kep, Ns, M.Kep
NIP : 197910132010122001

Pembimbing



Praba Diyan Rachmawati S.Kep, Ns
NIK : 139101034

Mengetahui,
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
Penjabat Wakil Dekan I



Mira Triharini S.Kp, M.Kep
NIP : 197904242006042002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

SKRIPSI

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN GOSOK GIGI DENGAN
METODE PERMAINAN SIMULASI ULAR TANGGA TERHADAP
PERUBAHAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN APLIKASI TINDAKAN
GOSOK GIGI ANAK USIA SEKOLAH
DI SD WILAYAH PARON, NGAWI

Oleh :

Nama : Ernita Kurnia Sari
NIM. 010810192B

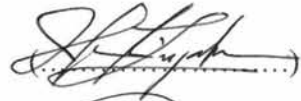
Telah diuji
Pada tanggal, 11 Juli 2012

PANITIA PENGUJI

Ketua : Elida Ulfiana, S.Kep, Ns, M.Kep
NIP. 197910132010122001

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

Anggota : 1. Setho Hadisuyatmana, S.Kep, Ns
NIK. 139090949

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

2. Praba Diyan Rachmawati, S.Kep, Ns
NIK. 1391101034

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

Mengetahui,
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
Penjabat Wakil Dekan I



Mira Triharini S.Kp, M.Kep
NIP : 197904242006042002

MOTTO

Yang terbaik adalah : "Aku telah mencobanya".

Yang terburuk adalah : "Aku akan mencobanya".

Yang terindah adalah: "ALLAH selalu bersama kita".

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN GOSOK GIGI DENGAN METODE PERMAINAN SIMULASI ULAR TANGGA TERHADAP PERUBAHAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN APLIKASI TINDAKAN GOSOK GIGI ANAK USIA SEKOLAH DI SD WILAYAH PARON NGAWI”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Bersamaan dengan ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang telah diberikan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Mira Triharini, S.Kp, M.Kep selaku Wakil Dekan 1 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kemudahan fasilitas, sarana, prasarana, dan perijinan demi penyelesaian skripsi saya.
3. Elida Ulfiana, S.Kep, Ns, M.Kep selaku pembimbing ketua. Terima kasih atas bimbingan, masukan, saran, informasi, motivasi, dan waktu yang telah diluangkan untuk saya, untuk semua perhatian dalam kemajuan penyelesaian skripsi saya.

4. Praba Diyan Rachmawati, S.Kep, Ns selaku pembimbing kedua. Terima kasih telah bersedia meluangkan waktu dan memberikan pemikiran, perhatian, dukungan serta saran selama proses penyusunan skripsi berlangsung.
5. Setho Hadisuyatmana, S.Kep, Ns selaku penguji dalam proposal dan skripsi saya, terima kasih atas segala masukan, informasi dan waktu yang telah diluangkan untuk saya demi kemajuan penyelesaian skripsi saya.
6. Nuzul Qur'aniati, S.Kep, Ns, M.Ng selaku penguji dalam proposal saya, terima kasih atas segala masukan dan informasi yang telah diberikan demi penyelesaian proposal saya.
7. Drg. Kusmawan W, Sp.Prosth, M.Si Kepala Dinas Kesehatan Kota Ngawi yang telah memberikan perijinan untuk melakukan pengambilan data awal.
8. Dr. Tjahyani Isdwiarsi selaku Kepala Puskesmas Paron yang telah memberikan perijinan untuk melakukan pengambilan data awal.
9. Shobir, S.Ag selaku Kepala Sekolah Dasar Negeri Dawu 2 Ngawi yang telah memberikan perijinan untuk melakukan penelitian.
10. Budi Wuryani, A.Ma.Pd selaku Kepala Sekolah Dasar Negeri Gelung 3 Ngawi yang telah memberikan perijinan untuk melakukan penelitian.
11. Guru-guru dan responden penelitian yaitu siswi kelas II SDN Dawu 2 dan SDN Gelung 3 yang telah berpartisipasi dan bekerjasama dengan baik selama penelitian.
12. Almh. Ibu dan Bapak tercinta, terima kasih atas semua cinta, do'a, kasih sayang, perhatian dan dukungan yang tidak terbatas baik secara spiritual dan finansial hingga skripsi ini dapat diselesaikan.

13. Mbok'e, Yulis, Yuyun, Dek Niken, Mbak Watik dan semua keluarga, terima kasih atas doa dan dukungan yang diberikan demi selesainya skripsi ini.
14. Seluruh teman-teman Fakultas Keperawatan A8, terutama sahabatku (Yuyun, Meylan, Mita, Ita, Nila, Sintia, Endah, Milda), ALANG (Anis, Amel, Iis, Novita), serta teman-teman seperjuangan anak bimbingan Bu Elida dan Bu Praba (Faia, dhini, mb fermi, intan, andi, mb sari) terima kasih atas dukungan dan bantuannya untuk penyelesaian skripsi ini.
15. Keluarga 18c (Nadia, Maya, Mb Dina), trio kuliner (Retna, Wahyu), dan ANEH (A.Rofi'i, Nita, Hirzia) terima kasih atas dukungan yang kalian berikan demi selesainya skripsi ini, khusus Mb Iis (Upin) terima kasih banyak untuk segala dukungan, doa dan masukan yang diberikan demi terselesaikannya skripsi ini.
16. Semua pihak yang telah memberikan bantuan selama proses pembuatan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga Allah SWT memberikan ridho bagi semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Saya menyadari bahwa skripsi ini kiranya jauh dari kesempurnaan, namun besar harapan saya skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak khususnya profesi keperawatan.

Surabaya, 9 Juli 2012

Penulis

ABSTRACT**THE EFFECT OF HEALTH EDUCATION USING MODIFIED SNAKE LADDERS SIMULATION GAME METHODS TOWARDS TOOTHBRUSHING'S KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND ACTION APPLICATION CHANGES FOR SCHOOL AGE CHILDREN**

Quasi-Experimental Study in Elementary School Areas of Paron, Ngawi

By : Ernita Kurnia Sari

Toothbrushing is an important activity to prevent teeth and mouth diseases, but children behaviour towards it is still low. One of methods to improve the children toothbrushing behaviour is by giving a health education. The aim of this experiment is to found out the effect of health education using modified snake ladders simulation game methods towards toothbrushing's knowledge, attitude, and action application changes for school age children.

The design used in this study was quasi-experimental design. The samples were gathered by using purposive sampling method consisted of 38 respondents based on the inclusion criteria which were divided into control and experimental groups. The independent variable was health education using modified snake ladders simulation game methods and the dependent variables were knowledge, attitude, and action application in toothbrushing. The data were analyzed by using Wilcoxon Signed Rank Test and Mann Whitney U Test with significance of $\alpha = 0.05$.

The results showed that there were enhancement for knowledge ($p=0.000$), attitude ($p=0.001$), and action application of toothbrushing ($p=0.000$) for post-intervention toward the experimental group. These data were strengthened by the result of Mann Whitney U Test statistical analysis that showed the significant differences for knowledge ($p=0.002$), attitude ($p=0.026$), and action application of toothbrushing ($p=0.001$).

It can be concluded that toothbrushing health education using modified snake ladders simulation game methods effected the toothbrushing's knowledge, attitude, and action application changes for school age children. The suggestion for the further experiment is to give regular health education using snake ladders simulation game methods with addition of observation for action of toothbrushing at home to obtain more accurate result.

Keywords: health education, education method, toothbrushing.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	iv
MOTTO.....	v
UCAPAN TERIMA KASIH.....	vi
ABTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	6
1.3 Rumusan Masalah	7
1.4 Tujuan	7
1.4.1 Tujuan Umum	7
1.4.2 Tujuan Khusus	7
1.5 Manfaat	8
1.5.1 Teoritis	8
1.5.2 Praktis.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah.....	9
2.1.1 Pengertian Tumbuh Kembang	9
2.1.2 Pengertian Anak Usia Sekolah.....	10
2.1.3 Pertumbuhan Anak Usia Sekolah.....	10
2.1.3.1 Pertumbuhan Fisik	10
2.1.3.2 Pertumbuhan Gigi Anak.....	10
2.1.4 Perkembangan Anak Usia Sekolah	11
2.1.4.1 Perkembangan Kognitif (Piaget)	11
2.1.4.2 Perkembangan Psikoseksual (Freud)	12
2.1.4.3 Perkembangan Psikososial (Erikson)	12
2.1.4.4 Perkembangan Psikomoral (Kohlberg).....	13
2.1.5 Tugas-Tugas Perkembangan Anak Usia Sekolah	13
2.2 Konsep Pendidikan Kesehatan	14
2.2.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan	14
2.2.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan.....	14
2.2.3 Proses Pendidikan Kesehatan.....	15
2.2.4 Sasaran Pendidikan Kesehatan.....	16
2.2.5 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan	17
2.2.6 Metode Pendidikan Kesehatan	18

2.2.6.1 Metode Individual (Perorangan)	18
2.2.6.2 Metode Kolompok	19
2.2.6.3 Metode Massa	22
2.2.7 Pengaruh Metode Permainan Stimulasi	22
2.3 Konsep Bermain.....	23
2.3.1 Pengertian Bermain.....	23
2.3.2 Fungsi Bermain	23
2.3.3 Hal-Hal yang Diperhatikan dalam Bermain.....	25
2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Aktivitas Bermain.....	27
2.3.5 Klasifikasi Bermain.....	28
2.3.6 Keuntungan Bermain	31
2.4 Alat Permainan Edukatif.....	32
2.4.1 Pengertian Alat Permainan Edukatif.....	32
2.4.2 Syarat-Syarat Alat Permainan Edukatif	33
2.4.3 Fungsi Alat Permainan Edukatif.....	33
2.4.4 Prinsip Alat Permainan Edukatif.....	34
2.4.5 Jenis dan Bentuk Alat Permainan Edukatif.....	35
2.5 Konsep Permainan Ular Tangga	36
2.5.1 Pengertian Permainan Ular Tangga	36
2.5.2 Langkah-Laangkah Permainan Ular Tangga	37
2.5.3 Manfaat Permainan Ular Tangga	38
2.6 Konsep Perilaku	38
2.6.1 Pengertian Perilaku	38
2.6.2 Bentuk Perilaku.....	39
2.6.3 Domain Perilaku.....	40
2.6.4 Pengukuran Perilaku	44
2.6.5 Proses Adopsi Perilaku	44
2.6.6 Bentuk-Bentuk Perilaku.....	51
2.6.7 Strategi Perubahan Perilaku	51
2.7 Konsep Gosok Gigi	52
2.7.1 Pengertian Gosok Gigi	52
2.7.2 Alat Gogok Gigi.....	53
2.7.3 Waktu Gosok Gigi.....	54
2.7.4 Metode Menggosok Gigi Efektif	55
2.7.5 Langkah-Langkah Gosok Gigi yang Baik dan Benar	56
2.7.6 Makanan dan Minuman yang harus Diperhatikan oleh Anak.....	57
2.7.7 Penyakit Gigi yang Sering Terjadi pada Anak.....	58
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konseptual.....	61
3.2 Hipotesis Penelitian	63
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	64
4.2 Populasi, sampel dan sampling	64
4.2.1 Populasi	64
4.2.2 Sampel.....	65
4.2.3 Sampling	65

4.3 Identifikasi Variabel.....	66
4.3.1 Variabel Bebas (<i>Independent</i>).....	66
4.3.2 Variabel Terikat (<i>Dependent</i>)	66
4.4 Definisi Operasional.....	67
4.5 Instrumen Penelitian.....	71
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian	73
4.7 Prosedur Pengambilan Data	73
4.8 Kerangka Kerja	78
4.9 Analisa Data	79
4.10 Etika Penelitian	81
4.10.1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden (<i>Informed Consent</i>)	81
4.10.2 Tanpa Nama (<i>Anonymity</i>).....	82
4.10.3 Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>)	82
4.11 Keterbatasan.....	82
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian	83
5.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian	83
5.1.2 Karakteristik Responden	84
5.1.3 Variabel yang Diukur	89
5.1.4 Analisis Data	92
5.2 Pembahasan	99
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan	118
6.2 Saran	119
DAFTAR PUSTAKA	120
LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	124

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Data karies di SD/MI binaan Puskesmas Paron Tahun 2011.....	3
Tabel 4.1	Rancangan penelitian “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi Dengan Metode Permainan Stimulasi Ular Tangga Terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Aplikasi Tindakan Gosok Gigi Anak Usia Sekolahdi SD Wilayah Paron Ngawi”	64
Tabel 4.2	Definisi operasional “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi dengan Metode Permainan Stimulasi Ular Tangga terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap, dan Aplikasi Tindakan Gosok Gigi Anak Usia Sekolah.”	67
Tabel 5.1	Nilai pengetahuan responden kelompok kontrol dan kelompok perlakuan	92
Tabel 5.2	Pengetahuan responden kelompok kontrol dan kelompok perlakuan	93
Tabel 5.3	Nilai sikap responden kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.....	94
Tabel 5.4	Sikap responden kelompok kontrol dan kelompok perlakuan	96
Tabel 5.5	Nilai aplikasi tindakan gosok gigi responden kelompok kontrol dan kelompok perlakuan	97
Tabel 5.6	Aplikasi tindakan gosok gigi responden kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.....	98

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Identifikasi masalah “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi dengan Metode Permainan Ular Tangga terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap, dan Aplikasi Tindakan Gosok Gigi Anak Usia Sekolah Di SD Wilayah Paron Ngawi”	6
Gambar 2.1 Manusia sebagai sistem adaptasi.....	45
Gambar 2.2 Cara menggosok gigi yang benar	56
Gambar 2.3 Karies gigi	59
Gambar 2.4 Karang gigi.....	59
Gambar 2.5 <i>Gingivitis</i>	60
Gambar 3.1 Kerangka konsep “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi dengan Metode Permainan Ular Tangga terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap, dan Aplikasi Tindakan Gosok Gigi Anak Usia Sekolah Di SD Wilayah Paron Ngawi”	61
Gambar 4.1 Kerangka kerja penelitian “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi dengan Metode Permainan Ular Tangga terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap, dan Aplikasi Tindakan Gosok Gigi Anak Usia Sekolah Di SD Wilayah Paron Ngawi”	78
Gambar 5.1 Diagram batang distribusi responden berdasarkan umur di SDN Gelung 3 Ngawi dan SDN Dawu 2 Ngawi, bulan Juni 2012	85
Gambar 5.2 Diagram batang distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di SDN Gelung 3 Ngawi dan SDN Dawu 2 Ngawi, bulan Juni 2012	86
Gambar 5.3 Diagram batang distribusi responden berdasarkan tindakan gosok gigi di SDN Gelung 3 Ngawi dan SDN Dawu 2 Ngawi, bulan Juni 2012	86
Gambar 5.4 Diagram batang distribusi responden berdasarkan frekuensi konsumsi makanan manis dalam sehari di SDN Gelung 3 Ngawi dan SDN Dawu 2 Ngawi, bulan Juni 2012.....	87
Gambar 5.5 Diagram batang distribusi responden berdasarkan frekuensi gosok gigi dalam sehari di SDN Gelung 3 Ngawi dan SDN Dawu 2 Ngawi, bulan Juni 2012	88
Gambar 5.6 Diagram batang distribusi pengetahuan responden kelompok kontrol di SDN Gelung 3 Ngawi dan kelompok perlakuan di SDN Dawu 2 Ngawi, bulan Juni 2012	89
Gambar 5.7 Diagram batang distribusi sikap responden kelompok kontrol di SDN Gelung 3 Ngawi dan kelompok perlakuan di SDN Dawu 2 Ngawi, bulan Juni 2012	90
Gambar 5.8 Diagram batang distribusi aplikasi tindakan gosok gigi responden kelompok kontrol di SDN Gelung 3 Ngawi dan kelompok perlakuan di SDN Dawu 2 Ngawi, bulan Juni 2012.....	91

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satuan acara kegiatan permainan ular tangga.....	124
Lampiran 2 Sandart operasional pelaksanaan permainan ular tangga	127
Lampiran 3 Lembar permainan ular tangga	129
Lampiran 4 Desain lembar perintah dan jawaban.....	130
Lampiran 5 Desain penutup lembar perintah dan jawaban.....	131
Lampiran 6 Desain dadu dan pion	132
Lampiran 7 Lembar permohonan menjadi responden	133
Lampiran 8 Lembar persetujuan menjadi responden (<i>informed consent</i>)	135
Lampiran 9 Format pengumpulan data	136
Lampiran 10 Jadwal kegiatan penelitian.....	140
Lampiran 11 Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner pengetahuan dan sikap ..	141
Lampiran 12 Tabel data umum responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol	144
Lampiran 13 Tabulasi nilai <i>pre test</i> dan <i>post test</i> kelompok control dan kelompok perlakuan	146
Lampiran 14 Hasil uji statistic dengan <i>wilcoxon signed rank test</i> dan <i>mann whitney u test</i>	158
Lampiran 15 Dokumentasi.....	165
Lampiran 16 Surat-Surat.....	166

DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

WHO	: <i>World Health Organization</i>
APE	: Alat Permainan Edukatif
IQ	: <i>Intelligence Quotient</i>
EQ	: <i>Emotional Quotient</i>
SQ	: <i>Spiritual Quotient</i>
SAK	: Satuan Acara Kegiatan
SDN	: Sekolah Dasar Negeri
MI	: Madrasah Ibtida'iyah
UKS	: Unit Kesehatan Sekolah

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Usia sekolah merupakan usia penting dalam pertumbuhan dan perkembangan fisik anak. Periode ini juga disebut sebagai periode kritis karena pada masa ini anak mulai mengembangkan kebiasaan yang biasanya cenderung menetap sampai dewasa (Hariyanti, 2008). Salah satunya adalah kebiasaan menjaga kebersihan gigi dan mulut. Menurut Sondang (2008) perilaku anak Indonesia di dalam menjaga kesehatan rongga mulut masih rendah. Perawatan gigi dianggap tidak terlalu penting, padahal manfaatnya sangat vital dalam menunjang kesehatan dan penampilan (Pratiwi, 2007). Perilaku tersebut timbul karena kurangnya pengetahuan anak mengenai pentingnya pemeliharaan gigi dan mulut, sehingga mereka mengabaikan kebersihan gigi dan mulut. Hal ini, menjadi penyebab timbulnya masalah kesehatan gigi dan mulut yang sering terjadi pada anak usia sekolah (Fankari, 2004).

Pendidikan kesehatan tentang usaha kesehatan rongga mulut, khususnya pengetahuan gosok gigi yang benar sangat bermanfaat bagi anak usia sekolah. Dalam hal ini, peran perawat adalah sebagai pendidik dan fasilitator yang memberikan pendidikan kesehatan tersebut. Pendidikan kesehatan berperan mengubah perilaku kesehatan seseorang sebagai hasil pengalaman belajar (Herijulianti, 2002). Upaya pihak SDN Dawu 2 dan SDN Gelung 3 dalam memberikan penyuluhan tentang cara menggosok gigi yang baik dan benar adalah dengan metode ceramah yang dilakukan satu kali oleh petugas kesehatan

Puskesmas setempat. Sedangkan dari guru wali kelas di SDN Dawu 2 dan SDN Gelung 3, memberikan penyuluhan dengan metode ceramah tentang cara gosok gigi setiap tiga bulan sekali. Upaya yang dilakukan belum memberikan dampak yang cukup untuk menunjang peningkatan pengetahuan siswa di 2 SDN tersebut. Salah satu metode pendidikan kesehatan yang bisa diberikan pada siswa adalah melalui metode permainan simulasi.

Jenis permainan simulasi yang dapat digunakan salah satunya adalah permainan ular tangga. Permainan ular tangga dipilih karena merupakan permainan aktif yang sudah dikenal oleh sebagian anak. Permainan ini dapat meningkatkan kemampuan berhitung, bermain peran untuk menunjukkan kontak sosial, belajar membaca, berkomunikasi dengan teman sepermainannya dan etika tentang kebaikan dan keburukan (Yuyun, 2009). Penelitian terkait permainan ular tangga telah dikembangkan pada anak usia sekolah, salah satunya mengenai demam berdarah dengue, dan didapatkan hasil terjadi peningkatan pengetahuan anak tentang demam berdarah dengue (Thoriya, 2010). Permainan ular tangga tentang gosok gigi belum pernah dilakukan penelitian sehingga pengaruhnya terhadap perilaku gosok gigi pada anak usia sekolah belum dapat dijelaskan.

Hasil survei 10 provinsi di Indonesia tahun 2004 dengan sasaran seluruh anak sekolah dasar, dengan prevalensi penyakit yang disebabkan karena rendahnya perilaku hidup bersih dan sehat sangat bervariasi antara 4,8%-83,0%, dimana prevalensi tertinggi adalah Provinsi Nusa Tenggara Barat sebesar 83,0% dan terkecil di Provinsi Jawa Timur sebesar 4,8% (RISKESDAS, 2007). Hasil Riset Kesehatan Daerah (RISKESDAS) tahun 2007 oleh Departemen Kesehatan RI menunjukkan prevalensi anak yang mengalami masalah kesehatan gigi dan

mulut berdasarkan karakteristik umur adalah 5-9 tahun sebesar 21,6%, umur 10-14 tahun sebesar 20,5% dan terjadi di pedesaan sebesar 24,4 %.

Berdasarkan pengambilan data awal di Puskesmas Paron pada tanggal 11 April 2012, laporan kunjungan pasien gigi di Puskesmas Paron pada bulan Januari-Maret 2012, diketahui anak usia sekolah yang melakukan perawatan dan pengobatan gigi sebanyak 24% dari 287 pengunjung Puskesmas. Rincian anak usia sekolah yang melakukan perawatan dan pengobatan gigi adalah sebagai berikut: 26 anak usia 6-7 tahun, 27 anak usia 7-8 tahun, 21 anak usia 8-9 tahun, 13 anak usia 9-10 tahun, 7 anak usia 10-11 tahun, dan 6 anak usia 11-12 tahun. Berdasarkan pengambilan data awal di Puskesmas Paron pada tanggal 21 Mei 2012, pada tahun 2011 Puskesmas Paron mempunyai 32 SD/MI binaan dengan jumlah keseluruhan siswa adalah 4256 siswa. Selain itu, berdasarkan hasil pemeriksaan gigi dan mulut pada siswa kelas 1 pada tahun 2011 diseluruh SD/MI binaan Puskesmas Paron, SDN Dawu 2 dan SDN Gelung 3 merupakan SDN yang mempunyai siswa dengan jumlah karies yang tertinggi.

Tabel 1.1 Data Karies di SD/MI binaan Puskesmas Paron Tahun 2011

No	Nama Sekolah	Jumlah Siswa Kelas 1	Jumlah siswa yang mempunyai karies
1	SDN Dawu 2	21	18
2	SDN Gelung 3	20	18
3	MI PSM Ngale	19	18
4	SDN Muhammadiyah	20	17
5	SDN Gelung 1	19	17
6	SDIT Al Karim	18	17
7	MIN Bendo	20	17
8	SDN Gelung 5	20	16
9	SDN Ngale 2	19	16
10	SDN Jambangan 1	21	15

Hasil pengambilan data awal di SDN Dawu 2 pada tanggal 13 April 2012, siswa kelas 2 yang berjumlah 20 orang, 80% siswa menyatakan belum tahu cara

menggosok gigi yang benar, 95% siswa mempunyai gigi berlubang, dan 55% siswa menggosok gigi 2 kali dalam sehari yaitu pada waktu mandi pagi dan sore. Hasil pengambilan data awal di SDN Gelung 3 pada tanggal 8 Mei 2011, siswa kelas 2 yang berjumlah 20 siswa, 80% menyatakan belum tahu cara menggosok gigi yang benar, 80% siswa mempunyai gigi berlubang, dan 60% siswa menggosok gigi 2 kali dalam sehari yaitu pada waktu mandi pagi dan sore.

Masa kanak-kanak pertengahan 6-12 tahun sering disebut sebagai masa-masa yang rawan, karena pada masa itulah gigi susu mulai tanggal satu persatu dan gigi permanen pertama mulai tumbuh (usia 6-8 tahun). Dengan adanya variasi gigi susu dan gigi permanen bersama-sama di dalam mulut, menandai masa gigi campuran pada anak. Gigi yang baru tumbuh tersebut belum matang sehingga rentan terhadap kerusakan (Darwita, 2011). Oleh karena itu, gigi permanen yang tumbuh hanya satu kali dalam seumur hidup harus dijaga, dirawat dan dipelihara dengan baik supaya terhindar dari masalah gigi.

Menjaga kebersihan gigi harus dilakukan setiap hari sehingga gigi dan mulut bersih dari sisa-sisa makanan yang bisa menyebabkan kerusakan gigi. Kerusakan gigi pada anak bisa menyebabkan gangguan masalah pertumbuhan dan perkembangan pada anak akibat kekurangan gizi. Rasa sakit pada gigi dan mulut akan menurunkan selera makan anak dan pemecahan makanan di dalam mulut tidak sempurna sehingga penyerapan nutrisi yang dibutuhkan oleh tubuh akan terganggu (Cahyati, 2008).

Upaya pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut sebaiknya dilakukan sejak usia dini. Peran sekolah sangat diperlukan dalam proses menciptakan kebiasaan menyikat gigi pada anak. Usia sekolah dasar merupakan saat ideal untuk melatih

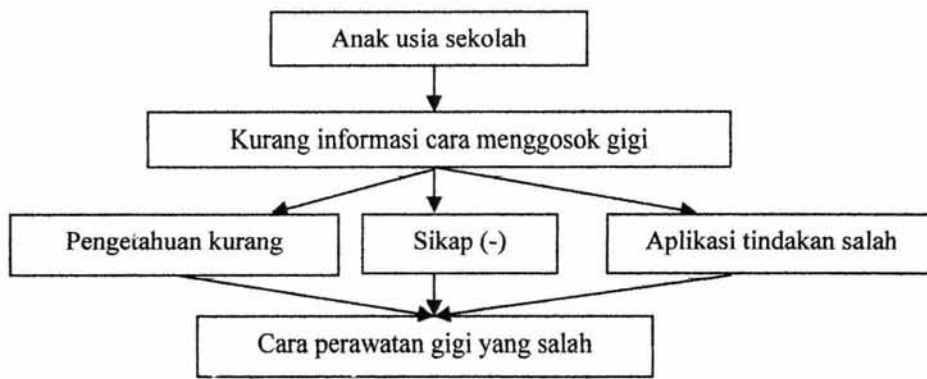
kemampuan motorik seorang anak, termasuk menyikat gigi (Riyanti & Saptarini, 2012). Perkembangan motorik halus dan kasar semakin menuju ke arah kemajuan. Oleh karena itu anak lebih dapat diajarkan cara memelihara kesehatan gigi dan mulut secara lebih rinci, sehingga akan menimbulkan rasa tanggung jawab akan kebersihan dirinya sendiri (Riyanti, 2005).

Respons atau perilaku adaptasi seseorang terhadap perubahan atau kemunduran, menurut teori adaptasi Roy, bergantung pada stimulus yang masuk dan tingkat atau kemampuan adaptasi orang tersebut. Tingkat atau kemampuan adaptasi seseorang ditentukan oleh 3 hal, yaitu masukan (*input*), kontrol, efektor, dan keluaran (*output*) (Blue, 1986). Menurut Thomson (2003), perilaku tidak bisa dipelajari dalam semalam, tetapi secara bertahap selama bertahun-tahun seiring dengan pertumbuhan anak. Anak pada masa usia sekolah sangat aktif mempelajari apa saja yang ada di lingkungannya, sehingga dorongan untuk mengetahui dan berbuat terhadap lingkungannya sangat besar. Oleh karena itu anak mudah di bimbing, diarahkan, dan ditanamkan kebiasaan yang baik.

Berdasarkan teori perkembangan kognitif dari piaget, kemampuan intelektual anak usia 6-12 sudah cukup untuk menjadi dasar diberikannya berbagai kecakapan yang dapat mengembangkan pola pikir atau daya nalarnya (Yusuf, 2011). Sehingga diharapkan pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya membuat mereka berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya (Notoatmodjo, 2007). Salah satu stimulus yang dapat digunakan dalam pemberian pendidikan kesehatan anak adalah metode permainan simulasi. Metode permainan dipilih karena proses belajar akan lebih aktif dan lebih menyenangkan jika digabungkan dengan permainan (Rusli dan

Gondhoyowono, 2012). Berdasarkan informasi yang diperoleh dari kepala sekolah SDN Dawu 2 dan SDN Ge'ung 3 pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi belum pernah diberikan oleh guru ataupun petugas kesehatan setempat sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian di 2 SDN tersebut.

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi Masalah Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi dengan Metode Permainan Simulasi Ular Tangga terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap, dan Aplikasi Tindakan Gosok Gigi Anak Usia Sekolah di SD Wilayah Paron.

Banyak faktor yang mungkin menyebabkan timbulnya masalah kesehatan gigi dan mulut, antara lain: keluarga, lingkungan, persepsi mengenai perilaku gosok gigi, status sosio-ekonomi, pendidikan tentang gosok gigi, dan lain-lain. Idealnya, ketika meneliti tentang perilaku gosok gigi semua faktor tersebut diteliti, namun karena sejumlah keterbatasan yang dimiliki oleh peneliti seperti waktu, tenaga, biaya dan kemampuan. Oleh karena itu peneliti hanya meneliti faktor pendidikan tentang gosok gigi. Pendidikan disini berhubungan dengan informasi yang diperoleh anak. Kurangnya informasi tentang cara perilaku gosok gigi pada anak merupakan salah satu faktor yang sering dijumpai di lapangan. Hal ini berakibat pada pengetahuan, sikap dan tindakan anak. Apabila informasi yang

dimiliki anak tentang perilaku gosok gigi adalah informasi yang kurang tepat maka cara perawatan gigi yang dilakukan anak juga kurang tepat. Akibatnya resiko untuk terserang masalah gigi dan mulut semakin meningkat.

1.3 Rumusan Masalah

1. Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi ular tangga terhadap pengetahuan, sikap, dan aplikasi tindakan gosok gigi anak usia sekolah di SD wilayah Paron Ngawi?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi ular tangga terhadap perubahan pengetahuan, sikap, dan aplikasi tindakan gosok gigi anak usia sekolah di SD wilayah Paron Ngawi.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan anak usia sekolah mengenai gosok gigi sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi ular tangga.
2. Mengidentifikasi perubahan sikap anak usia sekolah mengenai gosok gigi sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi ular tangga.
3. Mengidentifikasi aplikasi tindakan gosok gigi yang dilakukan oleh anak usia sekolah sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi ular tangga.

1.5 Manfaat

1.5.1 Secara Teoritik

Memperkuat konsep ilmu keperawatan komunitas kelompok khusus tentang perilaku gosok gigi pada anak usia sekolah.

1.5.2 Secara Praktik

1. Diharapkan penelitian ini menjadi masukan bagi sekolah dalam hal pemilihan metode pendidikan kesehatan tentang gosok gigi.
2. Diharapkan penelitian ini menjadi salah satu bahan masukan bagi Puskesmas setempat dan petugas kesehatan (perawat) dalam hal pemilihan metode pendidikan kesehatan tentang gosok gigi pada anak usia sekolah khususnya kelas 2 (usia 7-8 tahun).
3. Diharapkan penelitian ini dapat menjadi referensi maupun acuan untuk penelitian selanjutnya mengenai perilaku gosok gigi anak usia sekolah.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada tinjauan pustaka akan dibahas mengenai konsep yang mendasari penelitian ini, yaitu konsep tumbuh kembang anak usia sekolah, konsep pendidikan kesehatan, konsep bermain, konsep alat permainan edukatif, konsep permainan ular tangga, konsep perilaku, dan konsep gosok gigi.

2.1 Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah

2.1.1 Pengertian Tumbuh Kembang

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran fisik (anatomi) dan struktur tubuh dalam arti sebagian atau seluruhnya karena adanya multiplikasi (bertambah banyak) sel-sel tubuh juga karena bertambah besarnya sel. Jadi pertumbuhan lebih ditekankan pada pertumbuhan ukuran fisik seseorang, yaitu menjadi lebih besar atau lebih matang bentuknya, seperti penambahan ukuran berat badan, tinggi badan dan lingkaran kepala. Pertumbuhan pada masa kanak-kanak mengalami perbedaan yang bervariasi sesuai dengan bertambahnya usia anak (Nursalam, 2005).

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dan struktur atau fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur, dapat diperkirakan dan diramalkan sebagai hasil dari proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ-organ, dan sistemnya yang terorganisasi. Dengan demikian, aspek perkembangan ini bersifat kualitatif, yaitu penambahan kematangan fungsi dari masing-masing bagian tubuh (Nursalam, 2005).

2.1.2 Pengertian Anak Usia Sekolah

Wong (2009) mengungkapkan, masa kanak-kanak pertengahan 6-12 tahun sering disebut sebagai usia sekolah, periode perkembangan merupakan salah satu tahap perkembangan ketika anak diarahkan menjauh dari kelompok keluarga dan berpusat di dunia hubungan teman sebaya yang lebih luas. Pada tahap ini terjadi perkembangan fisik, mental dan sosial yang kontinu, disertai penekanan pada kompetensi keterampilan. Pada tahap ini, kerja sama sosial dan perkembangan moral ini lebih penting dan relevan dengan tahap-tahap kehidupan berikutnya (Wong, 2009).

2.1.3 Pertumbuhan Anak Usia Sekolah

2.1.3.1 Pertumbuhan Fisik

Laju pertumbuhan selama setahun sekolah awal lebih lambat dari pada setelah lahir tetapi meningkat secara terus menerus (Potter & Perry, 2005). Menurut Edelman & Mandle (1994) yang dikutip oleh Potter & Perry (2005), pada anak tertentu mungkin tidak mengikuti pola secara tepat. Anak usia sekolah tampak lebih langsing dari pada anak prasekolah, sebagai akibat perubahan distribusi dan ketebalan lemak. Rata-rata tinggi badan meningkat 5 cm pertahun. Banyak anak yang berat badannya meningkat selama tahun pertengahan masa kanak-kanak (Potter & Perry, 2005).

