

DISERTASI

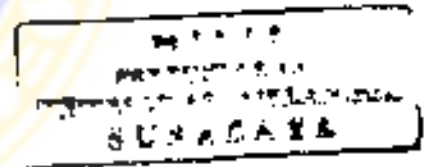
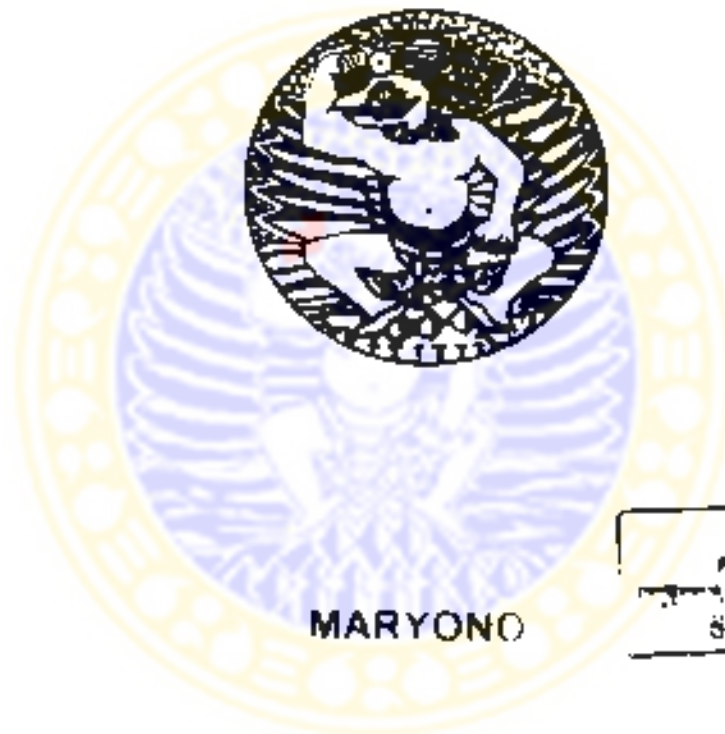
**MEKANISME PERUBAHAN PERILAKU
HIGIENE GIGI DAN MULUT PERORANGAN AKIBAT
PEMBERIAN *REINFORCEMENT* PADA SISWA
SEKOLAH DASAR**

Dis

K 12/04

Mar

m



**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2003**

**MEKANISME PERUBAHAN PERILAKU
HIGIENE GIGI DAN MULUT PERORANGAN AKIBAT
PEMBERIAN *REINFORCEMENT* PADA SISWA
SEKOLAH DASAR**

DG
K 12/04
Mar
m

DISERTASI

Untuk Memperoleh Gelar Doktor Dalam Program Studi Ilmu Kedokteran
pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga dan dipertahankan
di hadapan Panitia Ujian Doktor Terbuka

Pada hari : Selasa
Tanggal : 6 Mei 2003
Pukul : 10.00 wib

MILIE
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

Oleh

MARYONO
099913627 D

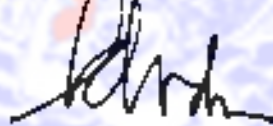
Disertasi ini telah disetujui tanggal 16 Juli 2003

Promotor:



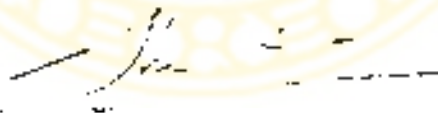
Prof. Dr. Hj. Rika Subarniati Triyoga dr. SKM

Ko-Promotor I



Widodo J. Pudjirahardjo dr. MS. MPH. DR(PH)

Ko-Promotor II



Prof. Dr. Simanhadi Widyaprakosa

Telah diuji pada Ujian Tahap I
Tanggal 27 Februari 2003

Panitia Penguji Disertasi

Ketua Prof. Retno Laksmningsih, drg . MHPEd

Anggota :

1. Prof. Dr. Hj. Rika Subarnati Triyoga, dr SKM
2. Widodo J. Pudjirahardjo, dr MS MPH Dr.PH.
3. Prof. Dr. Simanhadi Widyaprakosa
4. Dr. Muhari
5. Dr Rachmat Hargono, dr. MS.,MPH
6. H Kuntoro, dr ,MPH, Dr.PH
7. Dr. Mareyke M.W.Taras, M.A



Ditetapkan dengan Surat Keputusan Rektor Universitas Airlangga
Surabaya No: 1675 / JO3/ PP/ 2003
Tanggal 26 Februari 2003

Promotor : Prof. Dr. Hj. Rika Subarniati Triyoga dr SKM

Ko Promotor I : Widodo J Pudjirahardjo dr.MS.MPH D-Ph

Ko Promotor II : Prof. Dr. Simanhadi Widyaprakosa



UCAPAN TERIMA KASIH

Diawali dengan memanjatkan rasa syukur kepada Allah SWT karena dengan hidayahNya, penulisan disertasi ini dapat terselesaikan. Berbagai kesulitan, tantangan, menyertai penyelesaian studi S3 di PPS Unair; namun berkat bantuan, bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak beberapa kesulitan dapat teratasi. Oleh karena itu merupakan kewajiban saya untuk menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada .

Prof.Dr.Hj.Rika Subarniati Inyoga, dr. SKM Guru Besar bidang Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku FKM Unair yang bersedia menjadi Promotor disertasi saya. Berkat kesabaran, ketelatenan dalam memberikan bimbingan dan motivasi, maka disertasi ini dapat terselesaikan dengan baik tepat pada waktunya.

Widodo J.Pudjirahardjo dr. MPH. Dr.PH selaku Ko. Promotor I, dengan penuh perhatian, tanggung jawab, kesabaran dan ketelatenan dalam memberikan bimbingan dan koreksi demi kebaikan dan kesempurnaan disertasi saya.

Prof. Dr.H. Siman Hadi Widyaprakosa, Guru Besar pada Universitas Jember selaku Ko Promotor II, berkat kesabaran, dorongan, dan bimbingannya, maka disertasi ini dapat terselesaikan dengan baik.

Pemerintah Republik Indonesia cq. Menteri Pendidikan dan Kebudayaan melalui Tim Manajemen Program Doktor berupa Biaya Penyelenggaraan Pascasarjana (BPPS), sehingga sangat membantu meringankan beban biaya penyelesaian studi pendidikan doktor.

Rektor Universitas Airlangga Surabaya Prof. H .Puruhito, dr. Dr Med. Sp.B juga mantan Rektor Unair Prof. H Soedarto, dr DTM&H PhD atas kesempatan yang diberikan kepada saya sebagai mahasiswa Program Pascasarjana Universitas Airlangga tahun Akademik : 1999/ 2000 s/d 2002/02003

Ketua Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya, Prof. Dr. H. Mohammad Amin, dr. SpP(K), juga mantan Direktur PPS Unair Prof. Dr. H. Soedjono Tirtowidardjo dr. SpTHT(K), karena telah memberikan kesempatan kepada saya menjadi mahasiswa PPS Unair dan fasilitas untuk menyelesaikan studi program doktor.

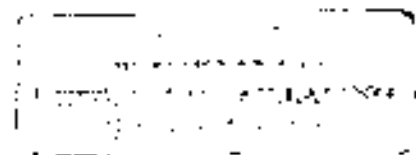
Ketua Program Studi Ilmu Kedokteran Program Pascasarjana Universitas Airlangga, Prof. Dr. Hj. Julianti Hood Alsegaff, dr. MS, SpA, FIAC atas perhatian, motivasi, dan kemudahan dalam penyelesaian administrasi, konsultasi, sehingga sangat memperlancar studi saya.

Para Pengajar Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya pada semester I – IV tahun 1999 / 2000, Prof. H. Bambang Rahino Setokoesoemo dr; Prof. H. Eddy Pranowo Soecibjo dr MPH; Prof. Dr. H. J. Glinka, SVD Prof. Dr. Koento Wibisono, Prof. Soetandyo Wignyoscebroto, MPA; H. Fuad Amsyari, dr MPH PhD, Prof. Dr. H. M. Zannuddin, Apt., Widodo J. Pudjrahardjo, dr. MS, MPH, Dr. PH; Prof. Dr. Suhardono Taat Putra, dr. MS; Siti Panani, dr. MS PhD; Dr. L. Dyson, Drs, MA Prof. Dr. Hj. Rika Subarniati Triyoga, dr. SKM; H. Kuntero, dr. MPH, Dr. PH H. Dr. Rahmat Hargono, dr. MS MPH; Dr. Oedoyo Soedirham, dr. MS MPH, Dr. MMW Tairas, MM, MBA, Dr. Dani Handarini, MA yang telah memberikan ilmu dan keterampilannya yang amat berguna bagi saya sebagai bekal dalam menyelesaikan studi.

Konsultan Metodologi Penelitian Widodo J. Pudjrahardjo, dr. MS MPH, Dr. PH konsultan Analisis Statistik Dr. Arief Wibowo, dr. MS, dengan kesungguhan dan kesabarannya dalam membimbing dan analisis hasil penelitian ini.

Rektor Universitas Jember Prof. Dr. H. Kabul Santosa MS, atas ijin dan bantuan yang diberikan, sehingga studi saya di PPS Unair dapat terlaksana dan terselesaikan dengan baik dan tepat waktu.

Dekan Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Jember H. Dwi Suparno, Drs. MHum, juga mantan Dekan FKIP UNEJ Soekardjo Drs. BW yang telah memberikan ijin dan motivasi dalam penyelesaian studi S3 di PPS Unair.



Bupati Jember cq Kepala Dinas Pendidikan Nasional Kabupaten Jember, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, Kepala Puskesmas Kecamatan Kaliwates, Kepala Puskesmas Kecamatan Sukorambi, Kepala Puskesmas Kecamatan Sumbersari, Kepala Puskesmas Kecamatan Balung, Kepala Sekolah Dasar Negeri Kepatihan 8 dan 9; Kepala Sekolah Dasar Negeri Jubung 1 dan 2, Kepala Sekolah Dasar Negeri Gumelar 4; Kepala Sekolah Dasar Negeri Karangrejo 3; Kepala Sekolah Dasar Negeri Baratan 1, atas ijin dan bantuannya dalam penelitian ini:

Pimpinan dan sejawat pengajar Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember; Zahreni, drg MS, Hestiyoni, H drg; Sulstiani, drg MKes; Dyah Sulstryonini, drg; Rudi Rahardjo, drg, Mkes; Rina Suciati, drg Mkes; Ani T, drg, Ristia W, drg, Erawati W, drg; DwiWaraayu, drg; yang telah banyak membantu dalam penelitian di lapangan.

Semua rekan mahasiswa S.3 PPS Unair Program Studi Ilmu Kedokteran angkatan 1999/2000 : A.A Raka Sudewi, dr.Sp.S; Achmad Rudiansjah, Drs. MSc; Anil Lukitasa, dr, Sp M; Asti Kuswardinah, Dra. MPd.; Bambang Guruhrianto, Jr. AIM, MM; Dasrul, drh. MSi; David Sontani Perdanakusuma, dr Sp BP; Joewono Soeroso, dr Sp PD MSc; Peter Agus, drg. Sp BM; Retty Ratnawati, dr. MSc; Riri Yudhastuti, drh. MSc; Soedjoko Hanadhi, dr. MS; Sudarti, Dra Mkes; Sunaryo Hardjowijoto, dr Sp B. Sp. U; Suwarno, drh. Msi; Tahan Parsaroan Hutapea, dr. SpP; MARS. Timbul Supodo, SKM Mkes; Tinny Endang Hernowati, dr Sp PK; Titiek Berniyanti, drg. Mkes; Usman Mulyadi, Drs. M. Kes., Adnil Edwin Nurdin, dr. Sp KJ; Asnan Manaf, dr. Sp PD. KE. Azirya Aziz, dr, Eallyza Nasrul, dr. Sp. PK(K); Emyati Darwin, dr; Hafni Bahtiar, dr, MPH, Isnindiah Kcerniati, drg; Nasrul Zabir, dr. Sp. PD, Masrul, dr. MSc; Rismawati Yaswir, dr. Sp. PK(K); Rusdian Djamil, dr. MSc; Sofina Rusdan, dr CE RT Med. Sc; Suhastri Z.A, dr MPH, Yanwiraсти, dr, serta Dr. Dwi Wahyuni dra, Mkes dan Djoko Waluyo, Drs Msi yang telah banyak memberikan dorongan dan kerjasama demi keberhasilan studi

Kedua orangtua saya Bpk R Ronodimedjo (alm), Ibu Watini, yang selalu berdoa dan merestui, isteri saya K. Soesilowati yang dengan sabar setia menemani, memberikan dorongan dan membantu dalam suka dan

RINGKASAN

Perilaku sehat bagi siswa Sekolah Dasar merupakan modal menuju kearah hidup sehat perlu terus dibina. Belum optimalnya kesehatan termasuk kesehatan gigi dan mulut siswa SD disebabkan oleh karena perilakunya belum menunjukkan perilaku sehat. Sampai saat ini belum ditemukan ketuntasan kajian tentang perilaku sehat siswa SD, dikaji dari mekanisme perubahannya akibat diberikan penguatan (*reinforcement*).

Perilaku sebagai bentuk respons individu yang disengaja, dapat mengalami perubahan yang disebabkan oleh berbagai faktor. Salahsatu faktor penyebab perubahan perilaku adalah karena pemberian penguatan. Perilaku dapat berbentuk tertutup (*covert behavior*) sebagai bentuk respons psikis, dapat pula berbentuk terbuka (*overt behavior*) sebagai respons fisik. Perilaku tertutup terdiri dari kognitif sebagai produk intelegensi, penalaran; afektif sebagai cerminan perasaan, emosi; dan psikomotorik yang diidentikkan dengan konatif yakni kecenderungan atau kesiapan untuk melakukan sesuatu.

Upaya peningkatan derajat kesehatan menjadi tanggung jawab individu, masyarakat dan pemerintah. Gangguan kesehatan gigi dan mulut siswa SD masih memprihatinkan. Pada tahun 1999 triwulan III di Kabupaten Jember ditemukan 759 kasus pada karies gigi anak; DMF-t: 3.6. Survey Nasional tahun 1998 menemukan prevalensi karies pada anak usia 12 tahun = 81.21 %. Salah satu faktor penyebab gangguan kesehatan gigi dan mulut adalah karena kurang tepatan atau kesalahan dalam perilaku.

Pembenahan perilaku tidak sehat sebaiknya melalui pendidikan perilaku sehat yang benar secara konseptual. Perilaku terbuka yang benar seharusnya berawal dari perilaku tertutup yang benar. Perilaku tertutup yang benar secara konseptual terjadi secara urut. Mekanisme terjadinya diawali dari perilaku kognitif menuju ke perilaku afektif kemudian berlanjut ke perilaku psikomotorik berakhir dengan tindakan sebagai perilaku terbuka. Mekanisme perubahan perilaku tertutup sampai dengan perilaku terbuka akibat pemberian *reinforcement* perlu diungkap.

Penelitian ini bertujuan mengungkap mekanisme perubahan perilaku hygiene perorangan gigi dan mulut siswa kelas V SD yang berusia 10 – 12 tahun di Kabupaten Jember, akibat diberikan penguatan (*reinforcement*). Rancangan yang digunakan adalah eksperimen semu, dengan pengelompokan sampel secara terpisah. Subyek penelitian adalah siswa kelas V SD berusia 10 – 12 tahun. Sampel sejumlah 134 siswa tersebar di tiga wilayah: pusat kota, kota pinggiran dan desa. Dua kelompok sampel sebagai kelompok eksperimen, dua kelompok lainnya sebagai kelompok kontrol. Sampel diperoleh dengan *cluster random sampling* berdasar klaster pusat kota, pinggir kota dan desa. Variabel bebas adalah *reinforcement*, serta perilaku tertutup terdiri dari kognitif, afektif dan psikomotorik; variabel terikat adalah perilaku terbuka. Sebelum diberikan penguatan variabel bebas adalah kognitif, variabel terikat adalah perilaku afektif dan psikomotorik. Tes tertulis dan daftar observasi perilaku terbuka digunakan sebagai alat pengumpulan data. Analisis statistik menggunakan adalah statistik diskriptif non parametrik (tes homogenitas, t.test, z score) dan statistik parametrik (analisis faktor dan analisis jalur).

Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa mekanisme perubahan perilaku tertutup akibat pemberian penguatan telah terjadi secara urut (sekuensial) dari perilaku kognitif menuju ke perilaku afektif, dan perilaku afektif selanjutnya ke perilaku psikomotorik (KO → A F → PS). Mekanisme perubahan perilaku tertutup ke perilaku terbuka hanya terjadi dan perilaku kognitif langsung menuju ke perilaku terbuka, tanpa melalui afektif dan psikomotorik (KO → PT). Mekanisme perubahan perilaku tertutup kognitif merupakan disposisi perubahan perilaku tertutup afektif (KO → AF). Mekanisme perubahan perilaku tertutup afektif, maupun perilaku tertutup psikomotorik belum merupakan disposisi perubahan perilaku terbuka (PT).

Kesimpulan yang diperoleh, mekanisme perubahan perilaku akibat pemberian *reinforcement* terjadi dari perilaku tertutup kognitif menuju ke perubahan perilaku tertutup afektif. Dari perilaku tertutup afektif menuju ke perubahan perilaku tertutup psikomotorik. Dari perilaku tertutup kognitif

langsung menuju ke perubahan perilaku terbuka. Mekanisme perubahan perilaku tertutup berlangsung sesuai dengan teori BS Bloom dari perilaku kognitif (KO) menuju ke perilaku afektif (AF) berakhir pada perilaku psikomotorik (PS) (KO → AF → PS). Mekanisme perubahan perilaku dari perilaku tertutup menuju ke perilaku terbuka belum sekuensial karena belum melewati perilaku tertutup afektif maupun perilaku tertutup psikomotorik.

Belum terlewatnya perilaku tertutup afektif dan psikomotorik menuju perubahan perilaku terbuka karena adanya beberapa kelemahan. Salah satu bentuk kelemahan adalah dalam strategi pembelajaran sebagai upaya perubahan perilaku siswa belum optimal. Oleh karena itu perlu dilakukan optimalisasi dalam penerapan strategi pembelajaran oleh para pengajar. Dalam skala yang lebih luas tidak menutup kemungkinan munculnya kelemahan disebabkan karena adanya dampak dari kebiasaan pembelajaran yang banyak dilakukan oleh guru yang lebih banyak memberikan porsi pada pengembangan kemampuan kognitif sebagai indikator keberhasilan dalam pendidikan. Dari hal itu maka porsi pengembangan kemampuan afektif dan kemampuan psikomotorik menjadi berkurang.

Untuk mengatasi kelemahan tersebut diperlukan pembenahan dalam strategi pembelajaran dan kebijakan pendidikan dengan cara menyeimbangkan pencapaian tujuan pembelajaran. Pembenahan kebijakan pendidikan dengan cara menempatkan pelajaran untuk pengembangan afektif (rasa), psikomotorik (karsa) dan keterampilan (karya) di sekolah sebagai mata pelajaran yang sama pentingnya dengan mata pelajaran untuk pengembangan kognitif (cipta), yang harus diajarkan oleh para pengajar.

Kata kunci :

Mekanisme perubahan perilaku, siswa SD, reinforcement, kesehatan gigi dan mulut.

ABSTRACT

Although health and hygiene is an individual responsibility, it is also vital that institutions and the government provide adequate teaching, guidance and support. Current data on the status of student health is still insufficient, especially in the area of personal hygiene among elementary students. However, the data provided, for example by DMF-T = 3.6 suggested that the main reason for the low standards in personal hygiene and the main causes of illness are due to poor oral hygiene and the lack of knowledge of importance of dental health. In other words, major changes are needed in the behavior of students towards hygiene to improve their current status of health. Behavioral changes are influenced by many factors and great efforts have been implemented to modify behavior regarding personal health issues. Through this study, the researcher attempted to find out more information on the current trends of attitude and behavior towards personal health and, particularly dental hygiene, and the possibilities for change and improvement.

The quasi experiment study design was applied to year five Elementary level school students. The 134 sample students were divided into two groups. One group was quite experimental, whereas, the other was more controlled. The data was obtained by carrying out tests and observations and the analysis was processed on LISREL software to determine the results.

The results clearly showed that the covert behavior of the students was sequential. This was directly in agreement with B.S. Bloom's theory of stages in behavior where it is shown that the mechanism of covert behavioral changes began with cognitive, leading to affective and finally ending in psychomotor behavior. Compared to this the changes in overt behavior jumped directly to overt behavior from cognitive without going through the stages of affective and psychomotor behavior. The students proper behavioral changes started from covert and ended with overt. This indicated that there are weaknesses in the teaching and learning process.

Due to poor teaching on the importance of dental hygiene and a lack of understanding by the students, the attitude and behavior in dental health was of a very low standard. It is suggested that teachers should increase the support and guidance to students to help them develop affective and psychomotor behavior for the development of their own individual health.

Key word : The behavioral change mechanism, elementary student behavior, reinforcement, oral hygiene

DAFTAR ISI

	halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PRASYARAT GELAR	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI	iv
HALAMAN UCAPAN TERIMA KASIH	v
HALAMAN RINGKASAN	ix
HALAMAN ABSTRACT	xii
HALAMAN DAFTAR ISI	xiv
HALAMAN DAFTAR TABEL	xvii
HALAMAN DAFTAR GAMBAR, BAGAN, DIAGRAM	xviii
HALAMAN DAFTAR SINGKATAN KATA	xix
HALAMAN GLOSARIUM	xx
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang Lemahnya Perilaku Higiene Perorangan di Sekolah Dasar	1
1.2. Latar Belakang Perlunya <i>Reinforcement</i> untuk Perubahan Perilaku Higiene Perorangan Siswa Sekolah Dasar	12
1.3. Rumusan Masalah	18
1.4. Tujuan Penelitian	19
1.4.1 Tujuan Umum	19
1.4.2 Tujuan Khusus	20
1.5. Manfaat Penelitian	21
1.5.1 Manfaat Teoritis (keilmuan)	21
1.5.2 Manfaat Praktis	23
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Perilaku	24
2.1.1 Pengertian Dasar Perilaku	24

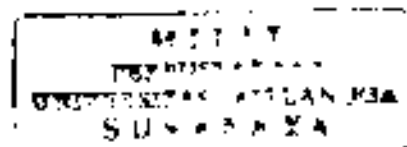
2 1 2. Pembentukan dan Perubahan Perilaku	29
2 1 3. Perilaku Dipandang dari Psikodinamika	31
2 1 4. Perilaku Dipandang dan Mahzab Behaviorisme	34
2 1 5. Perilaku Dipandang dari Mahzab Humanisme	40
2 1 6. Perilaku Dipandang dari Mahzab Kognitivisme	43
2 1 7. Perilaku dan Perubahannya Ditinjau dari Teori Kebutuhan (<i>Needs Theory</i>)	45
2 2. Higiene Perorangan Sebagai Perilaku Terapan	49
2 3 Perilaku Higiene Perorangan Siswa Kelas V SD	54
2 4 Perubahan Perilaku Akibat Penguatan (<i>Reinforcement</i>)	60
2.5. Penguatan (<i>Reinforcement</i>) . Pengertian Macam dan Aplikasinya	63
2 6. Jadwal Pelaksanaan <i>Reinforcement</i>	70

BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3 1 Kerangka Konsep Penelitian	77
3 2. Hipotesis penelitian	83

BAB IV METODE PENELITIAN

4 1 Rancangan Penelitian	85
4.2. Populasi, Sampel, Teknik Pengambilan Sampel Penelitian	90
4.3 Variabel Penelitian	99
4 3.1 Definisi Operasional Penelitian	100
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	103
4 5 Instrumen, Alat, Bahan Penelitian dan Unit Analisis	106
4 5 1 Validitas dan Reliabilitas Instrumen	110
4 5 2 Ujicoba Instrumen	107
4 6 Teknik Analisis Data Penelitian	111



BAB V ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1 Data Penelitian	113
5.2 Data Homogenitas Sampel.....	115
5.3 Data Hasil Pretes	116
5.4 Data Perubahan Perilaku Sebelum dan Sesudah Perfakuan	118
5.5 Uji Normalitas Data Tes	120
5.6 Analisis Faktor.....	121
5.7 Analisis Jalur.....	125

BAB VI PEMBAHASAN

6.1 Rasional Penelitian	138
6.2 Subyek Penelitian	142
6.3 Hasil Uji Hipotesis	144

BAB VII SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan.....	163
7.2 Saran	164