2.1.3.2 Pertumbuhan Gigi Anak

Pertumbuhan gigi mengalami beberapa fase yaitu fase gigi sulung, susu gigi peralihan dan gigi tetap (Siswanto, 2010). Pada usia 6-12 tahun, biasanya gigi susu mulai tanggal dan gigi permanen mulai tumbuh (Pratiwi, 2007). Pertumbuhan gigi permanen dimulai dengan geraham pertama bawah. Gigi ini

sering dianggap sebagai geligi sulung, sehingga sering terjadi lubang gigi. Gigi geraham pertama bawah akan mulai tumbuh pada usia 5 tahun, setelah itu geraham pertama atas, dan gigi seri bawah (Riyanti, 2005). Beberapa fungsi gigi bagi pertumbuhan dan perkembangan anak, yaitu mengunyah makanan, membantu pertumbuhan rahang yang menghasilkan bentuk muka yang harmonis dan membantu mengucapkan kata-kata dengan jelas (Hassan & Alatas, 2007).

2.1.4 Perkembangan Anak Usia Sekolah

2.1.4.1 Perkembangan Kognitif (Piaget)

Pada usia sekolah (6-12 tahun) anak sudah dapat mereaksi rangsangan intelektual, atau melaksanakan tugas-tugas belajar yang menuntut kemampuan intelektual atau kemampuan kognitif (seperti: membaca, menulis, dan menghitung). Pada usia sekolah daya pikir anak sudah berkembang ke arah berpikir konkret dan rasional (dapat diterima akal). Piaget menamakan sebagai masa operasi konkret, masa berakhirnya dunia khayal dan berpikir konkret (berkaitan dengan dunia nyata). Periode ini ditandai dengan 3 kemampuan atau kecakapan baru, seperti: mengelompokkan, menyusun, dan menegosiasikan bilangan atau angka. Kemampuan yang berkaitan dengan perhitungan, seperti menambah, mengurangi, mengalikan, dan membagi (Yusuf, 2011). Anak menyadari bahwa faktor-faktor fisik seperti volum, berat badan dan jumlah tetap, sekalipun tampilan luarnya berubah. Anak mampu mengurutkan benda berdasarkan urutan-urutannya. Selain itu, anak usia sekolah mampu mengingat lebih banyak dibandingkan dengan anak prasekolah dan mampu menghubungkan dengan informasi-informasi yang sebelumnya (Gustian, 2004). Kemampuan kognitif pada masa ini sudah cukup untuk menjadikan dasar diberikannya

berbagai kecakapan yang dapat mengembangkan pola pikir atau daya nalarnya. Untuk mengembangkan daya nalarnya dapat dilakukan dengan melatih anak untuk mengungkapkan pendapat atau gagasan atau penilaiannya terhadap berbagai hal, baik yang dialaminya maupun peristiwa yang terjadi di sekitarnya (Yusuf, 2011).

2.1.4.2 Perkembangan Psikoseksual (Freud)

Perkembangan psikoseksual menurut Freud dalam Wong (2009) anak yang berada pada periode laten (6-12 tahun). Selama periode laten anak-anak melakukan sifat dan ketrampilan yang telah diperoleh. Anak masuk masa pubertas dan berhadapan langsung pada tuntutan sosial seperti suka hubungan dengan kelompoknya atau sebaya, serta dorongan libido mulai mereda (Hidayat, 2005).

2.1.4.3 Perkembangan Psikososial (Erikson)

Perkembangan psikososial menurut Erikson dalam Wong (2009), anak yang berusia 6-12 tahun berada pada tahap industri vs inferioritas. Tahap industri merupakan tahap dimana anak siap bekerja dan memproduksi. Mereka mau terlibat dalam tugas dan aktivitas yang dapat mereka lakukan sampai selesai, mereka memerlukan dan menginginkan pencapaian yang nyata. Anak-anak belajar berkompetisi dan bekerja sama dengan orang lain, dan mereka juga mempelajari aturan-aturan. Rasa inferioritas dapat terjadi jika terlalu banyak yang diharapkan dari mereka atau jika mereka percaya bahwa mereka tidak dapat memenuhi standar yang ditetapkan orang lain untuk mereka. Dengan kata lain, selama masa ini anak selalu berusaha untuk mencapai sesuatu yang diinginkan atau prestasinya sehingga anak pada usia ini menjadi rajin dalam melakukan sesuatu akan tetapi apabila harapannya tidak tercapai kemungkinan besar anak akan merasa rendah diri (Hidayat, 2005).

2.1.4.4 Perkembangan Psikomoral (Kohlberg)

Perkembangan psikomoral anak dikemukakan dalam memandang tumbuh kembang anak yang ditinjau dari segi moralitas anak dalam menghadapi kehidupan (Hidayat, 2005). Anak mulai mengenal konsep moral (mengetahui benar-salah atau baik-buruk) pertama kali di lingkungan keluarga. Pada usia sekolah, anak sudah dapat mengikuti peraturan atau tuntutan dari orang tua atau lingkungan sosialnya. Pada akhir usia ini anak sudah dapat memahami alasan yang mendasari suatu peraturan. Di samping itu, anak sudah dapat mengasosiasikan setiap bentuk perilaku dan konsep benar-salah atau baik-buruk (Yusuf, 2011).

2.1.5 Tugas-Tugas Perkembangan Anak Usia Sekolah

1. Belajar memperoleh keterampilan fisik untuk melakukan permainan.
2. Belajar membentuk sikap yang sehat terhadap dirinya sendiri sebagai makhluk biologis.
3. Belajar bergaul dengan teman-teman sebaya.
4. Belajar memainkan peranan sesuai dengan jenis kelaminnya.
5. Belajar keterampilan dasar dalam membaca, menulis, dan berhitung.
6. Belajar mengembangkan konsep diri.
7. Mengembangkan kata hati.
8. Belajar memperoleh kebebasan yang bersifat pribadi.
9. Mengembangkan sikap yang positif terhadap kelompok sosial dan lembaga-lembaga (Yusuf, 2011).

2.2 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.2.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan usaha atau kegiatan untuk membantu individu, kelompok, dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, sikap, maupun ketrampilan untuk mencapai hidup sehat secara optimal (Notoatmodjo, 2003). Dalam keperawatan, pendidikan kesehatan merupakan satu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu klien baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, yang didalamnya berperan sebagai perawat pendidik (Suliha, 2002). Menurut Guy Steuart (1968) yang dikutip oleh Siswanto (2010), pendidikan kesehatan merupakan komponen dari program-program kesehatan dan kedokteran yang di dalamnya termuat usaha-usaha yang terencana untuk merubah tingkah laku individu, kelompok dan masyarakat (apa yang dipikirkan, dirasakan dan dikerjakan) dengan tujuan menolong tercapainya tujuan pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan.

2.2.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Menurut *World Health Organization* (WHO) (1954) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan dan mencegah timbulnya penyakit, memaksimalkan fungsi dan peran pasien selama sakit, mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, serta membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan. Menurut Machfoedz (2007) tujuan pendidikan kesehatan ada tiga yaitu:

1. Tujuan jangka panjang adalah mencapai status kesehatan yang optimal.
2. Tujuan jangka menengah adalah terciptanya perilaku sehat.

3. Tujuan jangka pendek adalah terciptanya pengertian, sikap dan norma.

2.2.3 Proses Pendidikan Kesehatan

Dalam proses pendidikan kesehatan prinsip utamanya adalah proses belajar pada individu, kelompok dan masyarakat. Apabila pendidikan kesehatan dilihat sebagai sebuah sistem, proses belajar dalam kegiatannya menyangkut aspek berikut (Suliha, 2002):

1. Masukan dalam pendidikan kesehatan

Masukan dalam proses pendidikan kesehatan adalah individu, kelompok, keluarga dan masyarakat akan menjadi sasaran didik. Dalam kegiatan belajar, sasaran didik subjek belajar dengan perilaku belum sehat. Subjek belajar yang mempengaruhi proses pendidikan kesehatan, adalah kesiapan fisik dan psikologis (motivasi dan minat), latar belakang pendidikan dan sosial budaya.

2. Proses dalam pendidikan kesehatan

Proses dalam pendidikan kesehatan merupakan mekanisme dan interaksi yang membangkitkan terjadinya perubahan perilaku subjek belajar. Dalam proses tersebut diperlukan interaksi antara subjek belajar sebagai pusatnya dan pengajar (petugas kesehatan) metode pembelajaran, alat bantu belajar dan materi belajar. Proses pendidikan kesehatan, lingkungan belajar, perangkat pendidikan baik perangkat lunak maupun perangkat keras dan subjek belajar, yaitu individu, kelompok, keluarga dan masyarakat serta tenaga kesehatan atau perawat.

3. Keluaran dalam pendidikan kesehatan

Keluaran dalam pendidikan kesehatan adalah kemampuan sebagai hasil perubahan perilaku yaitu perilaku sehat dari sasaran didik.

2.2.4 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2007), sasaran pendidikan kesehatan dibedakan menjadi tiga yaitu:

1. Sasaran primer (*primary target*)

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan kesehatan. Sesuai dengan permasalahan kesehatan, maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi, kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), anak sekolah untuk kesehatan remaja dan sebagainya. Upaya pendidikan kesehatan yang dilakukan terhadap sasaran primer ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat.

2. Sasaran sekunder (*secondary target*)

Yang termasuk sasaran sekunder adalah para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan sebagainya. Disebut sekunder karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini diharapkan untuk selanjutnya kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat di sekitarnya. Di samping itu dengan perilaku sehat para tokoh masyarakat sebagai hasil pendidikan kesehatan yang diterima, maka para tokoh masyarakat ini akan memberikan contoh atau acuan perilaku sehat bagi masyarakat sekitarnya. Upaya pendidikan kesehatan yang ditujukan kepada sasaran sekunder ini adalah sejalan dengan strategi dukungan sosial.

3. Sasaran tersier (*tertiary target*)

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tersier. Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan

yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan membunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat (*secondary target*) dan juga kepada masyarakat umum (*primary target*). Upaya pendidikan kesehatan yang ditujukan kepada sasaran tersier ini sejalan dengan strategi advokasi.

Menurut Machfoedz (2007), sasaran pendidikan kesehatan dibedakan menjadi tiga yaitu:

1. Masyarakat umum dengan berorientasi pada masyarakat pedesaan.
2. Masyarakat dalam kelompok tertentu, seperti wanita, pemuda, remaja.
Termasuk dalam kelompok khusus ini adalah kelompok lembaga pendidikan mulai dari TK sampai perguruan tinggi, sekolah agama swasta maupun negeri.
3. Sasaran individu dengan teknik pendidikan kesehatan individual.

2.2.5 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi (Suliha, 2002), antara lain:

1. Sasaran pendidikan kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dibagi menjadi tiga kelompok yaitu:

- 1) Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.
 - 2) Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
 - 3) Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat.
2. Tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan
 - 1) Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran para murid yang pelaksanaannya diintegrasikan dalam Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).

- 2) Pendidikan kesehatan di pelayanan kesehatan, dilakukan di pusat kesehatan masyarakat, balai kesehatan masyarakat, rumah sakit umum maupun khusus dengan sasaran pasien dan keluarga pasien.
- 3) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan.

2.2.6 Metode Pendidikan Kesehatan

Dalam Notoatmodjo (2007) disebutkan bahwa pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut, maka masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang baik. Pengetahuan tersebut pada hakikatnya diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilaku.

2.2.6.1 Metode Individual (Perorangan)

Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat serta membantunya maka perlu menggunakan metode (cara) ini (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Notoatmodjo (2007), bentuk pendekatan ini antara lain:

1. Bimbingan dan penyuluhan

Metode ini dapat membuat kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien dengan sukarela, berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

2. Wawancara

Cara ini sebenarnya bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, untuk mempengaruhi apakah perilaku sudah atau akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum makan perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2.2.6.2 Metode Kelompok

Metode pendidikan kesehatan merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses pendidikan untuk penyampaian pesan kepada sasaran pendidikan kesehatan (Suliha, 2002). Metode pendidikan kelompok harus memperhatikan apakah kelompok itu besar atau kecil, karena metodenya akan lain. Efektifitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan. Menurut Notoatmodjo (2007), kelompok terbagi dalam:

1. Kelompok besar

Yang dimaksud kelompok besar disini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini, antara lain ceramah dan seminar.

1) Ceramah

Metode ini cocok untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Ceramah adalah pidato yang disampaikan oleh seorang pembicara di depan sekelompok pengunjung. Ceramah pada hakikatnya adalah proses transfer informasi dari pengajar kepada sasaran belajar.

2) Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

2. Kelompok kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil ini antara lain:

1) Diskusi kelompok

Agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi maka formasi duduk dibuat sedemikian rupa sehingga saling berhadapan, pimpinan diskusi/ penyuluh duduk diantara peserta agar tidak ada kesan lebih tinggi, tiap kelompok punya kebebasan mengeluarkan pendapat, pimpinan diskusi memberikan pancingan, mengarahkan, dan mengatur sehingga diskusi berjalan hidup dan tak ada dominasi dari salah satu peserta.

2) Curah pendapat (*Brain Storming*)

Metode ini merupakan modifikasi diskusi kelompok, dimulai dengan memberikan satu masalah, kemudian peserta memberikan jawaban/tanggapan, tanggapan atau jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart atau papan tulis, sebelum semuanya mencurahkan pendapat tidak boleh ada komentar dari siapa pun, baru setelah semuanya mengemukakan pendapat, tiap anggota mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.

3) Bola salju (*Snow balling*)

Kelompok dibagi menjadi pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang). Kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya akhirnya terjadi diskusi seluruh kelas.

4) Kelompok kecil-kecil (*Buzz group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil, kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama atau tidak sama dengan kelompok lain, dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dan dicari kesimpulannya.

5) Memainkan peranan (*Role play*)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan tertentu, misalnya sebagai dokter puskesmas, sebagai perawat atau bidan, sedangkan anggota lainnya sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka memperagakan bagaimana interaksi atau komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

6) Permainan simulasi (*Simulation game*)

Metode ini merupakan gambaran *role play* dan diskusi kelompok. Pesan-pesan disajikan dalam bentuk permainan seperti permainan ular tangga.

Cara memainkannya persis seperti bermain ular tangga dengan menggunakan dadu, gaco (penunjuk arah), dan papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai nara sumber.

2.2.6.3 Metode Massa

Metode pendidikan massa cocok untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Oleh karena sasaran pendidikan ini bersifat umum, maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi *awareness*, dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2007).

Beberapa contoh metode promosi kesehatan secara massa menurut Notoatmodjo (2007), antara lain:

1. Ceramah umum.
2. Pidato-pidato atau diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik, baik TV maupun radio.
3. Simulasi, dialog antar pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya.

2.2.7 Pengaruh Metode Permainan Stimulasi

Menurut Berger, permainan dapat melintasi berbagai usia, permainan mempengaruhi penampilan anak-anak dimuka umum menjadi lebih nyaman, sebagai penolong dalam penyuluhan. Cohen dan Brandley mengemukakan bahwa proses belajar lebih aktif dan lebih menyenangkan jika digabungkan dengan permainan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa penyuluhan, yang merupakan

suatu proses belajar, akan lebih berpengaruh dalam meningkatkan pengetahuan jika digabungkan dengan permainan (Rusli & Gondhoyowono, 2012).

2.3 Konsep Bermain

2.3.1 Pengertian Bermain

Bermain merupakan suatu aktivitas di mana anak dapat melakukan atau mempraktikkan keterampilan, memberikan ekspresi terhadap pemikiran, menjadi kreatif, mempersiapkan diri untuk berperan dan berperilaku dewasa (Hidayat, 2005). Bermain merupakan suatu kegiatan yang dilakukan oleh seorang anak secara sungguh-sungguh sesuai dengan keinginannya sendiri atau tanpa paksaan dari orang tua maupun lingkungan, dimaksudkan hanya untuk memperoleh kesenangan dan kepuasan (Riyadi & Sukarmin, 2009). Bermain merupakan cerminan kemampuan fisik, intelektual, emosional, dan sosial, dan bermain merupakan media yang baik untuk belajar, karena dengan bermain, anak-anak akan berkata-kata (berkomunikasi), belajar menyesuaikan diri dengan lingkungan, melakukan apa yang dilakukannya, dan mengenal waktu, jarak, serta suara (Wong, 2009).

2.3.2 Fungsi Bermain

Fungsi bermain adalah merangsang perkembangan sensorik-motorik, perkembangan kognitif (intelektual), perkembangan sosialisasi dan moral, kreativitas, kesadaran diri, serta nilai terapeutik (Wong, 2009).

1. Perkembangan sensorik-motorik

Pada saat melakukan permainan, aktivitas sensoris – motoris merupakan komponen terbesar yang digunakan dan bermain aktif sangat penting untuk perkembangan fungsi otot.

2. Perkembangan kognitif (intelektual)

Pada saat bermain, anak melakukan eksplorasi dan manipulasi terhadap segala sesuatu yang ada di lingkungan sekitarnya, terutama mengenal warna, bentuk, ukuran, tekstur, dan membedakan objek, serta melatih anak untuk memecahkan masalah.

3. Perkembangan sosialisasi dan moral

Perkembangan sosial ditandai dengan kemampuan berinteraksi dengan lingkungannya. Melalui kegiatan bermain, anak akan belajar memberi dan menerima, berinteraksi dengan orang lain, memahami bahasa lawan bicara, dan belajar tentang nilai sosial yang ada pada kelompoknya.

4. Kreativitas

Berkreasi adalah kemampuan untuk menciptakan sesuatu dan mewujudkannya ke dalam bentuk objek atau kegiatan yang dilakukannya. Melalui kegiatan bermain, anak akan belajar dan mencoba untuk merealisasikan ide – idenya. Misalnya, dengan membongkar dan memasang satu alat permainan akan merangsang kreativitasnya untuk semakin berkembang.

5. Kesadaran diri

Melalui bermain anak akan mengembangkan kemampuannya dalam mengatur tingkah laku. Anak juga akan belajar mengenal kemampuannya dengan mencoba peran – peran baru dan mengetahui dampak tingkah lakunya

terhadap orang lain. Disini, peran orang tua sangat penting untuk menanamkan nilai moral dan etika.

6. Nilai Terapeutik (emosi)

Anak mempelajari nilai benar dan salah dari lingkungannya. Dengan bermain, anak mendapat kesempatan untuk menerapkan nilai – nilai tersebut sehingga dapat diterima di lingkungan dan mampu menyesuaikan diri dengan aturan kelompok. Selain itu, anak juga belajar mengenai nilai moral dan etika, dan belajar bertanggung jawab atas segala tindakan yang dilakukan.

2.3.3 Hal-Hal yang Diperhatikan dalam Bermain

Aktivitas bermain yang dilakukan oleh anak tidak sekedar menggunakan alat permainan saja melainkan perhatian dan kasih sayang yang diberikan oleh orang tua merupakan aktivitas yang menyenangkan bagi anak. Adriana (2011) mengatakan agar anak bisa bermain diperlukan hal-hal seperti dibawah ini:

1. Energi ekstra atau tambahan

Bermain memerlukan energi tambahan. Anak yang sakit, kecil keinginannya untuk bermain. Apabila anak mulai lelah atau bosan, maka akan menghentikan permainan.

2. Waktu

Anak harus mempunyai cukup waktu untuk bermain.

3. Alat bermain

Untuk bermain diperlukan alat permainan yang sesuai dengan umur dan taraf perkembangannya.

4. Ruang untuk bermain

Ruang tidak usah terlalu lebar dan tidak perlu ruangan khusus untuk bermain. Anak bisa bermain di ruang tamu, halaman, bahkan di ruang tidurnya.

5. Pengetahuan cara bermain

Anak belajar bermain melalui mencoba-coba sendiri, meniru teman-temannya atau diberi tahu caranya oleh orang lain. Cara yang terakhir adalah yang terbaik, karena anak tidak terbatas pengetahuannya dalam menggunakan alat permainannya dan anak-anak akan mendapat keuntungan lain lebih banyak.

6. Teman bermain

Anak harus merasa yakin bahwa ia mempunyai teman bermain. Kalau ia main sendiri, maka ia akan kehilangan kesempatan belajar dari teman-temannya. Sebaliknya kalau terlalu banyak bermain dengan anak lain, maka dapat mengakibatkan anak tidak mempunyai kesempatan yang cukup untuk menghibur diri sendiri dan menemukan kebutuhannya sendiri.

7. *Reward*

Berikan semangat dan pujian atau hadiah pada anak bila berhasil melakukan sebuah permainan.

2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Aktivitas Bermain

Menurut Riyadi dan Sukarmin (2009) faktor yang mempengaruhi aktivitas bermain antara lain:

1. Tahap perkembangan anak

Aktivitas bermain yang tepat dilakukan anak, yaitu sesuai dengan tahapan perkembangan anak, karena setiap perkembangan mempunyai potensi atau keterbatasan yang berbeda dalam permainan.

2. Status kesehatan anak

Pada anak yang sedang sakit kemampuan psikomotor atau kognitif terganggu. Sehingga ada saat-saat di mana anak sangat ambisius pada permainannya dan saat-saat di mana anak sama sekali tidak punya keinginan untuk bermain.

3. Jenis kelamin anak

Pada saat usia sekolah biasanya anak laki-laki enggan bermain dengan anak perempuan, mereka sudah bisa membentuk komunitas tersendiri, di mana anak perempuan bermain sesama perempuan dan anak laki-laki bermain sesama laki-laki. Tipe dan alat permainanpun akan berbeda, misalnya anak laki-laki suka main bola, anak perempuan suka main boneka.

4. Lingkungan yang mendukung

Lokasi di mana anak berada sangat mempengaruhi pola permainan anak. Di kota-kota besar anak jarang sekali yang bermain layang-layang, mereka lebih suka bermain *game* karena memang tidak ada atau jarang ada tanah lapang atau lapangan untuk bermain, berbeda dengan di desa yang masih banyak terdapat tanah-tanah kosong.

5. Alat dan jenis permainan yang cocok

Alat permainan yang cocok bagi anak adalah yang sesuai dengan tahap perkembangannya sehingga anak menjadi senang untuk menggunakannya.

2.3.5 Klasifikasi Bermain

Anak memerlukan alat permainan yang bervariasi sehingga bila bosan permainan yang satu, dia dapat memilih permainan yang lainnya. Ada beberapa klasifikasi tentang bermain, antara lain:

1. Bermain berdasarkan keseimbangan

Bermain harus seimbang, artinya harus ada keseimbangan antara aktif dan pasif, yang biasanya disebut hiburan. Dalam bermain aktif, kesenangan diperoleh dari apa yang diperbuat oleh mereka sendiri, sedangkan bermain pasif kesenangan di dapat dari orang lain. Adriana (2011) membagi permainan dalam dua kelompok yaitu:

1) Bermain aktif

(1) Bermain mengamati dan menyelidiki (*Explanatory play*)

Perhatian pertama anak pada alat bermain adalah memeriksa alat permainan tersebut. Anak memperhatikan alat permainan, mengkocok-kocok apakah ada bunyi, mencium, meraba, menekan dan kadang-kadang berusaha membongkar.

(2) Bermain konstruktif (*Konstruktif play*)

Pada anak umur 3 tahun, misalnya dengan menyusun balok-balok menjadi rumah-rumahan dan lain-lain.

(3) Bermain drama (*Dramatic play*)

Misalnya main sandiwara boneka, main rumah-rumahan dengan saudara-saudaranya atau teman-temanya.

(4) Bermain bola, tali, dan sebagainya.

2) Bermain pasif

Dalam hal ini anak berperan pasif, antara lain dengan melihat dan mendengar. Bermain pasif ini ideal, apabila anak sudah lelah bermain aktif dan membutuhkan sesuatu untuk mengatasi kebosanan dan keletihan. Contohnya melihat gambar di buku-buku atau majalah, mendengarkan cerita atau musik, menonton televisi, dan lain-lain.

2. Bermain berdasarkan isi permainan (Wong, 2009)

1) *Social affective play*

Inti permainan ini adalah adanya hubungan interpersonal yang menyenangkan antara anak dan orang lain. Seperti ketika orang tua memeluk anaknya sambil berbicara, bersenandung dan kemudian anak memberikan respon tersenyum, tertawa, dan bergembira. Orang lain yang berperan aktif dan anak hanya tinggal berespon terhadap stimulasi sehingga akan memberikan kesenangan dan kepuasan bagi anak.

2) *Sense of pleasure play*

Bermain ini hanya memberikan kesenangan pada anak melalui objek yang ada tanpa adanya kehadiran orang lain. Misalnya bermain boneka - bonekaan, binatang - binatang, dan lain-lain.

3) *Skill play*

Bermain ini dengan menggunakan objek yang dapat melatih kemampuan keterampilan anak agar anak dapat menjadi kreatif dan terampil. Ini

termasuk permainan aktif dimana anak selalu ingin mencoba keterampilan tertentu misalnya bongkar pasang gambar, memindahkan suatu benda ke tempat lain, dan lain-lain.

4) *Games* atau permainan

Permainan ini dapat dilakukan sendiri atau bersama temannya dengan menggunakan beberapa peraturan. Sifat permainan ini aktif, anak akan memberi respon kepada temannya sesuai dengan jenis permainan dan akan berfungsi memberikan kesenangan untuk mengembangkan emosi anak. Misalnya, ular tangga, congkrak, *puzzle*, dan lain-lain.

5) *Unoccupied behaviour*

Anak memainkan suatu objek yang ada disekelilingnya yang dapat digunakan sebagai alat permainan. Anak akan mendapat kesenangan dengan keadaan dan lingkungan tersebut.

6) *Dramatic play*

Ini merupakan permainan berpura-pura. Dimana anak akan memerankan dirinya sebagai orang lain. Sifat dari permainan ini adalah anak dituntut aktif dalam memerankan sesuatu.

3. Karakteristik Sosial Permainan (Wong, 2009)

1) *Onlooker play*

Jenis bermain ini adalah dengan melihat apa yang dilakukan oleh anak lain yang sedang bermain tetapi tidak berusaha untuk bermain. Sifat dari permainan ini adalah pasif namun anak mempunyai kesenangan dan kepuasan sendiri ketika melihatnya.

2) *Solitary play*

Merupakan bermain yang dilakukan secara sendiri hanya terpusat pada permainannya tanpa memperdulikan orang lain. Sifat dari permainan ini aktif namun stimulasi yang didapat anak kurang karena dilakukan sendiri.

3) *Parallel play*

Merupakan bermain secara sendiri tapi ditengah - tengah anak lain yang sedang bermain. Sifat dari permainan ini adalah aktif secara mandiri namun masih dalam suatu kelompok. Hal ini terjadi karena sosialisasi dari anak belum adekuat dalam suatu kelompok.

4) *Associative play*

Bermain bersama anak lain dalam kelompok namun masing - masing anak bermain sesuai keinginannya sendiri tanpa adanya tujuan dalam kelompok.

5) *Cooperative play*

Merupakan bermain secara bersama dan dengan adanya aturan yang jelas sehingga terbentuk hubungan antara pemimpin dan anggota. Sifat permainan ini aktif, menambah kreatifitas dan melatih anak pada peraturan kelompok sehingga anak selalu dituntut untuk mengikuti peraturan.

2.3.6. Keuntungan Bermain

Banyak keuntungan-keuntungan yang dipetik dari bermain (Adriana, 2011), antara lain :

1. Membuang buang extra energi.
2. Mengoptimalkan pertumbuhan seluruh bagian tubuh, seperti tulang, otot, dan organ-organ.
3. Aktivitas yang dilakukan dapat meningkatkan nafsu makan anak.

4. Anak belajar mengontrol diri.
5. Berkembangnya berbagai ketrampilan yang akan berguna sepanjang hidupnya.
6. Meningkatkan daya kreativitasnya.
7. Mendapatkan kesempatan menemukan arti dari benda-benda yang ada disekitar anak.
8. Merupakan cara untuk mengatasi kemarahan, kekhawatiran, iri hati dan kedukaan.
9. Kesempatan untuk belajar bergaul dengan anak lainnya.
10. Kesempatan untuk menjadi pihak yang kalah ataupun yang menang di dalam bermain.
11. Kesempatan untuk belajar mengikuti aturan-aturan.
12. Dapat mengembangkan kemampuan intelektualnya.

2.4 Konsep Alat Permainan Edukatif

2.4.1 Pengertian Alat Permainan Edukatif

Alat permainan edukatif (APE) adalah alat permainan yang memberikan fungsi permainan secara optimal dan perkembangan anak, dimana melalui alat permainan ini anak dapat mengembangkan kemampuan fisik, bahasa, kemampuan kognitif, dan adaptasi sosialnya. Dalam mencapai fungsi perkembangan secara optimal, maka alat permainan ini harus aman, ukuranya sesuai dengan usia anak, modelnya jelas, menarik, sederhana, dan tidak mudah rusak (Hidayat, 2005).

APE merupakan sebuah bentuk kegiatan mendidik yang dilakukan dengan menggunakan cara atau alat yang bersifat mendidik (Adriana, 2011). APE adalah

sarana yang dapat merangsang aktivitas anak untuk mempelajari sesuatu tanpa anak menyadarinya, baik menggunakan teknologi sederhana bahkan bersifat tradisional. APE juga merupakan alat yang dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman anak tentang sesuatu (Ismail, 2009).

2.4.2 Syarat-Syarat Alat Permainan Edukatif

Riyadi dan Sukarmin menjelaskan (2009), kriteria alat permainan edukatif dalam pendidikan antara lain:

1. Aman untuk anak.
2. Ukuran dan berat APE harus sesuai dengan umur anak.
3. Desainya harus jelas, APE harus mempunyai ukuran-ukuran, susunan, dan warna tertentu serta jelas maksud dan tujuannya.
4. APE harus mempunyai fungsi untuk mengembangkan berbagai aspek perkembangan anak, seperti motorik, bahasa, kecerdasan dan sosialisasi.
5. Harus dapat dimainkan dengan berbagai variasi, tetapi jangan terlalu sulit atau terlalu mudah.
6. Walaupun sederhana harus tetap menarik perhatian, baik dari segi warna maupun bentuk.
7. APE harus mudah untuk diterima oleh semua kebudayaan karena bentuknya sangat umum.
8. APE harus tidak mudah rusak, kalau ada bagian-bagian yang rusak harus mudah untuk diganti.

2.4.3 Fungsi Alat Permainan Edukatif

Menurut Ismail (2009), fungsi APE dalam pendidikan antara lain:

1. Melatih konsentrasi anak.

2. Mengajar dengan lebih cepat.
3. Mengatasi keterbatasan waktu.
4. Mengatasi keterbatasan bahasa.
5. Mengatasi keterbatasan tempat.
6. Membangkitkan emosi manusia.
7. Menambah daya pengertian.
8. Menambah ingatan anak.
9. Menambah kesegaran dalam mengajar.

2.4.4 Prinsip Alat Permainan Edukatif

Ismail (2009) menjelaskan, yang termasuk prinsip-prinsip pokok alat permainan edukatif adalah:

1. Prinsip Produktivitas

APE harus dapat mengembangkan sikap produktivitas pada diri anak sebagai pengguna dari alat itu sendiri. Dengan demikian, anak akan mampu menciptakan sesuatu yang baru dan memberi makna tersendiri bagi anak dan bagi lingkungannya. Dengan demikian, prinsip produktivitas dari alat permainan edukatif menekankan unsur kemurnian.

2. Prinsip aktivitas

APE juga harus dapat mengembangkan sikap aktif anak. Anak melakukan berbagai aktivitas edukatif yang kreatif dengan penuh semangat. APE bagi anak merupakan sarana untuk menumpahkan kegiatan aktif dalam mencapai kesenangan dari kegiatan yang dilakukan.

3. Prinsip Kreativitas

Melalui eksperimen (percobaan) dalam bermain, anak-anak menemukan bahwa merancang sesuatu yang baru dan berbeda dapat menimbulkan kepuasan.

4. Prinsip efektivitas dan efisiensi

Alat permainan bukan dilihat dari bagus atau jeleknya, mahal atau murahnya dari alat yang dipakai, tetapi yang terpenting adalah dapat menghasilkan makna yang besar atau tidak terhadap perkembangan potensi anak.

5. Prinsip mendidik dengan menyenangkan

APE yang baik bukanlah yang membuat anak menjadi pusing, menjemukan dan membuat anak bermain monoton. Dalam pembuatan APE harus dipertimbangkan kemampuan anak dalam melakukan aktivitasnya, anak merasa senang dengan mainannya, walaupun tanpa disadari alat permainan yang digunakan bermanfaat dalam mengembangkan *IQ (Intelligence Quotient)*, *EQ (Emosional Quotient)*, dan *SQ (Spiritual Quotient)*.

2.4.5 Jenis dan Bentuk Alat Permainan Edukatif

1. Jenis balok bertujuan untuk merangsang kemampuan anak dalam menyelesaikan masalah, menggunakan imajinasi, mengembangkan kemampuan logika matematika, intra personal, interpersonal, linguistik, dengan bentuk seperti balok unit, balok berongga, balok berwarna, lego, balok susun, balok, menara, balok tiang.
2. Jenis tulisan dengan gambar dengan tujuan untuk merangsang kemampuan logika matematika, interpersonal, dengan bentuk: poster, buku cerita, buku bergambar, foto.

3. Jenis obyek tiruan untuk mengembangkan semua kemampuan yang dimiliki anak (9 kecerdasan anak) dengan bentuk seperti: patung, maket, boneka, benda-benda tiruan.
4. Jenis obyek nyata yaitu bahan-bahan yang ada disekitar anak bertujuan mengembangkan semua kemampuan yang dimiliki anak dengan bentuk sesuai aslinya seperti: binatang, tumbuhan, bunga, biji-bijian, batu, alat rumah tangga, bumbu dapur, dan sebagainya.
5. Jenis puzzle (potongan gambar atau benda) yaitu kegiatan menyusun kembali potongan-potongan gambar yang bertujuan untuk merangsang dan mengembangkan kemampuan visual spasial. Logika matematika, intra personal, interpersonal, linguistik, dengan bentuk dua dimensi seperti puzzle binatang, puzzle buah, puzzle geometri, puzzle transportasi, dan lain-lain.
6. Jenis ronce yaitu kegiatan memasukkan benang ke dalam lubang pola gambar atau benda yang sudah disediakan, melipat kertas, menempel, menggambar ataupun mewarnai bertujuan untuk memperkuat koordinasi mata-tangan dan mengembangkan visual spasial, logika matematika, kinestetika, dengan bentuk kartu jahit, kalung, gelang, tirai (jendela penyekat).

2.5 Konsep Permainan Ular Tangga

2.5.1 Pengertian Permainan Ular Tangga

Permainan ular tangga adalah permainan anak-anak yang dimainkan oleh dua atau lebih. Papan permainan dibagi dalam kotak-kotak kecil dan di beberapa kotak digambar sebuah “tangga” atau “ular” yang menghubungkannya dengan kotak lain. Permainan ini diciptakan pada tahun 1870. Tidak ada papan

permainan standar dalam ular tangga. Setiap orang dapat menciptakan papan mereka sendiri dengan jumlah kotak, ular dan tangga yang berlainan (Saraswati, 2010).

2.5.2 Langkah-Langkah Permainan Ular Tangga

Langkah-langkah permainan ular tangga adalah sebagai berikut (Astuti, 2011):

1. Permainan ini dimulai dengan mengajak 2 orang atau lebih.
2. Pemain memilih pion sebagai alat untuk bermain. Pion yang dipilih harus tetap dari awal permainan hingga akhir dan tidak boleh diganti.
3. Memutuskan siapa yang akan bermain pertama kali dalam permainan. Mungkin dengan melemparkan sebuah dadu dengan jumlah hasil terbesar mengambil giliran pertama. Dapat juga dengan menggunakan suit atau hompimpa antar pemain jika pemain lebih dari dua.
4. Melempar dadu dan berjalan menggunakan pion yang telah dipilih oleh pemain sesuai dengan jumlah angka yang ditunjukkan oleh dadu. Semua pemain bergiliran memutar dadu dan menjalankan pionnya.
5. Pemain mendapat giliran sekali lagi untuk melemparkan dadu, jika dadu menunjukkan jumlah angka 6.
6. Pemain dapat naik ke kotak selanjutnya mengikuti jalur tangga tersebut jika balok berhenti pada kotak yang ada gambar tangganya.
7. Pemain harus turun ke kotak sebelumnya mengikuti bentuk ular jika balok berhenti pada kotak yang bergambar ular.
8. Permainan akan berakhir, jika ada salah satu pemain yang telah berhasil mencapai kotak terakhir.

2.5.3 Manfaat Permainan Ular Tangga

Berikut ini manfaat yang bisa diperoleh dari permainan ular tangga tersebut (Saraswati, 2010):

1. Belajar matematika sederhana (penjumlahan dan pengurangan).
2. Menambah kosa kata baru melalui gambar dalam papan ular tangga tersebut.
3. Belajar membaca.
4. Belajar memahami kalimat tanya, permintaan atau perintah.
5. Bermain peran ketika melakukan perintah atau menjawab pertanyaan sesuai dengan yang tertulis dalam tiap kotak ular tangga tersebut. Hal ini ternyata cukup bagus untuk memunculkan ide dan kreatifitas.
6. Belajar sabar untuk mengantri atau menunggu giliran.
7. Belajar memahami konsep sebab akibat.
8. Meningkatkan kualitas kedekatan dan kebersamaan antar pemain.
9. Belajar berkomunikasi.

2.6 Konsep Perilaku.

2.6.1 Pengertian Perilaku

Perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2007). Skinner (1938) yang dikutip oleh Notoadmodjo (2007) mengemukakan bahwa perilaku adalah merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan tanggapan (respon), yakni:

1. Responden respons atau *reflexive respon*, ialah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu.

action). Perilaku anak dalam kesehatan merupakan perilaku yang tidak diwariskan secara alamiah melainkan diperoleh melalui proses belajar sosial, misalnya dalam mempelajari kebersihan dari lingkungan sekitarnya. Anak mengikuti contoh dan instruksi dari ibunya, dari saudara-saudaranya, dan teman-temannya yang lebih dewasa (Notoadmodjo, 2007)

2.6.3 Domain Perilaku

Bloom (1908) dalam Notoadmodjo (2007) membagi perilaku manusia kedalam tiga kawasan, yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Dalam perkembangannya, teori Bloom dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni:

1. Pengetahuan.

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap sesuatu obyek tertentu. Pengetahuan terjadi melalui panca indera manusia yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga (Notoadmodjo, 2007). Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan.

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain

menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan, dan sebagainya. Contoh: dapat menyebutkan kapan waktu waktu untuk menggosok gigi.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari. Contoh: dapat menjelaskan mengapa harus menggosok gigi.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi ini dapat diartikan sebagai atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks dan situasi yang lain. Misalnya dapat mengaplikasikan langkah-langkah gosok gigi yang benar.

4) Analisis (*Analisis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian didalam suatu bentuk kesatuan yang baru, dengan

kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formula-formula yang ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau penggunaan kriteria-kriteria yang telah ada.

2. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dar seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek.

1) Komponen pembentuk sikap

Alport (1954) dalam Notoatmodjo (2007) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok.

1. Kepercayaan, ide dan konsep suatu subejk.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak.

2) Beberapa tingkatan sikap

Sebagaimana pengetahuan, sikap juga terdiri dari berbagai tingkatan:

1. Menerima (*Receiving*)

Bahwa seseorang atau subkyek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

2. Merespon (*Responding*)

Subyek memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yangn diberikan yang berarti orang tersebut menerima ide sebagai stimulus.

3. Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

4. Bertanggung jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah diperolehnya dengan segala resiko.

3. Tindakan

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

1) Persepsi (*Perception*)

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

2) Respon terpimpin (*Guided response*)

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

3) Mekanisme (*Mecanism*)

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

4) Adopsi (*Adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan yang sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

2.6.4 Pengukuran Perilaku

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung, yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni mengobservasi tindakan atau kegiatan responden (Notoatmodjo, 2003).

2.6.5 Proses Adopsi Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2003), dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Teori yang dapat digunakan dalam proses perubahan perilaku antara lain:

1. Teori Adaptasi Calista Roy

Asumsi dari teori sistem (Blue, 1986):

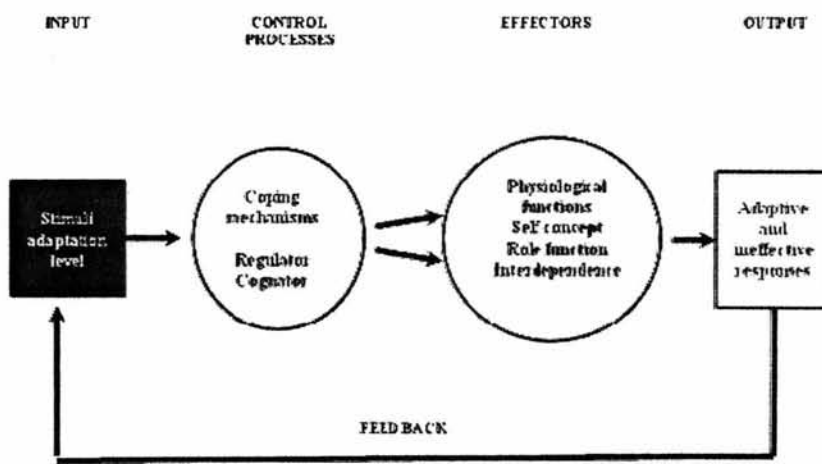
- 1) Sistem adalah set unit yang berhubungan atau terhubung yang membentuk suatu kesatuan atau keseluruhan.
- 2) Sistem adalah keseluruhan yang fungsinya berdasarkan saling ketergantungan suatu bagian.

- 3) Sistem mempunyai *input*, *output*, *control processes* dan *feedback processes*
- 4) Input, dalam bentuk *feedback* standar, sering disebut sebagai informasi.
- 5) Sistem hidup lebih kompleks daripada sistem mekanik dan memiliki standart dan umpan balik untuk mengarahkan fungsi mereka secara keseluruhan.

Empat elemen penting yang termasuk dalam model adaptasi keperawatan adalah manusia, lingkungan, kesehatan, keperawatan (Galbreath, 1990).

1) Manusia

Roy mengemukakan bahwa manusia sebagai sebuah sistem adaptif. Sebagai sistem adaptif, manusia dapat digambarkan secara holistik sebagai satu kesatuan yang mempunyai input, kontrol, output, dan proses umpan balik (Galbreath, 1990).



Gambar 2.1 Manusia sebagai Sistem Adaptasi (Galbreath, 1990).

- (1) *Input* pada manusia sebagai suatu sistem adaptasi adalah dengan menerima masukan dari lingkungan luar dan lingkungan dalam diri individu itu sendiri. Input atau stimulus termasuk variabel standar yang

berlawanan yang umpan baliknya dapat dibandingkan. Variabel standar ini adalah stimulus internal yang mempunyai tingkat adaptasi dan mewakili dari rentang stimulus manusia yang dapat ditoleransi dengan usaha-usaha yang biasanya dilakukan (Galbreath, 1990). Dimana *input* dibagi dalam tiga tingkatan yaitu stimulus *fokal*, *kontekstual* dan *stimuli residual* (Blue, 1986).

- 1) Stimulus *fokal* yaitu tingkat perubahan atau stimulus yang berhadapan dengan seseorang dan dimana orang tersebut harus membuat respon adaptif, yaitu faktor yang memicu perilaku (Blue, 1986).
 - 2) Stimulus *kontekstual* yaitu semua stimulus lain yang dialami seseorang, baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi perilaku yang disebabkan atau dipicu oleh stimulus fokal (Blue, 1986).
 - 3) Stimuli *residual* yaitu faktor yang dapat mempengaruhi kebiasaan tetapi pengaruhnya tidak valid (Blue, 1986).
- (2) *Control processes* adalah mekanisme koping yang dimanifestasikan dengan cara adaptasi. Lebih spesifik manusia di definisikan sebagai sebuah sistem adaptif dengan aktivitas kognator dan regulator untuk mempertahankan adaptasi dalam empat cara adaptasi yaitu: fungsi fisiologi, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi. Proses kontrol manusia sebagai suatu sistem adaptasi adalah mekanisme koping yang telah diidentifikasi yaitu subsistem regulator dan subsistem kognator. Subsistem regulator adalah gambaran respon yang kaitannya dengan

perubahan pada sistem saraf, kimia tubuh dan organ endokrin. Subsistem kognator adalah gambaran respon yang kaitannya dengan perubahan kognitif dan emosi, termasuk didalamnya persepsi, proses informasi, pembelajaran, dan membuat alasan dan emosional, yang termasuk didalamnya mempertahankan untuk mencari bantuan (Galbreath, 1990).

- (3) *Effector* merupakan proses umpan balik respon-respon yang memberikan lebih lanjut masukan (*input*) pada manusia sebagai suatu sistem. Model effektor adaptif adalah kognator yaitu fungsi fisiologi, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi (Galbreath, 1990).
- (4) *Output* dari manusia sebagai suatu sistem adaptif adalah respon inefektif. Respon-respon yang adaptif itu mempertahankan atau meningkatkan integritas, sedangkan respon yang tidak efektif atau maladaptif itu mengganggu integritas. Melalui proses umpan balik respon-respon memberikan lebih lanjut masukan (*input*) pada manusia sebagai suatu sistem (Galbreath, 1990).

2) Kesehatan

Menurut Roy, kesehatan didefinisikan sebagai keadaan dan proses menjadi manusia secara utuh dan terintegrasi secara keseluruhan. Integritas atau keutuhan manusia menyatakan secara tidak langsung bahwa kesehatan atau kondisi tidak terganggu mengacu kelengkapan atau kesatuan dan kemungkinan tertinggi dari pemenuhan potensi manusia. Jadi Integritas adalah sehat, sebaliknya kondisi yang tidak ada integritas kurang sehat.

Definisi kesehatan ini lebih dari tidak adanya sakit tapi termasuk penekanan pada kondisi sehat sejahtera (Blue, 1986).

3) Lingkungan

Lingkungan digambarkan sebagai dunia di dalam dan di luar manusia. Lingkungan merupakan masukan (*input*) bagi manusia sebagai sistem yang adaptif sama halnya lingkungan sebagai stimulus eksternal dan internal. Lebih lanjut stimulus itu dikelompokkan menjadi tiga jenis stimulus yaitu : fokal, kontekstual, dan residual. Lebih luas lagi lingkungan didefinisikan sebagai segala kondisi, keadaan disekitar dan mempengaruhi keadaan, perkembangan dan perilaku manusia sebagai individu atau kelompok (Blue, 1986).

4) Keperawatan

Roy (1984) menggambarkan keperawatan sebagai disiplin ilmu dan praktek. Sebagai ilmu, keperawatan mengobservasi, mengklasifikasikan dan menghubungkan proses yang secara positif berpengaruh pada status kesehatan. Sebagai disiplin, praktek, keperawatan menggunakan pendekatan pengetahuan untuk menyediakan pelayanan pada orang-orang. Lebih spesifik dia mendefinisikan keperawatan sebagai ilmu dan praktek dari peningkatan adaptasi untuk meningkatkan kesehatan sebagai tujuan untuk mempengaruhi kesehatan secara positif. Keperawatan meningkatkan adaptasi individu dan kelompok dalam situasi yang berkaitan dengan kesehatan, Jadi model adaptasi keperawatan menggambarkan lebih spesifik perkembangan ilmu keperawatan dan praktek keperawatan yang berdasarkan ilmu keperawatan tersebut. Dalam model tersebut,

keperawatan terdiri dari tujuan keperawatan dan aktivitas keperawatan. Keperawatan adalah berhubungan dengan manusia sebagai satu kesatuan yang berinteraksi dengan perubahan lingkungan dan tanggapan terhadap stimulus internal dan eksternal yang mempengaruhi adaptasi. Ketika stressor yang tidak biasa atau koping mekanisme yang lemah membuat upaya manusia yang biasa menjadi koping yang tidak efektif, manusia memerlukan seorang perawat. Ini tidak harus, bagaimanapun diinterpretasikan untuk memberi arti bahwa aktivitas keperawatan tidak hanya diberikan ketika manusia itu sakit. Roy menyetujui, pendekatan holistik keperawatan dilihat sebagai proses untuk mempertahankan keadaan baik dan tingkat fungsi yang lebih tinggi (Blue, 1986).

2. Teori Konstruktif Jean Piaget

Berfikir dan belajar adalah proses interaksi antara seseorang dengan lingkungannya. Piaget percaya bahwa semua spesies mewarisi kecenderungan dasar untuk mengatur kehidupannya dan beradaptasi dengan dunia disekitar serta lingkungannya. Hal ini dikenal sebagai teori konstruktif, yaitu anak secara aktif membangun pengetahuan secara berkesinambungan. Mereka berkembang dan terus-menerus memperbaiki pengetahuan mereka sendiri. Seperti dunia pengalaman, mereka mengambil informasi baru dan salah satunya diserap ke dalam apa yang mereka telah ketahui (asimilasi) atau membuat tempat baru untuk informasi baru (akomodasi), sehingga mengembalikan ke perasaan keseimbangan (equilibrasi), dalam melakukannya, semua organisme mencari tahu semua tentang dunia kemudian bekerja ke arah penyelamatan di dunia. Piaget percaya anak-anak

belajar paling baik ketika mereka benar-benar melakukan pekerjaan itu sendiri (atau bermain), bukan diberitahu, ditampilkan, atau dijelaskan, yang merupakan metode pengajaran yang dominan sepanjang hari (Gordon & Browne, 2011).

Memiliki metode belajar *monessori*, Piaget menyimpulkan bahwa guru bisa menyiapkan lingkungan yang merangsang dan juga berinteraksi dengan anak untuk meningkatkan pemikiran mereka (Gordon & Browne, 2011). Terlepas dari usia mereka, semua orang mengembangkan skema, tau konsep mental sebagai cara umum pemikiran, atau berinteraksi dengan ide dan objek di lingkungan. Anak yang sangat muda belajar skema persepsi seperti mereka mencicipi dan merasakan; anak-anak prasekolah menggunakan bahasa dan berpura-pura bermain untuk membuat pemahaman mereka, anak-anak yang lebih tua mengembangkan yang lebih abstrak, seperti skema moralitas yang membantu mereka menentukan cara bertindak (Gordon & Browne, 2011).

Piaget menggunakan tiga dasar proses berpikir yang dikenal sebagai proses adaptif asimilasi, akomodasi, dan keseimbangan equilibrium. Proses asimilasi adalah proses kognitif dimana seseorang mengintegrasikan persepsi, konsep ataupun pengalaman baru ke dalam skema atau pola yang sudah ada dalam pikirannya. Akomodasi terjadi untuk membentuk skema baru yang cocok dengan rangsangan yang baru atau memodifikasi skema yang telah ada sehingga cocok dengan rangsangan itu. Bagi Piaget adaptasi merupakan suatu kesetimbangan antara asimilasi dan akomodasi (Gordon & Browne, 2011).

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng. Sebaliknya perilaku ini tidak disadari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2003).

2.6.6 Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku

Menurut WHO, perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga bagian antara lain:

1. Perubahan alamiah

Perilaku yang dihasilkan dari proses belajar sangat tergantung dari stimulus dan lingkungan saat proses belajar berlangsung. Secara alamiah perubahan perilaku seseorang bergeser karena banyak stimulus baru dan pengaruh lingkungan tempat tinggal.

2. Perubahan terencana

Perubahan perilaku yang memang benar-benar direncanakan.

3. Kesiediaan untuk berubah

Kesiediaan untuk berubah bagi setiap orang sangatlah berbeda-beda. Perbedaan individual berupa bio, psiko, sosial, kultural, dan spiritual sangat mempengaruhi pengambilan keputusan bagi individu dalam perubahan perilakunya (Setiawati & Dermawan, 2008).

2.6.7 Strategi Perubahan Perilaku

Merubah perilaku tidaklah mudah, apalagi perilaku yang diyakini saat ini sudah tertanam sejak lama pada orang tersebut. Untuk mencapai perubahan perilaku sesuai dengan yang diharapkan dan tidak membutuhkan waktu yang

cukup lama, perlu dipelajari dan dipahami betul arti dari strategi perubahan perilaku.

Strategi perubahan perilaku menurut WHO antara lain:

1. Kekuatan/ dorongan/ kekuasaan

Perilaku dipaksa berubah dengan instrumen yang telah dipersiapkan terlebih dahulu. Perilaku dirubah dengan keharusan serta lebih bersifat paksaan. Strategi ini menitik beratkan pada faktor paksaan dan kekuasaan.

2. Informasi

Perilaku berubah dengan terlebih dahulu diberikan sebuah penguatan berupa informasi-informasi tentang sesuatu hal yang bisa merubah perilaku terlebih dahulu.

3. Diskusi

Perubahan perilaku akan lebih cepat selain dengan pemberian informasi tetapi ada keinginan kuat dan individu untuk berubah. Diskusi adalah bagian dari strategi yang berperan penting dalam merubah proses pikir individu untuk mempercepat perubahan perilaku. Diskusi akan membuat individu berpikir, dengan diskusi pengetahuan akan bertambah. Semakin banyak informasi yang diyakini kebenarannya, maka semakin cepat pula perubahan perilaku terjadi (Setiawati & Darmawan, 2008).

2.7 Konsep Gosok Gigi

2.7.1 Pengertian Gosok Gigi

Menggosok gigi adalah tindakan membersihkan gigi dengan menggunakan sikat gigi, yaitu sikat kecil yang khusus dirancang untuk digunakan pada gigi

(Singh, 2011). Menggosok gigi adalah membersihkan gigi dari partikel-partikel makanan, plak, dan bakteri; memijat gusi; dan mengurangi ketidaknyamanan yang dihasilkan oleh bau dan rasa yang tidak nyaman (Potter & Perry, 2006). Gosok gigi merupakan pencegahan utama terhadap masalah gigi dan mulut. Mulut yang bersih memberikan rasa sehat dan selanjutnya menstimulus nafsu makan.

2.7.2 Alat Gosok Gigi

Sikat gigi dan pasta gigi merupakan alat yang digunakan pada saat menggosok gigi. Sikat gigi adalah alat berbentuk sikat yang digunakan untuk membersihkan gigi secara mandiri. Ciri-ciri sikat gigi yang baik adalah memiliki bulu sikat yang halus, permukaan sikat gigi rata dan bentuk kepala sikat yang ramping. Bulu sikat yang halus dan permukaan sikat gigi yang rata (ujung bulu sikat gigi bulat) tidak akan merusak email dan mengiritasi gusi pada saat pembersihan gigi. Kepala sikat yang ramping akan mempermudah pencapaian sikat di daerah mulut bagian belakang yang biasanya sulit dijangkau (Pratiwi, 2007). Sikat gigi anak harus berbeda dengan sikat gigi dewasa, baik dari ukuran kepala sikat maupun kekerasan bulunya. Ukuran sikat gigi untuk anak yang biasa digunakan adalah sikat gigi dengan panjang tangkai 13 cm, panjang kepala 2 cm, dan lebar kepalanya 0,6 cm. Sikat gigi yang digunakan untuk anak adalah sikat gigi yang lembut dari bahan nilon (Ariningrum, 2000).

Sikat gigi harus diganti apabila ada tanda-tanda kerusakan, misalnya bulu sikat mulai mekar. Sebaiknya sikat gigi diganti setelah 3 atau 4 bulan pemakaian karena sikat gigi yang sudah lama dipakai ada kemungkinan untuk menyimpan kuman-kuman (Kemp & Walters, 2004). Setiap selesai menggosok gigi bersihkan sikat gigi dengan cara mengocoknya dengan kencang dalam air atau dibilas

dengan air mengalir. Keringkan sikat gigi setiap habis digunakan dan simpan sikat gigi dengan posisi berdiri di tempatnya (Soebroto, 2009) dan pastikan sikat tidak saling bersentuhan karena bisa membuat kuman berpindah dari satu sikat ke sikat lain (Kemp & Walters, 2004). Setiap orang sebaiknya memiliki sikat gigi pribadi, jangan begantian dengan anggota keluarga yang lainnya (Pratiwi, 2007).

Pasta gigi adalah pasta atau gel yang digunakan untuk meningkatkan kesehatan gigi dan mulut dengan cara mengangkat plak dan dan sisa makanan (Pratiwi, 2007). Beberapa fungsi pasta gigi, yaitu membuat mulut menjadi bersih dan segar, kandungan flourida dalam pasta gigi membantu memperkuat dan melindungi gigi dari pembusukan (Kemp & Walters, 2004). Busa yang terbentuk saat menggosok gigi, sebaiknya tidak ditelan. Jumlah pasta gigi yang diletakkan tidak perlu sepanjang permukaan bulu sikat, melainkan seperlunya saja (kira-kira sebesar kacang polong). Jadi bukan jumlah pasta gigi yang berpengaruh terhadap kebersihan gigi, tetapi cara menyikatnya (Pratiwi, 2007).

2.7.3 Waktu Gosok Gigi

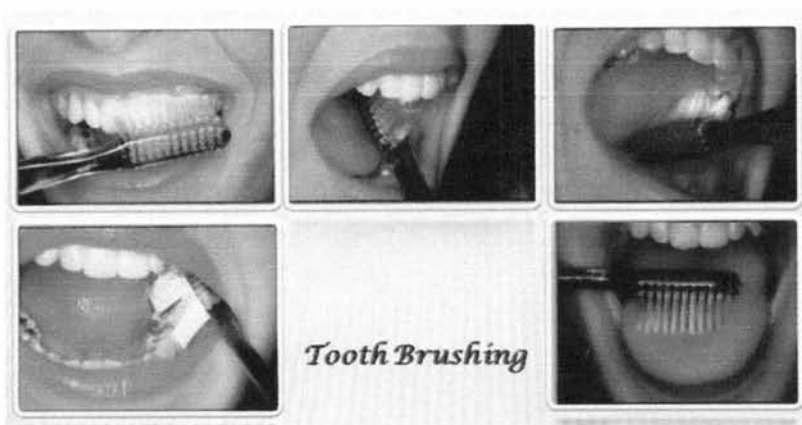
Anak sebaiknya tiga kali sehari menyikat gigi segera sesudah makan dan sebelum tidur malam, namun menggosok gigi dua kali sehari dengan menggunakan pasta gigi yang mengandung fluor terbukti dapat menurunkan karies (Angela, 2005). Menggosok gigi setelah makan bertujuan untuk mengangkat sisa makanan yang menempel di permukaan ataupun di sela-sela gigi dan gusi. Sedangkan menggosok gigi sebelum tidur berguna untuk menahan perkembangan biakan bakteri dalam mulut karena pada saat tidur mulut tidak beraktifitas sehingga akan terjadi proses penguraian makanan yang nantinya akan menyebabkan karang gigi dan karies gigi. Selain itu, dalam keadaan tidur tidak

diproduksi ludah yang berfungsi untuk membersihkan gigi dan mulut secara alami (Soebroto, 2009). Menggosok gigi sebaiknya dilakukan dalam waktu 2-3 menit.

2.7.4 Metode Menggosok Gigi Efektif

Beberapa metode telah disarankan oleh para ahli, namun belum dapat dibuktikan bahwa metode yang satu lebih baik daripada yang lain. Metode scrub memperkenalkan cara sikat gigi dengan menggerakkan sikat secara horizontal. Ujung bulu sikat diletakkan pada area batas gusi dan gigi, kemudian di gerakkan maju dan mundur berulang-ulang. Metode roll adalah cara menyikat gigi dengan gerakan memutar mulai dari permukaan kunyah gigi belakang, gusi dan seluruh permukaan gigi sisanya. Bulu sikat diletakkan pada area batas gusi dan gigi dengan posisi parallel dengan sumbu tegaknya gigi. Metode bass adalah cara menyikat gigi dengan meletakkan bulu sikat pada area gusi dan gigi sambil membentuk sudut 45 derajat dengan sumbu tegak gigi. Sikat gigi di getarkan di tempat tanpa mengubah-ubah posisi sikat gigi. Stillman mengaplikasikan metode dengan menekan bulu sikat dari arah gusi ke gigi secara berulang. Setelah dipermukaan kunyah, bulu sikat diletakkan pada area batas gusi dan gigi sambil membentuk sudut 45 derajat dengan sumbu tegak gigi seperti metode bass. Fones mengutarakan metode gerakan sikat secara horizontal sementara gigi ditahan pada posisi menggigit atau oklusi. Gerakan dilakukan memutar dan mengenai permukaan gigi atas dan bawah (Pratiwi, 2007). Metode penyikatan gigi pada anak lebih ditekankan agar mampu membersihkan keseluruhan giginya bagaimanapun caranya namun dengan bertambahnya usia diharapkan metode *bass* dapat dilakukan (Angela, 2005).

2.7.5 Langkah-Langkah Gosok Gigi yang Baik dan Benar (Kemp & Walters, 2004)



Gambar 2.2 Cara Menggosok Gigi yang Benar (Faculty.ksu.edu.sa, 2012)

1. Basahi sikat gigi dengan air bersih.
2. Oleskan pasta gigi secukupnya (sebesar kacang polong) pada ujung sikat gigi.
3. Berkumur terlebih dahulu sebelum menyikat gigi.
4. Posisikan sikat gigi dengan kemiringan 45° pada baris gusi dan gerakan melingkar dengan lembut di satu atau dua gigi sekaligus.
5. Mulailah dengan permukaan luar gigi atas, diawali dengan geraham belakang, kemudian perlahan-lahan bergerak ke bagian tengah dan menyebrang ke sisi lain.
6. Bersihkan permukaan dalam gigi atas, dengan menyikat dari belakang ke tengah, kemudian beralih ke sisi lain. Pegang sikat gigi secara vertikal dan gunakan bagian depan sikat, sekali lagi dengan gerakan melingkar yang lembut.
7. Sikat permukaan pengunyah, dengan mendatarkan sikat gigi agar dapat membersihkan alur dan celah alamiah di geraham atas.

8. Bersihkan permukaan luar gigi bawah, diawali dengan geraham belakang, kemudian perlahan-lahan bergerak ke bagian tengah dan menyebrang ke sisi lain.
9. Bersihkan permukaan dalam gigi bawah, dengan menyikat dari belakang ke tengah, kemudian beralih ke sisi lain. Pegang sikat gigi secara vertikal dan gunakan bagian depan sikat, sekali lagi dengan gerakan melingkar yang lembut.
10. Sikat permukaan pengunyah, dengan mendatarkan sikat gigi agar dapat membersihkan alur dan celah alamiah di geraham bawah.
11. Gunakan gerakan menyapu yang lembut dari belakang ke depan untuk menyikat permukaan lidah (menghilangkan bakteri penyebab bau nafas tak sedap).
12. Setelah permukaan gigi disikat berkumur 3 kali saja agar sisa flour optimal.
13. Sikat gigi dicuci bersih dan disimpan dengan tegak dengan posisi kepala sikat di atas.

2.7.6 Makanan dan Minuman yang harus Diperhatikan oleh Anak

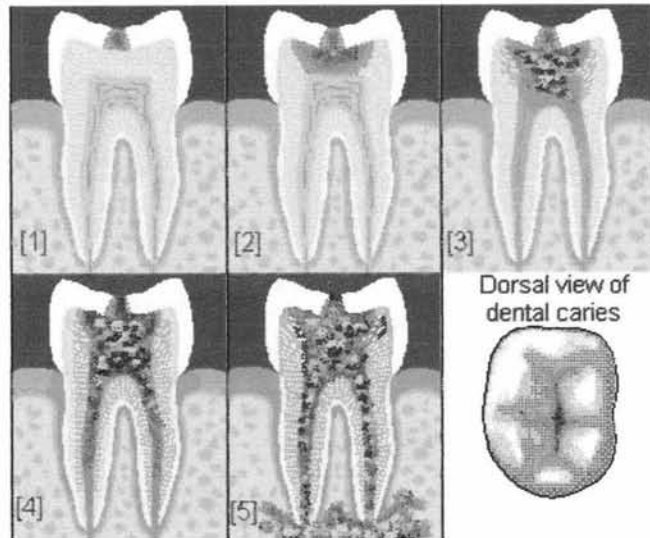
Anak usia sekolah sering mengkonsumsi makanan kariogenik (makanan yang beresiko tinggi terhadap gigi berlubang), hal ini disebabkan karena makanan tersebut bentuknya menarik dan rasanya yang enak atau lezat sangat disukai oleh anak (Hidayanti, 2005). Jenis makanan yang termasuk dalam makanan kariogenik adalah makanan ringan yang biasa dikonsumsi dalam waktu lima menit (permen, coklat, biskuit). Sedangkan yang paling berisiko tinggi untuk gigi berlubang adalah makanan ringan yang dikonsumsi dalam waktu lebih dari lima menit. Contohnya camilan seperti sejenis keripik atau konsumsi permen, coklat

dan biskuit dalam jumlah banyak. Daging, kacang, keju, buah-buahan, dan jenis sayuran, termasuk jenis makanan yang direkomendasikan dalam menjaga kesehatan gigi (Pratiwi, 2007). Anak yang banyak mengkonsumsi makanan berserat cenderung mengurangi terjadinya karies daripada anak yang mengkonsumsi makanan yang lunak dan banyak mengandung gula (Budisuari, dkk, 2010). Selain makanan, beberapa jenis minuman juga dapat merusak kesehatan gigi, seperti minuman bersoda, limun, dan sari buah semuanya mengandung kadar gula tinggi dan asam karbonat. Minuman yang mengandung soda dan asam sitrat menyebabkan erosi gigi. Minum air putih setelah selesai makan atau menyantap kudapan dirasa lebih baik dalam menjaga kesehatan gigi karena membantu membersihkan sisa-sisa makanan di antara gigi (Kemp & Walters, 2004).

2.7.7 Penyakit Gigi yang Sering Terjadi pada Anak

1. Karies gigi (gigi berlubang)

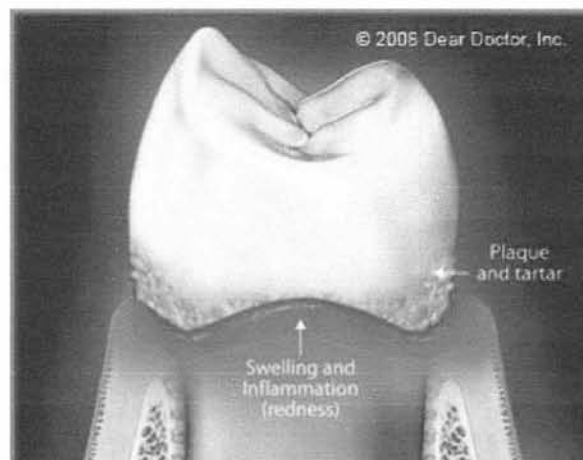
Karies gigi adalah penyakit infeksi dan merupakan suatu proses demineralisasi yang progresif pada jaringan keras permukaan mahkota dan akar gigi yang dapat dicegah (Angela, 2005). Perluasan penyakit ini, bila tidak segera ditangani akan dapat meluas hingga ke pulpa gigi dan merusak seluruh mahkota gigi. Hal ini dapat menimbulkan rasa sakit, terganggunya fungsi pengunyahan, radang gusi, terbentuknya abses, perubahan penampilan pasien, dan efek-efek sosial yang berkaitan dengannya. Li and Wang dalam Angela (2005) mengatakan bahwa anak yang mempunyai karies pada gigi sulung mempunyai kecenderungan tiga kali lebih besar untuk terjadinya karies pada gigi permanen.



Gambar 2.3 Karies Gigi (ayosehat.tumblr.com, 2012)

2. Karang gigi (kalkulus)

Karang gigi adalah plak yang telah mengalami pengerasan, kalsifikasi atau remineralisasi (Pratiwi, 2007). Karang yang melekat pada permukaan mahkota gigi biasanya berwarna kuning sampai kecoklatan yang dapat terlihat mata dan tidak dapat dibersihkan dengan sikat gigi. Karang gigi timbul akibat asam yang dihasilkan oleh bakteri dalam mulut sehingga terbentuk substansi berwarna kekuningan pada permukaan gigi.