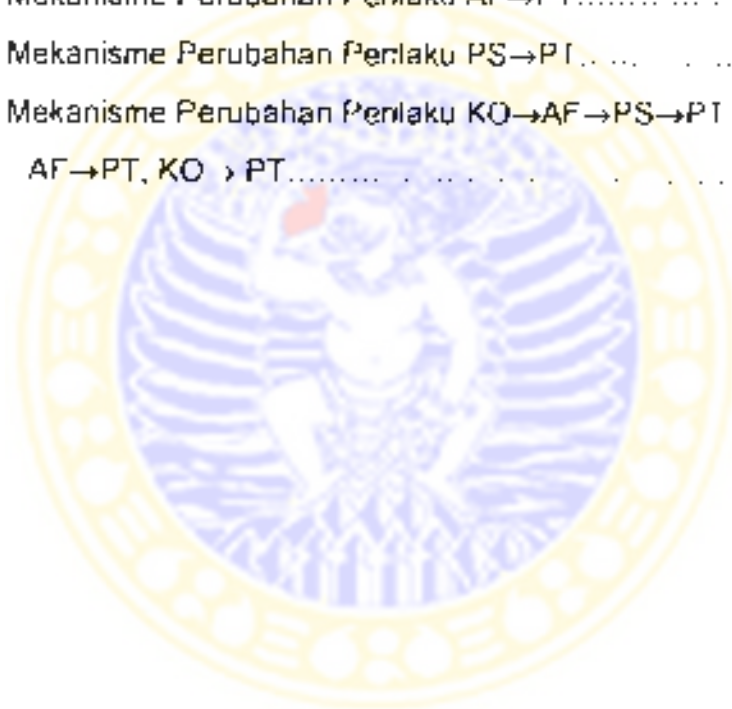
DAFTAR PUSTAKA 166**LAMPIRAN**

Lampiran no.1 Surat Ijin Penelitian	173
Lampiran no.2 Surat Pernyataan	176
Lampiran no.3 Materi Penyuluhan	177
Lampiran no.4 Kuisisioner	185
Lampiran no.5 Instrumen Pemeriksaan Gigi.....	202
Lampiran no.6 Lembar Pengamatan	203
Lampiran no.7 Data Hasil Analisis	204
Lampiran no.8 Gambar tugas perilaku terbuka	244
Lampiran no.9 Peta Lokasi Penelitian.....	245
Lampiran no.10 Contoh Gambar Media untuk Penyuluhan.....	246

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1	Pengadministrasian <i>Reinforcement</i> 74
Tabel 4.1	Variabel dan Diskripsi Variabel 103
Tabel 4.2	Pelaksanaan Pengambilan Data Peneitian 105
Tabel 4.3	Hasil Uji Tingkat Kesulitan Soal Tes 110
Tabel 5.1	Jumlah Siswa, Kelompok dan Lokasi SD yang diteliti 114
Tabel 5.2	Hasil Uji Homoginitas Sampel 115
Tabel 5.3	Hasil Uji Homoginitas Hasil Pretes 117
Tabel 5.4	Hasil Analisis Perubahan Perilaku Pre – Postes 119
Tabel 5.5	Hasil Uji Normalitas Data Hasil Tes 120
Tabel 5.6	Analisis Faktor Perilaku Kognitif 122
Tabel 5.7	Analisis Faktor Perilaku Afektif 123
Tabel 5.8	Analisis Faktor Perilaku Psikomotorik 124
Tabel 5.9	Koefisien Jalur, t-Value pada GE dan GK 126
Tabel 5.10	Rekapitulasi Hasil Analisis Jalur 137

		Halaman
Gambar	2 1 . Jadwal Pelaksanaan <i>Reinforcement</i>	72
Gambar	3 1 . Kerangka Konsep Penelitian	83
Bagan	4 1 . Rancangan Penelitian.	86
Diagram	5 1 : Mekanisme Perubahan Perilaku KO→AF→PS→PT.	128
Diagram	5 2 : Mekanisme Perubahan Perilaku KO→AF→PT.	129
Diagram	5 3 . Mekanisme Perubahan Perilaku KO→PS→PT.....	130
Diagram	5.4 . Mekanisme Perubahan Perilaku KO→ PT.....	131
Diagram	5 5 : Mekanisme Perubahan Perilaku AF→PS→PT.	133
Diagram	5 6 Mekanisme Perubahan Perilaku AF→PT.....	134
Diagram	5 7 Mekanisme Perubahan Perilaku PS→PT.....	135
Diagram	5 8 . Mekanisme Perubahan Perilaku KO→AF→PS→PT AF→PT, KO → PT.....	136

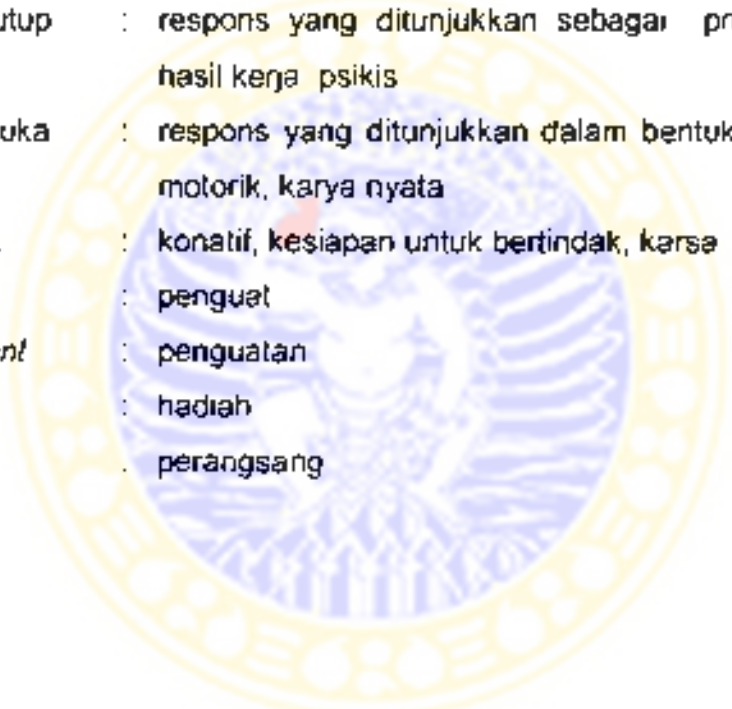


DAFTAR SINGKATAN KATA



KO	=	kognitif
AF	=	afektif
PS	=	psikomotorik
PT	=	perilaku terbuka
GE	=	grup eksperimen
GK	=	grup kontrol
Ko _j	=	koefisien jalur
t.val	=	<i>t.value</i>
ind	=	individual
kip.	=	kelompok
Cawu	=	calur wulan
SDN	=	Sekolah Dasar Negeri
DMF-T	=	<i>decay, missing, filling, teeth</i>
UKS	=	usaha kesehatan sekolah
UKGS	=	usaha kesehatan gigi sekolah
PMTAS	=	program makanan tambahan anak sekolah
DO	=	<i>drop out</i>
FKG	=	Fakultas Kedokteran Gigi
FKIP UNEJ	=	Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Jember
OHIS	=	<i>oral hygiene index simple</i>

GLOSARIUM



Afektif	: sikap, berhubungan dengan emosi, rasa
Domein	: ranah, unsur, wilayah
Higiene Perorangan	: perilaku, usaha, ke arah kondisi sehat individual
Kognitif	: pengetahuan, pemikiran, berhubungan dengan kecerdasan, cipta
Perilaku	: respons atau jawaban yang disengaja karena adanya stimulus
Perilaku tertutup	: respons yang ditunjukkan sebagai proses dan hasil kerja psikis
Perilaku terbuka	: respons yang ditunjukkan dalam bentuk tindakan motorik, karya nyata
Psikomotorik	: konatif, kesiapan untuk bertindak, karsa
<i>Reinforcer</i>	: penguat
<i>Reinforcement</i>	: penguatan
<i>Reward</i>	: hadiah
Stimulus	: perangsang

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Lemahnya Perilaku Higiene Perorangan di Sekolah pada Siswa Sekolah Dasar.

Pendidikan dan Kesehatan merupakan dua hal penting untuk mencelak sumber daya manusia yang berdaya guna. Pernyataan ini sejalan dengan isi pasal 25 Undang-undang No. 2 Tahun 1989 tentang sistem Pendidikan Nasional. Di dalam pasal itu dinyatakan bahwa salah satu tujuan pendidikan nasional adalah sehat jasmani dan rohani, di samping itu peserta didik berkewajiban memelihara kebersihan atau wajib berperilaku sehat. Realisasi masalah kesehatan sekolah telah diatur dalam Surat Keputusan Mendikbud No. 060 / U / 1993 tentang Kurikulum Pendidikan Dasar. Di dalam pasal itu dijelaskan bahwa masalah kesehatan termasuk salah satu materi di dalam mata pelajaran Pendidikan Jasmani dan Kesehatan (Penjaskes), jo. pasal 39 ayat 3 UU. No.2 Tahun 1989, tentang Pendidikan Nasional. Sebagai landasan operasional dalam pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) Bupati Jember menuangkan kebijakan ini ke dalam Surat Keputusan No. 633/1992 tentang Pedoman Pembinaan Pengembangan UKS di Kabupaten Jember.

Di pihak lain Departemen Kesehatan sebagai institusi pemerintah yang bertanggung jawab langsung di bidang kesehatan telah memiliki perangkat hukum. Perangkat hukum yang dimaksudkan adalah Undang-undang No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan



Di dalam pasal 10 Undang-undang No 23 Tahun 1992 dinyatakan bahwa untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat dilakukan upaya melalui pendekatan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (*promotive*) serta pencegahan penyakit (*preventive*). Pendekatan tersebut berlaku bagi seluruh lapisan masyarakat termasuk bagi siswa sekolah. Hal itu akan memperkuat visi Departemen Kesehatan yakni Indonesia Sehat tahun 2010, di mana salah satunya adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat. Hal itu juga sesuai dengan harapan WHO yakni pemerataan dan peningkatan mutu layanan kesehatan bagi masyarakat.

Sebagian dari masyarakat Indonesia adalah anak usia Sekolah Dasar (7 – 12 tahun). Anak berusia itu merupakan sasaran pembangunan bidang kesehatan yang sangat krusial. Berdasarkan Statistik Kesejahteraan Rakyat tahun 1999 populasi anak yang berusia 7 – 12 th sebesar 30,77% dan total populasi keseluruhan anak Indonesia saat itu yakni 63.780.056 orang. Dari jumlah tersebut yang masih bersekolah di Sekolah Dasar sejumlah 20,85%nya atau sekitar 12.756.011 orang. Anak sejumlah 12.756.011 orang ini memerlukan kondisi dan pemeliharaan kesehatan yang bagus. Kesehatan yang bagus bertujuan agar kelangsungan dan keberhasilan pendidikan tercapai dengan baik.

Pada tahun 1999 jumlah siswa SD di Jawa Timur sebanyak 3.958.033 orang, sedangkan pada tahun 2000 jumlahnya meningkat menjadi 4.149.056 orang. Dari jumlah itu yang masih bersekolah di Kabupaten Jember pada tahun ajaran 1999/2000 sebanyak 246.886

orang, kemudian pada tahun ajaran 2000/2001 menjadi 542 102 orang (Dinas Kesehatan Jawa Timur 2001)

Semua data di atas menunjukkan bahwa jumlah calon sumberdaya manusia Indonesia yang produktif 10 – 20 tahun yang akan datang dapat dikatakan masih cukup besar. Akan tetapi, dan jumlah itu, setiap tahun sampai tahun 2000 tercatat satu juta lebih siswa SD terpaksa putus sekolah karena berbagai alasan, hampir tujuh juta akan terancam putus sekolah, sedangkan siswa kelas 1 yang baru masuk saja angka putus sekolah mencapai 24% nya (Riantono, 2000). Kecuali itu setiap hari terdapat 14 % siswa tidak hadir di sekolah karena berbagai alasan. Pada umumnya alasan yang dibuat karena alasan sakit (Rustawan, 1998; Dinas Pendidikan Nasional Kab. Jember 2000).

Khusus untuk kesehatan gigi dan mulut berdasar Survey Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 1998 diperoleh data: (a) 87% masyarakat mengeluh sakit gigi tetapi tidak berobat (b) 22.8% penduduk tidak menyikat gigi (c) 71% balita giginya tidak disikat (d) 71% masyarakat salah dalam cara menyikat gigi. Masih berdasar survey itu diketahui prevalensi karies gigi anak usia 12 tahun pada tahun 1978 sebesar 69.74 % meningkat menjadi 76% pada tahun 1995, kemudian pada tahun 1997 lebih meningkat lagi menjadi 81.21%

Besarnya angka putus sekolah (*drop out*) dan ketidakhadiran siswa karena alasan sakit merupakan ancaman dan tantangan bagi peningkatan sumber daya manusia Indonesia kini dan mendatang. Risiko yang muncul dari ketidak hadirannya siswa akan menyangkut proses dan hasil pendidikan

Kecuali itu secara tidak langsung akan mengganggu ekonomi masyarakat yakni harus menanggung biaya perawatan atau usaha pengobatannya. Angka ketidakhadiran siswa sebanyak 14% atau 580.867,84 orang di Jawa Timur merupakan jumlah yang tidak kecil. Berdasar Susenas 1999 untuk Jawa Timur lamanya siswa sakit rata-rata 4 hari sebulan. Selama sakit itu memerlukan biaya penyembuhan minimal Rp.10.000,- maka risiko biaya penyembuhan yang harus dikeluarkan dari kantong masyarakat (*out of pocket*) sekitar = Rp. 5.806.670.000,- (Rp.10.000 X 580.867)

Faktor penting dalam penanganan masalah kesehatan adalah biaya atau dana kesehatan per kapita. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Jawa Timur 2001, pada tahun 1999 / 2000 biaya kesehatan per kapita di Jawa Timur rata-rata Rp 5.000,- sampai Rp 7.500,-. Biaya kesehatan untuk Kabupaten Jember pada tahun yang sama, justru memiliki biaya kesehatan per kapita terendah di Jawa Timur yakni Rp.1.173,- (total Anggaran Rp.2.485.046.000,- jumlah penduduk 2.117.413 orang).

Risiko lain yang tidak kalah penting adalah akan mengurangi hari efektif siswa untuk masuk sekolah. Ketidakhadiran siswa akan mengurangi porsi penerimaan materi pelajaran dan aktivitas pelajaran di sekolah. Semakin lama absen, kerugian akademis semakin besar. Hal ini terbukti dari siswa yang tinggal kelas pertahun rata-rata mencapai 4,87% (Dinas Pendidikan Nasional Kab. Jember 2000). Jumlah sebesar itu akan menjadi lebih besar lagi diketahui di Sekolah Dasar yang lokasi geografis jauh terpencil ditambah lagi kondisi sosial ekonomi orangtuanya tidak menunjang untuk pendidikan anaknya.

Mata pelajaran kesehatan telah tercakup dalam mata pelajaran Pendidikan Jasmani dan Kesehatan Hasil survey awal tanggal 20 September 2001, menunjukkan prestasi belajar mata pelajaran Penjaskes (Pendidikan Jasmani dan Kesehatan) siswa kelas V di Kabupaten Jember pada Cawu I tahun ajaran 2001/2002 berada pada kisaran nilai cukup sampai memuaskan (nilai 6 - 7). Hal ini disebabkan karena pada pembelajaran Pendidikan Jasmani dan Kesehatan banyak dilakukan praktek di lapangan dan diminati oleh siswa.

Prestasi belajar mata pelajaran kesehatan merupakan salahsatu indikasi hasil belajar, sehingga hasil pembelajaran yang mencerminkan penguasaan masalah kesehatan menjadi kurang jelas karena adanya beberapa kelemahan. Prestasi belajar siswa menjadi menurun manakala hari belajar berkurang karena tidak mengikuti pelajaran atau absen.

Indikator tingkat kesehatan siswa, khususnya siswa SD di Jawa Timur, dapat dilihat dari berbagai kasus kesakitan, perangkat penunjang, dan biaya kesehatan per kapita. Hasil skrining pada 390.781 siswa SD di Jawa Timur tahun ajaran 1998 / 1999, khususnya di Kabupaten Jember pada triwulan III tahun 1999 ditemukan (1) pembesaran kelenjar gondok = 998 kasus, (2) gangguan ISPA = 389 kasus, (3) karies gigi = 759 kasus, (4) penyakit kulit = 279 kasus, (5) gangguan pendengaran = 107 kasus. Data dari RSUD Kabupaten Jember pada tahun yang sama dilaporkan antara lain: (1) penderita rawat jalan untuk kasus diare = 1685 orang, (2) 372 orang rawat inap, (3) typhoid = 642 orang, (Dinas Kesehatan Tk II Jember, 2000), angka DMF-t (*decay, missing, filling*) pada anak usia 12

tahun rata-rata 3.6 (Sandrasari, 2000), yang menurut katagori WHO termasuk kalagori rendah.

Perangkat penunjang usaha kesehatan siswa di sekolah adalah UKS (Usaha Kesehatan Sekolah) dan UKGS (Usaha Kesehatan Gigi Sekolah) diharapkan ada di setiap sekolah. Berdasar data dari Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2000, di Jawa Timur telah ada 24.949 UKS, yang berada di Kabupaten Jember ada 782 UKS. Berdasar data itu dapat dikatakan belum setiap SD memiliki UKS, karena jumlah SD di Jawa Timur pada tahun 2000 ada 29.789 buah, berarti terdapat kekurangan 4.840 UKS ($29.789 - 24.949$). Di Kabupaten Jember pada tahun 2000 kekurangan 819 UKS ($1601 - 782$).

Operasionalisasi UKS dilakukan oleh Kader UKS, yaitu tenaga yang bertanggung jawab dalam memantau dan mengambil tindakan serta meningkatkan kesehatan siswa di sekolah. Yang ditugaskan sebagai Kader UKS biasanya guru olahraga atau guru lain yang telah mengikuti pelatihan UKS, serta siswa yang dilatih dan diperankan sebagai dokter kecil. Di Jawa Timur pada tahun 1999 telah ada 152.769 orang kader UKS, kemudian pada tahun 2000 berkurang menjadi 141.518 orang.

Di Kabupaten Jember pada tahun 1999 maupun tahun 2000 tetap memiliki 4986 orang kader UKS (Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2001). Jumlah kader yang ada sebenarnya telah menggambarkan bahwa setiap SD di Jawa Timur pada tahun 1999 telah memiliki 2 - 5 orang kader UKS ($152.769 : 29.789$ SD), suatu komposisi yang cukup memadai. Walaupun

perangkat penunjang berupa UKS dan kadernya memadai, namun kondisi dan perilaku kesehatan siswa SD di Jawa Timur masih perlu ditingkatkan mengingat risiko alau banyaknya gangguan kesehatan siswa belum tertangani secara optimal.

Masalah kesehatan siswa dipengaruhi oleh berbagai faktor di antaranya adalah faktor perilaku siswa dan lingkungannya. Bagi siswa Sekolah Dasar Negeri, selama berada di sekolah, pemeliharaan dan peningkatan kesehatannya menjadi tanggung jawab pihak Pemerintah (Dinas Pendidikan dan Dinas Kesehatan) bersama masyarakat. Sekolah dan Balai Pengobatan diharapkan membantu menangani berbagai kasus gangguan kesehatan siswa, sekaligus berupaya meningkatkan kesadaran siswa terhadap pentingnya kesehatan sebagai modal penting dalam beraktivitas.

Kelemahan perilaku hygiene perorangan siswa di sekolah dapat dikaji berdasarkan teori L.W.Green, dengan menyimak aspek sosial dan lingkungan, epidemiologis, perilaku dan pendidikan. Berdasar hasil survey awal yang dilakukan tanggal 20 September 2001 di Kabupaten Jember, keadaan sosial lingkungan Sekolah menunjukkan bahwa di setiap SD diketahui rata-rata memiliki 275 orang siswa, dengan jumlah siswa kelas V rata-rata 48 orang. Berdasarkan standar minimal untuk jumlah siswa setiap sekolah dan setiap kelas jumlah tersebut tergolong normal (tidak terlalu banyak atau terlalu sedikit). Waktu yang tersedia untuk beraktivitas di luar kelas adalah sekitar 15 menit saat sebelum pelajaran dimulai dan saat istirahat 2 x 15 menit, jadi siswa memiliki waktu

sekitar 45 menit di luar kelas. Pada saat tersebut perilaku hygiene perorangan terlihat terutama dari perilaku terbukanya antara lain dalam hal kegiatan bermain, menjaga kebersihan diri dan lingkungannya. Sarana kesehatan yang disediakan oleh sekolah di antaranya:

1. area bermain berupa halaman sekolah, pada umumnya kurang luas, dilihat dari keleluasaan bergerak atau bermain siswa
2. memiliki toilet, WC, tetapi kurang memadai jumlah dan kualitasnya
3. tempat cuci tangan, sebagian ada yang menyediakan, sebagian lain tidak
4. keranjang, dan bak sampah, disediakan tetapi kurang terawat dan kurang dimanfaatkan
5. memiliki ruang UKS, tetapi luas dan pertengkapannya kurang memadai.

Suhu di sekitar sekolah dimusim kemarau terutama di dalam ruang kelas SD di dalam kota relatif panas sekitar 28°C - 30°C pada siang hari setelah pukul 11.00 karena tidak adanya pepohonan, ikut berpengaruh terhadap ketahanan siswa dalam mengikuti pelajaran di kelas.

(Sumber data : Dinas Pendidikan Nasional Kabupaten Jember tahun 2000 / 2001 yang diolah dan pengamatan langsung terhadap sejumlah SDN tanggal 20 September 2001)

Dari aspek *epidemiologis* ditemukan siswa yang tidak masuk sekolah, risiko yang akan ditanggung untuk pengobatan dan dampak akademis berupa kehilangan kesempatan belajar dan berbagai kasus gangguan kesehatan seperti dijelaskan pada bagian depan bab ini. Dalam

kelas VI SD yang memiliki kesehatan gigi dan mulut amat baik (Sandrasari, 2000), 90% sisanya memiliki kesehatan gigi dan mulut baik dan kurang baik.

Pada aspek perilaku, selama siswa berada di sekolah berkaitan dengan perilaku sehat berdasar survey tanggal 25 September 2001 terpantau :

1. hampir 90% siswa menggunakan waktunya di luar kelas untuk bermain atau aktivitas fisik lainnya. Tersengat terik matahari secara langsung, menghirup udara kurang bersih akan berisiko banyak berkeringat, sehingga bau badan kurang sedap, banyak kotoran menempel di kulit dan pakaian
2. terdapat sekitar 60% siswa membuang air kecil (urine) di kamar kecil terutama siswa putri, sedangkan 40% siswa putra kencing di lorong atau gang halaman sekolah. Akibat yang ditimbulkan adalah bau urine mengganggu aktivitas siswa
3. hanya 15% siswa mencuci tangan setelah bermain, sedangkan sisanya akan berisiko terjadinya pemindahan dan berkembangnya bibit penyakit terutama penyakit kulit dan gangguan pencernaan
4. tidak kurang dari 55% siswa membuang sampah tidak pada tempat sampah, berisiko mengotori lingkungan dan penyebaran bibit penyakit
5. sekitar 35% siswa membeli jajanan, minuman di warung atau kantin sekolah. 65% sisanya membeli jajan, minuman pada pedagang makanan di luar halaman sekolah. Akibat negatifnya diduga terjadi

pada gangguan kesehatan gigi dan mulut karena gangguan pada kebersihan makanan .

6. hanya 10% siswa membawa sapu tangan atau kertas pembersih (*tissue*) terutama siswa putri, berarti 90% siswa berisiko terhadap gangguan kesehatan karena memungkinkan bibit penyakit masuk kedalam tubuh akibat tidak dibersihkan atau ditutup dengan sapu tangan.

Kelemahan perilaku hygiene perorangan siswa pada saat di sekolah dapat diduga juga berasal dari kegiatan akademik dan dari aspek aturan yang digunakan. Dari kegiatan akademik diketahui pada teknik untuk pencapaian tujuan pembelajaran mata pelajaran kesehatan. Tujuan pembelajaran sebagian besar dicapai melalui aktivitas motorik melalui olah raga. Masalah kesehatan siswa dianggap telah tercukupi dengan melakukan olahraga. Kemampuan pada ranah kognitif, ranah afektif dan ranah psikomotorik, mendapat porsi lebih kecil dibanding dengan porsi yang diberikan untuk kegiatan berolah raga. Apalagi mata pelajaran kesehatan pembelajarannya bersifat integratif, komplementer, yang hanya disampaikan melalui metode ceramah dan praktek olahraga di lapangan. Penyampaian masalah hygiene perorangan oleh sekolah bersifat himbauan lewat ceramah, gambar, poster, dan tulisan. Cara demikian belum memadai.

Dan segi legalitas yakni sejumlah regulasi yang diduga memperlemah pembelajaran kesehatan di antaranya:

- a. di dalam pasal 13 UU. No. 2 Tahun 1989 tentang sistem pendidikan nasional pada salah satu tujuan pendidikan dasar tidak tercantum kata kesehatan
- b. pada pasal 24 ayat 3 Undang-undang No.2 Tahun 1989 tentang sistem pendidikan nasional, disebutkan bahwa peserta didik berhak mendapat bantuan lain, ditafsirkan terlalu umum sehingga bantuan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan kurang menjadi prioritas
- c. SK Mendikbud No.060/U/1993 yang mengatur kurikulum Sekolah Dasar menyebutkan bahwa mata pelajaran kesehatan terintegrasi dengan mata pelajaran Pendidikan jasmani dan kesehatan (Penjaskes) serta disinggung dalam mata pelajaran IPA khususnya Biologi, sehingga pencapaian tujuan pembelajarannya menjadi kurang tuntas
- d. lemahnya sistem koordinasi antar institusi terkait yang menangani kesehatan siswa pendidikan dasar terutama dalam keterpaduan penanganan gangguan kesehatan siswa, sebagai salah satu contoh adalah dalam hal ketersediaan data dan kesamaan pendataan kasus gangguan kesehatan siswa.

1.2 Latar Belakang Perlunya *Reinforcement* untuk Perubahan Perilaku Higiene Perorangan Siswa Sekolah Dasar.

Perilaku pada umumnya dikenali dalam dua bentuk. Bentuk pertama perilaku berupa aktivitas individu yang tampak, dapat diamati (*overt behavior*). Selanjutnya bentuk perilaku itu akan disebut sebagai perilaku terbuka dalam penelitian ini. Bentuk kedua berupa perilaku yang tidak tampak (*covert behavior*), atau perilaku verbal. Perilaku yang tidak tampak sebagai peristiwa kejiwaan yang meliputi kemampuan kognitif (cipta), kemampuan afektif (rasa) dan psikomotorik (karsa, kesiapan). Bentuk perilaku kedua itu dalam penelitian ini akan disebut sebagai perilaku tertutup.

Terdapat beberapa pandangan tentang perilaku di antaranya aliran atau mazhab kognitivisme dan mazhab behaviorisme. Kognitivisme melihat perilaku yang menitik beratkan pada pengetahuan, aktivitas otak atau psikis dan pentingnya kemampuan individu sebagai penyebab munculnya perilaku. Behaviorisme mempelajari perilaku dari kegiatan yang tampak, yang dapat diamati, faktor lingkungan atau eksogen yang mendominasi pembentukan perilaku. Ke dua aliran tersebut menempatkan penguatan (*reinforcement*) berkorelasi terhadap perilaku. Bagi kognitivistik penguatan berfungsi sebagai sumber balikan, sebagai penuntun pemahaman. Bagi behavioris penguatan berperan memperkuat respons (Wahab, 1999)

Manusia memiliki psikofisik, jasmani rohani yang saling berhubungan. Dalam mempelajari perilaku akan menjadi tuntas jika dilakukan secara integral dan holistik tanpa memisahkan antara perilaku

tertutup verbal (psikis) dengan perilaku terbuka, kegiatan yang tampak (fisik) seperti yang akan dilakukan dalam penelitian ini.

Kedua pandangan yakni kognitivis dan behaviors menyatakan bahwa perilaku merupakan suatu respons, juga sebagai hasil belajar. Strategi dan proses belajar antara keduanya berbeda. Strategi dan proses belajar kognitif menitik beratkan pada proses psikis untuk memperoleh pengetahuan sampai mendapatkan keterampilan untuk membuat keputusan atau bersikap. Bagi behaviors faktor lingkungan individu sangat berperan dalam memberi kondisi belajar.

Beberapa faktor kognitif antara lain inteligensi, kreativitas sebagai faktor endogen, sedangkan motivasi serta faktor penghargaan merupakan faktor eksogen. Davies, Conger, dan Kagans mengkaji hal tersebut. Hasil kajiannya dikemukakan bahwa kemampuan kognitif tidak tunggal, melainkan unik (Nasution, 1992). contohnya anak yang memperoleh pujian akan mempertinggi dorongan keingintahuannya (*curiosity*)

Perilaku sebagai proses belajar banyak merujuk pada teori Gagne dan Briggs tentang belajar strategi berfikir (*cognitive strategies*). Kajian Gagne dan Briggs menghasilkan strategi berfikir yang meliputi proses pemberian perhatian, mengingat dan berfikir (Gagne and Briggs, 1980) tanpa menyebut berapa lama proses dan strategi kognitif berlangsung. Lebih jauh dikemukakan bahwa proses kognitif amat dipengaruhi oleh kemampuan daya ingat (memori), baik memori jangka pendek maupun memori jangka panjang (Fontana, 1986). Kecepatan dalam proses kognitif antara lain dipengaruhi oleh tipe informasi, kesesuaian dengan minat, dan

kegunaan praktis atas informasi yang diterima. G.Brooks, Mellon, G Allan Novell, dalam penelitian tentang kecepatan proses kognitif mengemukakan bahwa simbol, sebagai konstruksi informasi berpengaruh besar terhadap proses kognisi (Howes, 1990). Dalam penelitian tersebut ditemukan bahwa semakin tepat (simbol, kesesuaian dan manfaat) informasi, semakin cepat proses kerja kognitifnya. Dari sejumlah penelitian yang dikemukakan tidak terungkap tentang satuan kecepatan dalam proses kognitif.

Motif sebagai salah satu pendorong proses kognitif dapat berupa penguatan. Motif berkaitan dengan kebutuhan dan tujuan. Apabila informasi terkait dengan kebutuhan kemungkinan percepatan proses kognitif akan terjadi. Kekurangan dari penelitian tentang kognitif adalah belum terungkap prosesnya yang dikaitkan dengan penguatan sebagai salah satu motif.

Pada sisi lain kognitivis menempatkan pengetahuan demikian penting, seperti dikemukakan oleh Recht dan Leslie (Wolfolks, 1993). Menurutny bahwa individu yang memiliki dasar pengetahuan sebelumnya akan lebih baik penguasaan materinya dibanding dengan yang hanya memiliki strategi belajar sebagai strategi kognitif tanpa pengetahuan dasar. Hal itu karena pengetahuan merupakan dasar dari proses kognitif. Temuan tersebut berasal dari penelitian yang dilakukan terhadap pembaca buku tentang *baseball*. Pembaca terdiri dua kelompok yakni yang berpengetahuan tentang *baseball* sebelumnya dengan yang tidak sama sekali. Setelah dibandingkan hasilnya ternyata pemahaman

tentang baseball lebih cepat dimiliki oleh kelompok yang berpengetahuan sebelumnya. Dari penelitian tersebut terungkap tentang susunan kognitif yang menempatkan pengetahuan sebagai dasar potensi kognitif lain.

Belajar akan menghasilkan sejumlah perilaku yakni kebiasaan, keterampilan, persepsi, hafalan, kemampuan analisis dan sikap serta rujukan (Natawidjaja, 1993). Kebiasaan dapat dilakukan dengan cara mengajarkan pola yang paling sederhana, berisiko kecil dan memberikan ganjaran atau hukuman (*reward and punishment*). Demikian penting pemberian perlakuan yang menyenangkan, terutama untuk mengajarkan kebiasaan seperti diungkap oleh Widyastono. Penelitian yang dilakukan terhadap 570 siswa dari 24 Sekolah Dasar diperoleh data 14% nya terganggu kesehatan dan giginya, 21,8% nya terganggu emosi dan tingkah laku, setelah mendapat terapi berupa pemberian perhatian dan perlakuan khusus ternyata mengalami perkembangan yang signifikan (Widyastono, 1997). Perhatian dapat berupa pemberian suasana psikologis yang berpotensi sebagai motivator perilaku.

Masalah kesehatan siswa terutama nutrisinya telah banyak diteliti, di antaranya adalah penelitian nutrisi dikaitkan dengan peningkatan status gizi anak sekolah. Hasil penelitian pada umumnya mengemukakan bahwa ada korelasi antara nutrisi dan status kesehatan anak sekolah (Rustiawan, 1998). Sementara itu Rahayu dan Satoto (1999) memusatkan penelitian tentang perilaku jajan dan pemberian kadar Seng (Zn) dalam hubungannya dengan lumbuh kembang dan prevalensi anemia. Menggunakan metode tertentu sebagai upaya pencegahan kecacingan

siswa SD juga telah diteliti oleh Rahfiludin (2000). Menurut Rahfiludin pencegahan kecacangan anak SD dapat dilakukan dengan metode pemberian buku saku yang dibawa anak saat di sekolah dan dikontrol oleh guru. Kesehatan gigi cukup banyak menarik perhatian peneliti untuk mengungkap kasus kejadian dan perilaku seputar kesehatan gigi dilihat dari aspek klinis (Emmyr, 2000). Seperti yang dilakukan oleh Sn Lestari dan Widiyanto Sudhana tentang profil kebersihan Mulut dan Gusi Anak usia 12 - 15 tahun di DKI menemukan ada korelasi antara PI (*plaque index*) dengan GI (*gingival index*) (Sn Lestari, 2002). Penelitian lain tentang tingkat keparahan maloklusi pada anak usia SD kelas V-VI di DKI tahun 1998 menunjukkan bahwa prevalensi maloklusinya sebesar 89.59% (Irawati G, 2002).

Dari berbagai penelitian tentang kesehatan gigi dan mulut siswa, belum ditemukan hasil penelitian yang mengungkap tentang mekanisme atau proses perubahan perilaku hygiene perorangan khususnya hygiene gigi dan mulut akibat pemberian penguatan (*reinforcement*). Pemberian penguatan banyak digunakan dalam bidang pembelajaran mata pelajaran. Dalam kurikulum dijelaskan pemberian penguatan bukan semata-mata untuk pendidikan kesehatan siswa. Salah satu penelitian tentang *reinforcement* di antaranya adalah yang dilakukan oleh Flora yang meneliti *reinforcement* dihubungkan dengan motivasi membaca. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa *intrinsic reinforcement* berupa kepuasan, kerengintahuan tentang apa yang dibaca lebih memotivasi untuk membaca (Flora, 1999), dibandingkan dengan penguatan yang berasal

dari luar dirinya. Matzon dan Carton (1998) meneliti tentang penguatan (*reinforcement*) dikaitkan dengan kemampuan pemecahan masalah. Hasil penelitian terungkap bahwa anak-anak yang menerima *reinforcement* sebagai kontrol internal cenderung memiliki motivasi yang tinggi dalam pemecahan masalah. *Reinforcement* banyak dikaji berkaitan dengan perilaku umum individu, bukan untuk perilaku sehat. *Reinforcement* juga diteliti pada metode atau jadwal pemberiannya, seperti yang dilakukan oleh Keenan (1999). Hasilnya dikemukakan bahwa jadwal atau skala interval secara kontinyu dalam pemberian *reinforcement* dapat mempertemukan antara usaha dan hasil (perubahan perilaku tidak). Jika *reinforcement* diberikan dengan jadwal variabel interval secara mendadak, hasilnya berupa *rate response* meningkat cepat selama 90 menit. sebaliknya jika ditunda, respons akan muncul tidak teratur (Metzger, 1998; Miller, 1998). *Reinforcement* juga digunakan dalam kesehatan jiwa, di mana pengalaman individu yang berfungsi sebagai *reinforcement* dapat berfungsi sebagai penginduksi kognisi dan perilaku, terutama bagi perilaku penderita depresi (Kathleen, 1998). Dalam penelitian itu ditemukan bahwa individu yang memiliki pengalaman negatif sebelumnya akan menyimpan dalam memorinya dan mewarnai suasana hati atau perilaku berikutnya.

Penelitian tentang *reinforcement* dengan beberapa aspeknya banyak menyoroti aplikasinya untuk perilaku tertentu. Belum adanya penelitian tentang mekanisme perubahan perilaku sehat siswa akibat pemberian penguatan menjadi salahsatu pendorong penelitian ini. Hal itu

mengingat bahwa konsep *reinforcement* sangat erat hubungannya dengan perilaku individu, maka siswa sebagai individu yang masih bersekolah di Sekolah Dasar merupakan sasaran untuk promosi dan pendidikan kesehatan secara dini.

Upaya untuk peningkatan kesehatan siswa melalui pendidikan higiene perorangan terutama higiene gigi dan mulut dengan melihat perilaku, perlu dicarikan strategi yang memadai. Salah satu strategi di antaranya dengan jalan melakukan penelitian, mengingat kondisi kesehatan dan kebersihan gigi dan mulut para siswa SD relatif belum baik, dengan salah satu bukti prevalensi gangguan kesehatan gigi dan mulut cukup tinggi. Kondisi kesehatan gigi dan mulut siswa yang belum baik, diduga akibat perilaku sehatnya belum benar.

1.3 Rumusan Masalah

Penanganan masalah perilaku higiene perorangan siswa saat berada di Sekolah Dasar demikian penting mengingat beberapa risiko yang telah dan akan terjadi. Perubahan perilaku higiene perorangan siswa terjadi karena beberapa faktor, baik faktor endogen maupun faktor eksogen. *Reinforcement* merupakan salah satu faktor untuk perubahan perilaku, tetapi belum ada kajian tentang mekanisme perubahannya perilaku sehat pada siswa sekolah dasar. Penelitian tentang kesehatan maupun *reinforcement* bersifat umum, klinis.

Risiko terganggunya kesehatan siswa diduga berasal dari penilakunya yang belum baik, sehingga bagaimana memodifikasi perilaku

kesehatan ke arah positif perlu diungkap terutama proses perubahannya. Atas dasar alasan tersebut jika tidak dilakukan upaya solusi melalui penelitian yang lebih spesifik terhadap beberapa aspek di atas, maka akan menjadi salahsatu bentuk kelemahan kajian perilaku kesehatan. Dampak lebih lanjut akan memperparah risiko negatif bagi sumberdaya manusia Indonesia mendatang. Dengan demikian muncul permasalahan bagaimanakah mekanisme perubahan perilaku tertutup higiene perorangan siswa yang mencakup tiga ranah (*domain*) yakni ranah kognitif, ranah afektif dan ranah psikomotorik, serta satu bentuk perilaku terbuka dilihat dari keterkaitan antara perilaku tertutup dengan perilaku terbuka akibat diberi penguatan positif (*positive reinforcement*)?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum :

Pengungkapan mekanisme perubahan perilaku khususnya perilaku higiene perorangan siswa Sekolah Dasar melalui pemberian penguatan (*reinforcement*) perlu dituntaskan. Oleh karena itu tujuan penelitian ini adalah mengungkap mekanisme perubahan perilaku dari perilaku tertutup menuju ke perilaku terbuka higiene perorangan siswa Sekolah Dasar akibat pemberian penguatan positif (*positive reinforcement*), dilihat dari keterkaitan antara perilaku tertutup dengan perilaku terbuka.

1.4.2 Tujuan khusus:

Konsep dasar perilaku dalam penelitian ini adalah perilaku hasil belajar berdasar taksonomi B.S. Bloom yang terdiri dari tiga ranah yakni ranah kognitif, ranah afektif dan ranah psikomotorik. Ranah kognitif (dalam penelitian ini diberi kode KO), ranah afektif (dalam penelitian ini diberi kode AF) dan ranah psikomotorik (dalam penelitian ini diberi kode PS), ketiganya dalam penelitian ini disebut sebagai perilaku tertutup (*covert behavior*). Kecuali itu ada suatu bentuk perilaku yang dapat diamati proses dan bentuknya, dalam penelitian ini disebut dengan perilaku terbuka (*overt behavior*) dalam penelitian ini diberi kode PT. Perilaku tertutup maupun perilaku terbuka itu dapat mengalami perubahan karena sesuatu sebab. Perubahan dapat terjadi pada perilaku tertutup saja, tetapi juga dapat terjadi dari perilaku tertutup menuju ke perilaku terbuka akibat pemberian penguatan. Dengan begitu maka tujuan khusus penelitian ini adalah mengungkap mekanisme perubahan perilaku:

1. dari perilaku kognitif menuju ke perilaku terbuka melewati perilaku afektif tanpa melewati perilaku psikomotorik
2. dari perilaku kognitif menuju ke perilaku terbuka, melewati perilaku psikomotorik tanpa melewati perilaku afektif
3. dari perilaku kognitif menuju ke perilaku terbuka tanpa melewati perilaku afektif maupun perilaku psikomotorik
4. dari perilaku afektif menuju ke perilaku terbuka melewati perilaku psikomotorik

5 dari perilaku afektif menuju ke perilaku terbuka tanpa melewati perilaku psikomotorik

6 dari perilaku psikomotorik menuju ke perilaku terbuka secara langsung.

1.5 Manfaat Penelitian

Penelitian ini menekankan pada proses perubahan perilaku hygiene perorangan siswa saat di sekolah dari perilaku tertutup (kognitif, afektif dan psikomotorik) menuju ke perilaku terbuka. Perubahan perilaku merupakan bagian penting dalam pendidikan dan promosi kesehatan. Dengan melihat bagaimana perubahan perilaku dapat digunakan untuk menentukan metode atau kebijakan pembelajaran dan promosi kesehatan bagi anak usia 10- 12 tahun. Apabila temuan penelitian ini benar diharapkan dapat membawa manfaat teoritis (keilmuan) dan manfaat praktis (pendidikan perilaku dan promosi kesehatan). Wujud manfaat berupa konsep dasar dan strategi tentang perubahan perilaku hygiene gigi dan mulut bagi anak usia 10 –12 tahun yang sedang duduk di bangku Sekolah Dasar

1.5.1 Manfaat Teoritis (keilmuan) :

Ada dua cabang ilmu yang terkait erat dengan penelitian ini yakni psikologi pendidikan dan ilmu perilaku kesehatan. Psikologi pendidikan khususnya psikologi belajar kognitif sebagai paradigma dalam penelitian ini penekanannya terletak pada keterkaitan antara perilaku tertutup kognitif, afektif dan psikomotorik dengan perilaku terbuka dalam

kesehatan gigi dan mulut. Pengkajian perubahan perilaku berdasar konsep psikologi belajar kognitif dan perilaku berdasar konsep behavioristik.

Dikaji dari psikologi belajar kognitif, perilaku dipandang sebagai hasil dan potensi pengetahuan dan kerja psikis. Konsep perilaku pada behavioristik lebih melihat perilaku sebagai bentuk respons dari lingkungan. Kedua konsep tersebut memiliki benang merah atau titik temu yakni keduanya melihat perilaku sebagai suatu bentuk respons individu karena adanya pendorong dan tujuan. Walau demikian sampai saat ini belum ditemukan kajian ilmiah tentang proses perubahan perilaku higiene perorangan khususnya higiene gigi dan mulut siswa akibat pemberian penguatan positif. Psikologi kesehatan ditekankan upaya perubahan perilaku anak ke arah perilaku sehat pada anak, khususnya dalam perilaku sehat pada gigi dan mulut.

Temuan penelitian ini merupakan sesuatu yang baru bagi kedua cabang ilmu tersebut berupa konsep mekanisme perubahan perilaku bagi siswa Sekolah Dasar. Temuan berupa konfigurasi mekanisme perubahannya dari perilaku tertutup menuju ke perilaku terbuka (kognitif → afektif → psikomotorik → perilaku terbuka) dilihat dari tata urutan berdasar taksonomi B S Bloom akibat diberi penguatan. Hal itu merupakan kontribusi ilmiah bidang pendidikan dan promosi kesehatan.

1.5.2 Manfaat Praktis :

Upaya peningkatan kualitas kesehatan siswa Sekolah Dasar, khususnya kesehatan gigi dan mulut, tidak cukup dengan menempatkan masalah kesehatan sebagai mata pelajaran penunjang dalam kegiatan pembelajaran. Perilaku sehat khususnya untuk kesehatan gigi dan mulut perlu diajarkan sejak dini kepada siswa. Perilaku sehat juga merupakan hasil belajar sehingga perilaku tertutup yang terdiri dari kognitif, afektif, dan psikomotorik, serta perilaku terbuka akan mengalami perubahan karena sesuatu hal. Perilaku yang dihasilkan oleh siswa mengalami proses sedemikian rupa akibat adanya beberapa faktor, salahsatu di antaranya adanya faktor penguatan sebagai salah satu bentuk kebutuhan psikis individu.

Siswa adalah individu yang memiliki berbagai kebutuhan. Salahsatu bentuk kebutuhan siswa adalah kebutuhan psikis misalnya minta dihargai, diperankan. *Reinforcement* merupakan salahsatu bentuk kebutuhan dan sarana modifikasi perilaku. Hasil penelitian yang menekankan pada mekanisme perubahan perilaku ini dapat dimanfaatkan oleh para praktisi pendidikan dan praktisi perilaku kesehatan. Pola perubahan dari perilaku tertutup menuju ke perilaku terbuka yang ditemukan dari penelitian ini dapat digunakan sebagai pijakan dalam menyusun kebijakan dan strategi pendidikan kesehatan. Pemerintah, praktisi pendidikan dan kesehatan dapat menjadikan hasil penelitian ini sebagai rujukan dalam penataan ulang metode pembelajaran

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Perilaku

2.1.1. Pengertian Dasar Perilaku

Individu manusia pada dasarnya memiliki potensi fisik dan psikis yang tampak dalam aktivitasnya. Aktivitas atau kegiatan individu sehari-hari sering dinamakan perilaku ada juga yang menamakan sikap. Sikap diartikan sebagai suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan seperti dikemukakan oleh Thurstone. R. Likerts. Sikap oleh Bogardus G.A/Port diartikan sebagai suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk penyesuaian diri dalam situasi sosial. Secord & Backman mendefinisikan sikap sebagai keteraturan dalam perasaan (afeksi), pemikiran yang mendisposisi perilaku (Azwar, 2002). Definisi tersebut memasukkan sikap merupakan bagian dari perilaku, ditandai bahwa salahsatu pola perilaku adalah sikap. Sikap merupakan organisasi pendapat, keyakinan individu tentang suatu obyek disertai perasaan sebagai dasar merespons yang terdiri dari kognitif, afektif dan konatif, untuk menggambarkan kemampuan pengetahuan, perasaan dan kesiapan (Hadiwijaya, 1988).

Perilaku banyak diartikan sebagai suatu respons atau jawaban, atau *feedback* atas keadaan atau obyek dari luar sebagai faktor luar diri (*external factors*) baik berupa fisik maupun non fisik, maupun dari dalam

diri individu (*internal factors*) di antaranya berupa kebutuhan untuk dipenuhi

Potensi psiko fisik manusia menghasilkan bentuk perilaku pada kawasan psikis sebagai respons batin dalam bentuk sikap, yang dalam penelitian ini digunakan untuk menamakan perilaku tertutup (*covert behavior*). Hasil lain sebagai tindak lanjut dari repons batin adalah berbentuk perilaku terbuka sebagai bentuk respons lahir (*overt behavior*). Dan hal itulah maka perilaku merupakan sesuatu yang tidak sederhana, yang merupakan perwujudan proses psikologis sehingga menghasilkan respons tertentu (Notoatmodjo, 1997). Tokoh Pendidikan Indonesia Ki Hadjar Dewantara memberi batasan bahwa perilaku sebagai bentuk budaya yang mencerminkan kawasan cipta (kognisi), rasa (afeksi), karsa (konasi), serta karya (praktek) merupakan kawasan yang fundamental harus diajarkan pada siswa secara utuh (Majelis Luhur Taman Siswa, 1967). Batasan itu memiliki kemiripan dengan pengertian perilaku sebagai hasil belajar dari B.S Bloom (1956). B.S Bloom mengemukakan bahwa perilaku sebagai hasil belajar terdiri dari tiga ranah atau domain yakni ranah kognitif, ranah afektif dan ranah psikomotorik.

Perbedaan pengertian perilaku antara Ki Hadjar Dewantara dengan B.S Bloom terletak pada ranah psikomotorik, dimana ranah psikomotorik oleh B.S Bloom dianggap searti dengan karya (praktek). Dalam taksonomi B.S Bloom tidak dikenal ranah konatif.

Pengertian perilaku berdasar konsep tokoh pendidikan Indonesia Ki Hajar Dewantara dijadikan acuan untuk mengartikan perilaku dalam penelitian ini.

Pada konsep perilaku kesehatan yang cenderung mengikuti konsep behavioris, perilaku terkomposisi dalam tiga bentuk yakni kognitif, afektif dan praktis yang juga digunakan dalam dunia pendidikan guna kepentingan evaluasi hasil pembelajaran. Dari hal ini psikomotorik diidentikkan dengan praktis. Secara definitif antara perilaku dengan sikap berbeda, tetapi memiliki keterkaitan erat. Sikap yang terdiri tiga wilayah yakni kognitif, afektif, konatif, lebih berarti sebagai bentuk respons batiniah. Perilaku yang memiliki tiga ranah kognitif, afektif, psikomotorik (B.S Bloom), atau pada mazhab behavioris disebut kognitif, afektif, praktis, dimana psikomotorik diidentikkan dengan praktis. Karena sikap yang terdiri dari tiga kawasan kognitif, afektif dan konatif baru merupakan predisposisi perilaku maka konatif belum memiliki arti sama dengan praktis, karena praktis sudah merupakan bentuk perilaku yang tampak, respons fisik.