Gambar 2.4 Karang Gigi (sdpaccgigi.files.wordpress.com, 2012)

3. Radang gusi (*gingivitis*)

Radang gusi adalah infeksi dan peradangan pada gusi akibat kebersihan mulut yang buruk dan bakteri. Bakteri yang terakumulasi diantara gigi merupakan penyebab utama peradangan gusi. Penyebab utama dari *gingivitis* adalah plak. Jika plak tidak dibersihkan setiap hari dengan menggosok gigi dan *flossing*, akan menghasilkan racun, dan bakteri akan mengiritasi gusi, menyebabkan ketidaknyamanan, dan akhirnya radang gusi muncul pada garis gusi (*Phuket Domestic Dental Clinic*, 2012). Gejala dari radang gusi adalah gusi tampak merah, bengkak dan mudah berdarah (Soebroto, 2009).

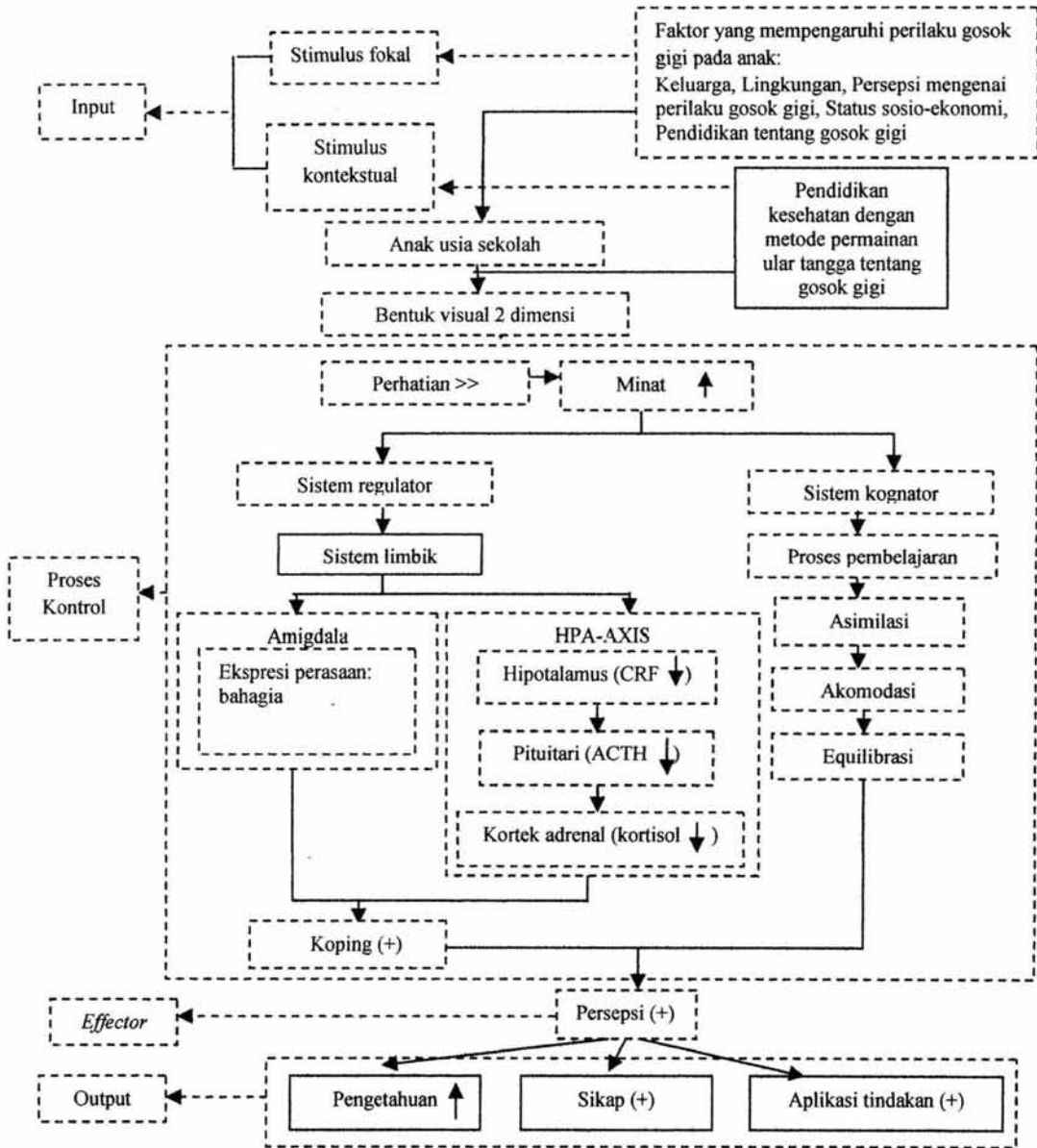


Gambar 2.5 *Gingivitis* (medicalook.com, 2012)

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan:

[Dashed box] = Tidak diukur [Solid box] = Diukur

Gambar 3.1. Kerangka konsep pengaruh pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi ular tangga terhadap perubahan pengetahuan, sikap, dan aplikasi tindakan gosok gigi anak usia sekolah di SD wilayah Paron Ngawi (berdasarkan teori Roy, Piaget).

Dapat dijelaskan mekanisme pengaruh pendidikan kesehatan dalam meningkatkan perilaku gosok gigi pada anak usia sekolah. Faktor yang mempengaruhi perilaku gosok gigi pada anak antara lain: keluarga, lingkungan, persepsi mengenai gosok gigi, status sosio ekonomi dan pendidikan tentang gosok gigi. Anak usia sekolah dasar perlu mengetahui cara gosok gigi yang baik dan benar. Melalui permainan ular tangga yang bertema pendidikan gosok gigi diharapkan menjadi salah satu faktor yang turut berperan dalam proses belajar yang dapat meningkatkan perilaku gosok gigi anak usia sekolah khususnya yang memiliki pengetahuan kurang akan hal tersebut.

Roy mengemukakan bahwa manusia sebagai sebuah sistem adaptif. Sebagai sistem adaptif, manusia dapat digambarkan secara holistik sebagai satu kesatuan yang mempunyai *input*, kontrol, efektor, dan *output* (Galbreath, 1990). *Input* dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan tentang gosok gigi. Media ular tangga mampu meningkatkan perhatian anak sehingga minat anak terhadap materi (informasi-informasi) yang diberikan berikun di dalam permainan meningkat. Dengan kata lain anak mau ikut terlibat dalam proses belajar yang ada dalam media ular tangga tersebut. Proses belajar merupakan proses kontrol dalam penelitian ini. Mekanisme kontrol dibagi menjadi atas regulator dan kognator. Subsistem kognator berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Dalam hal ini proses belajar masuk dalam subsistem kognator. Menurut Piaget, proses pembelajaran sebenarnya terdiri atas 3 tahapan, yaitu asimilasi (pengintegrasian informasi baru), akomodasi (penyesuaian struktur kognitif ke dalam situasi yang

baru) dan ekuilibriasi (penyesuaian kesinambungan antara asimilasi dan akomodasi) (Gordon & Browne, 2011). Keseimbangan antara asimilasi dan akomodasi menyebabkan anak mampu beradaptasi dengan informasi baru yang telah diberikan. Sistem regulator dalam penelitian ini adalah rasa senang yang dipengaruhi oleh sistem limbik (amigdala dan HPA-AXIS), sehingga tercapai koping yang positif. Akibat terjadinya proses kognator dan regulator anak mempunyai persepsi positif (efektor penelitian) tentang gosok gigi, sehingga anak tertarik untuk menerapkan informasi yang di dapatkan dalam kehidupan sehari-hari. Akhirnya terjadi peningkatan pengetahuan, perubahan sikap menjadi positif, dan aplikasi tindakan gosok gigi menjadi lebih baik (*output* penelitian). Perubahan ketiga komponen tersebut dapat menurunkan resiko terjadinya masalah pada gigi dan mulut dikalangan anak usia sekolah.

3.2 Hipotesis Penelitian

H1 diterima yang artinya:

1. Ada pengaruh antara pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi ular tangga terhadap pengetahuan, sikap, dan aplikasi tindakan gosok gigi anak usia sekolah di SD wilayah Paron Ngawi.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian eksperimen semu (*Quasy Experiment*) yakni rancangan penelitian yang berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok kontrol disamping kelompok eksperimental. Pemilihan kedua kelompok ini tidak menggunakan teknik acak (Nursalam, 2011). Dalam penelitian ini, peneliti bertujuan mencari adanya pengaruh pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi ular tangga terhadap perubahan perilaku gosok gigi anak usia sekolah.

Tabel 4.1 Rancangan Penelitian “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi dengan Metode Permainan Simulasi Ular Tangga terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap, dan Aplikasi Tindakan Gosok Gigi Anak Usia Sekolah di SD Wilayah Paron Ngawi” (Nursalam, 2011).

Subyek	<i>Pra Test</i>	Perlakuan	<i>Pasca Test</i>
K-A	O	I	OI-A
K-B	O	-	OI-B
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan:

- K-A : Subjek siswa kelas 2 sekolah dasar (kelompok perlakuan).
- K-B : Subjek siswa kelas 2 sekolah dasar (kelompok kontrol).
- O : Observasi sebelum pemberian intervensi (*pre test*).
- : Tidak dikenai intervensi.
- I : Intervensi (pendidikan kesehatan permainan simulasi ular tangga).
- OI (A+B) : Observasi setelah pemberian intervensi (*post test*).

4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2011). Pembagian populasi menurut Sastroasmoro dan Ismail (1995) yang dikutip oleh Nursalam (2011) meliputi populasi target dan populasi

terjangkau. Populasi target dalam penelitian ini adalah semua siswa SD/MI di wilayah Paron Ngawi yaitu 32 SD/MI. Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah semua siswa yang ada di 2 SDN wilayah Paron Ngawi.

4.2.2 Sampel

Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling. Kriteria sampel dapat dibedakan menjadi 2 bagian yaitu inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2011). Sampel dalam penelitian ini adalah siswa SDN Dawu 2 dan SDN Gelung 3 yang memenuhi kriteria inklusi antara lain:

1. Siswa kelas 2 dengan usia 7-8 tahun.
2. Siswa yang memperoleh ijin dari orang tuanya untuk mengikuti penelitian.
3. Siswa yang sehat jasmani.

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2011).

Adapun kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

1. Siswa yang tidak masuk saat dilakukan penelitian.

4.2.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu menetapkan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi (Nursalam, 2011). Peneliti melakukan pengundian dalam menentukan sekolah mana yang dijadikan kelompok perlakuan, dalam hal ini

SDN Dawu 2 keluar sebagai kelompok perlakuan. Pengelompokan kelompok perlakuan dalam kelompok-kelompok kecil dilakukan dengan menuliskan nama masing-masing anak pada selembar kertas. Kertas yang sudah berisi nama semua anak, dimasukkan dalam satu kotak dan diacak. Pengambilan pertama sampai ke lima masuk dalam kelompok satu, pengambilan keenam sampai kesepuluh masuk dalam kelompok dua, pengambilan kesebelas sampai kelima belas masuk kelompok tiga, pengambilan keenam belas sampai kedua puluh masuk kelompok empat, begitu seterusnya. Setiap kelompok maksimal terdiri dari 5 siswa.

4.3 Identifikasi Variabel

Soeprapto (2000) yang dikutip oleh Nursalam (2011) menjelaskan variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (orang, benda, dan lain-lain).

4.3.1 Variabel Bebas (*Independent*)

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lainnya. Suatu intervensi yang di manipulasi menyebabkan suatu dampak pada variabel dependen (Nursalam, 2011). Dalam penelitian ini variabel independennya adalah pendidikan kesehatan dengan metode permainan ular tangga.

4.3.2 Variabel Terikat (*Dependent*)

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel terikat merupakan faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas (Nursalam, 2011). Dalam penelitian ini variabel dependennya adalah pengetahuan, sikap, dan aplikasi tindakan gosok gigi.

4.4 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi dengan Metode Permainan Simulasi Ular Tangga terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap, dan Aplikasi Tindakan Gosok Gigi Anak Usia Sekolah di SD Wilayah Paron Ngawi.”

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Score
Variabel independent Pendidikan kesehatan dengan metode permainan ular tangga	Suatu proses pembelajaran melalui metode permainan ular tangga yang telah dimodifikasi dan mengandung informasi tentang gosok gigi kepada individu untuk meningkatkan kesehatan gigi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anak diberikan perlakuan berupa permainan ular tangga. 2. Semua perintah dan pertanyaan yang berada pada kotak ular tangga telah dilakukan dan terjawab. 3. Dimainkan 4 kali dalam seminggu. 4. Satu kali pertemuan ± 50 menit. 	SAK (Satuan Acara Kegiatan)		
Variabel dependent 1. Pengetahuan tentang gosok gigi	Hasil tahu siswa tentang kegiatan menggosok gigi.	Pemahaman siswa tentang : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sikat gigi dan pasta gigi yang baik untuk kesehatan gigi. 2. Waktu dan frekuensi untuk menggosok gigi. 3. Makanan dan minuman yang dapat merusak gigi. 4. Makanan dan minuman yang menyehatkan gigi. 5. Penyakit yang dapat terjadi jika tidak menggosok gigi. 	Kuesioner	Ordinal	Pernyataan positif terdapat pada no 1, 2, 3, 4, 12, dan 13. Penilaian jawaban: Benar= 1 Salah= 0 Pernyataan negatif terdapat pada no 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14 dan 15.

		6. Manfaat menggosok gigi.		Penilaian jawaban:
				Salah = 1
				Benar = 0
				Baik =76-100%
				Cukup=56-75%
				Kurang = < 55%
				Kode:
				Baik= 3
				Cukup= 2
				Kurang= 1
2. Sikap menggosok gigi	Pendapat siswa tentang perilaku menggosok gigi yang masih berupa respon tertutup belum dinyatakan dalam bentuk tindakan.	Sikap siswa terhadap:	Kuesioner Ordinal	Pernyataan positif
		1. Kepercayaan akan pentingnya menggosok gigi.		terdapat pada no 1, 2,
		2. Alat dan waktu yang tepat untuk menggosok gigi		7, 8, 9, 10, dan 11.
		3. Hal-hal yang dapat merusak gigi dan perlu dihindari.		Penilaian jawaban:
		4. Kebiasaan makan makanan yang baik untuk kesehatan gigi.		SS = 4
		5. Penanganan sakit gigi.		S = 3
				TS = 2
				STS = 1
				Pernyataan negatif
				terdapat pada no 3, 4,
				5, dan 6.
				Penilaian jawaban:
				SS = 1

						<p>S = 2 TS = 3 STS = 4</p> <p>Positif bila $T \geq \text{mean data}$. Negatif bila $T < \text{mean data}$.</p> <p>Kode: Positif: 2 Negatif: 1</p>
3. Aplikasi tindakan gosok gigi	Kemampuan siswa dalam melakukan praktik menggosok gigi dengan langkah-langkah yang baik dan benar.	<p>1. Mengamati tindakan siswa dalam menggosok gigi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Basahi sikat gigi dengan air bersih. 2) Oleskan pasta gigi sebesar kacang polong pada ujung sikat gigi. 3) Berkumur terlebih dahulu. 4) Posisikan sikat gigi 45° pada baris gusi dan gerakan melingkar dengan lembut di satu atau dua gigi sekaligus. 5) Menggosok permukaan luar gigi atas. 6) Bersihkan permukaan dalam gigi atas. 7) Menggosok permukaan pengunyah atas. 8) Menggosok permukaan luar gigi bawah. 9) Menggosok permukaan dalam gigi bawah. 10) Menggosok permukaan pengunyah bawah. 	Observasi (lembar <i>checklist</i>)	Ordinal	<p>Penilaian tindakan: Ya = 1 Tidak = 0</p> <p>Baik = 76-100% Cukup = 56-75% Kurang = $\leq 55\%$</p> <p>Kode: Baik = 3 Cukup = 2 Kurang = 1</p>	

-
- 11) Menggosok permukaan lidah.
 - 12) Setelah permukaan gigi disikat berkumur 3 kali saja agar sisa flour optimal.
 - 13) Sikat gigi dicuci bersih dan disimpan dengan tegak dengan posisi kepala sikat di atas.
-

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen adalah alat atau fasilitas yang digunakan untuk mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik dalam arti lebih cermat, lengkap, dan sistematis, sehingga mudah diolah (Arikunto, 2009). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu:

1. Ular tangga

Papan permainan ular tangga telah dimodifikasi oleh peneliti. Papan tersebut terdiri dari 49 kotak yang 10 kotak diantaranya berisi pertanyaan terbuka yang harus dijawab, dan 6 kotak berisi perintah yang harus dilakukan oleh pemain. Domain pengetahuan terdapat pada pertanyaan no 3, 6, 11, 17, 22, 26, 30, 33, 37 dan perintah no 20, 40. Domain sikap terdapat pada perintah no 7, 14, 24, dan 47. Sedangkan domain tindakan terdapat pada pertanyaan no 42. Jawaban pemain benar atau salah bisa dilihat pada lembar jawaban yang disediakan, sesuai dengan nomor yang tertera pada kotak. Perintah yang harus dilakukan pemain juga berada pada lembar perintah yang sudah disediakan sesuai dengan nomor yang tertera pada kotak. Papan ular tangga sudah dicoba kepada 5 anak di daerah bronggalan dengan durasi 35 menit selama satu kali permainan. Anak dapat memahami pertanyaan yang berada pada kotak walaupun terkadang masih kesulitan untuk menjawab pertanyaan karena tidak tahu. Mereka terlihat senang dan antusias untuk memainkan permainan tersebut Satuan Acara Kegiatan (SAK) juga digunakan dalam pelaksanaan permainan ular tangga tersebut.

2. Alat peraga

Alat peraga yang digunakan dalam penelitian ini adalah manekin gigi dan mulut. Manekin ini digunakan pada saat siswa mendapat pertanyaan tentang cara

menggosok gigi. Sehingga siswa tersebut dapat memperagakan cara menggosok gigi yang biasa dilakukan di rumah dan siswa dapat mengetahui cara menggosok gigi yang benar setelah melihat lembar jawaban.

3. Kuesioner pengetahuan

Kuesioner pengetahuan terdiri dari pertanyaan yang berbentuk *forced choice question* dengan memilih jawaban yang benar, bila dijawab dengan benar maka skor 1 dan bila salah skor 0. Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner modifikasi dari Putra (2007). Kuesioner ini telah dilakukan uji validitas terhadap 10 responden di daerah mulyorejo tengah, dengan hasil uji reliabilitas 0,745 dan rentang nilai hasil uji validitas adalah 0,261-0,633, hal ini dapat dilihat pada lampiran 11.

Soal pengetahuan no 1, 2, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 19 akan digunakan dalam penelitian ini dan di tambah dengan soal pengetahuan (no 8, 12, 14, 15) dari kuesioner yang dibuat oleh peneliti berdasarkan materi yang ingin disampaikan serta disesuaikan dengan parameter pada definisi operasional penelitian. Kuesioner yang dibuat oleh peneliti telah mengalami uji reliabilitas dan uji validitas pada 10 anak di daerah Ngawi. Nilai hasil uji reliabilitas adalah 0,727 dan rentang nilai hasil uji validitas kuesioner tersebut diantara 0,479-0,563, hal ini dapat dilihat pada lampiran 11.

4. Kuesioner sikap

Dalam mengevaluasi sikap menggunakan kuesioner yang diukur dengan skala yang terdiri dari pertanyaan *favorable* dan *unfavorable*. Nilai untuk pertanyaan *favorable* yaitu sangat setuju=4, setuju=3, tidak setuju=2, sangat tidak setuju=1. Nilai untuk pertanyaan *unfavorable* yaitu sangat setuju=1, setuju=2,

tidak setuju=3, sangat tidak setuju=4. Kuesioner sikap ini dibuat berdasarkan kuesioner sikap dari Chairana (2002) dan disesuaikan dengan parameter sikap dari definisi operasional yang ingin dicapai oleh peneliti disesuaikan dengan materi yang ingin di sampaikan peneliti. Soal yang akan digunakan dalam penelitian adalah soal nomor 1, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, dan 14. Kuesioner ini telah dilakukan uji validitas terhadap 10 responden di daerah mulyorejo tengah, dengan nilai hasil uji reliabilitasnya 0,658 dan rentang nilai hasil uji validitasnya diantara 0,360-0,635, hasil dapat dilihat pada lampiran 11.

5. Lembar *check list* aplikasi tindakan gosok gigi

Peneliti menggunakan lembar penilaian tindakan berupa *check list*, apabila langkah tersebut tidak dilakukan skor 0, dan jika dilakukan skor 1. Sikap, pengetahuan dan aplikasi tindakan menggunakan data ordinal.

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di SDN Dawu 2 dan SDN Gelung 3. Penelitian ini akan dilaksanakan selama 3 minggu pada 28 Mei - 14 Juni 2012.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Proses pengambilan data diperoleh setelah mendapatkan rekomendasi dari bagian akademik Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, selanjutnya peneliti melakukan:

1. Meminta persetujuan dari kepala sekolah SDN Dawu 2 dan kepala sekolah SDN Gelung 3. Peneliti memberikan penjelasan awal tentang penelitian yang

akan dilakukan kepada siswa yang akan menjadi responden penelitian pada masing-masing sekolah.

2. Hari ke 1 (senin) peneliti memberikan penjelasan kepada siswa tentang penelitian yang akan dilakukan. Peneliti memberikan surat persetujuan kepada siswa bersama dengan surat permohonan menjadi responden dan surat pengantar dari pihak sekolah. Surat persetujuan tersebut bertujuan untuk meminta kesediaan siswa untuk menjadi responden penelitian dengan meminta orang tua (Bapak/ Ibu/ Wali dari siswa tersebut) siswa untuk menandatangani surat persetujuan menjadi responden (*informed consent*). Surat persetujuan dikembalikan pada keesokan harinya atau pada hari ke 2 (selasa).
3. Pada hari ke 2 (selasa) dilakukan *pre test*. *Pre test* dilakukan dengan membagikan kuesioner tentang pengetahuan dan sikap kepada siswa. Dalam pengisian kuesioner peneliti memberikan penjelasan singkat tentang cara pengisiannya dan memandu siswa dalam proses pengisian sehingga siswa tidak mengalami kebingungan dan semua siswa selesai melakukan pengisian kuesioner secara bersamaan. Pengisian kuesioner dilakukan bersama-sama selama 15 menit. Setelah pengisian kuesioner peneliti melakukan observasi kemampuan siswa dalam melakukan praktik menggosok gigi dengan menggunakan lembar evaluasi tindakan (*check list*). Observasi kemampuan siswa dalam menggosok gigi dilakukan oleh 4 orang fasilitator yaitu peneliti dan tiga mahasiswa fakultas keperawatan angkatan 2008 yang sebelumnya telah diberikan pengarahan tentang pelaksanaan kegiatan tersebut. Setiap fasilitator menilai 5 siswa secara bergantian. Fasilitator secara bergantian

memanggil satu persatu siswa menuju tempat yang disediakan untuk dilakukan praktik gosok gigi. Hal ini dilakukan untuk menghindari kesamaan jawaban dari siswa. Fasilitas alat-alat perlengkapan gosok gigi disediakan untuk masing-masing siswa. Setiap siswa diberikan waktu 5 menit untuk melakukan langkah-langkah gosok gigi. Total waktu yang diperlukan setiap siswa untuk mengisi kuesioner dan praktik menggosok gigi atau *pre test* adalah 20 menit.

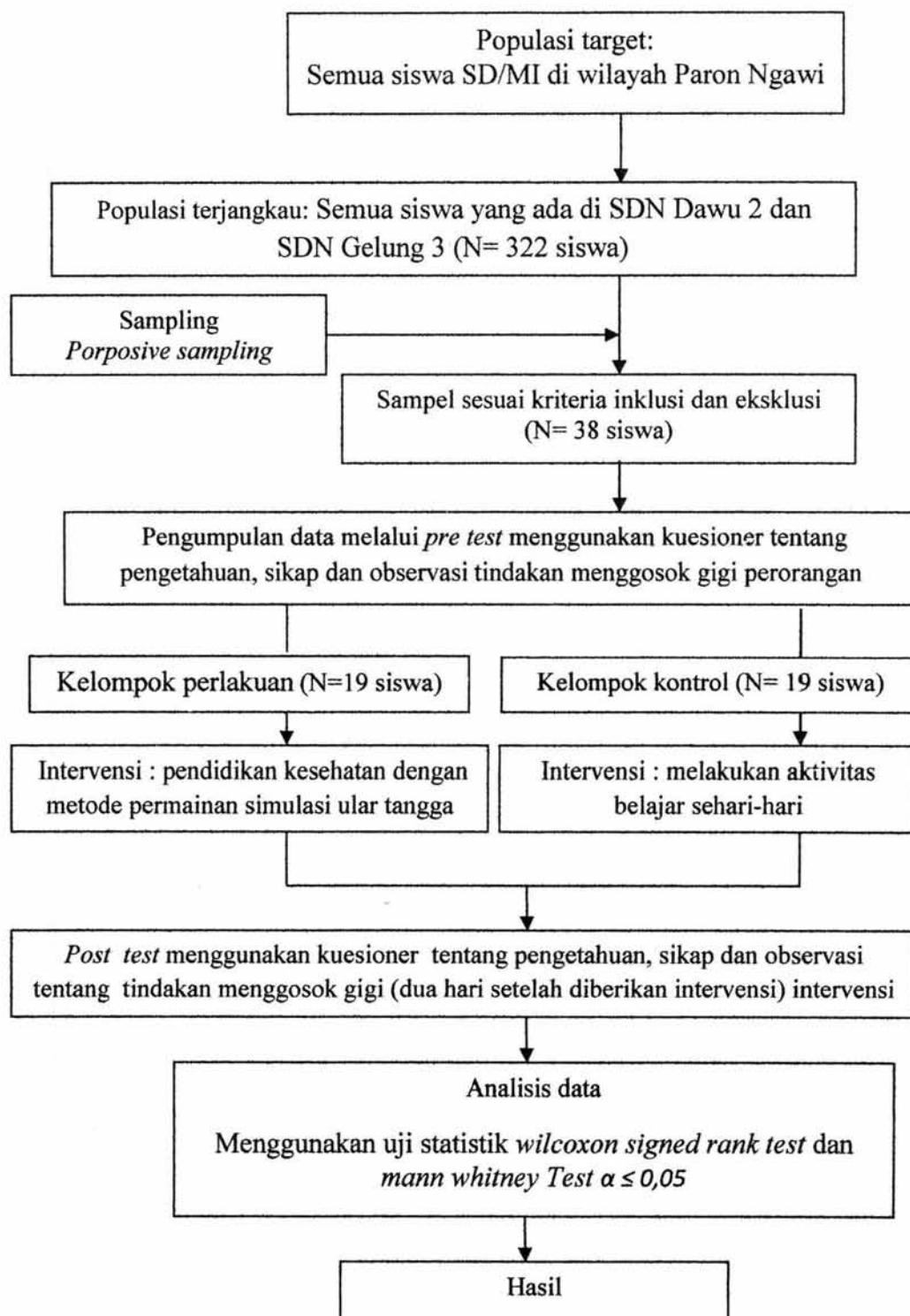
4. Pada hari ke 3 (rabu) dilakukan pembagian kelompok dan fasilitator untuk permainan ular tangga. Pembagian kelompok dan fasilitator bersifat tetap dari pertemuan pertama hingga terakhir. Satu kelompok maksimal terdiri dari 5 siswa. Masing-masing kelompok akan didampingi oleh seorang fasilitator. Fasilitator tersebut adalah mahasiswa yang telah diberikan pelatihan sebelumnya sehingga mempunyai persepsi yang sama. Permainan dilakukan dalam 4 kali pertemuan dalam satu minggu yaitu pada hari ke 3 (rabu), hari ke 4 (kamis), hari ke 5 (jum'at), dan hari ke 6 (sabtu). Penentuan frekuensi pertemuan ini, berdasarkan hasil penghitungan peluang dengan rumus: jumlah kotak yang berisi pertanyaan dibagi jumlah seluruh kotak yang tersedia, tanpa memperhatikan jumlah pemain dan jumlah dadu yang digunakan. Jadi $16 / 49 = 1 / 3,3$ dibulatkan menjadi $1 / 4$ sehingga didapatkan minimal dalam satu kali permainan kemungkinan ada 4 kotak yang terbuka. Kegiatan ini dilakukan pada jam pelajaran terakhir, tepatnya 50 menit sebelum waktu pulang siswa yaitu jam 9.40 WIB – 10.30 WIB, dengan rincian waktu 5 menit untuk pembukaan, 35 menit untuk bermain ular tangga, dan 10 menit untuk diskusi.

Pada papan permainan terdapat kotak yang berisi perintah atau pertanyaan yang harus dilakukan atau dijawab oleh pemain. Permainan simulasi ular tangga dimulai ketika semua siswa telah berkumpul dengan teman satu kelompok dan fasilitator masing-masing. Para pemain harus melakukan hompimpa untuk menentukan giliran dalam permainan. Fasilitator berperan untuk memberikan pengarahan tentang jalannya permainan dan menjadi moderator dalam diskusi. Permainan berakhir apabila ada salah satu pemain yang sudah mencapai kotak terakhir. Apabila masih ada kotak pertanyaan atau perintah yang belum terbuka sampai pertemuan terakhir maka pada saat diskusi pertemuan terakhir kotak yang belum terbuka akan dibahas dalam diskusi tersebut. Pada pelaksanaan permainan di hari terakhir semua kelompok berhasil membuka semua perintah dan pertanyaan, bahkan ada beberapa perintah atau pertanyaan terbuka lebih dari satu kali.

5. *Post test* dilakukan pada hari ke 8 (senin), dengan membagikan kuesioner tentang pengetahuan dan sikap kepada siswa. Dilanjutkan penilaian praktik menggosok gigi dengan menggunakan lembar evaluasi tindakan (*check list*), dilakukan oleh 4 orang fasilitator. Setiap fasilitator menilai 5 siswa secara bergantian. Fasilitator *post test* akan menilai siswa yang sama pada saat *pre test*. Siswa yang telah selesai melakukan tindakan gosok gigi tetap berada ditempat tersebut sampai seluruh siswa selesai melakukan penilaian. Setiap siswa diberikan waktu 5 menit untuk melakukan langkah-langkah gosok gigi. Total waktu yang diperlukan setiap siswa untuk mengisi kuesioner dan praktik menggosok gigi atau *post test* adalah 20 menit.
6. Data yang telah diperoleh selanjutnya diolah dan dianalisa.

7. Pada kelompok kontrol pemberian *informed consent* dilakukan pada hari ke 8 (senin) dan dikembalikan pada hari ke 9 (selasa). *Pre test* dilakukan pada hari ke 9 (selasa). *Post test* dilakukan empat hari kemudian, yaitu pada hari ke 13 (sabtu). Sama halnya dengan kelompok perlakuan, responden kelompok kontrol juga mengalami masalah pada perilaku gosok gigi sehingga pada kelompok kontrol juga diberikan pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi ular tangga. Pemberian intervensi pada kelompok kontrol dilakukan diluar penelitian. Pemberian pendidikan kesehatan dengan metode permainan simulasi ular tangga dilakukan 4 kali pada hari ke 15 (senin), 16 (selasa), 17 (rabu), dan 18 (kamis), hal ini dilakukan untuk etik dalam penelitian. Durasi waktu dan materi *pre test* serta materi *post test* yang digunakan dalam pelaksanaan kegiatan untuk kelompok kontrol sama dengan durasi waktu untuk kelompok perlakuan. Peneliti mengalami kesulitan dalam mengkondisikan siswa pada saat pelaksanaan *pre test* dan *post test*, sehingga meminta bantuan dari guru kelas untuk mengatasi masalah tersebut.

4.8 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi dengan Metode Permainan Simulasi Ular Tangga terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap, dan Aplikasi Tindakan Gosok Gigi Anak Usia Sekolah di SD wilayah Paron Ngawi .

4.9 Analisis Data

Dari hasil pengisian kuesioner dilakukan analisis deskriptif dengan menggunakan tabel distribusi dan konfirmasikan dalam bentuk prosentase dan narasi (Azwar, 2007).

1. Analisis deskriptif

1) Variabel pengetahuan

Aspek pengetahuan dinilai dengan menggunakan rumus:

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Dimana: P = Prosentase.

f = Jumlah jawaban benar.

N = Jumlah skor maksimal jika pertanyaan dijawab benar.

Setelah prosentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria:

Baik: bila hasilnya 76-100%

Cukup: bila hasilnya 56-75%

Kurang: bila hasilnya $\leq 55\%$

2) Variabel sikap

Skala Likert digunakan untuk mengukur sikap. Skala ini terdiri dari 4 jawaban, SS=4, S=3, TS=2, STS=1 untuk pernyataan positif dan untuk pernyataan negatif dengan ketentuan SS=1, S=2, TS=3, STS=4. Kemudian dimasukkan ke dalam rumus (Azwar, 2007):

$$T = 50 + 10 \frac{x - \bar{x}}{s}$$

Dimana: T = Nilai sikap.

x = Skor responden.

\bar{x} = Nilai rata-rata kelompok.

s = Standart deviasi.

Sikap dinyatakan positif bila skor = $T \geq$ mean data dan sikap dikatakan negatif bila skor = $T <$ mean data.

$$\text{Mean data} = \frac{T \text{ total}}{\text{Jumlah responden}}$$

3) Variabel tindakan

Aspek tindakan dinilai dengan menggunakan rumus (Azwar, 2007):

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Dimana: P = Prosentase.

f = Jumlah jawaban benar.

N = Jumlah skor maksimal jika pertanyaan dijawab benar.