Perilaku pada umumnya diartikan sebagai bentuk kegiatan (*action*) individu ketika merespons sesuatu obyek dari luar dirinya atau yang terjadi di lingkungannya, maupun karena faktor dari dalam dirinya. Walau demikian ekspresi diri dalam merespons lingkungannya diawali dengan aktivitas psikis juga merupakan bentuk perilaku, dalam penelitian ini dinamakan perilaku tertutup. Mengetahui, memahami, berfikir, menganalisis merupakan sebagian dari aktivitas psikis yang menghasilkan

perilaku tertutup, yang proses terjadinya tidak dapat diamati. Dari beberapa definisi tentang perilaku dan sikap, ternyata antara perilaku dengan sikap tidak harus disamakan.

Keberadaan individu dan lingkungan yang saling berinteraksi memunculkan sejumlah perilaku baik yang terbuka (*overt*) maupun yang tertutup (*covert*). Perilaku diartikan sebagai tanggapan atau reaksi individu terhadap rangsang atau lingkungannya (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 1995). Perilaku juga merupakan suatu respons terhadap situasi di luar dirinya (Soekiojo dan Solita, 1985). Respons individu terhadap lingkungan melahirkan dua bentuk perilaku. Bentuk pertama berupa perilaku sebatas hasil kerja psikis, tertutup prosesnya dan tak teramati, verbal. Bentuk kedua berupa respons individu yang dapat diamati merupakan bentuk perilaku terbuka, dapat diamati, dipelajari dan diukur (Ormrod, 1990; Potter, 1993).

Individu sebagai makhluk hidup selalu berusaha untuk memenuhi kebutuhannya, yang memunculkan perilaku sebagai aktivitasnya (Purwanto 1998). Perilaku berfungsi sebagai alat atau bentuk ekspresi individu agar keberadaan diri dan kelangsungan hidupnya berjalan dengan baik.

Simpulan yang diperoleh bahwa sebagian besar pendapat mengatakan bahwa perilaku identik dengan aktivitas yang dicerminkan oleh proses dan hasil yang dapat dilihat, diamati dan diukur, akan tetapi ada aktivitas dimana prosesnya tidak dapat diamati atau diukur misalnya berfikir, tetapi hasil berfikirnya dapat diamati dan diukur. Kelengkapan

manusia berupa psiko - fisik akan melahirkan perilaku sebagai produk kerja psikis maupun produk kerja fisik. Dari konsep tersebut muncul pendapat bahwa perilaku merupakan respons diri terhadap lingkungannya karena adanya tujuan tertentu. Respons ada yang dinyatakan secara eksplisit, sebagai bentuk perilaku terbuka, ada pula yang dinyatakan berupa hasilnya saja sebagai bentuk perilaku tertutup.

Perilaku dapat terbentuk dan mengalami perubahan setiap saat. Proses pembentukan dan perubahan perilaku dipengaruhi oleh sejumlah faktor yang berasal dari dalam diri dan dari luar manusia itu sendiri. Kelengkapan manusia antara lain berupa potensi susunan syaraf (fisik), persepsi, motivasi, emosi dan belajar (psikis) berkaitan erat dengan perilaku pada setiap tempat, ruang dan waktu (James, 1992) merupakan faktor dari dalam. Lingkungan dengan isi dan aktivitasnya merupakan faktor luar yang berpengaruh terhadap perilaku.

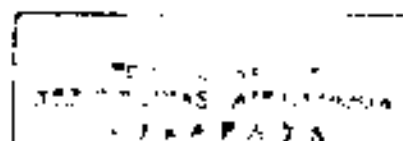
Bentuk perilaku yang sering digunakan sebagai rujukan terutama dalam pendidikan – pengajaran seperti dirumuskan oleh B.S.Bloom (1956). B.S.Bloom membagi perilaku menjadi tiga ranah (domain) yakni : ranah kognitif, ranah afektif dan ranah psikomotorik. Kognitif berkaitan dengan hasil kerja otak, berfikir. Afektif berhubungan dengan keputusan terhadap suatu obyek, emosional dan subyektif. Sedangkan psikomotorik adalah proses mental berupa kecenderungan untuk beraktivitas fisik. Untuk hal yang sama ada yang menyebut *knowledge* (pengetahuan), *attitude* (sikap) dan *practice* (tindakan).

Berdasar bentuk perilaku yang berbeda karena aliran atau mazhab berbeda, tetapi karena alasan tertentu perilaku diaplikasikan secara parsial (sebagian). Contohnya dalam bidang pembelajaran seharusnya ketiga ranah perilaku menjadi tujuan, tetapi pada umumnya ranah perilaku pertama (kognitif) mendapat porsi lebih besar dibanding ranah perilaku lainnya (afektif dan psikomotorik)

2.1.2. Pembentukan dan Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku dalam konsep psikologi pendidikan dipandang sebagai proses belajar bagi setiap individu. Dalam kegiatan tersebut terdapat sejumlah faktor yang berpengaruh, baik yang berasal dari dalam individu (endogen) maupun berasal dari luar individu (eksogen). Faktor dari dalam di antaranya faktor kematangan, inteligensi atau kecerdasan, usia, motivasi, kebiasaan belajar dan emosional (Fontana, 1986). Faktor dari luar dapat berupa instrumental terdiri dari materi yang dipelajari, guru atau pengajar, sarana dan metode mengajar. Kondisi lingkungan sosial ekonomi keluarga, masyarakat termasuk faktor dari luar yang berpengaruh terhadap kegiatan belajar (Purwanto, 1998).

Dari sejumlah faktor endogen, faktor emosional atau faktor afektif berupa kebutuhan untuk dihargai, dibenarkan (*self esteem*) merupakan bagian dari motif instrumen sebagai faktor dari luar terutama dalam pendidikan formal banyak berupa metode atau cara memperlakukan siswa. Pendekatan kemandirian dengan perlakuan pengakuan atas keberhasilan siswa merupakan strategi atau metode afektif dalam



pembelajaran. Gagne (1985) mengemukakan lima katagori dalam belajar. Lima katagori belajar yang dimaksud adalah (1) keterampilan intelektual dimulai dari belajar sinyal hingga belajar pemecahan masalah (2) strategi berfikir dimulai dari memben perhatian hingga mengingat dan berfikir (3) belajar informasi yang menghasilkan pengetahuan, (4) belajar sikap sebagai kecenderungan diri untuk berbuat yang memiliki elemen kognisi, perasaan dan (5) belajar keterampilan motorik yang menonjolkan beberapa gerakan terkontrol oleh kesempatan, kecepatan, kekuatan tubuh.

Perilaku merupakan bentuk respons atas obyek sebagai faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal berupa potensi fisik dan psikis, sedangkan faktor eksternal berupa keadaan atau kondisi lingkungan. Kedua faktor tersebut saling berjalan dalam pola stimulus – respons. Konsep demikian melahirkan pengertian bahwa perilaku sebagai suatu konsepsi. Proses terjadinya konsepsi melalui proses kejiwaan yang akan berakhir pada bentuk perilaku teramati (*observable*). Bentuk perilaku yang teramati menurut Rogers merupakan akumulasi proses yang berawal dari penenmaan informasi, kemudian timbul minat, berlanjut untuk memiliki dan mencoba, akhirnya sampai pada keputusan untuk melakukan (Rahmad,1992). Perilaku sebagai proses konsepsi yang berases stimulus – respons merupakan gambaran pembentukan perilaku pada kawasan psikologi.

Faktor potensi individu dalam mengaktualisasi diri dalam lingkungannya dipandang sebagai pola dasar pembentukan perilaku.

Perilaku itu sendiri merupakan sesuatu yang kompleks sebagai resultan dan aspek internal maupun eksternal, psikis maupun fisik, dengan demikian perilaku tidak berdiri sendiri. Perubahan perilaku dapat dikaji melalui pengkajian berdasar aliran atau teori yang digunakan. Beberapa latar belakang disiplin ilmu mencoba melihat, menyelidiki perilaku sehingga melahirkan beberapa mazhab antara lain Psikodinamika, Behaviorisme, Humanisme dan Kognitivisme. Penelitian ini merujuk pada mazhab Behaviorisme dan Kognitivisme, dengan pertimbangan bahwa keduanya menggunakan penguatan (*reinforcement*) dalam melihat pembentukan dan perubahan perilaku. Kecuali itu keduanya juga mengurai perubahan perilaku melalui penanaman kebiasaan dan melalui imitasi. Respons individu juga merupakan pengertian dari perilaku yang digunakan oleh behavioris dan kognitivis.

2.1.3. Perilaku Dipandang dari Mazhab Psikodinamika

Para ahli psikologi bermazhab Psikodinamika antara lain: Freud, Adler, Jung, Allport dan Horney, lebih melihat perilaku individu dari segi kejiwaan (*within the person look*) daripada melihat aktivitas fisiknya (Hjelle, 1992) sebagai proyeksi perilaku. Sigmund Freud terkenal dengan Psikoanalisa melihat individu berdasar *topographical models* berdasar struktur id, ego dan superego (*individual conscious*). Menurutnya dasar dan perilaku adalah kondisi biologis manusia dengan aktivitas psikis sebagai determinan (Roberts, 1975). Menurut S. Freud perilaku terjadi bukan karena pengaruh dari luar (eksogen), melainkan karena kekuatan

dorongan kejiwaan melalui kesadaran (*endogen*). Perilaku tidak cukup dijelaskan secara rasional, karena ada kelidaksadaran (*unconsciousness*) sebagai bagian dari kejiwaan. Penyimpanan memori, pengorganisasian energi fisik, sistem pengoperan (*switching*) dan pusat kontrol kesadaran dan perilaku, adalah sebagian dari aktivitas kejiwaan. Pada prakteknya perilaku cenderung sebagai pertahanan ego, walau id atau superego turut berpengaruh. Rasionalisasi, represi, proyeksi, regresi, fantasi, hukuman diri adalah beberapa masalah psikis yang berkaitan dengan perilaku individu. Berdasar ego sebagai basis aktivitas, maka pemeranan diri menjadi penting, sehingga pemberian perhatian terhadap individu merupakan penunjang perilaku. Salah satu bentuk pemberian perhatian adalah pemberian penguatan. Walaupun penguatan (*reinforcement*) hampir tidak disinggung oleh Sigmund Freud dalam mengkaji perilaku.

Adler dan Jung, keduanya penganut aliran neo Freudisme dari mazhab Psikodinamika melihat perilaku berdasar aktivitas psikis. Menurut Adler perilaku bergantung pada opini individu atau *coping* terhadap lingkungan. Perilaku dipandang sebagai pelarian atau kompensasi untuk mengatasi inferioritas dan superioritas (Hjelle, 1992). Lingkungan sosial berpengaruh terhadap upaya kompensasi untuk mengatasi inferioritas. Mirip dengan Freud, Jung melihat perilaku dan segi adanya ketidaksadaran (*unconsciousness*) tetapi bersifat kolektif. Perilaku dicerminkan dalam pola intra dan ekstra (*intraversion* dan *extraversion*) seperti tampak dalam relasi antar individu (Hjelle, 1992). Masalah bagaimana perilaku

dapat dipengaruhi orang lain melalui penguatan (*reinforcement*) tidak dibahas dalam neo Freudisme.

Allport melihat perilaku dari adanya *trait* atau fungsi anatomi dari untuk motorik, yang menggambarkan watak atau sifat individu. *Traits* (*cardinal*, *central* dan *secondary*) merupakan predisposisi perilaku. Menurut Allport, karena *traits* memungkinkan terjadinya penguatan perilaku, maka pada saat individu menghadapi situasi yang sama ia akan mengulang perilaku sebelumnya (James, 1992). Homey seorang penganut mazhab psikodinamika menyatakan bahwa kecemasan merupakan pemberi pengaruh besar terhadap perilaku dan kepribadian. Menurutnya ada dua kebutuhan pokok bagi individu yakni kepuasan dan keamanan, oleh karena itu interaksi sosio kultural menjadi penting dalam perilaku.

Pada umumnya pada penganut mazhab psikodinamika lebih melihat perilaku sebagai cerminan kepribadian berdasar kondisi mental dan biologis. Proses pembentukan atau perubahan perilaku merupakan proyeksi kejiwaan dengan menonjolkan potensi individual. Interaksi dengan lingkungan juga berpengaruh terhadap aktivitas individu. Penguatan (*reinforcement*) sebagai salah satu bagian dari perilaku tidak disinggung dalam mazhab Psikodinamika. walau sebenarnya penguatan secara implisit terungkap sebagai salah satu faktor dari lingkungan atau *external factors* individu. Penguatan juga merupakan salahsatu kebutuhan bagi individu.

2.1.4. Perilaku Dipandang dari Mazhab Behaviorisme

Berbeda dengan pakar psikologi penganut mazhab Psikodinamika yang lebih menitikberatkan kajian pada perilaku tertutup (*covert behavior*), pakar Behaviorisme mempelajari perilaku dan yang tampak, dapat diamati (*overt behavior*). Konsep dasarnya bahwa perilaku adalah hasil atau bentuk respons dari adanya rangsangan. Munculnya respons menjadi tekanan kajian pakar Behavioris, walau dipercaya bahwa ada peristiwa atau faktor tertentu yang melatarinya munculnya respons. Peristiwa atau faktor bisa berasal dari diri atau dari dalam individu (*endogen*) di antaranya motif, keinginan dan potensi psiko fisik misal: kematangan, kecerdasan. Lingkungan, kondisi: sosial ekonomi, pendidikan adalah sebagian faktor dari luar (*eksogen*). Pembelajaran yang melibatkan materi ajar, metode, evaluasi, media merupakan faktor dari luar individu. Salahsatu strategi dalam pembelajaran adalah dengan pemberian penguatan kepada siswa.

Beberapa pakar Behaviorisme masih melihat adanya kesamaan antara perilaku binatang dengan perilaku manusia, walau banyak perbedaannya. Oleh karena itu maka pada awal kajian perilaku digunakan atau berdasar perilaku binatang percobaan. Temuan Ivan Pavlov dengan teori *Classical Conditioning*, Thorndike dengan teori *Connectionism*, B.F Skinner dengan teori *Operant Conditioning* mengungkap perilaku binatang dianalogi dengan perilaku manusia hingga kini masih menjadi referensi. Temuannya mengundang kritik karena mengandung beberapa kelemahan: Konsep perilaku bersyarat (*conditioning behavior*), sifat coba-

coba tetapi gagal atau berhasil (*trial and error*). Kecuali itu pemunculan perilaku tergantung dan besarnya atau ada tidaknya stimulus, sehingga mengingkari potensi *insight* merupakan kelemahan dari teori penganut Behaviorisme terutama dari I. Pavlov. Oleh I. Pavlov perilaku dikaji melalui perubahan yang ditunjukkan dalam aktivitas respons akibat pemberian rangsang berulang, melalui percobaannya terhadap binatang (anjing) yang menghasilkan konsep perilaku bersyarat (*conditioning behavior*). Perilaku sebagai refleksi bersyarat merupakan hasil dari pengondisian berupa latihan dan pembiasaan. Sifat mekanis, otomatis, pemunculan perilaku berdasar mencoba tetapi gagal atau berhasil (*trial and error*) menjadi ciri kuat perilaku menurut I. Pavlov.

Menurut teori perilaku bersyarat, imbalan atau pemberian sesuatu atas hasil perilaku yang ditunjukkan dianggap sebagai unsur penting, karena tanpa persyaratan (*conditioning*) perilaku tidak akan muncul. Imbalan atau hadiah dimunculkan mendahului perilaku, yang berfungsi sebagai perangsang (*stimulus*) munculnya perilaku. Akibat yang muncul adalah sifat dependensi (ketergantungan) terhadap hadiah demikian kuat. Ada atau tidak, besar atau kecilnya imbalan berpengaruh terhadap muncul tidaknya perilaku. Hal tersebut perlu dipertimbangkan dalam pengelolaan perilaku (*behavior management*). Proses terjadinya atau perubahan perilaku dalam teori reaksi bersyarat menganut prinsip *contiguity* yakni kecenderungan untuk terjadi pengulangan perilaku. Pengulangan perilaku melalui mekanisme :

1. generalisasi, dengan stimulus yang datang bersama, lalu dilakukan

2. diskriminasi, penerimaan secara selektif, akhirnya terjadi
3. penghilangan (*extinction*) terhadap stimulus yang tidak kuat atau stimulus yang tidak mengandung syarat yang dibutuhkan (Wahab, 1999)

Aplikasi dari teori *Classical Conditioning* I.Pavlov lebih menghasilkan respons emosional, afeksi (senang, cemas, takut) maka perlu pendekatan individu dengan membangkitkan *self esteem*-nya. Beberapa kelemahan dari teori I.Pavlov, dijadikan alasan tidak digunakannya sebagai rujukan dalam penelitian ini.

Pakar psikologi lain yang termasuk pengikut mazhab Behavioris ialah Thorndike dikenal dengan teori koneksitas (*connectionisme*) yang juga menekankan "refleks". Prinsip *trial and error* yang dipakai oleh pengikut mazhab Behavioris seperti I.Pavlov juga digunakan oleh Thorndike dalam pembentukan perilaku, tetapi diikuti oleh "*law of effect*" sebagai pembentuk asosiasi (*connection*). Latihan yang berulang-ulang diperlukan agar perilaku yang diharapkan muncul. Hukum efek bersyarat terkait dengan pemberian sesuatu sebagai imbal jasa, tetapi yang bersifat dinginkan atau menyenangkan. Sesuatu yang diberikan juga masih sebatas sebagai jawaban atau *feedback* atas pemunculan perilaku.

Prinsip koneksitas dapat dijelaskan bahwa keberhasilan dalam pemunculan perilaku selalu dikaitkan atau diikuti oleh munculnya *feedback* sebagai hadiah (*rewards*). Semakin besar nilai *rewards* yang diukur dengan kepuasan sebagai pemenuhan kebutuhan, semakin tinggi intensitas munculnya perilaku. Pembentukan atau perubahan perilaku

yang mengikuti teori Thorndike pada umumnya cocok bagi perilaku refleksi instingtif misalnya melatih perilaku binatang

Thorndike dan B.F. Skinner termasuk penganut mazhab Behaviorisme dikenal dengan Teori Perubahan Perilaku Bersyarat. Perubahan perilaku bersyarat (*operant conditioning*) menurut B.F. Skinner disebabkan oleh stimulus yang menguasai perilaku, bukan stimulus mengikuti perilaku. Perilaku dipengaruhi oleh peristiwa atau keadaan yang mendahului, disebut sebagai *antecedent* (antecedent), sedang berbagai penyerta yang dinamakan konsekuensi (*consequence*). Jika dalam *classical conditioning* stimulus berfungsi sebagai pemicu, maka dalam *operant conditioning*, stimulus berperan sebagai penyerta. Menurut B.F. Skinner perilaku merupakan fungsi dari kejadian rangsangan yang mengaktifkan perilaku *operant* yang dikendalikan oleh sistem syaraf pusat. Perilaku yang dikendalikan oleh sistem syaraf otonom cenderung pasif dan mendekati refleksi, sering disebut perilaku responden (Kartono 1996)

Suatu perilaku akan berjarak terus menerus manakala suatu konsekuensi menjadi antecedent bagi perilaku berikutnya. Perubahan perilaku terjadi apabila antecedent atau konsekuensi berubah. Konsekuensi adalah pemberian atau penciptaan kondisi agar suatu perilaku berubah ke arah positif. Konsekuensi dapat berfungsi memperkuat, mengukuhkan perilaku yang telah ada

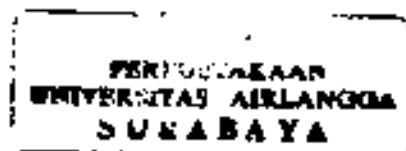
B.F. Skinner menggunakan hadiah yang berfungsi sebagai penguat dengan istilah *reinforcement* bukan *rewards*. Pertimbangannya adalah bahwa prinsip *reinforcement* mengacu pada peningkatan frekuensi

respons ketika konsekuensi secara langsung mengikuti (Skinner, 1965; Glanz, 1997; Schloos, 1994). Istilah *reinforcement* juga digunakan dalam penelitian ini.

Menurut B.F Skinner perubahan perilaku sebagai dampak dari pemberian penguatan diketahui dari perilaku awal sebagai suatu "*baseline data*" yang dapat diidentifikasi, sehingga muncul perilaku berikutnya. Keefektifan penguatan dapat diketahui dengan cara membandingkan perilaku pada *baseline data* dengan perilaku berikutnya setelah penguatan diberikan.

Para penganut mazhab Behaviorisme masih melihat perilaku sebagai suatu respons dari adanya stimulus yang berasal dari dalam dan dari luar diri. Pembentukan perilaku diawali dengan tidak terlalu menggunakan rasio, pemahaman dan penalaran yang menghasilkan refleksi. Respons berbentuk refleksi tidak bersyarat mengawali perilaku, kemudian menjadi refleksi bersyarat berlanjut ke pembentukan kebiasaan (*habituation*). Penalaran terbatas sudah mulai digunakan terutama bagi individu yang masih berpendidikan rendah

Faktor lingkungan demikian dominan dalam pembentukan perilaku bagi mazhab Behaviorisme, terutama perilaku yang dibentuk lewat peniruan (imitasi) seperti dikenalkan oleh A. Bandura. Menurut A. Bandura ada tiga komponen penting dalam pembentukan perilaku yakni individu (berfikir dan motivasi) - lingkungan - perilaku, yang saling berinteraksi. Peniruan (imitasi) terhadap model lewat pengamatan mendominasi pembentukan perilaku, dinamakan pula sebagai modeling. Individu



memiliki penilaian potensi diri (*self efficacy*) sebagai pengembang kepercayaan diri (*self confidence*) terhadap lingkungan yang bertanjat dengan imitasi atau peniruan. Hasil peniruan akan berfungsi sebagai *reinforcement* perilaku sehingga kedudukannya sebagai bagian dari konsekuensi (*consequence*).

Teori belajar sosial versi A. Bandura juga mendasarkan pada "*operant conditioning*" dengan aktivitas kognitif dan *drive* sebagai penggerak perilaku. Ada 11 konsep umum sebagai hal penting dalam teori ini yakni: (1) lingkungan (2) situasi sebagai persepsi individu (3). kemampuan berperilaku (4) harapan akan hasil (5) hadiah atau penghargaan (6) kontrol diri (7) pengamatan (8) keberhasilan diri (9-11) pengaturan emosi (Glanz, 1997). Proses pembentukan atau perubahan perilaku diawali adanya atensi kemudian muncul retensi (ingat kembali) bertanjat dengan replikasi. Salahsatu bentuk atensi adalah adanya hadiah atau penghargaan yang berfungsi sebagai pemacu perilaku

Para penganut Behavioris melihat perilaku dan perubahannya terjadi karena saling adanya interaksi antara faktor endogen dengan faktor eksogen. Salahsatu faktor endogen berupa kognitif dan sikap ditunjukkan sejak melakukan pengamatan sampai pengambilan keputusan. Faktor eksogen berupa lingkungan dengan isi dan aktivitasnya dimana individu melakukan interaksi sosial. Hal yang mendasar dari berbagai faktor tersebut adalah faktor endogen karena individu memiliki motif, hasrat, keinginan untuk melakukan sesuatu (Gerungan, 1996). Kecuali hal tersebut adanya pemberian perhatian dan luar sebagai faktor eksogen

akan mempercepat dalam pengambilan keputusan. Pemberian hadiah yang berfungsi penguatan (*reinforcement*) dalam pengambilan keputusan individu untuk melakukan sesuatu semakin cepat. Penguatan merupakan faktor dari luar

Faktor lingkungan demikian penting bagi Behaviorisme dalam melihat perubahan perilaku, terutama interaksi antar individu dimana penguatan merupakan salah satu alat untuk modifikasi perilaku. Konsep pembelajaran behavioristik menekankan pada stimulus - respons, pemberian penguatan, dan imitasi serta lingkungan memiliki peran besar dalam proses belajar, dijadikan rujukan penelitian ini

2.1.5. Perilaku Ditinjau dari Mazhab Humanisme

Tokoh psikologi Humanis yang banyak dijadikan bahan kajian perilaku ialah C.Rogers dan A.Maslow. C.Rogers dikenal dengan aliran Fenomenologi. Sedangkan A.Maslow terkenal dengan Teori Kebutuhan. Kedua pakar tersebut mencermati perilaku individu melalui pendekatan berbeda, namun adanya faktor endogen dan faktor eksogen selalu dijadikan basis dalam mengkaji perilaku

C.Rogers memperhatikan masalah endogen individu. Menurutnya setiap individu memiliki potensi untuk mempertahankan diri dan kreativitas manakala individu berada atau menghadapi lingkungannya. Subyektivitas terekspresi berdasar kemampuan dasar dan latar belakang individu yang bersangkutan. Perilaku timbul karena adanya kematangan psikis dan kreativitas. Lingkungan memberi persepsi subyektif dimana individu memiliki konsep diri, harga diri, untuk pertahanan dirinya. Dari beberapa

konsep tersebut memunculkan dan mewarnai perilaku subyektif. Jadi perilaku merupakan ekspresi subyektif berbentuk kreativitas sebagai upaya pertahanan diri yang merupakan salah satu tujuan berperilaku.