Setelah prosentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria:

Baik: bila hasilnya 76-100%

Cukup: bila hasilnya 56-75%

Kurang: bila hasilnya $\leq 55\%$

2. Analisis statistik

Setelah data terkumpul, tabulasi data dan kemudian dianalisis dengan uji statistik *wilcoxon signed rank test* karena dalam penelitian ini akan diterapkan *pre-post test* pada masing-masing kelompok untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan dependen dengan skala data ordinal dan tingkat

kemaknaan $\alpha \leq 0,05$. Apabila $P \leq 0,05$ maka H_1 diterima yang berarti terdapat perbedaan antara sebelum dan setelah mendapat perlakuan. Peneliti menggunakan uji statistik *mann whitney u test* dengan menggunakan derajat kemaknaan $p < 0,05$ untuk membandingkan hasil *post test* kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

4.10 Etik Penelitian

Apabila manusia dijadikan sebagai subjek suatu penelitian, hak sebagai manusia harus dilindungi (Nursalam, 2011). Peneliti menggunakan subjek siswa SDN Dawu 2 dan siswa SDN Gelung 3, setelah mendapatkan rekomendasi dari Program Studi Ilmu Keperawatan UNAIR kemudian peneliti mengajukan permohonan ijin Kepala Sekolah SDN Dawu 2 dan Kepala Sekolah SDN Gelung 3. Masalah etik yang ditekankan sebagai berikut:

4.10.1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)

Penelitian ini menggunakan subjek manusia sehingga *informed consent* sangat diperlukan agar tidak melanggar hak-hak (otonomi) manusia sebagai subjek penelitian. Tujuannya ialah responden mengetahui maksud dan tujuan dari penelitian serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Jika responden bersedia untuk dijadikan subjek penelitian maka selanjutnya mengisi lembar persetujuan dan menandatangani. Bila responden tidak bersedia untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-hak calon subjek penelitian. Dalam penelitian ini yang menandatangani *informed consent* adalah orang tua atau wali siswa yang bersangkutan.

4.10.2 Tanpa Nama (*Anominity*)

Demi menjaga kerahasiaan identitas subjek, peneliti tidak akan mencantumkan nama subjek yang menjadi responden pada lembaran pengumpulan data. Lembar tersebut hanya diberi nomor dan inisial.

4.10.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah didapat dari responden dijamin oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.11 Keterbatasan

Penelitian ini masih memiliki keterbatasan antara lain:

1. Perlu dipertimbangkan lagi apabila penelitian harus melibatkan tim untuk menghindari ketidaksamaan persepsi dalam mengobservasi.
2. Penelitian ini melakukan penilaian aplikasi tindakan gosok gigi secara terpimpin di sekolahan, diharapkan untuk penelitian selanjutnya melakukan penilaian tindakan gosok gigi di rumah.
3. Validitas hasil data umum tentang tindakan gosok gigi, frekuensi konsumsi makanan manis dalam sehari, serta frekuensi gosok gigi dalam sehari belum bisa dipastikan kebenarannya karena peneliti tidak melakukan observasi kegiatan responden selama di rumah.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan pengaruh pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode simulasi permainan ular tangga terhadap perubahan perilaku menggosok gigi anak usia sekolah di SDN Dawu 2, Paron, Ngawi.

5.1 Hasil Penelitian

Berikut ini akan diuraikan tentang gambaran lokasi penelitian, karakteristik responden dan variabel. Variabel yang diukur meliputi perilaku menggosok gigi sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan metode permainan simulasi ular tangga pada anak usia sekolah di SDN Dawu 2, Paron, Ngawi, dan pengaruh pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode simulasi permainan ular tangga terhadap perubahan perilaku menggosok gigi anak usia sekolah di SDN Dawu 2, Paron, Ngawi.

5.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di 2 SDN di wilayah Paron yaitu SDN Dawu 2 dan SDN Gelung 3. Penelitian ini dilaksanakan mulai tanggal 28 Mei s/d 14 Juni 2012. SDN Dawu 2 terletak di Desa Dawu, Kecamatan Paron, Kabupaten Ngawi. SDN Dawu 2 memiliki 19 orang dengan rincian 17 orang guru, 2 penjaga sekolah, dan siswa kelas 1-6 sebanyak 134 orang. Kegiatan belajar mengajar berlangsung dari hari Senin hingga hari Sabtu. Kegiatan belajar mengajar di SDN Dawu 2 untuk kelas 1 dan 2 dimulai pada pukul 07.15 WIB hingga 10.30 WIB, sedangkan untuk kelas 3-6 dimulai pada pukul 07.15 WIB hingga 12.25 WIB. Adapun kegiatan ekstra kurikuler di SDN Dawu 2 yaitu pramuka dan

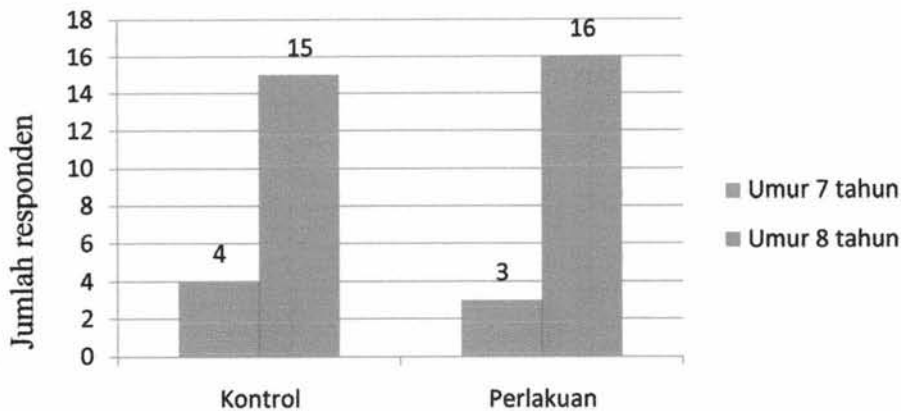
pembelajaran Al-Qur'an. SDN Dawu 2 mempunyai program UKS yaitu penyuluhan kesehatan gigi setiap 3 bulan sekali, dan program pemeriksaan gigi dari puskesmas setiap satu tahun sekali untuk siswa kelas 1.

SDN Gelung 3 terletak di Desa Gelung, Kecamatan Paron, Kabupaten Ngawi. SDN Gelung 3 memiliki 20 orang dengan rincian 18 orang guru, 1 orang tata usaha, 1 orang penjaga sekolah, dan siswa kelas 1-6 sebanyak 188 orang. Kegiatan belajar mengajar berlangsung dari hari Senin hingga hari Sabtu. Kegiatan belajar mengajar di SDN Gelung 3 untuk kelas 1 dan 2 dimulai pada pukul 07.15 WIB hingga 10.30 WIB, sedangkan untuk kelas 3-6 dimulai pada pukul 07.15 WIB hingga 12.25 WIB. Adapun kegiatan ekstra kurikuler di SDN Gelung 3 yaitu pramuka dan seni karawitan. SDN Gelung 3 mempunyai program UKS penyuluhan kesehatan gigi setiap 3 bulan sekali, dan program pemeriksaan gigi dari puskesmas setiap satu tahun sekali untuk siswa kelas 1.

5.1.2 Karakteristik Responden

Berikut ini akan diuraikan tentang usia responden, jenis kelamin, tindakan menggosok gigi, frekuensi konsumsi makanan manis dalam sehari, dan frekuensi gosok gigi dalam sehari.

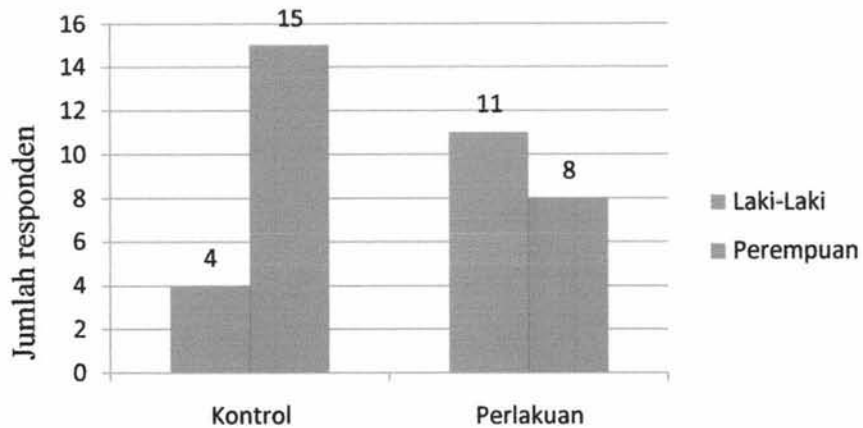
1. Distribusi responden berdasarkan umur.



Gambar 5.1 Diagram batang distribusi responden berdasarkan umur di SDN Gelung 3 Ngawi dan SDN Dawu 2 Ngawi, bulan Juni 2012.

Diagram batang pada gambar 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden baik kelompok kontrol maupun perlakuan berumur 8 tahun yang berjumlah 31 orang (82%) dan sisanya berumur 7 tahun yang berjumlah 7 orang (18%). Anak umur 7 dan 8 tahun memiliki kemampuan kognitif yang sama, yaitu anak berada pada tahap berpikir logis, masuk akal dan semakin tersosialisasi (Wong, 2009). Berdasarkan cara belajar anak umur 7 tahun dan 8 tahun melakukan proses belajar dengan cara yang semakin kompleks. Mereka menggunakan panca inderanya untuk menangkap berbagai informasi dari luar. Anak mulai mampu membaca dan berkomunikasi secara luas. Hal itu menjadi bagian dari proses belajar anak (Hurlock, 2005). Sehingga dapat disimpulkan bahwa anak umur 7 dan 8 tahun berada pada tahap perkembangan kognitif dan cara belajar yang sama.

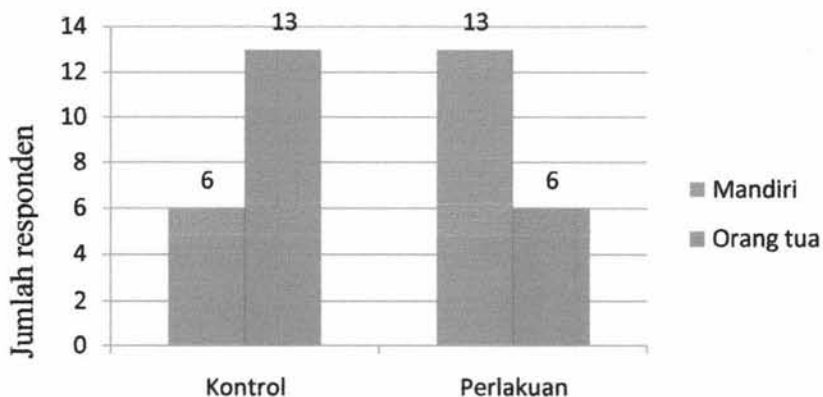
2. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin.



Gambar 5.2 Diagram batang distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di SDN Gelung 3 Ngawi dan SDN Dawu 2 Ngawi, bulan Juni 2012.

Diagram batang pada gambar 5.2 menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa responden yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak berjumlah 23 orang (61%) daripada responden yang berjenis kelamin laki-laki yang berjumlah 15 orang (39%). Anak perempuan memiliki kemampuan verbal lebih baik, sedangkan anak laki-laki memiliki kemampuan numerik lebih baik (Tambunan, 2006).

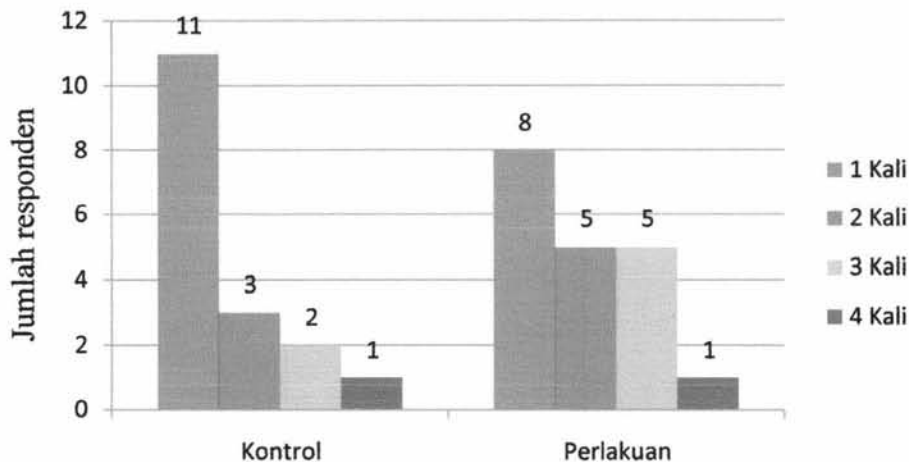
3. Distribusi responden berdasarkan tindakan gosok gigi.



Gambar 5.3 Diagram batang distribusi responden berdasarkan tindakan menggosok gigi di SDN Gelung 3 Ngawi dan SDN Dawu 2 Ngawi, bulan Juni 2012.

Diagram batang pada gambar 5.3 menunjukkan distribusi responden berdasarkan tindakan menggosok gigi bahwa pada kelompok kontrol dan perlakuan jumlah responden yang menggosok gigi atas kesadaran sendiri dan atas kehendak orang tua jumlahnya seimbang, yaitu 19 anak (50%).

4. Distribusi responden berdasarkan frekuensi konsumsi makanan manis dalam sehari.

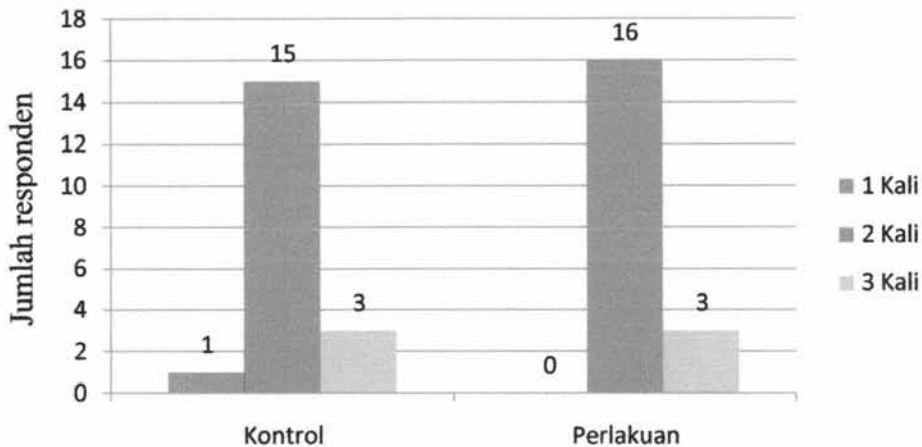


Gambar 5.4 Diagram batang distribusi responden berdasarkan frekuensi konsumsi makanan manis dalam sehari di SDN Gelung 3 Ngawi dan SDN Dawu 2 Ngawi, bulan Juni 2012.

Diagram batang pada gambar 5.4 menunjukkan distribusi responden berdasarkan frekuensi konsumsi makanan manis dalam sehari menunjukkan bahwa separuh responden mengkonsumsi makanan manis 1 kali dalam sehari, 8 anak (20%) mengkonsumsi makanan manis 2 kali dalam sehari, 7 anak (17%) mengkonsumsi makanan manis 3 kali dalam sehari, dan 2 anak (3%) mengkonsumsi makanan manis >3 kali dalam sehari. Sebagian besar responden baik kelompok kontrol dan perlakuan mengkonsumsi makanan manis 1 kali dalam sehari, yaitu 11 anak (29%) pada kelompok kontrol dan 8 anak (21%) pada kelompok perlakuan. Anak yang sering mengkonsumsi

makanan manis cenderung terjadinya karies lebih besar dibandingkan yang memiliki pola makanan berserat (Budisuari, 2010).

5. Distribusi responden berdasarkan frekuensi gosok gigi dalam sehari.

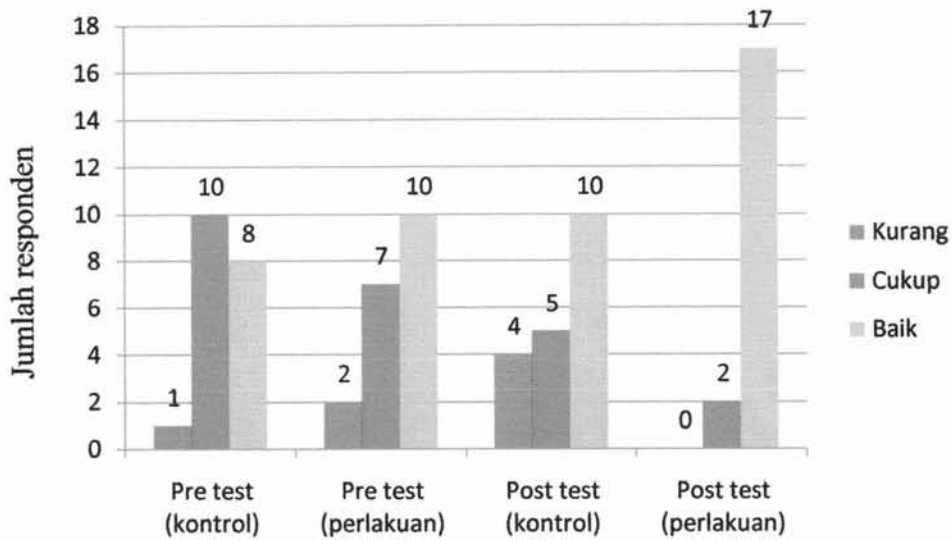


Gambar 5.5 Diagram batang distribusi responden berdasarkan frekuensi gosok gigi dalam sehari di SDN Gelung 3 Ngawi dan SDN Dawu 2 Ngawi, bulan Juni 2012.

Diagram batang pada gambar 5.5 menunjukkan distribusi responden berdasarkan frekuensi gosok gigi dalam sehari menunjukkan bahwa 1 anak (2%) gosok gigi 1 kali dalam sehari berjumlah, 31 anak (82%) gosok gigi 2 kali dalam sehari berjumlah, dan 6 anak (16%) gosok gigi 1 kali dalam sehari. Sebagian besar responden baik kelompok kontrol dan perlakuan gosok gigi 2 kali dalam sehari, yaitu 15 anak (39%) pada kelompok kontrol dan 16 anak (42%) pada kelompok perlakuan. Anak sebaiknya tiga kali sehari menggosok gigi segera setelah makan dan sebelum tidur, namun menggosok gigi dua kali sehari dengan pasta gigi yang mengandung flour terbukti dapat menurunkan karies (Angela, 2005).

5.1.3 Variabel yang diukur

1. Pengetahuan tentang gosok gigi



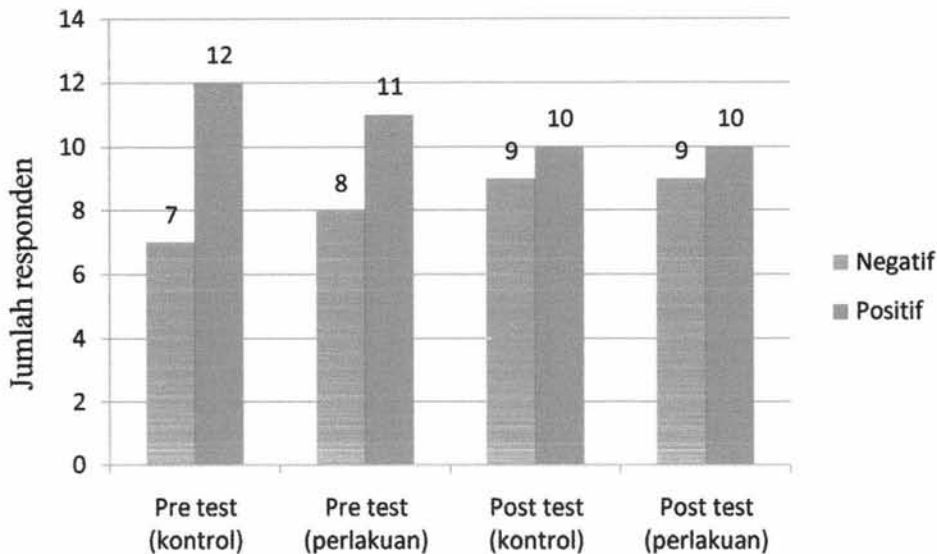
Gambar 5.6 Diagram batang distribusi pengetahuan responden kelompok kontrol di SDN Gelung 3 Ngawi dan kelompok perlakuan di SDN Dawu 2 Ngawi, bulan Juni 2012.

Diagram batang pada gambar 5.6 menunjukkan bahwa pada saat *pre test* sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan yang baik yaitu berjumlah 18 anak (47%), sebagian responden memiliki tingkat pengetahuan yang cukup yaitu 17 anak (44%), dan sebagian kecil memiliki tingkat pengetahuan kurang sebanyak 3 anak (7%) memiliki tingkat pengetahuan yang kurang. Sebagian besar responden kelompok kontrol memiliki tingkat pengetahuan yang cukup yaitu 10 anak (26%) dan sebagian besar kelompok perlakuan memiliki tingkat pengetahuan yang baik yaitu 10 anak (26%).

Jumlah responden dengan tingkat pengetahuan yang baik pada saat *post test* meningkat yaitu berjumlah 27 anak (71%), tingkat pengetahuan cukup jumlahnya berkurang menjadi 7 anak (18%), dan tingkat pengetahuan yang kurang jumlahnya meningkat yaitu 4 anak (11%). Pada saat *post test* responden kelompok kontrol sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan

yang baik yaitu 10 anak (26%) dan jumlah responden kelompok perlakuan yang memiliki tingkat pengetahuan baik meningkat menjadi 17 anak (44%).

2. Sikap

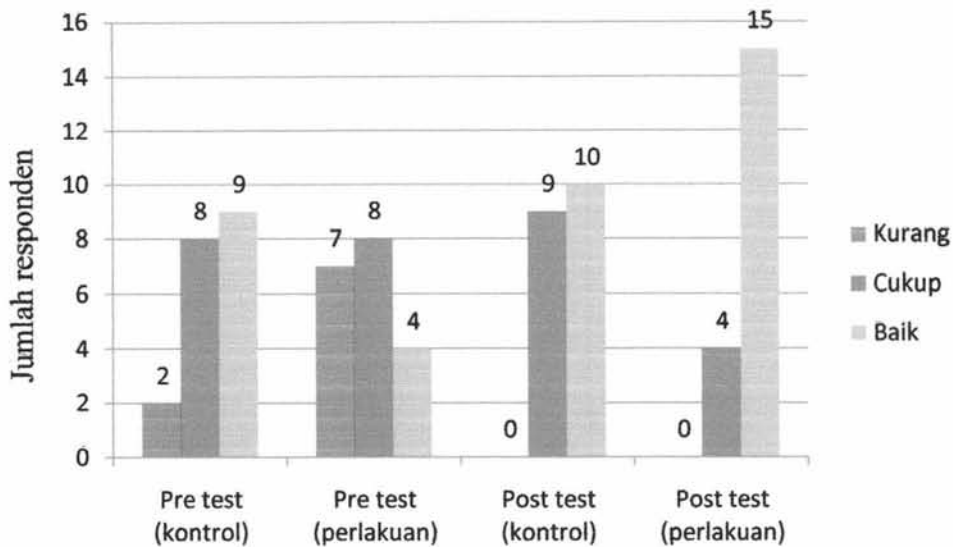


Gambar 5.7 Diagram batang distribusi sikap responden kelompok kontrol di SDN Gelung 3 Ngawi dan kelompok perlakuan di SDN Dawu 2 Ngawi, bulan Juni 2012.

Diagram batang pada gambar 5.7 menunjukkan bahwa pada saat *pre test* sebagian besar responden memiliki sikap yang positif yaitu berjumlah 23 anak (61%) dan sebagian responden memiliki tingkat sikap yang negatif sebanyak 15 anak (39%). Sebagian besar responden kelompok kontrol memiliki sikap yang positif yaitu 12 anak (32%) dan sebagian besar kelompok perlakuan memiliki sikap yang positif yaitu 11 anak (29%).

Jumlah responden dengan sikap yang positif pada saat *post test* menurun menjadi 20 anak (53%), dan responden dengan sikap yang negatif jumlahnya meningkat menjadi 18 anak (47%). Pada saat *post test* responden kelompok kontrol sebagian besar sikap yang positif yaitu 10 anak (26%) dan jumlah responden kelompok perlakuan yang memiliki sikap yang positif menurun menjadi 10 anak (26%).

3. Aplikasi tindakan gosok gigi



Gambar 5.8 Diagram batang distribusi aplikasi tindakan gosok gigi responden kelompok kontrol di SDN Gelung 3 Ngawi dan kelompok perlakuan di SDN Dawu 2 Ngawi, bulan Juni 2012.

Diagram batang pada gambar 5.8 menunjukkan bahwa pada saat *pre test* sebagian besar responden memiliki tingkat aplikasi tindakan yang cukup yaitu berjumlah 16 anak (42%), sebagian responden memiliki tingkat aplikasi tindakan yang baik yaitu 13 anak (34%), dan sebagian kecil memiliki tingkat aplikasi tindakan kurang sebanyak 9 anak (24%) memiliki tingkat aplikasi tindakan yang kurang. Sebagian besar responden kelompok kontrol memiliki tingkat aplikasi tindakan yang baik yaitu 9 anak (24%) dan sebagian besar kelompok perlakuan memiliki tingkat aplikasi tindakan yang cukup yaitu 8 anak (21%).

Sebagian besar responden pada saat *post test* memiliki tingkat aplikasi tindakan yang baik yaitu 25 anak (66%), sebagian responden memiliki tingkat aplikasi tindakan yang cukup sebanyak 13 anak (34%), dan tidak ada responden yang memiliki tingkat aplikasi tindakan yang kurang. Pada saat

post test responden kelompok kontrol sebagian besar memiliki tingkat aplikasi tindakan yang baik yaitu 10 anak (26%) dan jumlah responden kelompok perlakuan yang memiliki tingkat aplikasi tindakan yang baik meningkat menjadi 15 anak (39%).

5.1.4 Analisis Data

1. Pengetahuan tentang gosok gigi

Tabel 5.1 Nilai pengetahuan responden kelompok kontrol dan kelompok perlakuan

NO	Kontrol		Perlakuan		Kontrol		Perlakuan	
	<i>Pre test</i>	%	<i>Pre test</i>	%	<i>Post test</i>	%	<i>Post test</i>	%
1.	15	100	13	87	13	87	13	87
2.	13	87	11	73	13	87	12	80
3.	9	69	9	60	7	46	14	93
4.	11	73	12	80	11	73	13	87
5.	13	87	6	40	14	93	12	80
6.	11	73	12	80	7	46	13	87
7.	11	73	12	80	12	80	13	87
8.	12	80	13	87	13	87	14	93
9.	11	73	9	60	12	80	12	80
10.	10	67	13	87	10	67	14	93
11.	10	67	9	60	8	53	15	100
12.	13	87	11	73	13	87	13	87
13.	11	73	9	60	12	80	14	93
14.	10	67	12	80	11	73	14	93
15.	13	87	15	100	11	73	15	100
16.	13	87	9	60	13	87	9	60
17.	9	69	12	80	8	53	13	87
18.	11	73	12	80	12	80	15	100
19.	8	53	8	53	11	73	10	67
<i>Mean</i>	11,26	76,05	10,89	72,63	11,11	73,95	13,05	87,05
<i>Std. deviasi</i>	1,94	12,08	2,21	14,79	2,16	14,63	1,58	10,44
<i>Wilcoxon</i>	K.Kontrol		p=0,666		K.Perlakuan		P=0,000	

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar nilai responden kelompok kontrol yang mengalami peningkatan atau penurunan pada saat *post test* berjumlah sama yaitu 7 anak, dan 5 anak memperoleh nilai yang tetap.

Nilai *pre test* responden lebih baik daripada *post test*. Nilai *mean* pengetahuan responden kelompok kontrol pada *pre test* adalah 11,26 dengan nilai standar deviasi 1,939. Nilai *mean* pengetahuan responden kelompok kontrol pada saat *post test* adalah 11,11 dengan nilai standar deviasi 2,158. Hasil uji statistik menggunakan uji statistik *wilcoxon signed rank test* pada kelompok kontrol adalah $p=0,666$, sehingga $p>0,05$ maka H_1 ditolak artinya pada kelompok kontrol tidak ada pengaruh terhadap perubahan pengetahuan tentang menggosok gigi.

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar nilai responden kelompok perlakuan mengalami perubahan setelah diberikan intervensi, walaupun masih terdapat 3 responden dengan nilai yang tetap. Nilai *post test* responden lebih baik daripada *pre test*. Nilai *mean* pengetahuan responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan metode permainan simulasi ular tangga adalah 10,89 dengan nilai standar deviasi 2,208. Nilai *mean* pengetahuan responden meningkat setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode permainan simulasi ular tangga adalah 13,05 dengan nilai standar deviasi 1,580. Hasil uji statistik menggunakan uji statistik *wilcoxon signed rank test* pada kelompok metode demonstrasi adalah $p=0,000$, sehingga $p<0,05$ maka H_1 diterima artinya pendidikan kesehatan dengan metode permainan simulasi ular tangga berpengaruh terhadap perubahan pengetahuan tentang menggosok gigi.

Tabel 5.2 Pengetahuan responden kelompok kontrol dan kelompok perlakuan

	<i>Post test</i>	
	Kontrol	Perlakuan
<i>Mean</i>	11,11	13,05
Std. deviasi	2,158	1,580
<i>Mann whitney u test</i>	$p=0,002$	

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa hasil pengolahan data *post test* dengan uji statistik *mann whitney u test* antara kelompok kontrol dan perlakuan didapatkan $p=0,002$ sehingga H_1 diterima artinya ada pengaruh yang signifikan dalam hal perubahan pengetahuan antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa metode permainan simulasi ular tangga berpengaruh dalam meningkatkan pengetahuan tentang gosok gigi pada responden kelompok perlakuan.

2. Sikap

Tabel 5.3 Nilai sikap responden kelompok kontrol dan kelompok perlakuan

NO	Kontrol		Perlakuan		Kontrol		Perlakuan	
	<i>Pre Test</i>	Nilai T	<i>Pre test</i>	Nilai T	<i>Post test</i>	Nilai T	<i>Post test</i>	Nilai T
1.	32	46.35	30	40.26	36	60.67	33	45.38
2.	33	50	29	36.147	30	44.67	30	36.88
3.	33	50	34	56.71	29	42	39	62.37
4.	33	50	33	52.598	33	52.67	34	48.21
5.	39	71.91	30	40.26	38	66.02	31	39.72
6.	36	60.95	36	64.936	30	44.67	40	65.2
7.	33	50	34	56.71	37	63.35	35	51.04
8.	35	57.30	32	48.485	33	52.67	37	56.71
9.	31	42.70	29	36.147	27	36.65	32	42.55
10.	32	46.35	35	60.823	35	58.01	36	53.88
11.	29	35.40	29	36.147	29	42	29	34.05
12.	33	50	29	36.147	26	33.98	29	34.05
13.	33	50	33	52.598	33	52.67	39	62.37
14.	33	50	34	56.71	35	58.01	37	56.71
15.	32	46.35	33	52.598	29	42	38	59.54
16.	38	68.26	30	40.26	35	58.01	37	56.71
17.	30	39.05	34	56.71	27	36.65	34	48.21
18.	28	31.74	32	48.485	28	39.32	37	56.71
19.	35	57.30	31	44.372	35	58.01	31	39.72
<i>Mean</i>	33,05	50,19	31,95	48.27	31,84	49,58	34,63	50
<i>Std. deviasi</i>	2,738	9,997	2,272	2,432	3,746	9,998	3,531	3,531
<i>Wilcoxon</i>	K.Kontrol		p=0,146		K.Perlakuan		P=0,001	

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar nilai responden kelompok kontrol mengalami perubahan pada saat *post test*, 10 anak nilainya menurun, 5 anak nilainya meningkat, dan 4 anak nilainya tetap pada saat *post test*. Nilai dan hasil T *mean pre test* responden lebih baik daripada *post test*. Nilai *mean* sikap responden pada saat *pre test* adalah 33,05 dengan nilai standar deviasi 2,738 dan hasil T *mean* 50,19. Nilai *mean* sikap responden pada saat *post test* adalah 31,84 dengan nilai standar deviasi 3,746 dan hasil T *mean* 49,58. Hasil uji statistik menggunakan uji statistik *wilcoxon signed rank test* pada kelompok kontrol adalah $p=0,146$, sehingga $p>0,05$ maka H_1 ditolak artinya pada kelompok kontrol tidak ada pengaruh terhadap perubahan sikap tentang menggosok gigi.

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar nilai responden kelompok perlakuan mengalami perubahan pada saat *post test*, 12 anak nilainya meningkat, dan 7 anak memiliki nilai yang tetap. Nilai dan hasil T *mean post test* responden lebih baik daripada *pre test*. Nilai *mean* sikap responden pada saat *pre test* adalah 31,95 dengan nilai standar deviasi 2,272 dan hasil T *mean* 48,27. Nilai *mean* sikap responden pada saat *post test* adalah 34,63 dengan nilai standar deviasi 3,531 dan hasil T *mean* 50. Hasil uji statistik menggunakan uji statistik *wilcoxon signed rank test* pada kelompok perlakuan adalah $p=0,001$, sehingga $p<0,05$ maka H_1 diterima artinya pendidikan kesehatan dengan metode permainan simulasi ular tangga berpengaruh terhadap perubahan sikap tentang menggosok gigi.

Tabel 5.4 Sikap responden kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

	<i>Post test</i>	
	Kontrol	Perlakuan
<i>Mean</i>	31,84	34,63
Std. deviasi	3,746	3,531
<i>Mann whitney u test</i>	p=0,026	

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa hasil pengolahan data *post test* dengan uji statistik *mann whitney u test* antara kelompok kontrol dan perlakuan didapatkan $p=0,026$ sehingga H_1 diterima artinya ada pengaruh yang signifikan dalam hal perubahan pengetahuan antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa metode permainan simulasi ular tangga berpengaruh dalam meningkatkan sikap tentang menggosok gigi pada responden kelompok perlakuan.