Seperi halnya kaum Humanis, C. Rogers menempatkan individu dengan potensi dan pengalamannya sebagai modal memperlakukan atau mempelajari perilaku.

Potensi dan pengalaman mencerminkan "konsep diri" yang terbentuk lewat interaksi. Pada akhirnya konsep diri membentuk struktur diri sebagai bagian dari *feedback*. Kecuali konsep diri, harapan positif yang secara spontan muncul, menjadikan reaksi perilaku teramati dan terkendalikan.

Harapan dan kebutuhan diri yang dipengaruhi lingkungan merupakan penguatan (*reinforcement*) bagi aktivitasnya. Antara konsep diri dengan penghargaan positif (*positive reward*) merupakan pola pembentuk perilaku. Semakin besar atau kuat penghargaan positif semakin besar pula terpenuhi kebutuhan untuk pembentukan konsep diri. Oleh karena itu perilaku memiliki koneksitas dengan penguatan (*reinforcement*) dalam rangka aktualisasi diri (Calvin, 1993). Pengaruh Humanis mengamati perilaku dengan menekankan pada bagaimana atau latar belakang terjadinya perilaku. Perilaku terjadi karena keberadaan individu dengan sejumlah kebutuhannya yang harus terpenuhi.

Teori dan kajian perilaku pada umumnya terkait dengan Teori Kebutuhan dari A. Maslow. Struktur kebutuhan individu yakni susunan kebutuhan manusia mula dan kebutuhan terendah (biologis) sampai

kebutuhan tertinggi dari A.Maslow masih dijadikan referensi untuk mengkap perilaku individu maupun perilaku kelompok. Konsep dasar dari A.Maslow adalah bahwa kondisi positif individu seperti kepuasan, kegembiraan dan sejenisnya menjadi motor penggerak perilaku (Frank, 1971)

Kebutuhan individu tidak terlepas dari motivasi. A.Maslow mengartikan motivasi sebagai sejumlah kebutuhan dasar yang berlaku umum bagi makhluk hidup yang bersifat genetis atau naluriah. Keterkaitan antara perilaku dengan kebutuhan menjadi penting bagi mazhab Humanisme. Menurut mazhab ini perilaku merupakan aktivitas individu untuk menjaga keseimbangan atau upaya mempertahankan homeostatis. Bentuk aktivitas tersebut merupakan salah satu bentuk kebutuhan individu. A.Maslow juga mengemukakan bahwa perilaku sebenarnya merupakan aktualisasi diri dalam upaya pemenuhan kebutuhan agar terhindar dari ancaman atau siksaan. Walau demikian perilaku sebagai alat pemenuhan kebutuhan diri, harus ada prakondisi yang membangkitkan motif, antara lain kemampuan, ketersediaan dan saling interaksi (Johnson, 2000)

Sisi lain yang terkait dengan teori kebutuhan sehingga memunculkan perilaku adalah adanya ketidak puasan karena tidak terpenuhinya harapan yakni suatu kondisi yang sesuai dengan apa yang dibutuhkan (Armstrong, 2000). Dalam upaya pemenuhan kebutuhan, motivasi intrinsik maupun ekstrinsik menggerakkan perilaku. Hasil perilaku yang akan terjadi adalah keberhasilan atau sebaliknya. Kepuasan atas

keberhasilan berfungsi sebagai penguat (*reinforcer*) perilaku sebelumnya. Kepuasan merupakan bagian dari integritas pribadi individu secara utuh; adalah milik manusia yang bebas keberadaannya bahkan juga sebagai bagian dari kreativitas potensial individu (Maslow, 1957; Hjelte, 1992).

Meskipun kebutuhan sebagai basis aktivitas individu, teori A. Maslow tidak serta merta menyebut *reinforcement* tetapi keberadaannya akan berpotensi sebagai pendorong yang bersifat sebagai penguatan demikian jelas.

2.1.6. Perilaku Dipandang dari Mazhab Kognitivisme

Para pakar psikologi yang dapat dikelompokkan kedalam penganut mazhab Kognitivistis di antaranya Wundt (Strukturalis), James (Fungsionalis), Kohler (Psikologi Gestalt), dan Kognitivistis modern di antaranya Bruner, Ausubell, Gagne, Tolman dan Piagets. Para Kognitivistis menekankan pada proses berfikir atau inteligensi sebagai bagian penting dari perilaku. Dan hal itulah sehingga perilaku individu dicermati. Strukturalis sebagai bagian dan Kognitivistis menggunakan metode introspeksi untuk melihat bagaimana seseorang berfikir, belajar memecahkan suatu masalah berdasar informasi yang ditangkap dan diolahnya (Ormrod, 1990). Proses itu sebagai perwujudan perilaku individu.

Pada perkembangan selanjutnya Kognitivistis lebih banyak menggunakan teori Gestalt yang berbasis pada analisis persepsi dan struktur suatu obyek sebagai petunjuk bagaimana perilaku individu.

perilaku bukan sekedar stimulus - respons tetapi aktivitas yang bertujuan karena adanya harapan. Perkembangan intelektual sebagai bagian dari kognisi lebih menggunakan rasio atau logika daripada hanya persepsi. Hal tersebut dapat dipakai sebagai konsep dasar dalam mencermati perilaku menurut mazhab Kognitivis. Adanya harapan dalam perilaku terkait dengan rasa kepuasan akan hasil, hal demikian termasuk kawasan aktualisasi diri yang mendapat penguatan (*reinforcement*) baik dari diri sendiri maupun sebagai akibat dan interaksi .

Konsentrasi pada potensi dan proses intelektual yang kelak menghasilkan perilaku banyak disoroti oleh Bruner, Ausabell dan juga Gagne. Bruner menekankan kontekstualisasi atau keterkaitan dalam proses persepsi yang menghasilkan kemampuan penemuan (*discovery*) sebagai bentuk perilaku individu. Ausabel melihat potensi kognitif pada kemampuan verbal yang mempengaruhi perilaku. Gagne memperkenalkan "*cognitive strategy*" sebagai cara menghasilkan perilaku terbuka (*motor skill*) dan sikap (*attitude*). Untuk keperluan strategi kognitif tersebut dibutuhkan : (1) dorongan atau kebutuhan, (2) perangsang atau isyarat). (3) respons motorik, psikologik, (4) penguatan.

Perilaku sebagai hasil belajar terutama ketrampilan intelektual banyak merujuk pendapat Gagne. Proses belajar mengalami fase atau urutan : motivasi – konsentrasi – pengolahan – prestasi - umpan balik (Nasution, 1992). Fase motivasi berarti merespons daya tarik obyek yang akan dipelajari. Fase konsentrasi adalah penggunaan pancaindera untuk menangkap obyek. Fase pengolahan identik dengan melakukan evaluasi,

membecakan dan mengelompokkan ciri suatu obyek. Fase prestasi merupakan aktivitas dalam menunjukkan hasil, termasuk menggali dari memori jangka panjang. Akhirnya pada fase umpan balik sebagai konfirmasi atas hasil yang dilakukan, termasuk didalamnya otomatisasi perilaku motorik.

Mazhab Kognitivistis masih melihat banyak faktor luar (*external factors*) yang ikut berpengaruh terhadap perilaku, termasuk di dalamnya adalah perlakuan individu lain terhadap proses dan hasil kegiatan individu. Salahsatu bentuk perlakuan adalah adanya pemberian penguatan sebagai strategi kognitif. Perilaku menurut mazhab ini dianggap sebagai produk pengetahuan atau belajar dan individu. Teori belajar yang bercorak kognitivistis menekankan pada aktivitas respons terhadap stimulus yang dihayati, atau berdasar pada apa yang difahami (*insight*), sehingga kemampuan mengingat dan berfikir menjadi ciri khas belajar kognitif.

2.1.7. Perilaku dan Perubahannya Ditinjau dari Teori Kebutuhan (*Needs Theory*)

Setiap aktivitas individu dalam bentuk perilaku tidak terpisahkan dengan eksistensi individu yang memiliki potensi fisik atau biologis dan potensi psikis emosi yang tumbuh dan berkembang sesuai dengan faktor atau kondisinya. Menurut C.Rogers pada dasarnya perilaku adalah upaya organisme yang bertujuan untuk memuaskan berbagai kebutuhannya (Hjelle, 1992; Calvin, 1993). Perilaku untuk pemenuhan kebutuhan merupakan aktualisasi diri individu. Menurutrya ada dua kebutuhan

penting bagi setiap individu yakni kebutuhan akan penghargaan positif (*positive reward*) dan kebutuhan akan harga diri (*self esteem*).

Kebutuhan merupakan motivator bagi pemunculan perilaku. Salahsatu motivator yang memunculkan perilaku adalah karena adanya kebutuhan yang belum terpenuhi. Motivator lain disamping kebutuhan yakni tujuan (*goals*), penghargaan (*rewards*), harapan (*expectancy*), atribut (*attribution*) dan kemampuan diri (*self efficacy*) (Armstrong, 2000).

Individu akan termotivasi untuk berperilaku jika dihadapkan dengan kegagalan, kegelisahan dikaitkan dengan tanggung jawabnya, pengaruh dan perkembangan pribadi. Tujuan atau cita-cita juga sebagai salah satu motivator perilaku. Cita-cita harus spesifik (khas), jelas, dapat dicapai dan individu yang bersangkutan ikut aktif dalam meraih cita-citanya sehingga timbul kepuasan.

Penguatan (*reinforcement*) merupakan salahsatu bentuk motivator berkaitan dengan keberhasilan pencapaian cita-cita, yang mendorong terjadi pengulangan perilaku yang memuaskan. Keberhasilan pencapaian tujuan dimotivasi oleh harapan, keinginan individu. Harapan, keinginan yang dimiliki berpotensi untuk perubahan perilaku. Setiap individu merasa bahwa dirinya memiliki kemampuan untuk merubah perilakunya, merasa adanya imbal jasa (*rewards*). Penafsiran individu atas kegagalan atau keberhasilan perilakunya menjadi atribut atau pertanda adanya motivator dari dirinya untuk berperilaku. Kepercayaan atas potensi diri bahwa dirinya memiliki kemampuan untuk melakukan suatu pekerjaan adalah unsur motivator yang digolongkan sebagai *self efficacy*.

Ada tiga hal yang berpengaruh terhadap potensi perilaku yakni,

1) harapan 2) penguatan dan 3) situasi psikologis tentang diri seseorang. Dari tiga hal tersebut, J. Rotter mengenalkan rumus $BP = E + RV$. Rumus tersebut dapat dijelaskan bahwa potensi perilaku (*behavior potency*) diperoleh dari adanya harapan (*expectation*) ditambah dengan nilai penguatan (*reinforcement value*) (Helle, 1992). Potensi perilaku (*behavior potency*) adalah kemungkinan perilaku yang muncul akan ditunjukkan selaras dengan besarnya harapannya (*expectation*) dan besarnya nilai penguatan (*reinforcement value*) yang tergantung dari situasi tertentu. Harapan merupakan kepercayaan individu terhadap penguatan untuk suatu perilaku dalam situasi tertentu. Nilai penguatan (*reinforcement value*) menunjuk tingkatan pilihan penguatan diantara penguatan lain jika penguatan yang diberikan nilainya seimbang.

Kebutuhan dalam konsep J. Rotter merupakan pemben arah perilaku individu dalam pemenuhan kebutuhan dasar yang memuaskan. Oleh karena itu kebutuhan merupakan rangkaian perilaku yang ditunjukkan atau dikaitkan dengan seberapa besar rangkaian penguatnya. Kebutuhan memiliki nilai atau harga tertentu. Nilai kebutuhan merupakan perkiraan nilai penguatnya jika dikaitkan dengan tujuan akan menjadi potensi kebutuhan. Untuk hal tersebut J. Rotter memberi rumus: Potensi kebutuhan = Tujuan + Nilai Kebutuhan. Beberapa kebutuhan dasar bagi individu menurut J. Rotter adalah kecukupan, ketergantungan dan perlindungan, dominasi, kemandirian, cinta dan afeksi serta kesenangan fisik (Helle, 1992).

Dari analisis kebutuhan yang memunculkan perilaku, ternyata terkait erat dengan tujuan (*goal*), aktivitas dan penguatan (*reinforcement*). Seberapa besar penguatan yang diterima mencerminkan seberapa kuat munculnya perilaku berdasar tujuan yang dimiliki. Konsep demikian selaras dengan teori perilaku bersyarat dari B F Skinner dalam mazhab Behaviorisme.

Teori kebutuhan untuk menganalisis perilaku sering digunakan dalam aktivitas manajemen dan bisnis. Dalam bidang manajemen dan bisnis masalah kebutuhan amat terkait dengan motivasi dan produksi kerja. Herzberg menyebutkan bahwa bagi karyawan ada dua kebutuhan penting yakni faktor higiene (*hygiene factors*) dan faktor motivasi (*motivation factors*). Faktor higiene meliputi keamanan, kenyamanan, kelancaran, insentif atau *rewards*, sebagai kebutuhan dasar (*basic needs*). Sedangkan faktor motivasi sebagai faktor intrinsik letaknya berada di atas kebutuhan dasar (*basic needs*) misalnya aktualisasi diri (Faird, 1975). Kebutuhan berkorelasi dengan aktivitas atau perilaku individu, tetapi tidak serta merta berlaku secara umum bagi setiap individu. Bagi individu yang bertipe X menurut kelompok Mc Gregor dimana mereka memiliki pribadi kontra produktif (acuh tak acuh, tidak bertanggung jawab menentang), dalam konsep inovasi dikategorikan sebagai *laggard* sulit untuk dimodifikasi perilakunya.

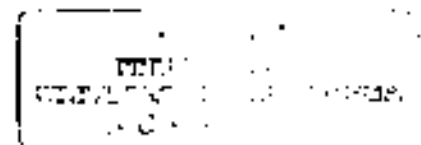
2.2. Higiene Perorangan Sebagai Perilaku Terapan

Salah satu bentuk perilaku sehat adalah bagaimana tindakan atau upaya seseorang dalam memelihara kesehatan dan mengantisipasi gangguan kesehatan dirinya melalui penjagaan kebersihan diri. Kebersihan diri sebagai salahsatu indikator dari kesehatan perorangan berperan penting untuk melihat kesehatan masyarakat pada umumnya. Gangguan kesehatan perorangan berdampak luas terhadap gangguan kesehatan keluarga dan masyarakat. Perilaku sehat seseorang merupakan suatu bentuk kemampuan seseorang dalam berusaha dan memelihara diri agar dalam kondisi sehat. Kemampuan tersebut merupakan daya upaya dari seseorang untuk selalu memelihara dan mempertinggi derajat kesehatannya (Entiang, 1998; Potter, 1994). Sejalan dengan pengertian tersebut higiene perorangan diartikan sebagai segala usaha atau tindakan yang harus dilakukan oleh setiap orang untuk memelihara kesehatan jasmani maupun kesehatan rohani sehingga menjadi kebutuhan sehari-hari (Soedarsono, 1990). Higiene perorangan ditunjukkan lewat perilaku untuk penjagaan kebersihan diri dalam kehidupan sehari hari karena kebersihan merupakan pangkal kesehatan.

Antara kesehatan perorangan dengan kesehatan masyarakat saling berpengaruh secara timbal baik, oleh karena itu setiap individu perlu memelihara kesehatan diri (fisik, mental dan sosial). Jika dikaitkan dengan kesehatan lingkungan keduanya merupakan masalah perilaku dan sikap hidup seseorang dalam kehidupan bermasyarakat.

Berbagai upaya yang harus dilakukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan diantaranya. (1) pemeliharaan kebersihan badan, pakaian dan rumah (2) penjagaan makanan agar sehat dan bergizi (3) cara hidup teratur dan sehat (4) peningkatan daya tahan tubuh lewat olah raga (5) peningkatan kecerdasan (6) penjagaan kebersihan lingkungan yang menjamin hidup sehat seperti sumber air, tempat membuang kotoran (7) pemeriksaan kesehatan secara teratur (Entjang, 1998) Bagi siswa Sekolah Dasar, upaya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangannya dapat dilihat antara lain dari pemeliharaan kebersihan gigi dan mulutnya. Salah satu bentuk perilaku sehat termasuk pemeliharaan kebersihan adalah upaya meningkatkan pengetahuan atau kesadaran tentang beberapa hal tersebut di atas. Salahsatu bentuk perilaku kesehatan adalah bagaimana pengetahuan, pemahaman, sikap dan kesiapan terhadap kesehatan.

Kognitif kesehatan perorangan menyangkut pengetahuan dan kesadaran diri tentang sehat dan sakit. Potensi kognitif siswa Sekolah Dasar kelas V dalam usia 10-12 tahun menurut J. Piaget termasuk pada periode operasional kongkrit. Yang tercakup dalam periode tersebut adalah persepsi tentang kesehatan (*children perception of health*), kesakitan (*illness*), sebab – akibat (*causality*) dan pengobatan (*cure*). Persepsi tentang beberapa hal terkait dengan perilaku sehat di antaranya dengan menjaga kesehatan makanan dan gizi, kesehatan gigi dan mulut, istirahat dan tidur teratur, menghirup udara bersih dan segar, serta menjaga kebersihan lingkungan (Michael, 1999), sudah harus



ditanamkan sejak dini. Persepsi tentang sehat bagi anak usia 12 tahun demikian sederhana. Sehat menurut mereka adalah suatu keadaan jika masih bisa beraktivitas, kondisi tubuh tidak sakit (Smet, 1994), sehingga upaya menjaga kesehatan diri belum maksimal, termasuk dalam penjaagaan kesehatan gigi dan mulut

Setiap individu selain memiliki potensi kognitif juga memiliki sikap dan aktivitas dalam hal kesehatannya. Pengetahuan, pemahaman, kecenderungan untuk bertindak serta tindakan merupakan bentuk perilaku. Potensi pengetahuan aplikasinya diamati dari hasil yang ditampilkan. Perilaku sehat siswa dapat diketahui dari perilaku mereka selama berada di sekolah, mulai pukul 07.00 sampai pukul 13.00. Perilaku sehat dipandang sebagai perilaku terapan karena lebih ditekankan pada aktivitas individu dalam lingkungannya (Graeff, 1993)

Suatu peristiwa yang menimbulkan reaksi (anteseden dan konsekuen) dalam lingkungan sosial maupun lingkungan fisik menjadi tekanan kajian perilaku terapan. Analisis perilakunya berdasar pada observasi serta penilaian perilaku individual dengan memperhatikan pengaruh sosio kultural dalam pengubahan dan pemeliharaan perilaku. Analisis perilaku tertuju pada aktivitas individu dengan melihat frekuensi, durasi, retensi dan persentase perilaku yang benar (Grant, 1994, Alberto, 1995)

Rancangan yang digunakan untuk mengkaji perilaku terapan adalah rancangan terhadap perilaku individu (*single subject design*), dengan memperhitungkan frekuensi, durasi, retensi dan

persentase. Frekuensi atau *rate* menunjuk berapa kali perilaku muncul dalam unit waktu yang ditentukan. Durasi diartikan lamanya waktu pemunculan perilaku. Retensi adalah waktu yang digunakan untuk memunculkan perilaku. Sedangkan persentase perilaku yang benar diperoleh dengan penjumlahan perilaku benar dibagi total kesempatan yang diberikan dikalikan seratus.

Berbagai faktor eksternal seperti sosio kultural lebih dominan untuk berpengaruh dalam perubahan perilaku. Beberapa teori mendeskripsikan proses pembentukan, perubahan perilaku dengan latar penyebab berbeda. Apabila perilaku merupakan hasil belajar, maka individu berada dalam kondisi yang berperan dalam kegiatan belajarnya. Psikologi melihat perilaku sebagai proses kognitif, afektif dan tindakan subyek. Sosiologi mengkaji status subyek dan interaksinya dalam lingkungannya. Demikian pula Paedagogi membantu pemahaman bagaimana *transfer of knowledge* dan *transfer of skill* terjadi secara terukur.

Perilaku terapan akan banyak menunjuk beberapa teori perilaku kesehatan khususnya pada Teori Belajar Sosial yang berbasis pada mazhab Behaviorisme (B.F. Skinner). Resiprokal dalam pembentukan perilaku *Operant Conditioning* atau *Instrument Conditioning* tergambar dalam A – B – C (*Antecedent–Behavior–Consequence*) dilengkapi dengan prinsip belajar modeling atau imitasi dari Teori Belajar Sosial A. Bandura dan C. Rotter juga menjadi rujukan. Kedua rujukan teori perilaku memperjelas dan mempermudah pengkajian perilaku terapan, karena

keduanya menetapkan faktor perlakuan berupa penguatan (*reinforcement*) sebagai hal penting dalam perubahan perilaku.

Perilaku terapan yang teramati sebenarnya merupakan produk kognisi yang berawal dari dikenalnya (*awareness*) suatu obyek sebagai stimulus yang memiliki daya tarik (*attention*). Perhatian atau penyimpanan atensi (*retention*) terjadi dan akan dimunculkan kembali berdasar potensi yang dimiliki individu (*motor reproduction*), kelak akan diakhiri dengan munculnya motivasi untuk pengambilan keputusan (Ormrod, 1990).

Konsep ABC (*antecedent, behavior, consequence*) melihat perilaku teramati yang dipicu oleh peristiwa lingkungan sehingga berperan sebagai anteseden atau isyarat pemunculan perilaku. Anteseden adalah keadaan atau fakta, dapat bersifat alami, tanpa dikondisikan, dapat pula disengaja atau dikondisikan misalnya berupa benda atau situasi. Perilaku (*behavior*) merupakan bentuk kongkrit dari keputusan sikap setelah diterimanya stimulus yang berupa anteseden. Konsekuensi adalah peristiwa lingkungan yang mengikuti sebuah perilaku, sifatnya dapat menguatkan (*reinforce*), melemahkan atau bahkan meniadakan perilaku awal. Dalam aplikasi konsep ABC data perilaku atau kondisi awal dan perilaku yang ditargetkan harus jelas tertuang dalam *baseline*. Langkah berikutnya adalah mengajarkan atau mengkondisikan individu agar melakukan perilaku ideal baru sebagai suatu *treatment*. Analisis dilakukan dengan pemantauan peningkatan perilaku yang ditargetkan sambil mengurangi

atau meniadakan perilaku yang tidak dikehendaki sampai pada tingkat menggeneralisasi perilaku

Ukuran keberhasilan perilaku adalah ada atau terdapatnya: (1) tambahan atau peningkatan perilaku yang dikehendaki (2) kelancaran dalam operasionalisasi (3) pemeliharaan atau otomatisasi (4) generalisasi atau perluasan (Alberto, 1995). Proses tersebut selaras dengan langkah modifikasi perilaku dalam Teori Belajar Sosial oleh A. Bandura. Langkah yang dilakukan yakni: (1) deskripsi perilaku target yang dikehendaki (2) pengumpulan data informasi tentang beberapa faktor penyebab munculnya perilaku awal dan perilaku target (3) penyiapan kondisi dan (4) pemberian perlakuan *treatment* (5) diakhiri dan di evaluasi (Hjelle, 1992).

2.3. Perilaku Higiene Perorangan Siswa Kelas V Sekolah Dasar.

Perilaku sehat merupakan salah satu faktor penting untuk melihat status kesehatan perorangan dan kesehatan masyarakat. Secara langsung atau tidak langsung status kesehatan dipengaruhi oleh perilaku. L. Green mengemukakan bahwa kesehatan dapat berperan sebagai pemicu (*behavior cues*) bagi perilaku sehat. Menurut WHO perilaku dibangun atas adanya pemikiran dan perasaan, orang rujukan, sumber daya dan budaya (Notoatmodjo, 1985). Kurth Lewin memberi pengertian perilaku sebagai bentuk cerminan karakteristik individu di dalam lingkungannya (Azwar, 2002).

Siswa kelas V Sekolah Dasar memiliki identitas fisik dan psikis berbeda dengan anak balita atau orang dewasa. Umur mereka pada

kisaran 10 – 12 tahun. Tanda fisik lain di antaranya penambahan berat badan 3-5 kg setiap tahun, telah memiliki gigi permanen pertama, memiliki 14 - 16 buah gigi *pramolar* dan gigi kaninus mulai erupsi. Pertumbuhan jaringan lemak berjalan cepat sampai menjelang awal pubertas (Soetjiningsih, 1998; Dacey, 1994; Hurlock, 1978). Gangguan kesehatan pada usia tersebut antara lain infeksi *tractus respiratoris*, frekuensi sakit 6 – 7 X dalam setahun dan penyakit akibat gangguan saluran cerna. Kecukupan energi dalam pertumbuhan berakibat meningginya mobilitas. Kebersihan yang terabaikan dalam beraktivitas sering merupakan risiko gangguan kesehatannya (Berchman, 1990).

Identitas psikis anak usia 10 - 11 tahun menurut Kohlberg mereka berada pada tahap prakondisional stadium 1 dan stadium 2. Pada stadium ini ditandai oleh penghindaran hukuman, pencarian hadiah yang menguntungkan, keadilan dan penggunaan akal sehat secara terbatas, mempertahankan penghargaan dari orang lain. Oleh J Piaget periode ini disebut dengan periode operasional kongkrit ditandai oleh kemampuan menggunakan logika sederhana (Berchman, 1990; Haditono, 1999). Melihat pertumbuhan dan perkembangan serta mobilitasnya besar kemungkinan untuk terjadinya gangguan kesehatannya.

Menurut Meeks (1992) pembelajaran higiene perorangan siswa kelas V Sekolah Dasar meliputi pengajaran dan pembiasaan tentang masalah kesehatan mental, tumbuh kembang, nutrisi, kebugaran, perilaku berbahaya (merokok, minuman beralkohol), penyakit dan pengamanan diri. Beberapa materi yang perlu diajarkan kepada mereka adalah

kesehatan mulut dan gigi, karena berkaitan dengan aktivitasnya. WHO menyarankan dalam mengajarkan higiene perorangan bagi siswa Sekolah Dasar hendaknya mencakup pertumbuhan dan penyebaran penyakit serta mengurangi penyebarannya. Siswa diajarkan tentang cara mencuci tangan setelah beraktivitas, sebelum dan sesudah makan, dan setelah memegang binatang. Kecuali itu pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut, kebersihan permukaan tubuh amat perlu bagi mereka (William, 1990). Kebersihan gigi dan mulut ditentukan oleh sisa makanan (*food debris*), plak, karang gigi (*kalkulus*), penumpukan plak (*material alba*) dan noda (*stain*) (Hednyanawati, 2001) perlu diajarkan sejak dini. Apalagi pada usia 10 - 12 tahun anak mengalami transisi gigi geligi dari gigi susu ke gigi permanen yang berisiko pada gangguan alat kunyah.

Menurut Potter (1994) dan Adam (1998) indikator higiene perorangan pada gigi dan mulut, ditandai oleh ada tidaknya keadaan kelainan pada gigi dan mulut: letak dan susunan gigi, warna gigi, nafas atau bau mulut (*gangren*), bibir pecah-pecah (*stomatitis*), gusi berdarah, karang gigi (*landsteen*), gigi goyang, sudut bibir kotor.

Upaya atau perilaku agar higiene gigi dan mulut terjaga perlu dilakukan

1. tidak menyalah gunakan fungsi gigi misalnya untuk menggigit benda selain makanan
2. tidak makan, minum, manis dan panas - dingin berlebihan
3. menggosok gigi paling sedikit 2 X sehari sesudah makan dan sebelum tidur, dimulai dari gusi ke ujung gigi menggunakan pasta gigi

4. memeriksakan gigi secara teratur setiap 6 bulan sekali:

(Potter, 1994; Adam, 1998; Entjang 1974)

Status kesehatan termasuk bagi anak usia SD akan menyangkut masalah sehat dan sakit sebagai dua kontinum yang dinamis sesuai dengan dinamika perilaku. Pengertian sehat menurut WHO yang menyangkut tiga dimensi yakni fisik, mental dan sosial, maka perilaku sehat seseorang mencerminkan status kesehatannya dalam tiga dimensi tersebut. Seseorang yang sehat wal afiat (*normally well*) berarti status kesehatannya normal, maka perilaku kesehatannya cenderung bersifat preventif (*health sustainable*) dan sebaliknya. Perilaku kesehatan juga dipengaruhi oleh persepsi, penggambaran atau penilaian seseorang tentang penyakit (*disease*) dan rasa sakit (*illness*). Individu yang terkena penyakit tetapi tidak dirasakan sakit cenderung tidak berbuat apapun terhadap penyakitnya. Sebaliknya jika penyakitnya sudah pada taraf mengganggu, merasakan tidak enak, baru akan melakukan sesuatu untuk mencegah atau menghilangkan. Dengan demikian perilaku sehat justru berdasar pada persepsi terhadap sehat/sakit (Gochman, 1988). Untuk hal tersebut, oleh Rosenstock dijelaskan bahwa perilaku sehat merupakan fungsi dari persepsi kemungkinan terkena suatu penyakit (*perceived susceptibility*), persepsi tentang berat ringannya penyakit (*perceived seriousness*), persepsi tentang besarnya ancaman (*perceived threats*) dan persepsi tentang hambatan serta keuntungan yang akan didapat jika usaha kesehatan dilakukan atau tidak (Glanz, 1997). Kecuali keempat persepsi tersebut masih ada faktor yang berfungsi sebagai pencetus

(*cues*) yang berasal dari luar individu berupa informasi, nasehat atau pemberian peran dalam aktualisasi diri sebagai penguat (*reinforcer*).

Anak usia SD seperti halnya pada masyarakat pada umumnya memandang perilaku kesehatan dari masih mampu atau tidaknya seseorang beraktivitas sehari-hari (Smeth, 1994). Dari hal tersebut maka perilaku hygiene perorangan mereka masih belum menunjang status kesehatannya. Agar perilaku hygiene perorangan siswa SD mengalami perubahan ke arah positif, dapat digunakan tiga strategi yakni pemberian dorongan, pemberian informasi, diskusi dan melalui tindakan nyata. Ketiga strategi tersebut memposisikan siswa sebagai bagian dari kelompoknya.

Perilaku hygiene perorangan siswa dapat dikaji melalui kajian sosiologis yang berbasis pada interaksi antar siswa dalam lingkungan sekolahnya. Berdasarkan pendapat Gochman, bahwa perilaku kesehatan individual termasuk juga aktivitas psikis seperti kepercayaan, harapan, motif nilai, persepsi dan elemen kognitif lain (Glanz, 1997) sehingga di dalamnya terkandung perilaku pencegahan, perilaku sakit dan perilaku perant sakit. Atas hal tersebut maka perilaku hygiene perorangan siswa akan berada pada kawasan kesehatan seperti dikemukakan sebelumnya.

Dari tiga cakupan perilaku sehat di atas faktor individu siswa sebagai perorangan, individu sebagai bagian kelompok di sekolahnya, perlu diperhatikan dan diperankan, karena perilaku hygiene perorangannya akan berubah menurut potensi dan perannya. Lebih jelasnya bahwa aktivitas psikis semenjak individu menerima rangsang dari luar dirinya

hingga berakhir pada pengambilan keputusan. kemampuan diri, posisi atau status akan mempengaruhi proses perilakunya.

Dalam interaksi sosial selama siswa berada di sekolah jalinan antar individu terjadi. Banyak faktor seperti imitasi, sugesti, introyeksi, persepsi sosial ikut berpengaruh dalam pembentukan dan perubahan perilaku siswa (Gerungan, 1996). Tempat atau institusi dimana interaksi antar individu terjadi, berperan dalam penampilan perilaku perorangan. Sekolah misalnya sebagai salah satu bentuk institusi sosial yang terstruktur dan berpranata sedemikian rupa, akan berperan sebagai pengatur medan interaksi dan ekspresi potensi siswa (Gunawan, 2000). Di dalam institusi sekolah peran guru demikian penting, terutama dalam menciptakan kondisi yang dapat berpengaruh terhadap perubahan perilaku hygiene perorangan siswa melalui proses belajar peniruan atau imitasi.

Perilaku hygiene perorangan siswa di sekolah mencakup aktivitas psikis sebagai perilaku tertutup dalam bentuk kognitif, afektif, psikomotorik, serta aktivitas fisik motorik sebagai perilaku terbuka yang dilakukan oleh setiap siswa. Aktivitas tersebut merupakan usaha sadar bukan refleks.

Manakala aktivitas siswa bertujuan untuk mempertahankan homeostasis untuk ketahanan kesehatannya maka di situ ah perilaku kesehatan dilakukan secara baik. Belajar tentang bagaimana agar tubuh menjadi dan tetap sehat, mengadopsi cara hidup sehat adalah perilaku sehat termasuk pemeliharaan kebersihan diri atau hygiene perorangan.

Dengan demikian maka kajian untuk mengungkap perilaku lebih tertuju kepada observasi dan penilaian perilaku secara individual. Disamping itu perlu memperhatikan masalah sosio kultural, karena hal itu berpengaruh dalam perubahan dan pemeliharaan perilaku (Graeff, 1993).

2.4 Perubahan Perilaku Akibat Pemberian Penguatan (*Reinforcement*)

Perilaku menurut konsep dasarnya merupakan proyeksi keadaan psikis dan kepribadian, yang ditunjukkan dalam bentuk aktivitas sebagai upaya untuk merespons lingkungan (*external factors*) karena ada motif sebagai upaya pemenuhan kebutuhan (*internal factors*). Potensi psiko-fisik yang dimiliki individu merupakan modal untuk pembentukan dan perubahan perilaku.

Penekanan pada kajian internal (psikis) demikian penting karena perilaku yang tampak merupakan proyeksi potensi internal individu. Perilaku terjadi juga dalam kegiatan interaksi dan pembelajaran, sehingga ilmu pendidikan lebih banyak mengkajinya berkaitan dengan penguasaan materi pembelajaran.

Dari beberapa teori perilaku, khususnya yang berkaitan dengan penguatan (*reinforcement*), Teori Belajar Mazhab Kognitivisme dan Teori Belajar Sosial dari Mazhab Behaviorisme dijadikan rujukan atau kajian perilaku higiene perorangan bagi penelitian ini. Hal tersebut didasarkan pada pemikiran dan pertimbangan berikut ini.

1. Perilaku merupakan kegiatan belajar dalam ranah kognitif yang memiliki tahapan dalam prosesnya, dengan prinsip belajar Gestalt dari hal yang

mudah, sederhana ke hal yang sulit. Fase awal proses belajar kognitif adalah adanya motif yang ditimbulkan oleh faktor dari dalam maupun dari luar individu (Wahab, 1999; Campbell, 2001);

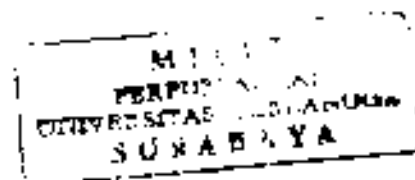
2. Pemunculan perilaku merupakan akibat dari interaksi antara berbagai faktor personal (harapan, kebutuhan, kepercayaan dan persepsi) dengan faktor lingkungan. Keadaan atau obyek lingkungan berfungsi sebagai perangsang dan pemicu perilaku. Salah satu obyek lingkungan berupa hadiah (*rewards*) dan hukuman (*punishment*), keduanya berfungsi sebagai penguatan (*reinforcement*) (Hjelle, 1992; Sanches, 2000).
3. Proses kognitif sebagai akibat adanya rangsangan (*stimulus*) baik dari dalam (*intrinsic*) maupun dari luar (*extrinsic*) memunculkan perilaku teramati dan terukur (Grant, 1994) sebagai syarat dalam penelitian perilaku
4. Perilaku operan yang muncul karena adanya rangsangan berupa penguatan yang dikendalikan oleh syaraf pusat, sehingga muncul perilaku terkendali, berbeda dengan perilaku respons yang bersifat sebaliknya (Kartono, 1996)
5. Perubahan perilaku pada anak usia Sekolah Dasar, menurut J.Piagets berada pada periode Operasional Konkrit, mereka telah mampu menggunakan logika sederhana, sehingga perilakunya sudah didasarkan pada sejumlah alasan tertentu (Dacey, 1994; Haditono, 1999)

6. Tingkah laku pada hakekatnya dapat dipelajari dan lingkungannya, sehingga perubahan perilaku terjadi karena adanya perubahan lingkungan (Grant, 1994)

Kedudukan seseorang sebagai makhluk individu, potensinya ditunjukkan oleh perilakunya. Berbagai harapan, kebutuhan berfungsi sebagai motif dan memunculkan perilaku. Sebagai makhluk sosial, interaksi dan interdependensi terwujud dalam interaksi sosialnya, dimana keadaan dan obyek berfungsi sebagai pengkondisian perilaku.

Merujuk pada perilaku operan berdasar konsep perilaku B.F Skinner maka pemunculan respons karena dikondisikan oleh penguatan (*reinforcement*). Salahsatu bentuk *reinforcement* adalah berupa hadiah, jika diberikan diharapkan akan terjadi peningkatan frekuensi respons ketika konsekuensi secara langsung mengikuti. Pola *reinforcement* yang mengikuti respons adalah : *antecedent – response – reinforcement*. Dari hal demikian sehingga B.F Skinner menggunakan istilah *reinforcement* sebagai pengganti *rewards*, dengan alasan *rewards* lebih digunakan untuk perilaku umum (*non specific behavior*). Dalam istilah psikologi antara *rewards* dengan *reinforcement* tidak tampak perbedaannya terlebih jika berdasar pada Teori Kebutuhan

Perilaku sebagai aktualisasi diri didasari oleh motif dalam rangka pemenuhan kebutuhan dan harapan. Salahsatu bentuk kebutuhan adalah penghargaan dari orang lain, agar terhindar dan gangguan psikis (Goble, 1971)



Dari hal tersebut maka antara *rewards* dengan *reinforcement* sering dipertukarkan dalam penggunaan karena memiliki fungsi sama (Armstrong, 2000). Perbedaan antara *rewards* dengan *reinforcement* akan tampak, jika keduanya dilihat dari bentuk atau format dan perannya.

Rewards dapat diformat dengan sengaja, terencana seperti dilakukan dalam institusi, dapat juga tidak disengaja, insidental tak terprogram. Seorang ibu memberi air susu kepada bayinya yang tiba-tiba menangis merupakan salahsatu contoh *rewards* tak terprogram, tidak diformat. *Rewards* tak terprogram sering terjadi dalam hubungan interpersonal. Sebaliknya karena fungsinya maka *reinforcement* selalu terprogram jelas sesuai dengan perilaku target. Dilihat dari peran yang dimiliki, *rewards* belum tentu berperan sebagai penguatan (*reinforcement*). Pada penelitian ini digunakan kata penguatan (*reinforcement*) mengingat format, peran dan fungsinya.

2.5 Penguatan(Reinforcement):Pengertian, Macam, dan Aplikasinya

Perilaku individu cenderung berubah pada setiap saat, sesuai dengan faktor atau kondisi yang mempengaruhi. Perilaku normal ditandai oleh proses dan hasil yang teramat dan dapat dipertanggung jawabkan. Berbeda dengan perilaku refleks dan instinktif yang dikategorikan kedalam perilaku alami, cenderung tidak mengalami perubahan

Potensi individu mengikuti perkembangan psiko - fisik yang demikian dominan dalam perubahan perilaku. Walau demikian potensi tersebut tidak akan berarti manakala lingkungan diabaikan karena

lingkungan sebagai faktor penting bagi perilaku individu. Terjadinya konvergensi (*convergency*) antara potensi endogen dengan lingkungan sebagai potensi eksogen, akan berpengaruh terhadap perubahan perilaku.

Lingkungan sebagai tempat berinteraksi, bersosialisasi terdiri dari berbagai bentuk dan kondisi yang dapat memodifikasi perilaku individu. Sejumlah obyek, suasana dan perlakuan yang berasal dari luar diri, menjadi obyek perhatian, penerimaan, tujuan atau kebutuhan. Obyek akan berfungsi sebagai perangsang (*stimulus*) juga sebagai penguat, pengembang dan pengontrol perilaku (*reinforcer*). Sedomikian penting lingkungan berpengaruh terhadap perilaku sehingga menjadi kajian berbagai disiplin ilmu di antaranya psikologi, pendidikan, manajemen.

Demikian penting *reinforcement* sebagai salahsatu faktor yang dapat mengubah perilaku, sehingga menjadi kajian sejumlah pakar. Carl Rogers penganut mazhab Fenomenologis mengemukakan bahwa harapan dan kebutuhan adalah bentuk *reinforcement* yang berasal dari lingkungan. Abraham Maslow terkenal dengan teori motivasi dan kebutuhan juga penganut Humanis berpendapat bahwa *reinforcement* merupakan pengakuan terhadap aktualisasi diri dalam suatu interaksi dan relasi dalam rangka pemenuhan kebutuhan, pertahanan diri dan kreativitas (Calvin, 1993; Goble, 1971; Maslow; 1987).

Mazhab Behavioris lebih banyak mencermati perilaku berkaitan dengan adanya *reinforcement*. Dalam teori perubahan perilaku bersyarat (*operant conditioning*), *reinforcement* merupakan asosiasi atau ikatan

yang terbentuk ketika respons operan diikuti oleh penguatan stimulus (Hjelle, 1992). Pemunculan *reinforcement* merupakan stimulus yang diikuti oleh peningkatan frekuensi respons (Ormrod, 1990). Dalam *Applied Behavior Analysis*, disebutkan bahwa *reinforcement* merupakan hubungan fungsional antara dua kejadian lingkungan yakni perilaku (kegiatan teramat) dengan konsekuensi (hasil kegiatan) yang ditunjukkan oleh peningkatan kegiatan (konsekuensi) (Alberto, 1995). Pemunculan respons ketergantungan dapat meningkatkan perilaku karena adanya *reinforcement*, sehingga *reinforcement* adalah bentuk konsekuensi perilaku yang ditandai oleh pengulangan atau peningkatan perilaku positif (Roberto, 1975). Dalam *Classical Conditioning* Ivan Pavlov mengemukakan bahwa *reinforcement* (diberi istilah *rewards*) keberadaannya demikian mutlak, sehingga muncul perilaku refleks ketergantungan. Refleks ketergantungan diartikan sebagai bentuk perilaku yang akan muncul jika ada *rewards* dan sebaliknya.

Keberadaan *reinforcement* berkaitan dengan peningkatan motif dan aktivitas untuk pemenuhan kebutuhan juga dipakai dalam teori belajar *Connectionism* Thorndike. Menurutnya perilaku sebagai hasil belajar diperoleh dengan cara membiasakan dan latihan. Perilaku akan lebih meningkat jika ada rangsangan *rewards*. Sesuai dengan hukum sebab-akibat (*law of effect*) peningkatan perilaku merupakan hasil dari mencoba untuk berhasil atau gagal (*trial and error*) walaupun perilaku telah diberi rangsangan berupa *rewards*.

Berbeda dengan teori di atas. B.F Skinner sebagai pengguna istilah *reinforcement* mengartikan *reinforcement* sebagai bagian dari perilaku. *Reinforcement* berfungsi sebagai operan berupa respons yang beroperasi pada lingkungan yang dapat menguatkan perilaku. Sebuah *reinforcer* merupakan stimulus, penyerta perilaku, dimana *reinforcement* mengacu pada peningkatan frekuensi respons ketika konsekuensi secara langsung mengikutinya. Lebih lanjut menurut B F Skinner adanya *reinforcement* akan ditandai oleh terjadinya peningkatan respons sebagai konsekuensi. Kedudukan *reinforcement* merupakan sesuatu atau kejadian yang ditimbulkan atau terjadi menyertai pemunculan respons, dimana dimaksudkan agar terjadi pengulangan atau peningkatan respons yang diinginkan (Michael, 1999).

Dalam Teori Belajar Sosial, baik oleh A. Bandura, maupun oleh J. Rotter dikemukakan bahwa perilaku merupakan hasil belajar baik lewat interaksi dan imitasi atau modeling Imitasi berlangsung lewat kekuatan motivasi, dimana *reinforcement* sebagai sesuatu bagian penting dari proses peniruan. A. Bandura menempatkan *reinforcement* sebagai sesuatu yang diperoleh dari lingkungan dengan maksud memperkuat keberhasilan diri (*self efficacy*). Sedang menurut J Rotter *reinforcement* adalah sesuatu yang merupakan bagian dari harapan dan kebutuhan individu yang berpengaruh terhadap aktivitasnya (Hjelle, 1992; Glanz, 1997)

Istilah *reinforcer* dengan *reinforcement* kadang kala digunakan secara silin berganti bergantung pada kepentingan penggunaannya. *Reinforcer* berarti *to strengthen with additional force, assistance, or*

support, sedangkan *reinforcement* artinya *the action or reinforcing or to state of being reinforced* (Webster third New International Dictionary, 1981) Dalam penelitian ini digunakan kata *reinforcement* yang diartikan tentang sesuatu yang sengaja diberikan kepada siswa kelas V agar terjadi perubahan perilaku positif dalam kesehatan gigi dan mulut. Di dalam penguatan terdapat hubungan fungsional antara peristiwa atau suatu hal dengan perilaku ke arah peningkatan perilaku, yang ditandai dengan peningkatan frekuensi respons ketika konsekuensi secara langsung mengikuti.

Beberapa pakar menggunakan kata *reinforcer* bukan kata *reinforcement* untuk maksud yang sama, maka *reinforcer* digolongkan menjadi tiga macam (Ormrod, 1999; Alberto, 1995) yakni :

1. *Reinforcer primer*, disebut pula dengan *unconditioned reinforcer*
2. *Reinforcer sekunder*, disebut pula dengan *conditioned reinforcer*
3. *Reinforcer* yang digeneralisasi, sifatnya umum, disebut pula *generalised reinforcer*.

Jenis pertama *reinforcer primer* lazim pula disebut sebagai *automatic reinforcer* atau *unconditioned reinforcer*, yakni sesuatu yang bersangkutan dengan kebutuhan dasar biologis biasanya berupa benda atau materi. Benda atau materi tersebut dapat berpengaruh terhadap perilaku tanpa melalui proses belajar, sifatnya alami. Contohnya, makanan, minuman, dapat berfungsi sebagai kebutuhan yang memperkuat motif. Benda atau materi jenis ini dinamakan pula *edible primer reinforcer*. Dalam penelitian ini digunakan *edible primer reinforcer* dengan pertimbangan bahwa bagi

anak-anak berusia 10 - 12 tahun benda kongkrit lebih berarti dan manfaat daripada benda abstrak. Hal itu sesuai dengan teori susunan kebutuhan dari Maslow bahwa benda atau barang lebih dibutuhkan untuk pemenuhan kebutuhan fisiologis. Kecuali itu pemberian benda atau barang sekaligus memberi contoh nyata tentang alat atau sesuatu yang benar untuk kebutuhan sekolah dan kebutuhan kesehatan. Dilihat dari prinsip dan teori belajar, bahwa obyek kongkrit lebih mudah ditangkap maknanya dibanding obyek yang abstrak, sehingga bagi anak proses belajarnya akan dimulai dari hal kongkrit menuju ke hal yang abstrak.

Reinforcer jenis kedua adalah *reinforcer* yang dikondisikan, yakni sesuatu yang dikondisikan sedemikian rupa tetapi memiliki kekuatan *reinforcer* karena telah terasosiasi dengan *reinforcer* primer. Benda atau barang yang sengaja dibuat misal lampu, sinar, bunyi, dapat tergolong *reinforcer* sekunder. Kecuali itu *reinforcer* jenis ini bersifat ekstnsik dapat berbentuk aktivitas sosial disamping berupa material yang dikondisikan. Contoh *reinforcer* sekunder berbentuk aktivitas sosial misalnya ekspresi, *feedback*, pemeranan, beberapa benda atau obyek non konsumtif termasuk jenis ini sifatnya *tangible*.

Sedangkan *reinforcer* jenis ketiga adalah *reinforcer* yang digeneralisasi. Jenis *reinforcer* ini merupakan manipulasi simbolik untuk memperkuat perilaku. contoh yang lazim adalah *token* ekonomi, biasanya berupa benda yang diberi nilai umpamanya kartu atau koin.

Reinforcer merupakan salah satu faktor dalam perubahan perilaku dalam suatu proses dan prosedur *reinforcement*, dengan

demikian *reinforcement* memiliki sifat tertentu. Ada dua sifat *reinforcement* yakni *reinforcement* positif dan *reinforcement* negatif (Ormrod, 1990). Berdasar sifatnya maka penguatan yang diberikan untuk penelitian ini bersifat *reinforcement* positif, karena pemberiannya bermaksud agar perilaku sehat siswa dapat terulang atau ada peningkatan perilaku positif yang telah ditunjukkan sebelumnya.