3. Aplikasi tindakan gosok gigi

Tabel 5.5 Nilai aplikasi tindakan gosok gigi responden kelompok kontrol dan kelompok perlakuan

NO	Kontrol		Perlakuan		Kontrol		Perlakuan	
	<i>Pre test</i>	%	<i>Pre test</i>	%	<i>Post test</i>	%	<i>Post test</i>	%
1.	9	69	7	54	9	69	9	69
2.	10	77	11	85	10	77	13	100
3.	7	54	9	69	8	61	13	100
4.	10	77	9	69	10	77	10	77
5.	12	92	9	69	11	85	9	69
6.	10	77	6	46	10	77	9	69
7.	12	100	10	77	11	85	13	100
8.	9	69	5	38	9	69	9	69
9.	12	92	7	54	11	85	10	77
10.	9	69	10	77	9	69	10	77
11.	6	46	5	38	8	61	13	100
12.	9	69	9	69	9	69	12	92
13.	10	77	12	92	10	77	13	100
14.	10	77	5	38	10	77	13	100
15.	8	61	8	61	9	69	12	92
16.	9	69	9	69	9	69	13	100
17.	9	69	8	61	10	77	13	100
18.	8	61	9	69	8	61	12	92
19.	10	77	5	38	10	77	12	92
<i>Mean</i>	9,42	72,74	8,05	61,74	9,53	73,21	11,47	88,16
<i>Std. deviasi</i>	1,575	12,95	2,121	16,435	0,964	7,714	1,679	12,96
Wilcoxon	K.Kontrol		p=0,527		K.Perlakuan		P=0,000	

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa sebagian besar nilai responden kelompok kontrol tetap pada saat *post test* yaitu 12 anak memiliki nilai yang tetap, walaupun terdapat 4 anak yang nilainya meningkat, dan masih terdapat 3 anak dengan nilai yang menurun. Nilai *post test* responden lebih baik daripada *pre test*. Nilai *mean* tindakan responden pada saat *pre test* adalah 72,74 dengan nilai standar deviasi 12,952. Nilai *mean* tindakan pada saat *post test* adalah 73,21 dengan nilai standar deviasi 7,714. Hasil uji statistik menggunakan uji statistik *wilcoxon signed rank test* pada kelompok kontrol

adalah $p=0,550$, sehingga $p>0,05$ maka H_1 ditolak artinya pada kelompok kontrol tidak ada pengaruh terhadap perubahan sikap tentang menggosok gigi.

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa sebagian besar nilai responden kelompok perlakuan mengalami perubahan setelah diberikan intervensi, walaupun masih terdapat 2 responden dengan nilai yang tetap. Nilai *post test* responden lebih baik daripada *pre test*. Nilai *mean* tindakan responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan metode permainan simulasi ular tangga adalah 8,05 dengan nilai standar deviasi 2,121. Nilai *mean* pengetahuan responden meningkat setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode permainan simulasi ular tangga adalah 11,47 dengan nilai standar deviasi 1,679. Hasil uji statistik menggunakan uji statistik *wilcoxon signed rank test* pada kelompok metode demonstrasi adalah $p=0,000$, sehingga $p<0,05$ maka H_1 diterima artinya pendidikan kesehatan dengan metode permainan simulasi ular tangga berpengaruh terhadap perubahan pengetahuan tentang menggosok gigi.

Tabel 5.6 Aplikasi tindakan gosok gigi responden kelompok kontrol dan kelompok perlakuan

	<i>Post test</i>	
	Kontrol	Perlakuan
<i>Mean</i>	9,53	11,47
Std. deviasi	0.964	1,679
<i>Mann whitney u test</i>	p=0,001	

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa hasil pengolahan data *post test* dengan uji statistik *mann whitney u test* antara kelompok kontrol dan perlakuan didapatkan $p=0,001$ sehingga H_1 diterima artinya ada perbedaan pengaruh yang signifikan dalam hal perubahan tindakan antara kelompok kontrol dan perlakuan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh metode

permainan simulasi ular tangga dalam hal meningkatkan tindakan tentang cara menggosok gigi pada responden kelompok perlakuan.

5.2 Pembahasan

Tingkat pengetahuan responden kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi berupa pendidikan kesehatan dengan metode permainan simulasi ular tangga mayoritas responden memiliki pengetahuan baik (10 anak), sebagian kecil berada pada pengetahuan cukup (7 anak) dan kurang (2 anak). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden masih mengingat informasi yang diberikan kepadanya dari pihak sekolah ataupun puskesmas. Hal-hal yang perlu ditingkatkan adalah pengetahuan tentang aspek makanan dan minuman yang dapat mengakibatkan kesehatan atau kerusakan pada gigi, waktu untuk menggosok gigi, waktu untuk mengganti sikat gigi, cara membersihkan sikat gigi setelah digunakan, memakai sikat gigi secara bergantian dengan orang lain, sikat gigi yang cocok untuk anak usia sekolah, penggunaan pasta gigi pada saat menggosok gigi, dan akibat tidak menggosok gigi. Setelah diberikan pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi ular tangga tingkat pengetahuan responden yang baik bertambah menjadi 17 anak, dan sebagian kecil responden pengetahuannya cukup menjadi 2 anak. Hasil analisis statistik menggunakan uji *wilcoxon signed rank test* menunjukkan pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi ular tangga dapat meningkatkan pengetahuan gosok gigi pada responden kelompok perlakuan.

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui

panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2007). Saat memainkan permainan ular tangga, indra yang digunakan selain mata adalah telinga. Responden membaca pertanyaan atau perintah dan melihat gambar yang terdapat pada gambar yang terdapat di dalam ular tangga, disamping itu pemain membaca lembar jawaban yang sesuai dengan perintah atau pertanyaan yang diperoleh untuk melihat kebenaran dari jawaban pemain serta memberikan penjelasan kepada responden lain tentang materi gosok gigi. Harapan yang diinginkan adalah responden menjadi tertarik untuk mempelajari informasi yang tergambar dan tertulis dalam media permainan ular tangga sehingga terjadi peningkatan pengetahuan pada responden tentang materi gosok gigi.

Menurut Green (1999) pengetahuan dipengaruhi oleh faktor predisposisi, yaitu status ekonomi, umur, jenis kelamin, dan susunan dalam keluarga. Berdasarkan teori tersebut salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah umur. Umur mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah umur akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik (Notoatmodjo, 2003). Berdasarkan teori tersebut, perubahan pengetahuan dapat terjadi karena responden yang terpilih dalam penelitian ini adalah siswa kelas 2 yang berumur 7 dan 8 tahun, dimana anak usia 7-11 tahun secara tahap perkembangan sudah memasuki tahapan cara berpikir logis, masuk akal, dan semakin tersosialisasi (mampu mempertimbangkan sudut pandang orang

lain yang berbeda dan sudut pandang mereka sendiri). Hal ini mengakibatkan terjadinya peningkatan nilai *post test* pada kelompok perlakuan.

Hampir semua siswa mengalami peningkatan nilai pengetahuan, namun terdapat 3 responden yang tidak mengalami peningkatan nilai atau nilainya tetap pada saat *pre test* dan *post test*, yaitu responden no 1, 15, dan 16 (tabel 5.3). Responden no 15 mendapatkan nilai sempurna pada saat *pre test* dan *post test*. Responden no 1 mendapatkan nilai dalam kategori pengetahuan baik pada saat *pre test* dan *post test*. Kesalahan jawaban pada saat *pre test* terletak pada soal no 9 tentang sikat gigi yang tepat untuk anak usia sekolah, dan soal no 13 tentang makanan yang menyehatkan gigi, sedangkan pada saat *post test* kesalahan terletak pada soal no 13 dan 14 tentang makanan yang dapat menyebabkan kerusakan pada gigi. Responden no 16 mendapatkan nilai dalam kategori pengetahuan cukup pada saat *pre test* dan *post test*. Kesalahan jawaban pada saat *pre test* terletak pada soal no 4, 5, 6, 8, 9, 11 tentang waktu mengganti sikat gigi, akibat tidak menggosok gigi, cara membersihkan sikat gigi setelah digunakan, waktu untuk menggosok gigi, memakai sikat gigi bergantian dengan orang lain, dan penggunaan pasta gigi saat gosok gigi. Pada saat *post test* kesalahan jawaban terletak pada soal no 3, 4, 5, 10, 11, 15 tentang akibat tidak menggosok gigi, waktu mengganti sikat gigi, dan penggunaan pasta gigi saat gosok gigi.

Pada faktor predisposisi yang disebutkan oleh Green (1999) terdapat juga faktor jenis kelamin. Kedua responden (no 1 dan 16) tersebut berjenis kelamin laki-laki yang berperilaku atas dasar pertimbangan rasional atau akal yang berbeda dengan perempuan yang perubahan perilakunya banyak disebabkan oleh emosional sehingga kecenderungan mendapatkan pendidikan kesehatan lebih baik

daripada responden laki-laki. Pada saat intervensi, responden laki-laki lebih sulit untuk diam dan kurang fokus pada pendidikan kesehatan yang diberikan, sehingga mempengaruhi tingkat kemampuan dan pemahaman terhadap materi yang disampaikan. Tingkat pengetahuan cukup yang dimiliki responden no 16 juga disebabkan oleh minat responden dalam mengikuti permainan. Pada saat pelaksanaan permainan responden no 16 terlihat kurang antusias dalam mengikuti permainan, sehingga setiap mendapatkan pertanyaan dia kesulitan untuk menjawabnya walaupun sebelumnya ada teman satu kelompoknya yang sudah membacakan kunci jawaban atas pertanyaan yang dimaksud.

Pada kelompok kontrol, sebagian besar responden mendapatkan informasi tentang gosok gigi dari televisi, sekolah dan puskesmas dengan metode ceramah. Informasi yang mereka dapat belum dapat meningkatkan pengetahuan sebagian responden di akhir penelitian. Responden yang nilainya meningkat pada saat *post test* berjumlah 7 anak, responden dengan nilai *post test* menurun ada 7 anak, dan responden dengan nilai *post test* tetap ada 5 anak. Berdasarkan hasil analisis menggunakan *wilcoxon signed rank test* diperoleh hasil tidak terjadi peningkatan pengetahuan gosok gigi pada kelompok kontrol. Menurut Affandi (2003) menyatakan bahwa kemampuan seseorang untuk mengingat informasi penting, meningkat lebih tinggi bila ia mempelajari materi dengan metode tertulis (bacaan) karena dengan membaca (bacaan) kemampuan mengingat akan meningkat 72% sesudah 3 jam. Kelompok kontrol memperoleh informasi dengan metode ceramah sehingga ada kemungkinan informasi yang diberikan tidak sampai pada sasaran apabila responden tidak memperhatikan penjelasan dari secara sungguh-sungguh. Menurut Affandi (2003) hafalan itu akan hilang lenyap bila yang dihafalkan itu

tidak fungsional dan tidak langsung dipergunakan atau dimanfaatkan dalam kehidupan sehari-hari.

Sebelum diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan, responden mayoritas mempunyai sikap yang positif sebanyak 11 anak. Setelah diberikan intervensi, terjadi perubahan sikap sehingga responden yang memiliki sikap positif berkurang menjadi 10 anak. Mayoritas responden memiliki sikap positif, dan sebagian besar responden mengalami peningkatan nilai sikap pada saat *post test*. Hal ini, diperkuat dengan hasil analisis statistik menggunakan uji *wilcoxon signed rank test* yang menunjukkan pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi ular tangga dapat meningkatkan nilai sikap gosok gigi pada responden kelompok perlakuan.

Sikap positif yang dimaksud oleh peneliti adalah responden memiliki pendapat yang sesuai kriteria peneliti yaitu: responden yakin akan pentingnya menggosok gigi, melakukan gosok gigi pada waktu yang tepat dengan menggunakan alat gosok gigi yang sesuai, menghindari hal-hal yang dapat merusak kesehatan gigi, menjaga pola makan yang dapat menyehatkan gigi, dan mau melakukan perawatan gigi apabila mengalami sakit gigi. Responden yang masih mempunyai sikap negatif di akhir penelitian, bisa disebabkan karena interpretasi mereka dengan pertanyaan sikap yang kurang tepat.

Nilai sikap responden setelah diberikan pendidikan kesehatan mayoritas menjadi meningkat dikarenakan responden yang berusia 7-8 tahun sudah bisa menangkap seluruh hal positif yang mereka dapatkan dari intervensi, setelah pengetahuan mereka cukup, emosional mereka bereaksi dengan stimulus yang ada. Selain itu, Pendidikan kesehatan dengan metode permainan simulasi ular

tangga diharapkan mampu membangun suatu kepercayaan sehingga siswa memiliki sikap positif dalam berperilaku sehat. Responden yang bersikap negatif mampu mengubah sikapnya menjadi positif setelah diberikan intervensi dipengaruhi oleh: 1) Pemberian informasi tentang menggosok gigi yang disampaikan dengan jelas, sehingga mampu mempengaruhi emosional responden. 2) Pernyataan-pernyataan sikap yang diberikan peneliti kepada responden juga harus mampu menstimulasi kepercayaan responden.

Sikap adalah tingkatan kedua dalam perilaku. Menurut Bloom yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa orang akan mengubah sikap, jika ia mampu mengubah komponen kognitif terlebih dahulu. Informasi yang disampaikan dalam permainan ular tangga memberikan pengaruh pada pengetahuan atau kemampuan kognitif seseorang. Adanya informasi baru mengenai gosok gigi yang terdapat pada permainan ular tangga yang telah dimodifikasi dapat memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap gosok gigi pada responden. Informasi tentang gosok gigi membawa pesan sugestif sehingga dapat memberikan dasar yang cukup kuat dalam menilai suatu hal dan membentuk suatu sikap tertentu. Akibatnya terjadi peningkatan nilai sikap pada kelompok perlakuan.

Pengetahuan seseorang tentang sesuatu obyek juga mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap obyek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari obyek yang diketahui, akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap obyek tersebut. Namun seseorang yang berpengetahuan baik tidak menjamin akan mempunyai sikap yang positif. Selain itu seseorang dalam

menentukan sikap yang utuh, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting (Notoatmojo, 2010).

Pada penelitian ini intervensi permainan simulasi ular tangga diberikan sebanyak 4 kali. Menurut Triandis (1971) dalam Azwar (2009) informasi yang diterima seorang subjek untuk berpengaruh pada suatu perubahan sikap membutuhkan pengulangan agar terjadi proses dan pemahaman dalam diri subjek. Middle Cook (1974) mengatakan adanya pengulangan pesan dapat membantu perubahan sikap (Azwar, 2009). Menurut teori tersebut setelah diberikan informasi secara berulang-ulang responden akan memahami informasi tersebut sehingga responden bisa menentukan sikap yang sesuai tentang gosok gigi.

Sikap merupakan penilaian yang tidak hanya didasarkan pada pertimbangan pemikiran atau rasional, akan tetapi dalam penentuan sikap berdasarkan pula pada pertimbangan perasaan setuju atau tidak setuju terhadap suatu idea tau gagasan yang diberikan (Dayana, 1998). Pada penelitian ini terdapat 7 responden yang memiliki nilai tetap pada saat *pre test* dan *post test*, yaitu responden no 5, 8, 9, 11, 12, 17, dan 19. Pembentukan sikap juga dipengaruhi oleh perasaan setuju atau tidak setuju terhadap suatu hal, meskipun terjadi peningkatan nilai pengetahuan pada ketujuh responden, namun bila mereka tidak setuju terhadap hal tersebut maka tidak akan terjadi peningkatan nilai sikap. Pembentukan sikap juga dipengaruhi oleh lamanya pemberian informasi tentang suatu hal. Menurut Cacioppo dan Petti (1979) pengulangan pesan dapat membantu perubahan terhadap sikap jika diulang maksimal tiga kali, dan jika lebih akan mengalami penurunan karena individu akan mengalami kebosanan (Azwar, 2009). Pada saat penelitian menggunakan metode permainan

ular tangga dilakukan empat kali sehingga setelah dilakukan intervensi responden mengalami perubahan sikap, namun pada pertemuan ke empat semangat sebagian anak untuk bermain ular tangga sedikit menurun dikarenakan rasa bosan. Akibatnya ketujuh responden tersebut kurang fokus dalam permainan, kesulitan menjawab pertanyaan dan cenderung diam, sehingga mereka mendapatkan nilai yang tetap pada saat *pre test* dan *post test*.

Pada kelompok kontrol, responden yang menunjukkan sikap positif pada saat *pre test* sebanyak 12 anak, sedangkan responden yang menunjukkan nilai sikap positif pada saat *post test* sebanyak 10 anak, akan tetapi sebagian besar responden mengalami penurunan nilai *post test* yaitu 10 anak, responden yang mengalami peningkatan nilai sebanyak 5 anak, dan responden dengan nilai tetap sebanyak 4 anak. Penurunan nilai sikap dipengaruhi oleh komponen kognitif atau pengetahuan siswa yang kurang sehingga mempengaruhi persepsi siswa mengenai gosok gigi. Persepsi yang negatif akan mempengaruhi komponen sikap selanjutnya yaitu komponen afektif (komponen emosional). Kelompok kontrol tidak mengalami peningkatan nilai pengetahuan pada saat dilakukan *post test*, hal ini mengakibatkan tidak adanya peningkatan nilai sikap pada responden. Tidak hanya pengetahuan saja yang memberikan pengaruh terhadap perubahan sikap, namun perasaan setuju dan tidak setuju responden terhadap suatu pernyataan juga memberikan pengaruh. Hasil uji statistik menggunakan *wilcoxon signed rank test* diperoleh hasil tidak terjadi peningkatan nilai sikap gosok gigi pada kelompok kontrol.

Sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan metode permainan simulasi ular tangga sebagian besar responden memiliki tingkat aplikasi tindakan

cukup (8 anak), sebagian kecil memiliki tingkat aplikasi tindakan kurang (7 anak), dan sisanya memiliki tingkat aplikasi tindakan baik (4 anak). Tingkat kesalahan terbanyak responden terletak pada lembar *checklist* no 1, 4 dan no 11, tentang tindakan membasahi sikat dengan air mengalir, memposisikan sikat gigi dengan kemiringan 45° pada baris gusi dan gerakan melingkar dengan lembut di satu atau dua gigi sekaligus, dan gerakan menyapu yang lembut dari belakang ke depan untuk menyikat permukaan lidah. Setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode permainan simulasi ular tangga sebagian besar responden memiliki kriteria tindakan baik (15 anak) dan sisanya memiliki kriteria cukup. Hasil analisis statistik menggunakan *wilcoxon signed rank test* menunjukkan pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi ular tangga dapat meningkatkan nilai aplikasi tindakan gosok gigi pada responden kelompok perlakuan.

Aplikasi tindakan sebagian besar responden mengalami peningkatan nilai, namun terdapat dua responden dengan nilai tetap pada saat *pre test* dan *post test* yaitu responden no 5 dan 10. Kedua responden memiliki kesalahan yang hampir sama yaitu pada soal no 1, 3, 4, dan 11 yaitu tentang membasahi sikat dengan air, mengoleh pasta gigi sebesar kacang polong, memposisikan sikat dengan kemiringan 45° , dan menyapu dengan lembut permukaan lidah. Semua tindakan tersebut adalah tindakan yang jarang mereka lakukan di rumah sehingga anak kesulitan untuk mengingat hal tersebut. Menurut Leighbody (1968) yang dikutip oleh Haryati (2009) mengatakan bahwa ketrampilan yang dilatih melalui praktek secara berulang-ulang akan menjadi kebiasaan atau otomatis. Keempat tindakan tersebut merupakan hal baru yang belum terbiasa dilakukan oleh responden ketika

menggosok gigi. Hal ini perlahan dapat diatasi dengan berlatih secara rutin. Selain itu, ketika permainan simulasi ular tangga dilaksanakan kedua responden tersebut kurang memperhatikan jawaban responden lain tentang cara menggosok gigi, sehingga informasi yang mereka dapatkan tidak bertambah.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Nototmodjo, 2007). Pada perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pada kelompok kontrol tidak diberikan pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi ular tangga sehingga responden tidak memperoleh informasi tentang cara menggosok gigi yang baik dan benar. Informasi tersebut akan menjadi acuan dalam melakukan aplikasi tindakan gosok gigi. Sehingga responden tidak mengalami penurunan nilai sikap pada saat *post test*. Hasil uji statistik menggunakan *wilcoxon signed rank test* diperoleh hasil tidak terjadi peningkatan nilai aplikasi tindakan gosok gigi pada kelompok kontrol.

Peningkatnya rasa tanggung jawab terhadap tugas sekolah dan tugas di rumah akan lebih terlihat pada anak usia sekolah (6-12 tahun). Perkembangan motorik halus dan kasar semakin menuju ke arah kemajuan. Oleh karena itu anak lebih dapat diajarkan cara memelihara kesehatan gigi dan mulut secara lebih rinci, sehingga akan menimbulkan rasa tanggung jawab akan kebersihan dirinya sendiri (Riyanti, 2005). Keterampilan menggosok gigi harus diajarkan dan ditekankan pada anak di segala umur. Anak di bawah umur 5 tahun tidak dapat menjaga kebersihan mulutnya secara benar dan efektif maka orang tua harus melakukan penyikatan gigi pada anak setidaknya sampai anak berumur 6 tahun kemudian

mengawasi prosedur ini secara terus menerus (Angela, 2005). Dalam hal ini orang tua memegang perananan di dalam menerapkan disiplin dalam melaksanakan tanggung jawab tersebut (Riyanti, 2005).

Sepuluh responden penelitian sudah melakukan tindakan gosok gigi secara mandiri tanpa harus diperintah oleh orang tua mereka,, walaupun separuh dari responden masih ada yang diperintah orang tua mereka ketika melakukan kegiatan menggosok gigi. Peningkatan perilaku tersebut jika didasari dengan pengetahuan dan penerapan dalam bentuk sikap dan tindakan yang positif dapat bertahan lama (Darwita, 2011). Setelah diberikan pengetahuan tentang cara menggosok gigi yang baik dan benar, seiring dengan berjalannya waktu responden yang masih diperintah untuk melakukan kegiatan menggosok gigi akan bisa melakukan kegiatan tersebut secara mandiri. Selama mereka menyadari bahwa menyikat gigi memberi keuntungan pada diri sendiri sehingga menyikat gigi menjadi kebutuhan bagi mereka.

Penyakit gigi dan mulut terutama karies sering terjadi pada anak usia sekolah. Salah satu penyebab terjadinya karies adalah pola makan atau diet. Anak-anak sangat suka makanan yang lunak dan mengandung gula, hal ini meningkatkan resiko terjadinya karies lebih besar dibandingkan anak yang memiliki pola makan makanan yang berserat (Budisuari, 2010). Sebagian besar responden kelompok perlakuan makan makanan manis dalam sehari sebanyak satu kali, artinya mereka mempunyai resiko untuk terkena karies. Kebiasaan menggosok gigi juga dapat mempengaruhi berat ringannya karies. Anak yang menggosok gigi mempunyai kecenderungan terjadinya karies lebih ringan dibandingkan yang tidak menggosok gigi (Budisuari, 2010). Semakin sering anak

melakukan kegiatan menggosok gigi maka resiko terjadinya karies akan berkurang. Karies dalam terjadi akibat akumulasi dari plak yang menumpuk. Menggosok gigi dengan frekuensi yang cukup dan waktu yang tepat, yakni 2 kali sehari, baik setelah makan pagi dan sebelum tidur merupakan hal yang penting untuk mencegah terjadinya kematangan plak pada permukaan gigi. Plak umumnya terbentuk dan akan matang dalam waktu 24-48 jam (Darwita, 2011). Responden kelompok perlakuan sudah melakukan kegiatan menggosok gigi dua kali dalam sehari bahkan ada juga yang menggosok gigi tiga atau empat kali sehari, namun ada beberapa responden yang masih menggosok gigi satu kali dalam sehari. Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi ular tangga mereka mulai mencoba membiasakan diri untuk melakukan kegiatan menggosok gigi dua kali sehari.

Perubahan perilaku membutuhkan suatu proses, yaitu perubahan pengetahuan, perubahan sikap, dan perubahan tindakan (aplikasi tindakan). Menurut Roy dalam Galbreath (1990) proses adaptasi perilaku melalui tahapan *input, control processes, effector, dan output*. *Input* yang diberikan berupa pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi ular tangga, kemudian diproses melalui sistem *regulator* (sistem limbik menghasilkan koping yang positif) dan *kognator* (proses pembelajaran melalui media permainan simulasi ular tangga). Pengetahuan yang diperoleh responden akan diolah menurut tahapan pembelajaran kognitif yaitu asimilasi (penyerapan informasi baru tentang gosok gigi ke dalam skema yang telah ada, skema merupakan suatu struktur mental seseorang di mana dia secara intelektual beradaptasi dengan lingkungannya), akomodasi (membentuk skema baru yang cocok dengan

rangsangan informasi tentang gosok gigi atau memodifikasi skema yang telah ada sehingga cocok dengan rangsangan informasi tentang gosok gigi), dan equilibrasi (keseimbangan antara asimilasi dan akomodasi sehingga terjadi peningkatan pengetahuan responden tentang gosok gigi). Koping positif dan equilibrasi menghasilkan persepsi yang positif yang menyebabkan peningkatan pengetahuan, sikap yang positif, dan aplikasi tindakan gosok gigi yang benar pada anak usia sekolah.

Informasi yang disampaikan dalam permainan ular tangga memberikan peningkatan pada pengetahuan atau kemampuan kognitif seseorang. Adanya informasi baru mengenai suatu hal dapat memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap suatu hal tersebut. Pesan-pesan sugestif dibawa oleh informasi tersebut dan akan cukup kuat memberi dasar efektif dalam menilai suatu hal, sehingga terbentuk sikap atau arah tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Nototmodjo, 2003). Responden kelompok perlakuan berumur 7-8 tahun. Pada usia ini daya pikir anak sudah berkembang ke arah berpikir konkret dan rasional. Umur sangat mempengaruhi perilaku seseorang juga bisa mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Kemampuan kognitif pada masa ini sudah cukup untuk menjadi dasar untuk diberikannya berbagai kecakapan yang dapat meningkatkan daya pikirnya. Sehingga setelah diberikan intervensi dengan metode permainan simulasi ular tangga responden mengalami peningkatan pengetahuan.

Hasil uji statistik *mann whitney u test* menunjukkan terdapat perbedaan signifikan nilai pengetahuan responden pada *post test*, hal ini dapat dilihat dari *mean* masing-masing kelompok bahwa *mean* kelompok perlakuan yang nilainya

87,05 lebih tinggi daripada *mean* kelompok kontrol yang nilainya 73,95. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan daripada metode ceramah. Hasil penelitian ini memperkuat hasil penelitian sebelumnya oleh Thoriya (2010) yang menyatakan bahwa pemberian stimulasi permainan ular tangga berpengaruh terhadap perubahan pengetahuan anak tentang penyakit demam berdarah dengue pada penderita DBD usia 11-12 tahun di Paviliun V Rumkital Dr Ramelan Surabaya.

Sikap merupakan reaksi ataupun respon yang masih tertutup terhadap suatu stimulus ataupun objek, adanya kecenderungan untuk bertindak laku dan berinteraksi terhadap suatu objek yang ada di lingkungannya (Notoatmodjo, 2007). Komponen pembentuk sikap menurut Alport (1954) dalam Notoatmodjo (2007), yaitu kepercayaan, ide dan konsep suatu subjek, kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek, dan kecenderungan untuk bertindak. Hasil uji statistik *mann whitney u test* menunjukkan terdapat perbedaan signifikan nilai sikap responden pada *post test*, hal ini dapat dilihat dari *mean* masing-masing kelompok bahwa *mean* kelompok perlakuan yang nilainya 50 lebih tinggi daripada *mean* kelompok kontrol yang nilainya 49,58. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi lebih efektif dalam meningkatkan sikap daripada metode ceramah.

Menurut Notoadmodjo (2007) suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*) untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau situasi yang memungkinkan antara lain fasilitas dan faktor dukungan (*support*) yaitu tindakan. Menurut Notoatmodjo

(2003) setelah orang mengetahui stimulus atau objek, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahuinya, proses selanjutnya diharapkan dia akan mampu melakukan atau mempraktikkan apa yang diketahuinya. Pemberian pengalaman yang bersumber dari pengetahuan, maka diharapkan praktik/tindakan yang sudah diadopsi tetap terpelihara. Tindakan dalam penelitian ini berupa aplikasi tindakan menggosok gigi. Hasil uji statistik *mann whitney u test* menunjukkan terdapat perbedaan signifikan nilai pengetahuan responden pada *post test*, hal ini dapat dilihat dari *mean* masing-masing kelompok bahwa *mean* kelompok perlakuan yang nilainya 88,16 lebih tinggi daripada *mean* kelompok kontrol yang nilainya 73,21. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi lebih efektif dalam meningkatkan aplikasi tindakan gosok gigi daripada metode ceramah.

Perilaku hidup sehat anak tentang gosok gigi harus terus terpelihara. Upaya untuk memelihara perilaku tersebut memerlukan dukungan dari berbagai pihak, seperti pihak sekolah, orang tua, dan petugas kesehatan di wilayah tersebut. Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) merupakan salah satu upaya yang dilakukan oleh pihak sekolah dalam memupuk kebiasaan hidup sehat yang salah satunya perilaku gosok gigi pada anak usia sekolah. Ruang lingkup UKS tercermin dalam tri program UKS (TRIAS UKS) yaitu pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat. Pendidikan kesehatan gosok gigi merupakan salah satu cara yang sering dilakukan pihak sekolah untuk menanamkan perilaku gosok gigi pada siswa, namun tidak jarang pelaksanaan program ini kurang maksimal. Siswa kelas 1 pada SDN Dawu 2 dan Gelung 3 mendapatkan pendidikan kesehatan gosok gigi setiap 3 bulan sekali oleh guru wali

kelas mereka, namun di kelas selanjutnya pendidikan kesehatan gosok gigi jarang diberikan karena kurangnya kesadaran guru wali kelas masing-masing dalam hal pendidikan perilaku hidup sehat.

Orang tua merupakan *role model* dalam pelaksanaan perilaku hidup sehat di rumah. Perilaku gosok gigi siswa tidak hanya dilihat pada saat di sekolah, namun perilaku gosok gigi yang sebenarnya hanya bisa diamanti di rumah. Sehingga diperlukan bantuan para orang tua dalam hal meningkatkan perilaku gosok gigi siswa di rumah. Peran yang harus dilakukan orang tua adalah mengajarkan cara menggosok gigi yang baik pada anaknya, mengamati cara menggosok gigi anak, dan mengingatkan waktu untuk menggosok gigi apabila anak masih malas untuk melakukan hal tersebut. Penelitian ini hanya mengobservasi tindakan gosok gigi siswa di sekolah sehingga untuk penelitian selanjutnya diharapkan menambahkan tindakan observasi kegiatan gosok gigi di rumah agar memperoleh data yang lebih akurat.

Perawat adalah satu petugas kesehatan. Pendidikan kesehatan dalam keperawatan merupakan satu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu klien baik individu, kelompok maupaun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, yang didalamnya berperan sebagai perawat pendidik (Suliha, 2002). Permainan ular tangga termasuk dalam metode pendidikan kesehatan permainan simulasi. Metode permainan simulasi merupakan gambaran *role play* dan diskusi kelompok. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai nara sumber (Notoatmodjo, 2003). Informasi mengenai gosok gigi dan aplikasi tindakan gosok gigi sudah terangkum di dalam papan permainan ular tangga yang digunakan dalam penelitian. Cara

memainkan persis seperti bermain ular tangga dengan menggunakan dadu, gaco (penunjuk arah), dan papan main. Beberapa modifikasi dilakukan dalam papan permainan ular tangga dengan menambahkan beberapa pertanyaan dan perintah yang harus dijawab dan dilakukan oleh pemain, sehingga ditambahkan pula lembar jawaban untuk mengetahui kebenaran jawaban dan lembar perintah untuk mengetahui perintah yang harus dilakukan oleh pemain.

Bermain merupakan suatu kegiatan yang dilakukan oleh seorang anak secara sungguh-sungguh sesuai dengan keinginannya sendiri atau tanpa paksaan dari orang tua maupun lingkungan, dimaksudkan hanya untuk memperoleh kesenangan dan kepuasan (Riyadi & Sukarmin, 2009). Permainan ular tangga merupakan salah satu jenis APE. Penggunaan APE dalam pendidikan dapat menjadikan proses mengajar lebih cepat, menambah daya pengertian, menambah ingatan anak, dan menambah kesegaran dalam mengajar (Ismail, 2009). Kegiatan belajar yang dilakukan dengan keinginan sendiri tanpa ada paksaan akan lebih diingat oleh anak, sehingga permainan ular tangga dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman anak tentang gosok gigi.

Ular tangga merupakan salah satu terapi bermain: *cooperative play*. *Cooperative play* merupakan bermain secara bersama dan dengan adanya aturan yang jelas sehingga terbentuk hubungan antara pemimpin dan anggota. (Wong, 2009). Melalui ular tangga anak dapat memecahkan masalah yaitu menjawab pertanyaan dan melakukan perintah yang terdapat dalam papan permainan ular tangga. Permainan ular tangga ini memberikan informasi pada anak tentang gosok gigi, sehingga anak dapat menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari. Anak dapat meningkatkan kemampuannya dalam hal membaca; memahami kalimat

tanya, permintaan, dan perintah; bermain peran; dan belajar memahami konsep sebab akibat melalui permainan ular tangga (Saraswati, 2010).

Saat dilakukan intervensi dengan permainan simulasi ular tangga yang pertama masih banyak responden belum dapat mengikuti aturan permainan dengan baik, sehingga masih butuh mengarahkan dan stimulasi dari fasilitator. Selain itu, pemain juga kesulitan menjawab pertanyaan yang terdapat pada papan permainan. Walaupun demikian responden sangat antusias saat mengikuti kegiatan yang dilakukan. Dengan motivasi belajar yang tinggi inilah sebagian besar responden mampu menjawab pertanyaan dan melakukan perintah secara tepat walaupun masih diberikan sedikit stimulasi. Menurut Hurlock (2005) motivasi belajar sangatlah penting untuk mempertahankan minat dari ketertinggalan.