Kecuali itu ada satu lagi bentuk perlakuan yang apabila diberikan secara tepat akan dapat merubah perilaku dan perilaku negatif ke arah perilaku positif. Perlakuan itu berupa hukuman (*punishment*), sehingga hukuman ada yang menamakan sebagai *reinforcement* negatif. Fungsi *reinforcement* akan berbeda dengan fungsi hukuman. Fungsi efektif *reinforcement* dalam mengontrol perilaku ditandai oleh *reinforcement* positif, yang pemunculannya akan memperkuat perilaku, sedangkan *reinforcement* negatif penarikannya justru memperkuat perilaku. Ada sedikit perbedaan antara penguatan negatif dengan hukuman. Hukuman (*punishment*) berciri tidak menyenangkan (*stimulus aversive*) kemudian diikuti penghilangan, peniadaan respons, walau sebenarnya terkandung maksud baik (edukatif). Dengan demikian ada perbedaan antara hukuman (*punishment*) yang berfungsi menurunkan perilaku dengan *reinforcement* negatif yang tetap berfungsi meningkatkan perilaku. Penerapan disiplin pada suatu kegiatan walau dirasakan tidak menyenangkan bagi penerima tetapi bertujuan positif, merupakan salah satu contoh penguatan negatif.

2.6 Jadwal Pelaksanaan Pemberian *Reinforcement*

Menurut B.F Skinner (1965) jadwal pelaksanaan pemberian *reinforcement* merupakan hal penting. Jadwal memuat aturan tentang perilaku yang segera berhubungan dengan pemberian *reinforcement*. *Reinforcement* yang diberikan berkelanjutan (*continuous*), terus menerus, akan menghasilkan respons yang terus menerus pula (respons diperkuat setiap kali muncul), tetapi berisiko akan muncul perilaku ketergantungan. *Reinforcement* yang diberikan hanya setelah pemunculan respons tertentu (*intermittent*) sesuai dengan harapan (*intermittent*) akan menghasilkan respons dan risiko berbeda. Dari hal tersebut menghasilkan tiga jadwal pemberian yakni jadwal rasio (*ratio schedules*), jadwal interval (*interval schedules*) dan jadwal durasi respons (*response duration schedules*). (Alberto, 1995)

Jadwal rasio menunjuk bahwa *reinforcement* diberikan setelah pemunculan sejumlah respons tertentu. Pada jadwal interval *reinforcement* akan dilaksanakan secara terjadwal (ditentukan waktu misalnya, menit, jam). Pada jadwal durasi respons, *reinforcement* diberikan setelah respons muncul dalam waktu dan frekuensi tertentu. Dengan demikian jadwal penguatan dapat dijelaskan sebagai berikut.

1. Perilaku yang di-*reinforce* tiap kali muncul (*continuous reinforcement*) menghasilkan respons yang tinggi, tetapi kelemahannya muncul sikap ketergantungan.
2. *Intermittent reinforcement* lambat memperoleh respons tetapi akan muncul respons yang bertahan lama.

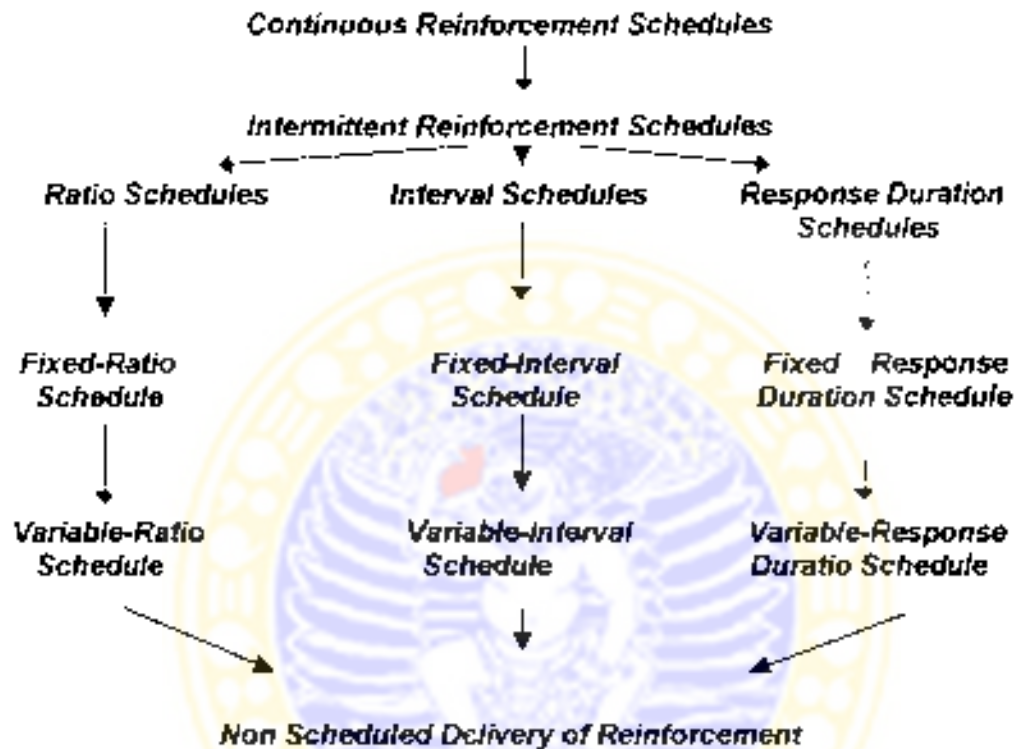
3. Jadwal rasio dapat digunakan untuk menghasilkan sejumlah respons dengan frekuensi tinggi, tetapi gangguan fisik misal kelelahan dapat menghalangi munculnya respons.
4. Jadwal interval dimana *reinforcement* diberikan secara berkala seseuai dengan ketetapan dari pemberi *reinforcement*.
5. Jadwal *respons duration* ,bahwa pemberian *reinforcement* berdasar pada waktu, lamanya, serta frekuensi munculnya respons.

Dan konsep jadwal tersebut dihasilkan jadwal *fixed* dan *variable* sehingga jadwal *reinforcement* menjadi :

1. *Fixed ratio*, pelaksanaan *reinforcement* bergantung pada pemunculan sejumlah respons tertentu. Contoh, jumlah tugas yang harus diselesaikan.
2. *Variable ratio*, dimana jumlah respons yang harus dimunculkan untuk di-*reinforcer* bervariasi atas respons satu ke *reinforcement* berikutnya. Contoh cara pengerjaan tugas juga di-*reinforcement* bukan hanya hasilnya saja tetapi juga cara melakukan.
3. *Fixed interval*, suatu respons menghasilkan *reinforcement* setelah selang waktu tertentu yang ditentukan, misal setiap 10 – 15 menit.
4. *Variable interval*, pemberian *reinforcer* juga tergantung pada waktu dan respons yang dihasilkan. tetapi jeda waktu antar *reinforcer* bervariasi, misal pada awal, pertengahan, akhir waktu.
5. *Fixed response duration*, pemberian *reinforcer* bergantung pada lamanya respons yang muncul, misal dalam waktu 10 – 15 menit.

- 6 *Variable response duration*, seperti halnya variabel-variabel rasio dan interval jadwal ini menunjuk pada variasi waktu respos diantara waktu yang terjadi sehingga reinforcement diberikan (Alberto, 1995)

Jadwal pemberian reinforcement digambarkan seperti gambar berikut ini



Gambar 2.1 Jadwal Pelaksanaan Reinforcement menurut Alberto (1996)

Efektivitas jadwal reinforcement dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: kebosanan, kejelasan perintah terhadap tugas, jumlah penguatan, persyaratan penguatan yang direvisi, nilai penguatan, kekuatan respons, efek kontras dari penguatan, reinforcer liar, dan penguatan tertunda (Grant, 1994). Berbagai faktor tersebut perlu diperhatikan, sehingga perlu dilakukan pengurangan, penipisan (*thinning*). Pengurangan jadwal perlu dilakukan agar perubahan perilaku tidak semata karena mengharapkan penguatan. Walau demikian pengurangan jangan terlalu drastis agar tidak terjadi efek ketegangan, dan

kegoncangan (*ratio strain*) Jadwal pelaksanaan *reinforcement* demikian penting karena berpengaruh langsung terhadap hasil perubahan perilaku.

Pelaksanaan *reinforcement* memerlukan cara atau pola pengadministrasian. Pengadministrasian perlu dipisahkan antara perilaku individu dengan perilaku kelompok (*single subject design - group design*). Untuk perilaku dan penguatan individual, pengamatan, pertakuan dan penguatan ditujukan hanya kepada individu dengan kriteria tertentu. Apabila perilaku yang akan diteliti adalah perilaku siswa pada saat di sekolah, maka perlu diperhatikan siswa secara individual, siswa secara individual dalam satu kelas, sekelompok siswa. Dengan kondisi semacam itu maka pola pengadministrasian mengikuti pola sebagai berikut

1. *Reinforcement* berlaku bagi dan hanya diberikan kepada siswa secara individual.
2. *Reinforcement* berlaku bagi semua siswa dalam kelas dan diberikan secara individual
3. *Reinforcement* berlaku bagi kelompok siswa tertentu dan dilaksanakan bagi siswa secara individual.
4. *Reinforcement* berlaku bagi semua siswa, dilaksanakan secara kelompok
5. *Reinforcement* berlaku bagi setiap individu di dalam kelas yang memenuhi kriteria perilaku yang ditetapkan *reinforcement* diberikan secara bersama
6. *Reinforcement* berlaku bagi kelompok tertentu dan dilaksanakan secara kelompok (A-berto 1995)

Pengadministrasian pemberian penguatan dapat digambarkan seperti tabel no.2 1 berikut.

Tabel 2.1 Pola Pengadministrasian Reinforcement (Schloos, 1994)

		Kemungkinan Tipe		
		Individu	Standar	Kelompok
Cara Administrasi	INDIVIDU	1	2	3
	KELompok	4	5	6

Keterangan INDIVIDU = individu KLP = kelompok

Penggunaan :

1. jika *reinforcer* diberikan hanya untuk seorang individu yang memenuhi kriteria yang ditetapkan saja
2. jika *reinforcer* diberikan kepada semua individu dalam satu kelompok, diberikan secara individu
3. jika *reinforcer* diberikan secara individual, berlaku bagi semua kelompok
4. jika *reinforcer* yang sama diberikan secara kelompok, berlaku bagi semua orang dalam satu kelompok
5. jika *reinforcer* diberikan kepada beberapa orang dalam satu kelompok yang memenuhi kriteria dan diberikan secara bersama-sama
6. jika *reinforcer* diberikan kepada satu kelompok, diberikan secara kelompok



Mengingat sasaran yang akan difeksi adalah siswa yang memiliki persyaratan yang ditentukan, maka dalam penelitian ini digunakan pola no 3 dalam pengadministrasiannya, yakni: penguatan diberikan secara individual, berlaku bagi semua kelompok.

Jadwal pelaksanaan *reinforcement* merupakan upaya merubah perilaku yang dikehendaki agar muncul respons secara konstan atau ajeg tanpa bergantung pada pemberian penguatan, setelah diberikan dan bertanggung untuk kesekian kali. Berdasar jadwal pelaksanaan *reinforcement* di atas dalam penelitian ini digunakan jadwal rasio (*ratio schedules*) yakni pada *fixed ratio schedule*, di mana *reinforcement* diberikan setelah tugas (1 s/d 4) diselesaikan, juga digunakan variabel rasio (*variable ratio schedule*) khususnya untuk tugas perilaku terbuka di mana cara mengerjakan juga dinilai.

Agar pelaksanaan *reinforcement* dapat memberi dampak positif terhadap modifikasi perilaku yang dikehendaki terdapat beberapa rambu dalam aplikasinya yakni:

1. kecepatan artinya pemberian penguatan sesegera mungkin setelah respons muncul untuk menghindari kecemasan dan pelarian perilaku
2. ketepatan berkaitan dengan jumlah, manfaat, frekuensi penguatan yang diberikan, hindari kebosanan dan ketergantungan
3. keadilan dan kejujuran, maksudnya penguatan diberikan kepada semua yang berhak menerima sesuai dengan respons yang ditentukan

Dampak positif pada perubahan perilaku ditandai oleh adanya penambahan, peningkatan, kelancaran, otomatisasi, pengembangan (Alberto, 1995)

Berdasar teori tersebut maka dalam penelitian ini penguatan diberikan mengacu pada prinsip ketepatan yakni diberikan barang-barang yang sesuai dengan kebutuhan sekolah dan kebutuhan pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut. Prinsip keadilan juga digunakan dengan jalan memberikan kepada siswa yang dapat melakukan tugas seperti yang ditentukan; namun untuk menghindari dampak negatif psikologis siswa, kepada semua siswa yang dijadikan sampel penelitian juga diberikan sejumlah item barang pada kesempatan berbeda yang berfungsi sebagai imbal jasa atas kesediannya sebagai subyek penelitian.

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1. Kerangka Konsep Penelitian

Perilaku yang dimaksud dalam penelitian ini adalah sejumlah kemampuan yang ditunjukkan siswa kelas V SD sebagai respons terhadap obyek atau rangsangan dari luar dirinya. Respons dapat bersifat tertutup dapat pula bersifat terbuka. Respons tertutup diekspresikan dalam bentuk tiga ranah (*domain*) yaitu ranah kognitif, ranah afektif dan ranah psikomotorik (Omrod, 1990; Patrick, 1994; KUBI, 1991). Respons lain adalah dalam bentuk tindakan (Fishbein, 1975) sebagai upaya untuk pemenuhan kebutuhan (Hjelle, 1992; Purwanto, 1998). Dengan demikian perilaku dapat tercermin dalam aktivitas psikis, emosi dan aktivitas fisik, motorik (Omrod, 1990; Grant, 1994).

Perilaku dapat mengalami perubahan yang disebabkan oleh beberapa faktor, baik faktor dari dalam diri atau pun karena faktor dari luar dirinya (Gagne, 1985). Perubahan perilaku terjadi karena adanya motif, dorongan, sebagai salahsatu faktor dari dalam diri. Motif berfungsi sebagai input dasar (faktor internal) bagi munculnya perilaku. Salah satu pemicu munculnya motif adalah adanya penguatan (*reinforcement*) yang berasal dari luar individu (faktor eksternal);

Perilaku siswa selama di sekolah juga dipengaruhi beberapa faktor terutama faktor dari luar diri siswa mengingat anak usia SD masih kuat potensi daya khayalnya (abstrak), ketergantungan kepada orang yang dituakan, dan lingkungan di mana dia berada (Haditono, 1999).

Beberapa faktor dan luar tersebut antara lain bagaimana perlakuan dan perhatian guru, metode pembelajaran, materi ajar. Sejumlah faktor tersebut yang dalam kegiatan belajar mengajar berperan sebagai input instrumental. Suasana kelas dan suasana sekolah dipengaruhi oleh kepadatan atau jumlah siswa dalam satu kelas atau dalam satu sekolah, fasilitas belajar dan fasilitas bermain, serta interaksi sosialnya. Perlakuan atau metode pembelajaran guru dapat berfungsi sebagai penguat atau pengubah perilaku siswa. Lingkungan sekolah juga akan menjadi salah satu penguat yang berasal dari lingkungan (faktor eksternal).

Perilaku siswa sebagai hasil proses belajar ditunjukkan dalam perilaku kognitif, atau penalaran searti dengan kata cipta, terdiri dari enam subranah yaitu kemampuan untuk mengetahui (diberi kode KO.1), memahami (diberi kode KO.2), menerapkan (diberi kode KO.3), menganalisis (diberi kode KO.4), mensintesis (diberi kode KO.5) dan mengevaluasi (diberi kode KO.6).

Perilaku afektif merupakan perilaku yang berkaitan dengan emosi, perasaan, disamaartikan dengan kata rasa atau perasaan, sikap, yang terdiri dari lima subranah yakni sikap menerima (diberi kode AF.1), sikap menanggapi (diberi kode AF.2), sikap menilai (diberi kode AF.3), sikap dalam menerapkan karya (diberi kode AF.4) dan sikap tekun, ketelitian (diberi kode AF.5). Perilaku afektif cenderung ke arah bentuk bagaimana individu menyikapi suatu obyek atau menentukan pilihan.

Bentuk perilaku ketiga adalah kemampuan psikomotorik yang disamaartikan dengan karsa atau kehendak, atau kemauan untuk

melakukan suatu kegiatan. Dalam penelitian ini psikomotorik diidentikkan dengan konatif searti dengan istilah karsa karena aktifitas psikis masih digunakan mendahului kata motonk. Perilaku psikomotorik terdiri dari lima sub ranah yakni kemauan mempersepsi (diben kode PS.1), kemauan untuk melakukan kegiatan (diberi kode PS 2) kesiapan melakukan secara mekanik (diberi kode PS 3), kesiapan untuk merespons secara terbimbing (diberi kode PS.4) kemauan untuk mengadaptasi karya (diben kode PS.5).

Kecuali ke tiga bentuk perilaku tertutup yakni perilaku kognitif, perilaku afektif dan perilaku psikomotorik, masih ada satu bentuk perilaku berupa tindakan nyata, motorik. Tindakan nyata dalam penelitian ini disamartikan dengan karya, yang selanjutnya disebut sebagai perilaku terbuka. Perilaku terbuka dalam penelitian ini adalah tindakan siswa setelah diberikan tugas untuk memilih, menentukan dan melakukan serta menunjukkan hasilnya yang berkaitan dengan kesehatan gigi dan mulut.

Berdasar konsep belajar dan pengembangan kognitif, mekanisme perubahan perilaku di mana salah satu di antaranya disebabkan oleh adanya penguatan (*reinforcement*) akan berlangsung secara bertahap. Tahap awal adalah adanya kondisi yang memprakarsai, mendorong, mengatur kegiatan individu yang terkait dengan kebutuhannya. Kondisi tersebut berfungsi sebagai motivator perilaku. Proses berikutnya adalah melakukan pengolahan yakni pembenan tanggapan, pengertian dan pencarian hubungan sebab akibat (fiksasi) hasil dan proses fiksasi merupakan suatu prestasi, keberhasilan yang dituangkan dalam suatu pernyataan, definisi sehingga dapat ditangkap, diketahui orang lain.

Mekanisme perilaku sebagai proses belajar akan berakhir setelah prestasi yang dihasilkan mendapat konfirmasi sebagai umpan balik. Beberapa tahapan tadi merupakan proses pembetulan atau perubahan perilaku tertutup. Hasil dari proses pentahapan berupa perilaku kognitif, kemudian perilaku afektif atau sikap, dan perilaku psikomotorik.

Berdasar teori B.S Bloom dan Thurston didukung oleh J. Piaget ketiga bentuk perilaku (kognitif, afektif, psikomotorik) tersusun secara baku berurutan yakni mulai dari kognitif diikuti oleh afektif berakhir dengan munculnya perilaku psikomotorik, karena perkembangan kognitif tidak bisa meloncat-loncat (Natawijaya, 1997). Dalam teori perubahan perilaku terutama perilaku kesehatan disebutkan bahwa pengetahuan, sikap dan keyakinan, merupakan predisposisi suatu tindakan (Green, 1980). Ketiga bentuk perilaku sebagai hasil proses belajar merupakan perilaku yang bersifat verbal, tertutup (*covert behavior*). Perilaku tertutup dapat diamati dan diukur hasilnya berdasar tes hasil belajar dan wawancara.

Kecuali perilaku tertutup siswa juga dapat menunjukkan suatu respons yang dapat diamati langsung berupa tindakan sebagai bentuk perilaku terbuka (*overt behavior*). Respons terbuka sering disebut sebagai tindakan nyata, yang pemunculannya sangat berkaitan dengan perilaku tertutup. Beberapa kemungkinan perubahan perilaku dapat terjadi berdasar pada konsep bahwa potensi individu baik fisik maupun psikis tidak dapat dipisahkan secara dikotomis. Kemungkinan dapat terjadi bahwa tindakan muncul akibat perubahan kognitifnya. Demikian pula rasa atau afektif dan kehendak untuk siap melakukan muncul akibat adanya

perubahan kognitif. Kemungkinan lain perubahan sikap atau afektif karena dorongan emosional yang kuat akan memunculkan kehendak untuk berbuat (karsa) dan juga memunculkan respons terbuka. Perilaku terbuka muncul karena individu hanya mendasarkan pada kuatnya keinginan, tanpa pertimbangan rasa atau pengetahuan yang cukup. Dalam hal ini motif berperan dalam perubahan perilaku.

Melihat adanya bentuk perilaku tertutup dan terbuka yang saling memiliki keterkaitan, maka mekanisme perubahan perilaku selalu diawali dari perilaku tertutup, kemudian akan berlanjut dengan perilaku terbuka. Dengan demikian kemungkinan yang akan terjadi adalah setelah materi penyuluhan dan penguatan diberikan akan muncul pengetahuan, kognitif (cipta). Karena telah memiliki kognitif, muncul afeksi, sikap (rasa) yang akan diikuti dengan kehendak untuk melakukan (karsa), psikomotorik. Dari karsa inilah tindakan dilakukan sebagai bentuk perilaku terbuka (*overt behavior*).

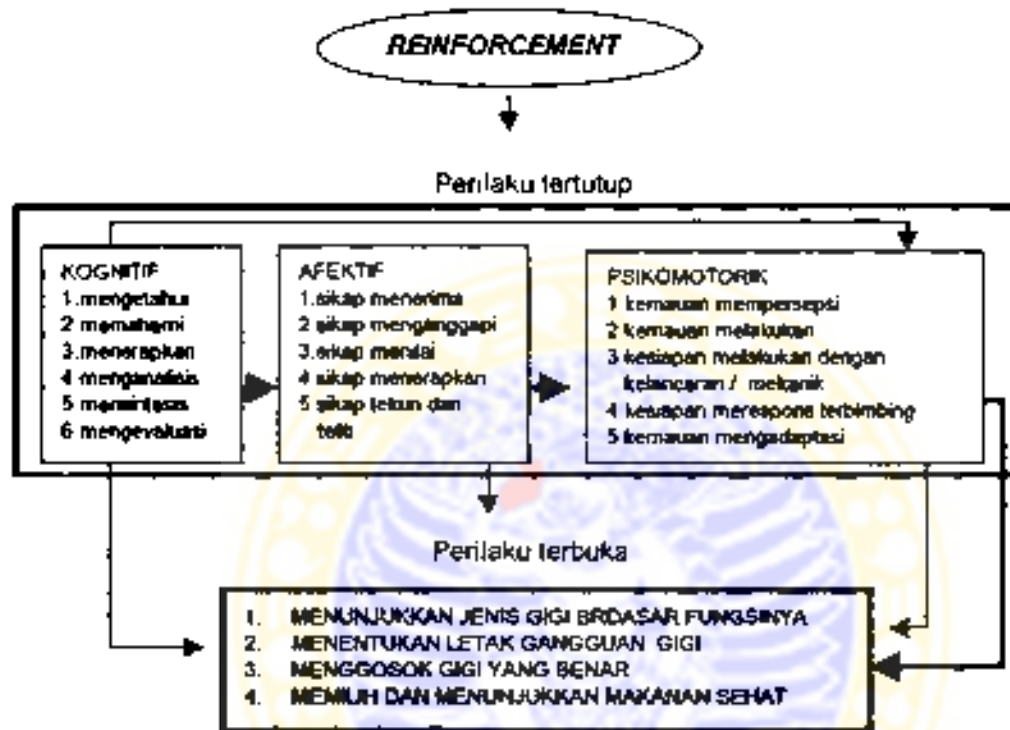
Proses yang menggambarkan mekanisme tersebut mendasarkan pada teori belajar dan teori perkembangan kognitif. Namun demikian tidak tertutup kemungkinan mekanisme akan terjadi tidak mengikuti tatanan seperti diuraikan sebelumnya. Berdasarkan teori psikologi sosial dan teori belajar sosial bahwa interaksi dengan lingkungan, ketetapanan berperan terhadap pengambilan keputusan (Allport, 1974; Bandura, 1989) maka perilaku amat ditentukan oleh kedua hal tersebut. Imitasi atau peniruan sangat membentasi dalam setiap aktivitas, terutama bagi aktivitas anak bahkan dapat memperlemah penggunaan logika. Dari hal itu maka yang

muncul adalah perilaku berdasar pada efek atau perasaan suka, simpati. Aliran behaviorisme terutama teori *law of effect* dari Thorndike dan teori belajar S - R dari I.Pavlov yang menyebutkan bahwa perbuatan atau tindakan terjadi karena ada sesuatu yang mengikuti, yang lebih menonjolkan aspek emosi, perasaan. Berdasar teori itu maka mekanisme akan diawali dari sikap atau perasaan (afektif) berlanjut ke arah perilaku lain.