Selama dilakukan permainan simulasi ular tangga pengetahuan responden terus mengalami peningkatan. Pada pertemuan selanjutnya sebagian besar responden sudah bisa melakukan permainan ular tangga secara mandiri, namun masih dalam pengawasan fasilitator. Responden semakin tepat dalam menjawab pertanyaan yang terdapat pada papan permainan, walaupun terkadang masih terjadi kesalahan. Apabila responden tersebut benar-benar tidak bisa menjawab pertanyaan maka responden lain membantu menjawab pertanyaan tersebut. Kemudian responden membacakan jawaban pada lembar jawaban yang tersedia secara lantang sesuai nomor yang diperoleh untuk mengetahui kebenaran jawaban responden lain, sehingga secara tidak langsung responden lain yang berada dalam satu kelompok tersebut mengetahui jawaban yang benar dari pertanyaan tersebut. Secara tidak langsung peningkatan pengetahuan tidak hanya terjadi pada

responden yang memperoleh pertanyaan dan perintah saja, namun peningkatan pengetahuan juga terjadi pada semua responden dalam satu kelompok tersebut. Peningkatan pengetahuan tentang gosok gigi responden terjadi karena mendapatkan intervensi khusus berupa permainan stimulasi ular tangga yang dilakukan secara berkelanjutan.

Permainan ular tangga sebagai bagian dari metode pendidikan kesehatan permainan simulasi merupakan salah satu bentuk proses belajar. Menurut Piaget, dasar dari belajar adalah aktivitas anak bila ia berinteraksi dengan lingkungan sosial dan lingkungan fisiknya. Pendidikan kesehatan dengan metode permainan ular tangga dilakukan dalam kelompok-kelompok kecil, hal ini memberikan kesempatan bagi anak untuk berinteraksi dengan orang lain dan memungkinkan terjadinya pertukaran ide-ide antar peserta melalui media ular tangga yang telah dimodifikasi sesuai dengan tujuan penelitian. Sehingga peserta mampu mengetahui informasi tentang gosok gigi yang baik dan benar. Kemudian terjadi peningkatan pengetahuan tentang gosok gigi, di mana pengetahuan tersebut merupakan dasar dari perubahan sikap dan tindakan seseorang. Responden yang pengetahuannya kurang menjadi baik, responden yang bersikap negatif mampu mengubah sikapnya menjadi positif, dan responden yang tindakan gosok giginya kurang menjadi baik setelah diberikan intervensi. Dalam hasil penelitian ini dapat dilihat bahwa mayoritas responden mengalami peningkatan pengetahuan yang diikuti peningkatan nilai sikap, serta peningkatan aplikasi tindakan gosok gigi. Sehingga secara umum dapat dikatakan bahwa pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi ular tangga dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan aplikasi tindakan gosok gigi pada anak usia sekolah.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dikemukakan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan ular tangga terhadap perubahan perilaku gosok gigi anak usia sekolah.

6.1 Kesimpulan

1. Pengetahuan responden tentang gosok gigi meningkat setelah diberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi ular tangga.
2. Mayoritas responden mengalami peningkatan nilai sikap, dan sebagian besar responden memiliki sikap positif setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode permainan simulasi ular tangga yang dimodifikasi. Hal ini terjadi karena responden sudah bisa menangkap seluruh hal positif yang mereka dapatkan dari intervensi, setelah pengetahuan mereka cukup, emosional mereka bereaksi dengan stimulus yang ada sehingga membentuk sikap yang positif.
3. Aplikasi tindakan gosok gigi responden meningkat setelah diberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan simulasi ular tangga, karena pada saat pelaksanaan permainan ular tangga responden diberikan kesempatan untuk menginternalkan hasil pengetahuannya pada waktu permainan.

6.2 Saran

1. Bagi sekolah, alat permainan edukatif ular tangga yang telah dimodifikasi dapat digunakan sebagai media pembelajaran bagi siswa khususnya mengenai gosok gigi sehingga untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan aplikasi tindakan gosok gigi siswa kelas 2.
2. Bagi petugas pelayanan kesehatan metode permainan simulasi ular tangga yang dimodifikasi dapat digunakan sehingga memotivasi dan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan aplikasi tindakan gosok gigi anak usia sekolah dalam menggosok gigi.
3. Perlu adanya penelitian lebih lanjut melalui permainan simulasi ular tangga sebagai salah satu metode dan media pendidikan kesehatan sehingga dapat diterapkan di lingkungan dengan karakteristik anak usia sekolah tertentu yang sesuai.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriana, D. 2011. *Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain Pada Anak*. Jakarta: Salemba.
- Affandi, B. 2003. *Pelatihan Ketrampilan Melatih*. Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi. Jakarta.
- Angela, A. 2005. Pencegahan Primer pada Anak yang Berisiko Karies Tinggi. *Majalah Kedokteran Gigi. Dental Journal*. Vol. 38. No. 3. <http://journal.unair.ac.id/filerPDF/DENTJ-38-2-10.pdf>. (Akses tanggal 20 Maret 2012. Jam 12.00 WIB).
- Astuti, N,D. 2011. *Pengaruh Stimulasi Bermain Ular Tangga Terhadap Peningkatan Interaksi Sosial pada Murid SDLBN/CI (Imbesit Ringan)Usia Sekolah (6-12 Tahun) di Kabupaten Tuban Jawa Timur*. Tesis Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Tidak dipublikasikan.
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur penelitian: suatu pendekatan praktis*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ariningrum, R. 2000. *Beberapa Cara Menjaga Kebersihan Gigi dan Mulut*. www.kalbe.co.id/files/cdk/files/cdk_126_masalah_anak.pdf. (Akses tanggal 17 April 2012. Jam 12.00 WIB).
- Azwar, S. 2009. *Sikap Manusia, Teori dan Pengukuran*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007*. [http://www.docstoc.com/docs/19707850/Laporan-Hasil-Riset-Kesehatan-Dasar-\(RISKESDAS\)-Nasional-2007](http://www.docstoc.com/docs/19707850/Laporan-Hasil-Riset-Kesehatan-Dasar-(RISKESDAS)-Nasional-2007). (Akses tanggal 11Maret 2012. Jam 08.00 WIB).
- Blue, L, et all. 1986. *Nursing Theorists and Their Work*. USA: C.V. Mosby Company.
- Budisuari, M, A, dkk. 2010. *Hubungan Pola Makan dan Kebiasaan Menyikat Gigi dengan Kesehatan Gigi dan Mulut (Karies) di Indonesia*. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. Vol 13. No 1. <http://isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/131108391.pdf>. (Akses tanggal 11 Maret 2012. Jam 08.00 WIB).
- Cahyati, W,H. 2008. *Karies Gigi Pada Anak TK*. Kemas. vol. 4, no. 1.
- Chairanna, I. 2002. *Pengaruh Metode Penyuluhan Diskusi Kelompok dan Demonstrasi Sikat Gigi oleh Tim UKGS terhadap Perubahan Tingkat Kebersihan Gigi dan Mulut (Study di Kecamatan Gempol Kabupaten Pasuruan)*. Tesis Universitas Airlangga. Tidak dipublikasikan.

- Darwita, RR, dkk. (2011). Efektifitas Program Sikat Gigi Bersama Terhadap Risiko Karies Gigi pada Murid Sekolah Dasar. *Journal Indonesia Mededical Association*. Vol 61. No 5. <http://indonesia.digitaljournals.org/index.php/idnmed/article/download/352/350>. (Akses tanggal 7Maret 2012. Jam 11.00 WIB).
- Dayana. 1998. *Persepsi Pasangan Usia Subur (PUS) tentang Keluarga Kecil*. Tesis Institut Pertanian Bogor. Tidak dipublikasikan.
- Fankari. 2004. *Pengaruh Penyuluhan Dengan Metode Stimulasi dan Demonstrasi Terhadap Perilaku Menjaga Kesehatan Gigi dan Mulut Anak Usia Sekolah Dasar*. Karya Tulis Ilmiah DIV. Perawat Pendidikan UGM.
- Galbreath, J. 1990. *Nursing Theories The Base for Professional Nursing Practice*. USA: Appleton & Lange.
- Gordon, A & Browne, K. 2011. *Beginnings and Beyond: Foundations in Early Childhood Education*. USA: Wadsworth.
- Green, L, et all. 1999. *Empowering: Enabling Methods of Planning and Organizing within Everyone Reach: Methods Demonstrated in Relation to Early Detection of Breast Cancer*. London: Jones and Bartlett Publisher.
- Gustian, E. 2004. *Mempersiapkan Anak Masuk Sekolah*. Jakarta: Puspa Swara.
- Hariyanti, N, dkk. 2008. Mengatasi Kegagalan Penyuluhan Kesehatan Gigi pada Anak dengan Pendekatan Psikologi. *Dentika Dental Journal*. Vol 13. No 1. <http://isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/131088084.pdf>. (Akses tanggal 7 Maret 2012. Jam 11.00 WIB).
- Haryati, M. 2009. *Modal dan Teknik penilaian Pada Tingkat Satuan Pendidikan*. Jakarta: Gaung Persada Press.
- Hassan, R & Alatas, H (ed). 2007. *Ilmu Kesehatan Anak*. Edisi 2. Jakarta: Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Herijulianti. 2002. *Pendidikan Kesehatan Gigi*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A.A. 2005. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hurlock, E. B. 2005. *Perkembangan Anak Jilid 2*. Jakarta: Erlangga.
- Ismail, A. 2009. *Education Games*. Yogyakarta: Pro-U Media.
- Kemp, J & Clare W, Alih bahasa Fransiscus R. 2004. *Gigi Si Kecil*. Jakarta: Erlangga.
- Machfoedz, I & Eko S. 2007. *Pendidikan Kesehatan Bagian dari Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Fitramaya.

- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Notoadmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2005. *Asuhan Keperawatan Bayi Dan Anak (Untuk Perawat Dan Bidan)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. 2011. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Perry & Potter, Alih bahasa Yasmin A, et all. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Phuket Cosmetic Dental Clinic. 2012. *Gingivitis Treatment at Home*. <http://www.beautytips411.com/gingivitis-treatment-at-home/>. (Akses tanggal 17 Maret 2012. Jam 16.00 WIB).
- Pratiwi, D. 2007. *Gigi Sehat*. Jakarta: PT. Kompas Media Nusantara.
- Putra, D.E. 2007. *Hubungan antara Karakteristik Demografi (Umur, Jenis Kelamin), Kebersihan Gigi & Mulut, dan Pola Makan dengan Kejadian Karies Gigi pada Anak Umur 6-12 Tahun (Studi Kasus)*. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Tidak dipublikasikan.
- Riyadi, S, & Sukarmin. 2009. *Asuhan Keperawatan pada Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Riyanti, E. 2005. *Pengenalan dan Perawatan Kesehatan Gigi Anak Sejak Dini*. http://resources.unpad.ac.id/unpad-content/uploads/publikasi_dosen/Pengenalan%20dan%20Perawatan%20Kesehatan%20Gigi%20Anak%20Sejak%20Dini.pdf. (Akses tanggal 14 Maret 2012. Jam 12.00 WIB).
- Riyanti, E & Saptarini, R. 2012. *Upaya Peningkatan Kesehatan Gigi dan Mulut melalui Perubahan Perilaku Anak*. http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2011/09/pustaka_unpad_Upaya-Peningkatan-Kesehatan-Gigi-dan-Mulut-Melalui-Perubahan.pdf. (Akses tanggal 14 Maret 2012. Jam 13.00 WIB).
- Rusli, M & Gondhoyowono, T. 2012. *Pengaruh Metode Bermain Terhadap Penyuluhan Kesehatan Gigi dan Mulut*. http://www.pdgi-online.com/v2/index.php?option=com_content&task=view&id=731&Itemid=1&limit=1&limitstart=2. (Akses tanggal 20 Maret 2012. Jam 12.00 WIB).
- Saraswati, S. 2010. *Pengaruh Terapi Bermain Ular Tangga Terhadap Kemampuan Interaksi Sosial pada Anak Autisme di Cakra Autisme Terapi Surabaya*. Skripsi Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Tidak dipublikasikan.

- Setiawati & Dermawan, 2008. *Proses pembelajaran dalam pendidikan kesehatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Singh, A. 2011. *Tooth brushing, oil pulling and tissue regeneration: A review of holistic approaches to oral health*. <http://www.jaim.in/article.asp?issn=0975-9476;year=2011;volume=2;issue=2;spage=64;epage=68;aulast=Singh>. (Akses tanggal 20 Maret 2012. Jam 12.00 WIB).
- Siswanto, H. 2010. *Pendidikan Kesehatan Anak Usia Dini*. Yogyakarta: Pustaka Rihana.
- Soebroto, I. 2009. *Apa Yang Tidak Dikatakan Dokter Tentang Kesehatan Gigi Anda*. Jogjakarta: Bookmarks.
- Sondang, P, Hamada, T. 2008. *Menuju gigi dan mulut sehat*. Medan: USU Press.
- Suliha, U. 2002. *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Tambunan, SM. 2006. *Hubungan Antara Kemampuan Spasial Dengan Prestasi Belajar Matematika*. <http://journal.ui.ac.id/humanities/article/viewFile/13/9>. (Akses tanggal 18 Juli 2012. Jam 11.00 WIB).
- Thompson, June. 2003. *Toddlercare: Pedoman Merawat Balita*. Jakarta: Erlangga.
- Thoriya, M,M. 2010. *Pengaruh Pemberian Stimulasi Permainan Ular Tangga Terhadap Perubahan Pengetahuan Anak Tentang Penyakit Demam Berdarah Dengue*. Tesis Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Tidak dipublikasikan.
- Wong, D,L. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Vol 1. Jakarta: EGC.
- Yusuf, S. 2011. *Psikologi Perkembangan Anak & Remaja*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya Offset.
- Yuyun. 2009. *Permainan Ular Tangga*. <http://bundagaluh.wordpress.com>. (Akses tanggal 20 Maret 2012. Jam 11.00 WIB).

Lampiran 1

SATUAN ACARA KEGIATAN PERMAINAN ULAR TANGGA

Topik	: Tindakan pemberian simulasi permainan
Sub Topik	: Pemberian simulasi permainan ular tangga
Sasaran	: Siswa kelas 2 dengan usia 7-8 tahun
Tempat	: SDN Dawu 2 dan SDN Gelung 3 Paron, Ngawi
Hari/ tanggal	: 30 Mei – 2 Juni 2012 dan 11 – 14 Juni 2012
Waktu	: 4x50 menit

1. Tujuan

1) Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Anak dapat memberikan respon terhadap simulasi permainan yang diberikan.

2) Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Anak mendapatkan informasi mengenai gosok gigi.

2. Materi

Tema: Permainan ular tangga.

Lama aktivitas: 50 menit selama 1 hari (4 kali pertemuan dalam 1 minggu).

3. Metode

Permainan Simulasi Ular Tangga

4. Alat/ Media

Permainan ular tangga.

5. Evaluasi

1) Kriteria Struktur

- (1) Peralatan yang dibutuhkan lengkap.
- (2) Pemain hadir di tempat yang telah ditentukan.

2) Kriteria proses

- (1) Pemain mengikuti permainan dari awal sampai akhir.
- (2) Pemain antusias dalam melaksanakan perintah atau menjawab pertanyaan yang ada pada kotak bertanda tangga.
- (3) Kegiatan dilakukan sesuai dengan waktu yang ditentukan.

3) Kriteria hasil

- (1) Pemain menikmati permainan.
- (2) Pemain terlihat riang.
- (3) Pemain mendapat informasi seputar gosok gigi.
- (4) Pemain mampu menerapkan cara menggosok gigi yang benar.

6. Langkah Kegiatan

No	Waktu	Kegiatan Fasilitator	Kegiatan Pemain
1	5 Menit	<p>Persiapan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri. - Menjelaskan tujuan dan aturan permainan yang akan dilakukan. - Pembagian kelompok dan fasilitator. 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjawab salam - Mendengarkan - Memperhatikan
2	35 Menit	<p>Pelaksanaan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menata peralatan yang akan digunakan. - Menjelaskan aturan permainan. - Mengajak pemain untuk mulai bermain. - Berikan pujian kepada pemain 	<ul style="list-style-type: none"> - Mendengarkan penjelasan aturan permainan. - Melakukan perintah atau menjawab pertanyaan yang berada

		<p>bila pemain dapat melakukan perintah atau menjawab pertanyaan pada kotak bertanda tangga.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengingatkan kembali aturan permainan apabila ada pemain yang lupa. 	<p>pada kotak.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan jawaban pemain lain. - Mengikuti perintah pemain lain untuk melakukan sesuatu sesuai dengan perintah pada kotak. - Melihat kotak jawaban yang sesuai dengan pertanyaan yang didapatkan sesuai dengan nomor untuk melihat kebenaran dari jawaban pemain.
3	10 Menit	<p>Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berdiskusi dan mengevaluasi pengetahuan pemain setelah diberikan simulasi permainan ular tangga. - Membuat kontrak untuk pertemuan selanjutnya. - Mengucapkan salam penutup. 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjawab pertanyaan dari fasilitator. - Menjawab salam.

Lampiran 2

**STANDART OPERASIONAL PELAKSANAAN
PERMAINAN ULAR TANGGA**

Nomor	Prosedur
1.	<p>PERSIAPAN ALAT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 4-5 pion 2. 1 Dadu. 3. Lembar permainan ular tangga. 4. Lembar jawaban permainan ular tangga.
2.	<p>PERSIAPAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan anak yang akan melakukan permainan. 2. Menjelaskan cara bermain ular tangga. 3. Menyiapkan tempat bermain melingkar.
3.	<p>ATURAN TAMBAHAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bila pion berhenti pada kotak yang berisi perintah maka pemain harus melakukan perintah tersebut, jika berhasil melakukan perintah maka pemain maju satu kotak di depannya, bila pemain tidak bisa melakukan perintah maka pemain harus mundur satu kotak di belakangnya. 2. Bila pion berhenti pada kotak bertanda tangga yang berisi pertanyaan maka pemain harus menjawab pertanyaan tersebut, jika benar maka pemain berhak menaiki tangga menuju kotak di atasnya, jika salah pemain tidak boleh menaiki tangga dan hanya berhenti di kotak tersebut. 3. Apabila pion berhenti pada kotak berisi pertanyaan maka pemain harus menjawab pertanyaan tersebut, jika benar maka pemain maju satu kotak di depannya, jika pemain tidak bisa menjawab pertanyaan maka pemain harus mundur satu kotak di belakangnya. 4. Pemain yang telah sampai pada kotak terakhir harus meneriakkan dengan lantang kalimat yang berada di kotak tersebut. 5. Pemain yang berhasil sampai pertama kali pada kotak terakhir berhak menunjuk satu orang untuk menjawab satu pertanyaan atau satu perintah yang belum terbuka pada saat permainan. 6. Apabila masih ada kotak pertanyaan atau perintah yang belum terbuka sampai pertemuan terakhir maka pada saat diskusi pertemuan terakhir kotak yang belum terbuka akan dibahas dalam diskusi tersebut.
4.	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan hompimpah untuk menentukan siapa yang bermain terlebih dahulu. 2. Tentukan pion yang akan dimainkan.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">3. Permainan dimulai dari giliran pertama.4. Kocok dadu, lihat angka yang ditunjukkan oleh dadu, baca angka, dan melangkah menuju kotak selanjutnya sesuai dengan jumlah angka.5. Jika berhenti pada kotak yang bertanda ular, maka kamu harus turun ke kotak yang menjadi ujung ular.6. Jika berhenti pada kotak yang bertanda tangga, maka naikhlah sampai ujung tangga tersebut (jika berhasil menjawab pertanyaan dengan benar).7. Bila ada salah satu pion yang telah sampai pada kotak terakhir maka permainan berakhir. |
|--|

Ukuran asli sebesar A3 (44 x 31 cm).

ULAR TANGGA GIGI SEHAT

43		45		47		49	
42		41		39		37	
29		31		32	33	35	
27		26		25	24	23	
15		14		13		11	
1		2		3		4	
		3		4		5	
		3		4		5	

ATURAN PERMAINAN:

1. Bila pion berhenti pada kotak yang berisi perintah maka pemain harus melakukan perintah tersebut, jika berhasil melakukan perintah maka pemain maju satu kotak di depannya, bila pemain tidak bisa melakukan perintah maka pemain harus mundur satu kotak di belakangnya.
2. Bila pion berhenti pada kotak bertanda tangga yang berisi pertanyaan maka pemain harus menjawab pertanyaan tersebut, jika benar maka pemain berhak menaiki tangga menuju kotak di atasnya, jika salah pemain tidak boleh menaiki tangga dan hanya berhenti di kotak tersebut.
3. Apabila pion berhenti pada kotak berisi pertanyaan maka pemain harus menjawab pertanyaan tersebut, jika benar maka pemain maju satu kotak di depannya, jika pemain tidak bisa menjawab pertanyaan maka pemain harus mundur satu kotak di belakangnya.
4. Pemain yang telah sampai pada kotak terakhir harus meneriakkan dengan lantang kalimat yang berada di kotak tersebut.
5. Pemain yang berhasil sampai pertama kali pada kotak terakhir berhak menunjuk satu orang untuk menjawab satu pertanyaan atau satu perintah yang belum terbuka pada saat permainan.
6. Apabila masih ada kotak pertanyaan atau perintah yang belum terbuka sampai pertemuan terakhir maka pada saat diskusi pertemuan terakhir kotak yang belum terbuka akan dibahas dalam diskusi tersebut.

*Gigitn Sehat dan Kuat
dengan Rajin Gosok Gigi
2 Kali Sehari.*

LEMBAR PERMAINAN ULAR TANGGA

Lampiran 4

DESAIN LEMBAR JAWABAN DAN PERINTAH

Lembar Perintah & Jawaban Ular Tangga "Gigi Sehat"

3. Fungsi Gigi
Mengunyah makanan, membantu pertumbuhan tulang rahang, untuk kecantikan dan membantu berbicara.

11. Manfaat Menggosok Gigi
Membersihkan sisa-sisa makanan dan bakteri mencegah penyakit gigi dan mulut seperti gigi berlubang, karang gigi dan radang gusi mengurangi bau mulut.

22. Waktu Waktu Mengganti Sikat Gigi
Sikat gigi harus diganti apabila ada tanda-tanda kerusakan, seperti bulu sikat mulai mekar. Sikat gigi sebaiknya diganti setelah 3 atau 4 bulan pemakaian walaupun belum ada tanda-tanda rusak.

30. Jumlah Pasta Gigi yang Digunakan
Jumlah pasta gigi yang diletakkan di atas sikat gigi tidak harus sepanjang bulu sikat tetapi sebesar biji kacang polong.

37. Makanan yang dapat Menyebabkan Kerusakan Gigi
Makanan dan minuman yang terlalu panas atau terlalu dingin; makanan yang terlalu manis (permen, biskuit manis) dan lengket (coklat, dodot); minuman berasidra (sprite, fanta); dan minuman yang terlalu manis (sirup).

43. Langkah-Langkah Menggosok Gigi

1. Membasahi sikat gigi dengan air bersih.
2. Mengoleskan pasta gigi secukupnya (sebesar kacang polong) pada ujung sikat gigi.
3. Berkumur terlebih dahulu sebelum menyikat gigi.
4. Memposisikan sikat gigi dengan kemiringan 45° pada baris gusi dan gerakan melingkar dengan lembut di satu atau dua gigi sekaligus.
5. Menggosok semua permukaan luar gigi atas.
6. Membersihkan semua permukaan dalam gigi atas.
7. Menyikat semua permukaan pengunyah atas.
8. Membersihkan semua permukaan luar gigi bawah.
9. Membersihkan semua permukaan dalam gigi bawah.
10. Menyikat semua permukaan pengunyah bawah.
11. Menggunakan gerakan menyapu yang lembut dari belakang ke depan untuk menyikat permukaan lidah.
12. Setelah permukaan gigi disikat berkumur 3 kali saja agar sisa fluoride optimal.
13. Sikat gigi dicuci bersih dan disimpan dengan tegak dengan posisi kepala sikat di atas.

47. Baca kalimat di bawah !!
Saya berjanji akan menggosok gigi atau berkumur setelah makan makanan manis seperti permen, coklat, biskuit, dan lain-lain.

6. Waktu yang Tepat Untuk menggosok Gigi
Dalam sehari minimal kita menggosok gigi 2 kali yaitu pagi hari setelah makan pagi dan malam hari sebelum tidur. Bila dilakukan 3 kali akan lebih baik yaitu setelah makan pagi, setelah makan siang dan sebelum tidur malam.

17. Ciri Sikat Gigi yang Baik adalah
Bulu sikat halus, permukaan sikat gigi rata, dan bentuk kepala sikat yang ramping. Anak-anak tidak diperbolehkan memakai sikat gigi untuk orang dewasa.

26. Makanan yang Menyebabkan Gigi adalah :
Makanan bergizi dan berserat seperti daging, kacang-kacangan, keju, susu, buah-buahan (pir, melon, apel, jeruk, dll), dan sayur-sayuran (seledri, mentimun, wortel, dll).

33. Abibat tidak menggosok gigi adalah
Sisa makanan yang tertinggal di gigi, bau mulut, mudah terserang penyakit gigi (gigi berlubang, karang gigi, dan radang gusi).

7. Verukhan!!
Saya akan menggosok gigi setelah makan pagi dan sebelum tidur malam.

14. Ucapkan!!
Saya akan rajin menggosok gigi supaya gigi saya bersih dan sehat.

20. Berukhan ke teman-temanmu !!
Cara membersihkan sikat gigi setelah digunakan adalah dibilas dengan air mengalir. Kemiringan sikat gigi setiap selesai digunakan, lalu simpan sikat gigi dengan posisi berdiri di tempatnya dan usahakan kepala sikat tidak bersentuhan dengan kepala sikat gigi lain.

24. Ucapkan dengan lantang!!
Saat menggosok gigi saya akan menggunakan pasta gigi yang mengandung fluoride (zat yang dapat mencegah gigi berlubang).

40. Kita Pergi ke Dokter Gigi pada saat
Sikat gigi, menambal gigi berlubang, mencabut gigi yang goyang, dan minimal setiap 6 bulan sekali kita memeriksakan kesehatan gigi kita ke dokter gigi, walaupun kita tidak pernah sakit gigi.

Ayo Cegah Gigi Berlubang dengan Gosok Gigi !!

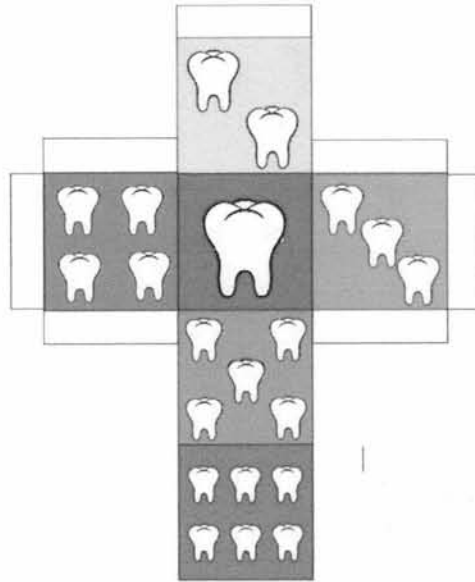
Ukuran asli sebesar setengah A3 (15 x 22 cm).

Lampiran 5

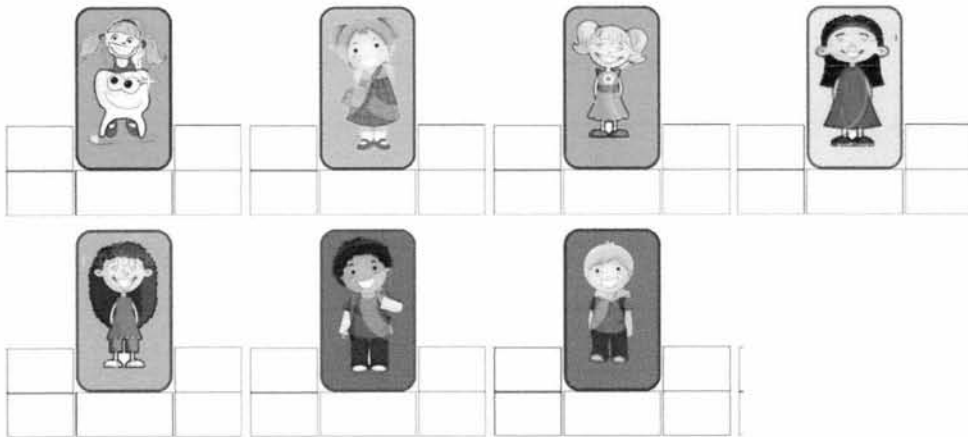
DESAIN PENUTUP LEMBAR JAWABAN DAN PERINTAH

Ukuran asli sebesar setengah A3 (15 x 22 cm).

Lampiran 6

DESAIN DADU

Ukuran asli sebesar 5 x 5 cm.

DESAIN PION

Ukuran asli sebesar 3 x 5 cm.

Lampiran 7

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ernita Kurnia Sari

NIM : 010810192B

Mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang saat ini dalam tahap penyelesaian tugas akhir, akan melaksanakan penelitian dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi dengan Metode Permainan Simulasi Ular Tangga terhadap Perubahan Perilaku Gosok Gigi Anak Usia Sekolah”.

Untuk maksud di atas saya mohon kesediaan Bapak/ Ibu berkenan memberikan izin kepada putra/ putri dari Bapak/ Ibu untuk menjadi subjek dalam penelitian saya. Adapun hal-hal yang perlu Bapak/ Ibu ketahui adalah:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan gosok gigi dengan metode permainan ular tangga terhadap perubahan perilaku gosok gigi anak usia sekolah. Dengan penelitian ini diharapkan dapat menambah pemahaman, kesadaran, dan tindakan anak usia sekolah untuk menggosok gigi dengan benar dan teratur.
2. Manfaat penelitian adalah memberikan pengetahuan dan wawasan kepada putra/ putri dari Bapak/ Ibu seputar gosok gigi dan cara menggosok gigi yang benar.

3. Pelaksanaan penelitian ini adalah dengan pemberian informasi kepada putra/putri dari Bapak/ Ibu seputar gosok gigi melalui bermain ular tangga, yang sebelum dan sesudah pemberian informasi tersebut diharapkan putra/putri dari Bapak/ Ibu mengisi kuesioner pre tes dan post tes yang telah disediakan oleh peneliti.
4. Penelitian ini tidak akan memungut biaya apapun dari putra/putri dari Bapak/ Ibu.
5. Identitas putra/putri dari Bapak/ Ibu akan dirahasiakan sepenuhnya oleh peneliti dan hanya data yang isikan oleh putra/putri dari Bapak/ Ibu yang akan digunakan. Jawaban yang berikan oleh putra/putri dari Bapak/ Ibu akan saya jaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.
6. Partisipasi putra/putri dari Bapak/ Ibu dalam penelitian ini adalah sukarela. Bapak/ Ibu setiap saat dapat memutuskan untuk tidak melanjutkan keikutsertaan putra/putrinya dalam penelitian ini tanpa perlu memberikan suatu alasan dan tanpa memperoleh sanksi atau apapun dari institusi studi maupun peneliti.

Bersama ini saya mohon kesediaannya untuk menjadi responden. Atas perhatian partisipasi dan kerjasamanya, saya ucapkan terimakasih.

Surabaya, 28 Mei 2012

Hormat saya

Ernita Kurnia Sari

Lampiran 8

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Orang Tua :

Nama anak :

Alamat :

Setelah mendapatkan penjelasan dari tujuan penelitian ini, saya menyatakan **bersedia/ tidak bersedia** *) memberikan ijin kepada anak saya menjadi responden pada penelitian yang dilakukan oleh saudari Ernita Kurnia Sari (010810192B), mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi dengan Metode Permainan Simulasi Ular Tangga terhadap Perubahan Perilaku Gosok Gigi Anak Usia Sekolah.”

Demikian atas kesediaan ini, saya nyatakan dengan sesungguhnya, sukarela dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Ngawi, 29 Mei 2012

Orang Tua Responden

*) Coret yang tidak tidak perlu.

Lampiran 9

FORMAT PENGUMPULAN DATA**Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi dengan Metode Permainan
Simulasi Ular Tangga terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap, dan
Aplikasi Tindakan Gosok Gigi Anak Usia Sekolah**

No. Responden :

Tanggal pengisian :

A. Data UmumUmur : 7 tahun 8 tahunJenis Kelamin : laki-laki perempuan

Setiap menggosok gigi dilakukan menurut:

 Keinginan sendiri Disuruh orang tua

Berapa kali kamu makan manis (permen, biskuit) dan lengket (coklat, dodol)

dalam sehari :

 1 kali 2 kali 3 kali >3 kali

Kebiasaan gosok gigi yang kamu lakukan setiap hari:

 1 kali 2 kali 3 kali

B. Data Pengetahuan

Petunjuk pengisian kuisioner: pilihlah jawaban yang sesuai menurut anda, dengan memberikan tanda (√) cek pada kolom yang disediakan.

1. Pada jawaban yang dipilih, tidak boleh lebih dari satu jawaban.
2. Jawaban diisi sendiri tidak boleh diwakilkan.

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Jika sering makan permen, coklat, dan biskuit manis tanpa menggosok gigi dapat menyebabkan gigi berlubang.		
2	Setelah makan manis hendaknya langsung menggosok gigi atau berkumur.		
3	Jika kita malas membersihkan gigi, maka sisa makanan akan menempel di gigi dan menjadi makanan untuk kuman.		
4	Sikat gigi diganti bila bulu sikat sudah rusak.		
5	Kuman-kuman yang ada di mulut akan senang bila kita sering membersihkan gigi.		
6	Setelah dipakai, sikat gigi tidak perlu dibersihkan di bawah air mengalir.		
7	Kita boleh memakai sikat gigi milik orang lain.		
8	Sebelum tidur kita boleh makan permen, coklat, dll, dan tidak perlu menggosok gigi.		
9	Jika masih anak-anak kita boleh menggunakan sikat gigi untuk orang dewasa.		
10	Jika kita sakit gigi, makanan apapun terasa enak.		
11	Menggosok gigi tidak perlu menggunakan pasta gigi.		
12	Waktu terbaik menggosok gigi pada pagi hari adalah setelah makan pagi.		
13	Sayur-sayuran dan buah-buahan adalah makanan yang dapat menyehatkan gigi.		
14	Makanan yang terlalu dingin atau terlalu panas dapat memperkuat gigi.		
15	Bila gigi tidak di sikat secara baik dan benar, maka gigi akan menjadi bersih dan sehat.		

C. Data Sikap

Petunjuk pengisian kuisioner: pilihlah jawaban yang sesuai menurut anda, dengan memberikan tanda (√) cek pada kolom yang disediakan.

1. Pada jawaban yang dipilih, tidak boleh lebih dari satu jawaban.
2. Jawaban diisi sendiri tidak boleh diwakilkan.
3. Untuk jawaban SS= sangat setuju, S=setuju, TS= tidak setuju, dan STS=sangat tidak setuju.

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Saat menggosok gigi, saya menggunakan pasta gigi yang mengandung flour (zat pencegah gigi berlubang).				
2	Menurut saya sikat gigi seharusnya tidak boleh digunakan secara bergantian dengan orang lain.				
3	Menurut pendapatmu cara menjaga agar gigi dan gusi sehat adalah suka makan makanan manis dan malas menyikat gigi.				
4	Setelah makan makanan dan minuman yang manis, saya tidak perlu menggosok gigi.				
5	Saat gigi saya berlubang, saya akan pergi ke dokter gigi untuk menambal gigi yang berlubang.				
6	Ketika sakit gigi, saya biarkan saja hingga sembuh dengan sendirinya.				
7	Menurut saya sisa-sisa makanan yang ada di mulut jika tidak dibersihkan dapat menyebabkan gigi berlubang.				
8	Menurut saya mencegah sakit gigi dengan rajin menggosok gigi lebih penting, daripada mengobati sakit gigi.				
9	Sebelum tidur pada malam hari sebaiknya menyikat gigi dulu dan tidak boleh makan lagi.				
10	Menurut saya mengkonsumsi buah dan sayur dapat membersihkan gigi dari sisa makanan yang tertinggal di sela-sela gigi.				
11	Sisa makanan pada gigi bila tidak disikat dapat menyebabkan bau mulut.				

D. Data Tindakan

Diisi oleh peneliti berdasarkan observasi yang dilakukan terhadap responden.

No	Tindakan	Ya	Tidak
1	Membasahi sikat gigi dengan air bersih.		
2	Mengoles pasta gigi secukupnya (sebesar kacang polong) pada ujung sikat gigi.		
3	Berkumur sebelum menyikat gigi.		
4	Memosisikan sikat gigi dengan kemiringan 45° pada baris gusi dan gerakan melingkar dengan lembut di satu atau dua gigi sekaligus.		
5	Menggosok permukaan luar gigi atas, diawali dengan geraham belakang, kemudian perlahan-lahan bergerak ke bagian tengah dan menyebrang ke sisi lain. *)		
6	Membersihkan permukaan dalam gigi atas, dengan menyikat dari belakang ke tengah, kemudian beralih ke sisi lain. *)		
7	Menggosok permukaan pengunyah atas. *)		
8	Menggosok permukaan luar gigi bawah, diawali dengan geraham belakang, kemudian perlahan-lahan bergerak ke bagian tengah dan menyebrang ke sisi lain. *)		
9	Menggosok permukaan dalam gigi bawah, dengan menyikat dari belakang ke tengah, kemudian beralih ke sisi lain. *)		
10	Menggosok permukaan pengunyah bawah. *)		
11	Melakukan gerakan menyapu yang lembut dari belakang ke depan untuk menyikat permukaan lidah. *)		
12	Berkumur 3 kali saja agar sisa flour optimal.		
13	Sikat gigi dicuci bersih dan disimpan dengan tegak dengan posisi kepala sikat di atas.		

*) Tidak perlu dilakukan secara berurutan, namun semua tahapan terlampaui.

JADWAL KEGIATAN PENELITIAN

No	Kegiatan	Mei 2012				Juni 2012													
		28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
KELOMPOK PERLAKUAN																			
1	Penjelasan tentang penelitian dan pembagian <i>informed consent</i>	H1																	
2	Pengembalian <i>informed consent</i> dan <i>pre test</i>		H2																
3	Intervensi pendidikan kesehatan dengan metode permainan simulasi ular tangga			H3	H4	H5	H6												
4	<i>Post test</i>								H8										
KELOMPOK KONTROL																			
5	Penjelasan tentang penelitian dan pembagian <i>informed consent</i>								H8										
6	Pengembalian <i>informed consent</i> dan <i>pre test</i>									H9									
7	<i>Post test</i>													H14					
8	Pendidikan kesehatan dengan metode permainan simulasi ular tangga														H15	H16	H17	H18	

Lampiran 11

**HASIL UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS KUESIONER
PENGETAHUAN DAN SIKAP**

1. Kuesioner Pengetahuan

1) Kuesioner pengetahuan Putra (2007)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.745	19

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	14.5000	9.167	.261	.739
p2	14.4000	8.933	.517	.722
p3	14.3000	10.011	.000	.747
p4	14.4000	9.600	.159	.745
p5	14.3000	10.011	.000	.747
p6	14.4000	9.822	.045	.752
p7	14.6000	8.044	.633	.702
p8	14.5000	9.389	.172	.747
p9	14.5000	8.500	.542	.714
p10	14.6000	8.933	.292	.737
p11	14.8000	8.622	.359	.731
p12	14.6000	8.933	.292	.737
p13	14.4000	8.933	.517	.722
p14	14.3000	10.011	.000	.747
p15	14.6000	9.378	.135	.753
p16	14.6000	8.267	.544	.712
p17	14.6000	8.044	.633	.702
p18	14.6000	9.600	.059	.760
p19	14.4000	8.933	.517	.722

2) Kuesioner Pengetahuan Peneliti

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.727	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p8	1.4000	1.378	.479	.702
p12	.8000	1.067	.535	.656
p14	1.1000	.989	.563	.640
p15	1.2000	1.067	.535	.656

2. Kuesioner Sikap Chairana (2002)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.658	15

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
s1	40.8000	28.400	.442	.620
s2	40.9000	29.878	.360	.634
s3	42.1000	34.100	-.169	.707
s4	40.6000	30.711	.407	.637
s5	41.7000	25.122	.635	.579
s6	40.9000	29.656	.569	.623
s7	41.8000	25.733	.404	.619
s8	41.8000	33.733	-.135	.685
s9	41.3000	34.011	-.163	.708
s10	41.3000	27.122	.627	.596
s11	41.0000	26.444	.592	.594
s12	40.8000	28.400	.560	.612
s13	41.4000	26.489	.551	.598
s14	41.6000	25.600	.597	.587

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
s1	40.8000	28.400	.442	.620
s2	40.9000	29.878	.360	.634
s3	42.1000	34.100	-.169	.707
s4	40.6000	30.711	.407	.637
s5	41.7000	25.122	.635	.579
s6	40.9000	29.656	.569	.623
s7	41.8000	25.733	.404	.619
s8	41.8000	33.733	-.135	.685
s9	41.3000	34.011	-.163	.708
s10	41.3000	27.122	.627	.596
s11	41.0000	26.444	.592	.594
s12	40.8000	28.400	.560	.612
s13	41.4000	26.489	.551	.598
s14	41.6000	25.600	.597	.587
s15	42.2000	37.956	-.446	.749

Lampiran 12

TABEL DATA UMUM RESPONDEN KELOMPOK PERLAKUAN
DI SDN DAWU 2, PARON, NGAWI

No	Umur	Jenis kelamin	Motivasi gosok gigi	Makan makanan manis dalam sehari	Kebiasaan gosok gigi tiap hari
1	2	1	1	4	2
2	2	2	1	2	2
3	2	1	2	2	2
4	2	1	2	1	2
5	2	1	2	1	2
6	1	1	1	1	2
7	2	2	1	3	2
8	2	1	1	1	2
9	2	2	1	1	2
10	1	2	1	2	2
11	2	2	1	3	3
12	2	1	1	2	2
13	2	2	1	3	3
14	2	1	2	2	2
15	2	1	2	1	2
16	2	1	1	1	2
17	2	1	1	3	2
18	1	2	2	3	2
19	2	2	1	1	2

TABEL DATA UMUM RESPONDEN KELOMPOK KONTROL
DI SDN GELUNG 3, PARON, NGAWI

No	Umur	Jenis kelamin	Motivasi gosok gigi	Makan makanan manis dalam sehari	Kebiasaan gosok gigi tiap hari
1	2	2	2	2	2
2	1	2	2	2	3
3	2	1	2	1	3
4	2	2	1	1	3
5	2	2	1	1	2
6	1	2	2	1	2
7	2	2	2	1	2
8	2	2	2	1	2
9	1	2	2	2	2
10	2	2	1	2	2
11	2	1	2	1	2
12	2	2	1	4	2
13	2	2	1	1	2

14	2	1	2	1	2
15	2	2	1	2	2
16	1	2	2	1	2
17	2	2	2	3	2
18	2	2	2	1	1
19	2	1	2	3	2

Keterangan:

Umur : 1= 7 tahun, 2= 8 tahun

Jenis kelamin : 1= laki-laki, 2= perempuan

Motivasi gosok gigi : 1= diri sendiri, 2= orang tua

Makan makanan manis dalam sehari: 1= 1x, 2= 2 x, 3= 3x, 4=>3x

Kebiasaan gosok gigi tiap hari: 1= 1x, 2= 2x, 3= 3x

TABULASI NILAI *PRE TEST* DAN *POST TEST* KELOMPOK KONTROL DAN KELOMPOK PERLAKUAN

1. Kelompok kontrol
 - 1) Domain pengetahuan
 - (1) *Pre test*

No Resonden	Pernyataan															Total nilai	Persentase	Kategori	Skor
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	Baik	3
2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	13	87	Baik	3
3	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	9	69	Cukup	2
4	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	11	73	Cukup	2
5	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12	80	Baik	3
6	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	12	80	Baik	3
7	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	11	73	Cukup	2
8	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	12	80	Baik	3
9	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	73	Cukup	2
10	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	10	67	Cukup	2
11	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	10	67	Cukup	2
12	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	13	87	Baik	3
13	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	73	Cukup	2
14	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	10	67	Cukup	2
15	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	13	87	Baik	3
16	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	87	Baik	3
17	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	9	69	Cukup	2
18	1	0	0	1	1		1	1	1	1	1	1	1	0	1	11	73	Cukup	2
19	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	8	53	Kurang	1

(2) Post test

No Resonden	Pernyataan															Total nilai	Persentase	Kategori	Skor
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	13	87	Baik	3
2	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	87	Baik	3
3	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	7	46	Kurang	1
4	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	73	Cukup	2
5	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93	Baik	3
6	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	7	46	Kurang	1
7	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	80	Baik	3
8	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	87	Baik	3
9	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	12	80	Baik	3
10	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	10	67	Cukup	2
11	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	8	53	Kurang	1
12	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	87	Baik	3
13	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	80	Baik	3
14	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	11	73	Cukup	2
15	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	11	73	Cukup	2
16	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	13	87	Baik	3
17	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	8	53	Kurang	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	12	80	Baik	3
19	1	1	1	1		1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	11	73	Cukup	2

2) Domain sikap
(1) *Pre test*

No Resonden	Pernyataan											Total nilai	Rata-rata	Kategori	Skor
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
1	4	2	4	1	3	3	4	3	4	3	1	32	33	Negatif	1
2	4	2	2	4	2	3	4	2	4	3	4	33	33	Positif	2
3	3	3	3	4	3	3	2	3	4	3	2	33	33	Positif	2
4	4	2	3	3	4	3	2	4	4	2	2	33	33	Positif	2
5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	3	39	33	Positif	2
6	4	2	4	3	4	3	4	2	4	4	2	36	33	Positif	2
7	4	2	4	4	2	3	2	4	4	2	2	33	33	Positif	2
8	4	2	4	3	4	4	2	3	3	4	2	35	33	Positif	2
9	3	2	3	3	3	3	2	3	4	2	3	31	33	Negatif	1
10	4	3	3	1	2	4	3	4	3	2	3	32	33	Negatif	1
11	4	3	3	1	3	3	1	3	4	3	1	29	33	Negatif	1
12	2	1	4	4	3	4	2	4	4	1	4	33	33	Positif	2
13	4	2	3	3	4	3	2	4	4	2	2	33	33	Positif	2
14	4	2	4	3	4	3	1	4	2	4	2	33	33	Positif	2
15	4	2	3	3	3	3	4	2	3	3	2	32	33	Negatif	1
16	4	2	4	4	4	4	3	3	4	2	4	38	33	Positif	2
17	3	2	2	3	3	3	2	4	4	2	2	30	33	Negatif	1
18	3	2	3	3	3	3	2	3	1	2	3	28	33	Negatif	1
19	4	4	1	3	4	1	2	4	4	4	4	35	33	Positif	2

(2) *Post test*

No Resonden	Pernyataan											Total nilai	Rata-rata	Kategori	Skor
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
1	4	2	4	2	4	3	3	4	3	4	3	36	32	Positif	2
2	4	2	2	4	4	3	2	1	3	2	3	30	32	Negatif	1
3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	29	32	Negatif	1
4	4	2	3	3	4	3	2	4	4	2	2	33	32	Positif	2
5	4	3	3	4	1	4	3	4	4	4	4	38	32	Positif	2
6	4	2	4	3	4	3	1	3	3	2	1	30	32	Negatif	1
7	4	2	4	4	1	4	2	4	4	4	4	37	32	Positif	2
8	3	2	3	3	4	3	3	4	4	2	2	33	32	Positif	2
9	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	4	27	32	Negatif	1
10	3	4	3	2	3	4	3	4	4	3	2	35	32	Positif	2
11	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	1	29	32	Negatif	1
12	4	2	4	4	1	4	1	1	3	1	1	26	32	Negatif	1
13	4	2	3	3	4	3	2	4	4	2	2	33	32	Positif	2
14	4	3	3	4	3	1	3	4	4	3	3	35	32	Positif	2
15	4	2	4	3	4	3	2	2	2	1	2	29	32	Negatif	1
16	4	2	4	3	4	3	3	3	4	2	3	35	32	Positif	2
17	2	2	1	2	4	4	2	3	4	2	1	27	32	Negatif	1
18	4	2	2	2	2	2	3	2	2	3	4	28	32	Negatif	1
19	4	4	1	3	4	3	4	2	4	4	2	35	32	Positif	2

3) Domain tindakan

(1) *Pre test*

No Resonden	Pernyataan													Total nilai	Persentase	Kategori	Skor
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	9	69	Cukup	2
2	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	10	77	Baik	3
3	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	7	54	Kurang	1
4	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	10	77	Baik	3
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	12	92	Baik	3
6	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	10	77	Baik	3
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	12	100	Baik	3
8	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	9	69	Cukup	2
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	12	92	Baik	3
10	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	9	69	Cukup	2
11	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	6	46	Kurang	1
12	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	9	69	Cukup	2
13	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	10	77	Baik	3
14	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	10	77	Baik	3
15	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	8	61	Cukup	2
16	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	69	Cukup	2
17	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	69	Cukup	2
18	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	8	61	Cukup	2
19	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	10	77	Baik	3

(2) *Post test*

No Resonden	Pernyataan													Total nilai	Persentase	Kategori	Skor
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	9	69	Cukup	2
2	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	10	77	Baik	3
3	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	8	61	Cukup	2
4	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	10	77	Baik	3
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	11	85	Baik	3
6	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	10	77	Baik	3
7	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	11	85	Baik	3
8	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	9	69	Cukup	2
9	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	11	85	Baik	3
10	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	9	69	Cukup	2
11	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	8	61	Cukup	2
12	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	9	69	Cukup	2
13	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	10	77	Baik	3
14	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	10	77	Baik	3
15	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	9	69	Cukup	2
16	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	69	Cukup	2
17	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	10	77	Baik	3
18	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	8	61	Cukup	2
19	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	10	77	Baik	3

2. Kelompok perlakuan
 1) Domain pengetahuan
 (1) *Pre test*

No Resonden	Pernyataan															Total nilai	Persentase	Kategori	Skor
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	13	87	Baik	3
2	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	73	Cukup	2
3	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	9	60	Cukup	2
4	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	12	80	Baik	3
5	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	6	40	Kurang	1
6	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	12	80	Baik	3
7	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	12	80	Baik	3
8	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	87	Baik	3
9	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	9	60	Cukup	2
10	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	13	87	Baik	3
11	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	9	60	Cukup	2
12	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	73	Cukup	2
13	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	9	60	Cukup	2
14	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	12	80	Baik	3
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	Baik	3
16	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	9	60	Cukup	2
17	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	12	80	Baik	3
18	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	12	80	Baik	3
19	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	8	53	Kurang	1

(2) *Post test*

No Resonden	Pernyataan															Total nilai	Persentase	Kategori	Skor
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	13	87	Baik	3
2	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	80	Baik	3
3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93	Baik	3
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	13	87	Baik	3
5	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	12	80	Baik	3
6	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	13	87	Baik	3
7	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	87	Baik	3
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	14	93	Baik	3
9	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	12	80	Baik	3
10	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	14	93	Baik	3
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	Baik	3
12	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	87	Baik	3
13	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93	Baik	3
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	14	93	Baik	3
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	Baik	3
16	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	9	60	Cukup	2
17	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	87	Baik	3
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	Baik	3
19	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	10	67	Cukup	2

2) Domain sikap

(1) *Pre test*

No Resonden	Pernyataan											Total nilai	Rata-rata	Kategori	Skor
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
1	1	3	3	4	4	3	2	4	3	1	2	30	32	Negatif	1
2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	29	32	Negatif	1
3	4	2	4	4	4	3	2	3	3	2	3	34	32	Positif	2
4	1	4	3	4	2	4	4	1	4	2	4	33	32	Positif	2
5	4	3	1	3	2	3	1	4	3	2	4	30	32	Negatif	1
6	2	2	3	4	4	3	4	4	4	4	2	36	32	Positif	2
7	4	1	4	3	4	4	1	4	4	4	1	34	32	Positif	2
8	4	2	4	3	3	4	3	2	4	1	2	32	32	Positif	2
9	3	2	4	3	4	3	2	1	3	2	2	29	32	Negatif	1
10	3	2	3	4	4	3	3	4	3	2	4	35	32	Positif	2
11	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	2	29	32	Negatif	1
12	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	29	32	Negatif	1
13	1	4	3	4	2	4	4	1	4	2	4	33	32	Positif	2
14	4	2	4	4	4	3	2	3	3	2	3	34	32	Positif	2
15	4	1	4	4	4	4	3	1	4	3	1	33	32	Positif	2
16	4	1	4	2	4	2	4	2	4	2	1	30	32	Negatif	2
17	4	1	4	3	4	4	4	3	1	2	4	34	32	Positif	2
18	1	1	3	3	3	3	4	4	4	2	4	32	32	Positif	2
19	4	2	4	3	3	4	2	4	3	1	1	31	32	Negatif	1

(2) *Post test*

No Resonden	Pernyataan											Total nilai	Rata-rata	Kategori	Skor
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
1	3	2	4	3	4	3	2	4	4	2	2	33	35	Negatif	1
2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	30	35	Negatif	1
3	4	4	4	4	2	4	4	3	4	2	4	39	35	Positif	2
4	3	2	3	4	4	4	3	4	3	2	2	34	35	Negatif	1
5	4	3	4	3	4	3	2	4	1	2	1	31	35	Negatif	1
6	4	4	4	3	4	4	1	4	4	4	4	40	35	Positif	2
7	4	1	4	4	2	4	2	4	4	4	2	35	35	Positif	2
8	2	4	4	4	1	4	4	4	4	2	4	37	35	Positif	2
9	4	2	4	3	4	4	2	1	3	2	3	32	35	Negatif	1
10	4	2	4	3	4	3	3	4	3	2	4	36	35	Positif	2
11	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	29	35	Negatif	1
12	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	29	35	Negatif	1
13	4	4	4	4	1	4	4	3	4	3	4	39	35	Positif	1
14	4	3	3	4	4	4	3	4	3	2	3	37	35	Positif	2
15	4	1	4	4	4	4	4	2	4	4	3	38	35	Positif	2
16	4	1	4	4	4	3	1	4	4	4	4	37	35	Positif	1
17	4	3	2	4	4	3	2	4	3	3	2	34	35	Negatif	2
18	2	3	4	3	4	3	3	4	4	3	4	37	35	Positif	2
19	3	2	3	4	3	3	3	4	3	2	1	31	35	Negatif	1

3) Domain Tindakan

(1) Pre test

No Resonden	Pernyataan													Total nilai	Persentase	Kategori	Skor
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	7	54	Kurang	1
2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	11	85	Baik	3
3	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	69	Cukup	2
4	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	9	69	Cukup	2
5	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	69	Cukup	2
6	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	6	46	Kurang	1
7	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	10	77	Baik	3
8	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	5	38	Kurang	1
9	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	7	54	Kurang	1
10	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0		1	10	77	Baik	3
11	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	5	38	Kurang	1
12	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	69	Cukup	2
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	12	92	Baik	3
14	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	5	38	Kurang	1
15	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	8	61	Cukup	2
16	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	9	69	Cukup	2
17	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	8	61	Cukup	2
18	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	69	Cukup	2
19	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0		1	5	38	Kurang	1

(2) Post test

No Resonden	Pernyataan													Total nilai	Persentase	Kategori	Skor
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	69	Cukup	2
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	100	Baik	3
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	100	Baik	3
4	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	10	77	Baik	3
5	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	69	Cukup	2
6	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	69	Cukup	2
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	100	Baik	3
8	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	9	69	Cukup	2
9	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	10	77	Baik	3
10	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	10	77	Baik	3
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	100	Baik	3
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	12	92	Baik	3
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	100	Baik	3
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	100	Baik	3
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	12	92	Baik	3
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	100	Baik	3
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	100	Baik	3
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	12	92	Baik	3
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	12	92	Baik	3

Lampiran 14

**HASIL UJI ANALISIS STATISTIK DENGAN WILCOXON SIGNED
RANK TEST DAN MANN WHITHNEY U TEST**

1. Hasil uji *Wilcoxon Signed Rank Test* pada kelompok kontrol
1) Domain pengetahuan

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre test pengetahuan	19	11.26	1.939	8	15
post test pengetahuan	19	11.11	2.158	7	14

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test pengetahuan - pre test pengetahuan	7 ^a	9.64	67.50
	8 ^b	6.56	52.50
	4 ^c		
Total	19		

- a. post test pengetahuan < pre test pengetahuan
b. post test pengetahuan > pre test pengetahuan
c. post test pengetahuan = pre test pengetahuan

Test Statistics^b

	post test pengetahuan - pre test pengetahuan
Z	-.431 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.666

- a. Based on positive ranks.
b. Wilcoxon Signed Ranks Test

2) Domain sikap

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre test sikap	19	33.05	2.738	28	39
post test sikap	19	31.84	3.746	26	38

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test sikap - pre test sikap Negative Ranks	10 ^a	7.55	75.50
Positive Ranks	4 ^b	7.38	29.50
Ties	5 ^c		
Total	19		

a. post test sikap < pre test sikap

b. post test sikap > pre test sikap

c. post test sikap = pre test sikap

Test Statistics^b

	post test sikap - pre test sikap
Z	-1.455 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.146

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

3) Domain tindakan

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre test tindakan	19	9.42	1.575	6	12
post test tindakan	19	9.53	.964	8	11

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test tindakan - pre test	Negative Ranks	3 ^a	3.50	10.50
tindakan	Positive Ranks	4 ^b	4.38	17.50
	Ties	12 ^c		
	Total	19		

- a. post test tindakan < pre test tindakan
 b. post test tindakan > pre test tindakan
 c. post test tindakan = pre test tindakan

Test Statistics^b

		post test tindakan - pre test tindakan
Z		-.632 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)		.527

- a. Based on negative ranks.
 b. Wilcoxon Signed Ranks Test

2. Hasil uji *Wilcoxon Signed Rank Test* pada kelompok perlakuan

1) Domain pengetahuan

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre test pengetahuan	19	10.89	2.208	6	15
post test pengetahuan	19	13.05	1.580	9	15

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test pengetahuan - pre	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
test pengetahuan	Positive Ranks	16 ^b	8.50	136.00
	Ties	3 ^c		
	Total	19		

- a. post test pengetahuan < pre test pengetahuan

b. post test pengetahuan > pre test pengetahuan

c. post test pengetahuan = pre test pengetahuan

Test Statistics^b

	post test pengetahuan - pre test pengetahuan
Z	-3.554 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

2) Domain sikap

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre test sikap	19	31.95	2.272	29	36
post test sikap	19	34.63	3.531	29	40

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test sikap - pre test sikap Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
Positive Ranks	15 ^b	8.00	120.00
Ties	4 ^c		
Total	19		

a. post test sikap < pre test sikap

b. post test sikap > pre test sikap

c. post test sikap = pre test sikap

Test Statistics^b

	post test sikap - pre test sikap
Z	-3.431 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

3) Domain tindakan

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre test tindakan	19	8.05	2.121	5	12
post test tindakan	19	11.47	1.679	9	13

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test tindakan - pre test tindakan	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	17 ^b	9.00	153.00
	Ties	2 ^c		
	Total	19		

a. post test tindakan < pre test tindakan

b. post test tindakan > pre test tindakan

c. post test tindakan = pre test tindakan

Test Statistics^b

		post test tindakan - pre test tindakan
Z		-3.638 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

3. Hasil uji *Mann Whithney U Test*

1) Domain pengetahuan

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
post test pengetahuan	38	12.08	2.110	7	15
kelompok	38	1.50	.507	1	2

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test pengetahuan	1	19	24.95	474.00
	2	19	14.05	267.00
	Total	38		

Test Statistics^b

	post test pengetahuan
Mann-Whitney U	77.000
Wilcoxon W	267.000
Z	-3.077
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.002 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

2) Domain sikap

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
post test sikap	38	33.24	3.859	26	40
kelompok	38	1.50	.507	1	2

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test sikap	1	19	23.50	446.50
	2	19	15.50	294.50
	Total	38		

Test Statistics^b

	post test sikap
Mann-Whitney U	104.500
Wilcoxon W	294.500
Z	-2.229
Asymp. Sig. (2-tailed)	.026
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.025 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

3) Domain tindakan

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
post test tindakan	38	10.50	1.673	8	13
kelompok	38	1.50	.507	1	2

Ranks

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test tindakan 1	19	25.24	479.50
2	19	13.76	261.50
Total	38		

Test Statistics^b

	post test tindakan
Mann-Whitney U	71.500
Wilcoxon W	261.500
Z	-3.260
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.001 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

Lampiran 15

DOKUMENTASI





Surabaya, 7 Mei 2012

Nomor : 1365 /H3.1.12/PP/2012
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data
Pendahuluan Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.
Kepala Sekolah SDN Gelung 3, Paron, Ngawi
di –
Ngawi

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data pendahuluan sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Ernita Kurnia Sari
NIM : 010810192B
Judul Skripsi : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi Dengan Metode Permainan Ular Tangga Terhadap Perubahan Perilaku Gosok Gigi Anak Usia Sekolah

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.

Plt. Wakil Dekan I



Mirza Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002



PEMERINTAH KABUPATEN NGAWI
DINAS PENDIDIKAN
SEKOLAH DASAR NEGERI GELUNG 3
Desa Gelung, Kecamatan Paron, Kabupaten Ngawi

SURAT KETERANGAN

Nomor : 400/125/404.101.15.D03/2012

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala SDN Gelung 3 Kecamatan Paron Kabupaten Ngawi menerangkan bahwa :

Nama : Ernita Kurnia Sari
NIM : 010810192B
Fakultas : Keperawatan Universitas Airlangga
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi dengan Metode Permainan Simulasi Ular Tangga Terhadap Perubahan Perilaku Gosok Gigi Anak Usia Sekolah

telah melaksanakan pengambilan data awal di SDN Gelung 3 Kecamatan Paron Kabupaten Ngawi pada hari Selasa tanggal 8 Mei 2012

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Gelung, 21 Mei 2012
Kepala SDN Gelung 3


Budi Wuryani A. Ma. Pd

NIP,1952082311974032008



IR-PER PUSITKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 22 Maret 2012

Nomor : 938 /H3.1.12/PP/2012
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data
Pendahuluan Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.
Kepala Sekolah SDN Dawu 2 Ngawi
di –
Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data pendahuluan sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Ernita Kurnia Sari
NIM : 010810192B
Judul Skripsi : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi Dengan Metode Permainan : Ular Tangga Terhadap Perubahan Perilaku Gosok Gigi Anak Usia Sekolah Dasar

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Plt. Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep
NIP. 197904242006042002



PEMERINTAH KABUPATEN NGAWI
DINAS PENDIDIKAN
SEKOLAH DASAR NEGERI DAWU 2

NSS.101050902018 NPSN,20508730 NIS,100180
Jalan :Imam Bonjol No.2 Desa Dawu,Kecamatan Paron

SURAT KETERANGAN

Nomor : 422/120/404.101.15.D18/2012

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala SDN Dawu 2 Kecamatan Paron Kabupaten Ngawi menerangkan bahwa :

Nama : Ernita Kurnia Sari
NIM : 010810192B
Fakultas : Keperawatan Universitas Airlangga
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi dengan Metode Permainan Ular Tangga Terhadap Perubahan Perilaku Gosok Gigi Anak Usia Sekolah

telah melaksanakan pengambilan data awal di SDN Dawu 2 Kecamatan Paron Kabupaten Ngawi pada hari Jumat tanggal 13 April 2012

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Dawu, 23 April 2012

Kepala SDN Dawu 2

HOBIR,S.Ag
NIP,195411221978071001



IR PÉPUBSTAKAAN UNIVERSTAS AIRLANGGA

UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 27 Maret 2012

Nomor : 930 /H3.1.12/PP/2012
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data
Pendahuluan Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan Kota Ngawi
di –
Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data pendahuluan sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Ernita Kurnia Sari
NIM : 010810192B
Judul Skripsi : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi Dengan Metode Permainan : Ular Tangga Terhadap Perubahan Perilaku Gosok Gigi Anak Usia Sekolah Dasar

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Plt. Wakil Dekan I



Mita Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002



**DINAS KESEHATAN KABUPATEN NGAWI
PUSKESMAS PARON**

Jl. Raya Paron Jogoogo, Kode Pos 63252 Telp. (0351) 744834

SURAT KETERANGAN

Nomor : 800 / 100 / 404 . 102 . 20 / 2012

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Puskesmas Paron, menerangkan bahwa:

Nama : Ernita Kurnia Sari

NIM : 010810192B

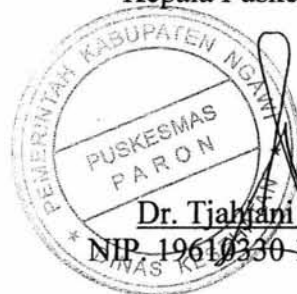
Fakultas : Keperawatan Universitas Airlangga

Judul Penelitian: Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi dengan Metode Permainan Simulasi Ular Tangga Terhadap Perubahan Perilaku Gosok Gigi Anak Usia Sekolah

telah melaksanakan pengambilan data awal di Puskesmas Paron pada tanggal 11 April 2012 dan 21 Mei 2012.

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Paron, 14 Juli 2012
Kepala Puskesmas Paron



Dr. Tjahjani Isdyiarsi

NIP. 19610330-198903 2 001



IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail: dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 5 Juni 2012


Nomor : 1584 /H3.1.12/PP/2012
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.
Kepala Sekolah SDN Gelung 3 Paron
di –
Ngawi

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Ernita Kurnia Sari
NIM : 010810192B
Judul Skripsi : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi Dengan Metode Permainan Stimulasi Ular Tangga Terhadap Perubahan Perilaku Gosok Gigi Anak Usia Sekolah

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Pt. Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep
NIP. 197904242006042002



**PEMERINTAH KABUPATEN NGAWI
DINAS PENDIDIKAN
SEKOLAH DASAR NEGERI GELUNG 3
Desa Gelung, Kecamatan Paron, Kabupaten Ngawi**

SURAT KETERANGAN

Nomor : 400/140/404.101.15.D18/2012

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala SDN Gelung 3 Kecamatan Paron Kabupaten Ngawi menerangkan bahwa :

Nama : Ernita Kurnia Sari
NIM : 010810192B
Fakultas : Keperawatan Universitas Airlangga
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi dengan Metode Permainan Simulasi Ular Tangga Terhadap Perubahan Perilaku Gosok Gigi Anak Usia Sekolah

telah melaksanakan penelitian di SDN Gelung 3 Kecamatan Paron Kabupaten Ngawi pada tanggal 4 – 14 Juni 2012

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Gelung, 2 Juli 2012

Kepala SDN Gelung 3



Budi Wuryani A. Ma. Pd.

NIP,1952082311974032008



IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail: dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 5 Juni 2012

Nomor : 1584/H3.1.12/PP/2012
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian**
Mahasiswa PSIK – FKP Unair

Kepada Yth.
Kepala Sekolah SDN Dawu 2 Paron
di –
Ngawi

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Ernita Kurnia Sari
NIM : 010810192B
Judul Skripsi : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi Dengan Metode Permainan Stimulasi Ular Tangga Terhadap Perubahan Perilaku Gosok Gigi Anak Usia Sekolah

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Plt. Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002



PEMERINTAH KABUPATEN NGAWI
DINAS PENDIDIKAN
SEKOLAH DASAR NEGERI DAWU 2

NSS.101050902018 NPSN,20508730 NIS,100180

Jalan :Imam Bonjol No.2 Desa Dawu,Kecamatan Paron

SURAT KETERANGAN

Nomor : 422/160/404.101.15.D18/2012

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala SDN Dawu 2 Kecamatan Paron Kabupaten Ngawi menerangkan bahwa :

Nama : Ernita Kurnia Sari
NIM : 010810192B
Fakultas : Keperawatan Universitas Airlangga
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Gosok Gigi dengan Metode Permainan Simulasi Ular Tangga Terhadap Perubahan Perilaku Gosok Gigi Anak Usia Sekolah

telah melaksanakan penelitian di SDN Dawu 2 Kecamatan Paron Kabupaten Ngawi pada tanggal 28 Mei – 4 Juni 2012.

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Dawu, 18 Juni 2012
Kepala SDN Dawu 2

SUCIBIR, S.Ag

NIP,195411221978071001