Berdasarkan psikologi perkembangan, anak usia 10 – 12 th telah dapat menggunakan logika walau sederhana karena telah berada dalam periode operasional konkret (Haditono, 1999). Salah satu tandanya adalah anak telah dapat dimintai pertanggungjawaban atas perbuatannya. Dengan begitu maka dapat diartikan bahwa apa yang dilakukan oleh anak tersebut telah melalui pertimbangan atau kesiapan untuk melakukan sesuatu. Atas dasar konsep ini maka mekanisme perilaku dapat saja berawal dari apa yang telah disiapkan atau setelah individu memiliki kesiapan untuk melakukan.

Beberapa faktor yang berperan sebagai penyebab, pemicu munculnya dan pengubah perilaku terutama yang berasal dari luar diri siswa relatif banyak. Salah satu faktor yang berfungsi sebagai pemicu mekanisme perilaku siswa berupa pembedaan penguatan, berdasar teori belajar sosial dan aliran behaviorisme. Beberapa teori dan aliran menempatkan penguatan sebagai faktor penting dalam manipulasi tindakan, karena penguatan merupakan salah satu bentuk kebutuhan setiap individu (Supratiknya, 1993; Hjelle, 1992). Mekanisme perubahan

perilaku akibat pemberian *reinforcement* digambarkan dalam diagram kerangka konsep berikut .



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan: \rightarrow = sekuensial \dashrightarrow = tidak sekuensial

3.2. Hipotesis Penelitian

Perilaku individu yang diekspresikan dalam bentuk perilaku tertutup dan perilaku terbuka termasuk perilaku higiene perorangan dapat mengalami perubahan yang disebabkan oleh berbagai faktor. Perubahan yang terjadi dalam ranah perilaku tertutup, dapat pula terjadi pada perilaku terbuka, dapat pula terjadi pada keduanya. Salah satu faktor penyebab perubahan adalah adanya rangsang, pemicu, motivator berupa penguatan

(*reinforcement*) positif yang diberikan dalam waktu tertentu. Dengan demikian secara umum patut diduga bahwa setelah *reinforcement* positif diberikan dalam waktu yang ditentukan maka:

jika perilaku kognitif mengalami perubahan, maka perilaku terbuka mengalami perubahan melewati perubahan perilaku afektif, kemudian melewati perubahan perilaku psikomotorik.

Secara khusus (sebagai hipotesis minor) patut diduga bahwa:

1. jika perilaku kognitif mengalami perubahan, maka perilaku terbuka dapat mengalami perubahan melewati perubahan perilaku afektif, tanpa melewati perubahan perilaku psikomotorik
2. jika perilaku kognitif mengalami perubahan, maka perilaku terbuka dapat mengalami perubahan melewati perilaku psikomotorik tanpa melewati perubahan perilaku afektif
3. jika perilaku kognitif mengalami perubahan, maka perilaku terbuka dapat mengalami perubahan tanpa melewati perubahan perilaku afektif maupun perilaku psikomotorik
4. jika perilaku afektif mengalami perubahan, maka perilaku terbuka dapat mengalami perubahan melewati perubahan perilaku psikomotorik
5. jika perilaku afektif mengalami perubahan, maka perilaku terbuka dapat mengalami perubahan tanpa melewati perubahan perilaku psikomotorik
6. jika perilaku psikomotorik mengalami perubahan, maka perilaku terbuka dapat mengalami perubahan secara langsung

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini bermaksud mengungkap mekanisme perubahan perilaku siswa kelas V SDN di Kabupaten Jember, baik perubahan pada perilaku tertutup maupun perubahan pada perilaku terbuka setelah diberi penguatan. Mengungkap diartikan sebagai upaya membuktikan atau menyingkap sesuatu yang tadinya masih belum banyak diketahui atau masih menjadi rahasia, samar samar (KUBI, 1995).

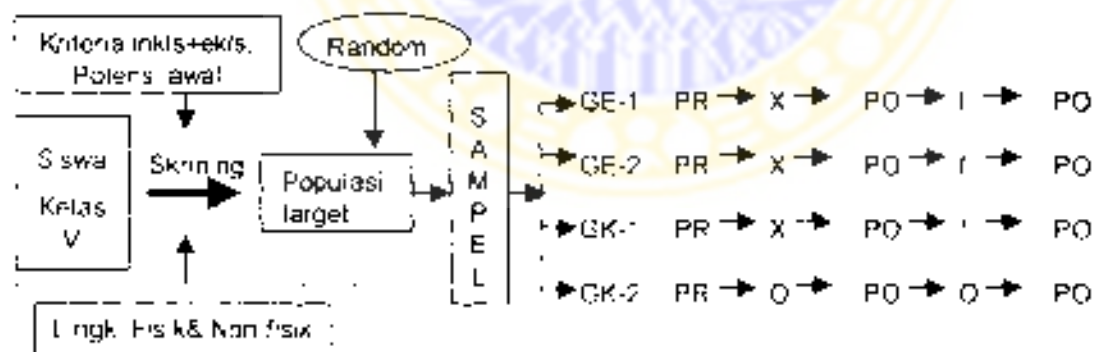
Obyek yang akan diungkap adalah mekanisme perubahan perilaku pada setiap bentuk perilaku tertutup, dan perubahan dari setiap perilaku tertutup menuju ke perilaku terbuka, akibat diberikan penguatan. Perilaku tertutup sebagai bentuk respons psikis ditandai oleh kemampuan kognitif (diberi kode KO), kemampuan afektif (diberi kode Af) dan kemampuan psikomotorik (diberi kode PS). Sedangkan perilaku terbuka (diberi kode PT) merupakan kemampuan merespons secara terbuka berbentuk tindakan karena adanya tugas yang harus dikerjakan. Penguatan (*reinforcement*) berupa materi yang sengaja diberikan berfungsi sebagai pemacu dan penyerta timbulnya perubahan perilaku.



Subyek penelitian adalah siswa kelas V SD Negen di Kabupaten Jember tahun ajaran 2001/2002. Kegiatan penelitian dilakukan di sekolah pada saat kegiatan sekolah berlangsung, mulai pk. 7.00 – pk. 13.00

Bentuk penelitian yang digunakan adalah eksperimen semu (*quasi experiment*) dengan rancangan *non equivalent with pre - post test control group design* yang dimodifikasi dari rancangan eksperimen murni pada empat kelompok versi Solomon dengan pendekatan *cross sectional* (Riyanto, 2001). Rancangan tersebut digunakan dengan alasan: (a) memungkinkan penggunaan randomisasi dalam pengambilan sampel dan penentuan lokasi penelitian (b) penlaku seseorang tidak sepenuhnya dapat dikontrol, sehingga tidak memungkinkan dilakukan eksperimen murni (c) sampel diambil secara random. (e) hasilnya cukup kuat untuk dilakukan generalisasi.

Rancangan penelitian dapat digambarkan sebagai berikut.



Tidak diter

Bagan 4.1 Rancangan Penelitian

Keterangan :

GE : Grup eksperimen 1 dan 2, GK : Grup kontrol 1 dan 2

X : pemberian kondisi awal 4X, PR : pretes 1 X, PO : postes 4X, I : intervensi 3 X

O : tanpa intervensi tanpa pemberian kondisi awal

Rancangan ini digunakan karena tidak mungkin mengendalikan perilaku sampel sepenuhnya seperti halnya eksperimen mumi, karena perilaku dapat berubah setiap saat yang disebabkan oleh berbagai faktor. Alasan lain dengan rancangan ini memungkinkan pengambilan sampel secara random setelah diketahui homogenitasnya.

Berdasar rancangan yang dipakai, penelitian dilakukan dengan tahapan berikut ini.

1. Melakukan skrining terhadap populasi dengan cara menginventarisir dan memilah data siswa yang ada dari masing-masing SDN yang tersedia di Kantor Dinas Pendidikan Nasional Kabupaten Jember. Tujuan skrining untuk memperoleh gambaran populasi acuan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Bahan yang digunakan adalah data prestasi akademik hasil ulangan cawu II th. 2001/2002 untuk memperoleh gambaran potensi awal. Dari populasi 48.530 siswa kelas V yang masih tercatat yang tersebar di 31 Kecamatan diseleksi per individu dari setiap sekolah. Hasil yang diperoleh sesuai dengan kriteria tinggal 36.330 siswa, karena sebanyak 12.250 tidak memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, umumnya siswa yang tinggal dan bersekolah di pedesaan.
2. Menginventarisir kondisi dan obyek yang ada di sekolah dengan menggunakan data sekunder hasil laporan setiap SDN yang ada di

- yang dijadikan sampel penelitian
4. Setelah diketahui besarnya sampel, kemudian ditentukan lokasi SDN yang akan diteliti dan pengelompokannya dengan cara diundi
 5. Selanjutnya dilakukan uji homogenitas umur, prestasi akademik, kebersihan gigi dan mulut antar kelompok sampel, dengan maksud agar kelompok sampel benar-benar dalam kondisi homogen. Hasil uji seperti pada tabel 5.2
 6. Setelah diketahui benar-benar homogen dilanjutkan dengan memberi pre tes tentang kesehatan gigi dan mulut. Pretes diberikan berbentuk tes tertulis kepada calon sampel tetap, dengan maksud mengetahui kemampuan awal kelompok sampel tentang kesehatan gigi dan mulut, dan mengetahui perilaku mana yang memiliki persamaan atau memiliki perbedaan. Soal pretes berjumlah 30 buah yang harus dikerjakan dalam waktu 30 menit, berisi perilaku awal tentang kesehatan gigi dan mulut. Analisis menggunakan Anova yang hasilnya tertera pada tabel 5.3
 7. Memberikan kondisi awal kepada semua kelompok eksperimen (GE.1, GE.2) dan kelompok kontrol kesatu (GK 1), berupa penyuluhan tentang higiene perorangan terutama higiene gigi dan mulut. Penyuluhan diberikan sebanyak 4 X (modul I s/d modul IV) pada setiap SDN yang diteliti kecuali salah satu SDN yang dijadikan

sebagai kelompok kontrol. Penyuluhan dilakukan oleh peneliti dibantu oleh dokter gigi dari FKG UNEJ dan guru kelas V SDN setempat. Waktu yang digunakan untuk setiap penyuluhan adalah 40 menit menggunakan metode ceramah, tanya jawab, refleksi dan peragaan (demonstrasi).

8. Memberikan pos tes ke-1 kepada semua kelompok yang berisi perilaku KO.1 - KO.2, AF.1 - AF.2, PS.1 - PS.2 ditanyakan dengan melakukan observasi dan penilaian perilaku terbuka siswa dalam memilih dan menunjukkan jenis gigi. Pos tes diberikan waktu 30 menit untuk 20 soal, sedangkan tugas diberikan waktu 20 menit karena dilaksanakan secara individual tetapi serempak yang diobservasi oleh tim. Pelaksanaan tugas memilih jenis gigi dilakukan oleh siswa per individu secara bergilir di luar kelas. Siswa ditunjukkan berbagai bentuk jenis gigi (gigi taring, gigi seri, gigi geraham, gigi susu, gigi tetap) kemudian satu persatu harus dipilih sesuai dengan permintaan peneliti minimal tiga pilihan. Penilaian berdasar kebenaran memilih, kelengkapan yang dipilih. Hasil postes dan tugas digunakan untuk mengetahui apakah penyuluhan memberikan pengaruh terhadap perubahan perilaku, juga digunakan untuk mengetahui siswa sampel mana yang perlu diberi penguatan.
9. Memberikan penguatan ke-1 kepada siswa yang hasil tesnya terbaik

dari kelompok eksperimen (GE1, GE2), berupa alat tulis. Pemberian penguatan kepada siswa dari GE 1 secara tidak langsung yakni satu minggu setelah hasil diketahui, sedangkan pemberian penguatan pada siswa dan kelompok GE.2 secara langsung setelah hasil diketahui.

10. Memberikan post tes ke-2 yang berisi K O3 - KO 4; AF 3 - AF.4; PS.3 - PS 4 setelah diberikan penyuluhan modul ke-2 (waktu, metode penyuluhan seperti pada penyuluhan ke-1) kepada semua kelompok sampel, dilanjutkan dengan melakukan observasi dan penilaian perilaku terbuka siswa dalam menunjukkan letak gangguan gigi. Tugas memilih dan menunjukkan letak gangguan gigi dilakukan secara serempak di dalam kelas. Siswa diberi gambar gigi taring dan gambar gigi geraham untuk diberi tanda (diarsir) di mana letak karies dan letak plak gigi. Penilaian dilakukan pada ketepatan, kelengkapan dalam memilih dan menunjukkan hasilnya.
11. Memberikan penguatan ke-2 kepada siswa yang berprestasi terbaik dari kelompok eksperimen (GE.1 GE 2) berupa alat pemelihara kebersihan gigi yakni sikat gigi dan pasta gigi.
12. Memberikan post tes ke-3 kepada semua kelompok sampel berisi KO 5 - KO 6, A.F 4 - AF.5 serta PS 4 - PS.5 dilanjutkan dengan melakukan observasi dan penilaian perilaku terbuka tentang cara menggosok gigi. Postes dan observasi tugas dilakukan setelah sampel

yang menempel pada gigi. Makanan atau manisan yang kurang baik untuk dipilih adalah manisan karena berakibat pada daya rusak pada gigi relatif tinggi.

15. Melakukan editing data dengan cara memeriksa keabsahan hasil tes, jika lembar jawaban sah dan lengkap dilanjutkan dengan penyekoran. Hasil sekoran digunakan untuk analisis untuk memperoleh hasil penelitian yang diharapkan.

4.2. Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel Penelitian.

Populasi acuan (*reference population*) yang diteliti adalah seluruh siswa kelas V SD Negeri di Kabupaten Jember tahun ajaran 2001/2002. Populasi acuan pada saat penelitian dilakukan berjumlah 48.530 siswa. Setelah dilakukan skrining dengan cara melihat data potensi akademik berupa kemampuan rata-rata hasil ulangan yakni nilai ulangan Cawu II tahun ajaran 2001/2002 $> 6,7$ (rata-rata nilai Cawu II kelas V SDN se Kabupaten Jember), tinggal 36.330 siswa yang tersebar di tiga wilayah (pusat kota, pinggir kota, desa). Dari jumlah 36.330 siswa kelas V SDN yang tercatat di pusat kota (0 - 5 km dari pusat pemerintahan kabupaten) berjumlah 5.080 siswa yang tercatat di pinggir kota (6 - 10 km dari pusat pemerintahan kabupaten) berjumlah 4.860 siswa, sedang yang tercatat di pedesaan (> 10 km dari pusat pemerintahan kabupaten) berjumlah 26.370 siswa. Perhatian dan pembagian

lokas di mana SDN berada (pusat kota, pinggir kota dan desa) mendasarkan pada konsep sosiologi pendidikan bahwa faktor geografi, demografi, ekologi dan lingkungan masyarakat berpengaruh terhadap pola interaksi antar sekolah masyarakat dan akhirnya berdampak pada proses dan hasil belajar siswa (Gunawan, 2000).

Skrining terhadap potensi akademik dilakukan pada awal kegiatan karena penelitian yang dilakukan berkaitan erat dengan kemampuan akademik lewat penyutuhan dan tes. Hasil skrining pada potensi akademik dilanjutkan dengan seleksi berdasar kriteria inklusi dan kriteria eksklusi

Kriteria inklusi meliputi berbagai hal berikut

1. tercatat sebagai siswa aktif, baik laki-laki atau perempuan
2. usia 10 -11 tahun, sedang duduk dikelas V, bukan siswa tinggal kelas
3. memiliki kemampuan akademik setara (berdasar hasil tes dan data akademik), yakni nilai ulangan Cawu II tahun ajaran 2001/2002 > 6.7 (rata-rata nilai Cawu II kelas V SDN se Kabupaten Jember)
4. bersedia menjadi responden penelitian dari awal sampai akhir

Kriteria inklusi didasarkan pemikiran bahwa jika siswa tidak atau kurang aktif misalnya sering tidak masuk akan mengganggu proses dan hasil penelitian.

Siswa yang diteliti bukan siswa tinggal kelas, karena tinggal kelas menunjukkan kemampuan akademik sebeiurnya kurang memenuhi syarat untuk dinaikkan kelas. Calon sampel juga harus dengan sukarela bukan

paksaan untuk dijadikan sampel, karena paksaan akan berpengaruh terhadap hasil dan proses penelitian misalnya tidak mengikuti kegiatan penelitian karena tidak ada kesediaan tertulis.

Kriteria eksklusi apabila siswa :

1. pernah menjuarai suatu lomba bidang studi di sekolah atau di luar sekolahnya
2. sebagai siswa baru (< 1 bulan) pindahan dari sekolah lain
3. menderita sakit kronis selama penelitian berlangsung
4. tidak bersedia menjadi responden.

Kriteria eksklusi mengisyaratkan atau sebagai rambu untuk tidak diikutkan sebagai sampel. Bagi siswa yang pernah menjuarai lomba bidang studi menunjukkan bahwa yang bersangkutan memiliki kemampuan jauh di atas rata-rata kelas. Apabila siswa pindahan dari sekolah lain kurang dari 1 bulan belum terdeteksi secara cermat potensi dan perilaku dari sekolah asal, termasuk adaptasi dengan kondisi sekolah baru. Karena penelitian ini berasal dari luar institusi sekolah maka tidak ada paksaan bagi siswa untuk menjadi peserta penelitian, jika tidak bersedia mengikuti tidak ada sanksi apapun.

Apabila terjadi putus sebagai responden yang jumlahnya melebihi 10% dari target sampel dan terjadi sebelum diberikan intervensi, akan diganti dengan sampel cadangan sesuai dengan persyaratan yang ditentukan (Ankunto, 1999). Setelah memperoleh besar sampel (*sample size*) dengan

Sebagai estimasi jumlah setiap klaster sehingga menghasilkan jumlah keseluruhan sampel digunakan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{\sum_{i=1}^L N_i^2 p q / w}{N^2 D + \sum_{i=1}^L N_i p q}$$

(Scheffer, 1986)

Keterangan :

- L = jumlah strata = 3
- i = strata 1, 2, 3
- n = besarnya sampel
- N_i = anggota sampel pada strata i
- N = populasi = $\sum N_i$
- w_i = pecahan ke-i
- p = 0,6 (1,00 - q), peluang kejadian berdasar penelitian sebelumnya
- q = 0,4 (1,00 - p), peluang kejadian berdasar penelitian sebelumnya
- D = $B^2 / 4 = 1$
- B = varian dari penelitian yang telah ada

Rumus tersebut digunakan mengingat populasi tersebar pada tiga area (kota, pinggir kota, desa), homogenitas telah diketahui, sehingga memungkinkan untuk pengambilan sampel secara random serta secara teoritis tidak ada ketentuan yang pasti untuk menentukan besarnya sampel (Usman, 2000). Dengan menggunakan rumus di atas ditemukan estimasi besarnya sampel adalah 96 orang (< 200)

Dari 10 sekolah diacak lagi sehingga mendapatkan 6 sekolah dengan jumlah populasi kelas lima berjumlah 169 orang siswa. Kemudian dari 169 orang siswa ternyata ada yang berada pada sekolah yang sedang dilakukan intervensi bidang kesehatan (PMTAS) sehingga tinggal 134 orang. Dan

jumlah 134 orang setelah dilakukan penyuluhan pertama terdapat 33 orang dinyatakan putus sebagai peserta (*drop out*) karena berbagai sebab, sehingga jumlah sampel sampai akhir penelitian adalah 101 orang. Data sekolah dan jumlah sampel penelitian seperti pada tabel 5.1

Sekolah Dasar yang diteliti diperoleh berdasar undian. Untuk menghindari bias dan ketidak obyektifan data, maka sekolah yang dipilih disyaratkan sebagai berikut:

1. tidak sedang dilakukan intervensi program kesehatan sekolah lainnya, misalnya PMTAS (program makanan tambahan anak sekolah), imunisasi, yodiumisasi. Hal ini untuk menjaga obyektivitas data, karena jika intervensi dilakukan akan berpengaruh pada pengetahuan, sikap dan tindakan siswa dalam bidang kesehatan
2. sekolah dan siswa yang dijadikan kontrol memiliki karakteristik, kemampuan awal (berdasar hasil seleksi awal dan pretes), kondisi lingkungan yang sama atau hampir sama dengan sekolah dan siswa yang dijadikan eksperimen

4.3 Variabel Penelitian.

Obyek penelitian adalah proses perubahan atau mekanisme terjadinya perubahan perilaku dari perilaku tertutup (*covert behaviour*) menuju ke perilaku terbuka (*overt behaviour*) dalam hal higiene gigi dan mulut yang dipicu oleh pemberian penguatan (*reinforcement*). Dengan demikian variabel penelitian ini adalah:

1. sebelum perlakuan, variabel bebas (*independent variable*) adalah penguatan (*reinforcement*) berbentuk benda yang bersifat primer (*edible*) berupa alat sekolah, alat pemelihara kesehatan gigi dan mulut. Perilaku tertutup kognitif diberi kode (KO), perilaku tertutup afektif diberi kode (AF) juga merupakan variabel bebas, sedangkan variabel terikat adalah perilaku tertutup psikomotorik yang diberi kode (PS) Perilaku tertutup diukur lewat tes hasil belajar yang dirancang oleh peneliti yang telah diuji validitas, reliabilitas dan tingkat kesulitannya lewat uji coba sebelum penelitian sebenarnya dilakukan
2. setelah postes dan perlakuan, variabel bebas (*independent variable*) adalah perilaku tertutup (KO, AF dan PS). variabel terikat (*dependent variable*) adalah perilaku terbuka (diberi kode PT) yang ditunjukkan oleh keterampilan siswa dalam menentukan jenis gigi, menentukan letak gangguan gigi, cara menggosok gigi, memilih jenis makanan yang menyehatkan gigi dan mulut. Perilaku terbuka diukur berdasar

ketepatan (kecil kesalahan) dalam melakukan tugas, yang direkam dalam lembar pengamatan dengan sekor 1 - 4. Sekor 4 diberikan jika tugas dilakukan semua benar dan lengkap, sekor 3 diberikan jika tugas dilakukan sebagian benar tetapi lengkap, sekor 2 diberikan jika tugas dilakukan sebagian benar tetapi tidak lengkap, sekor 1 diberikan jika tugas dilakukan salah semua dan tidak lengkap.

4.3.1 Definisi Operasional Variabel

Agar tidak menimbulkan penafsiran yang berbeda terhadap istilah dan variabel yang digunakan dalam penelitian ini, maka dijabarkan dalam definisi operasional berikut ini.

1. Mekanisme adalah cara kerja atau proses perubahan perilaku yang terjadi pada setiap ranah perilaku tertutup yakni kognitif (KO), afektif (AF) dan psikomotorik (PS) yang ditunjukkan oleh saling keterkaitan antara setiap ranah perilaku tertutup, dan antara setiap ranah perilaku tertutup dengan perilaku terbuka berdasar hasil analisis statistik (Manova, Faktorial, Jalur) yang digunakan.
2. Perilaku tertutup adalah respons berupa keseluruhan kemampuan kognitif, mencipta; menyikapi, merasakan; dan kehendak sebagai kesiapan diri untuk berbuat, karena adanya obyek atau rangsangan dari luar diri individu dalam suasana belajar yang ditunjukkan dalam

Tabel 4.1 Variabel dan Deskripsi Variabel

VARIABEL	MACAM	PERILAKU	INDIKATOR	ALAT UKUR	PENGUKURAN		KRITERIA KEBERHASILAN
Bebas Reinforcement	Edible punner						Pencapaian skor 15-20% diatas sekor rata-rata
Perilaku tertutup sebelum dan sesudah reinforcement		Kognitif	KO.1 – KO.6	Tes obyektif	Waktu	Tempat	Skor min = 2, maks = 16
		Afektif	AF 1 – AF 5	Tes	30 menit	Sekolah	Skor min = 10 maks = 62
		Psiko-motorik	PS.1 - PS. 5	Tes	Sda	Sda	Skor Min = 10 Maks = 82
Terikat Penilaku tertutup sesudah postes Perilaku terbuka		Pilih jenis gigi	Ketepatan, kelengkapan	Observasi	15'	Kelas	4 = benar semua dan lengkap
		Tunjuk letak gangguan gigi & mulut	Sda	Sda	15'	Kelas	3 = sebagian benar dan lengkap
		Cara menggosok gigi	Sda	Sda	20'	Luar kelas	2 = sebagian benar tidak lengkap
		Pilih jenis makanan sehat	Sda	Sda	20'	Luar kelas	1 = salah semua dan tidak lengkap

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Sekolah Dasar Negeri yang berfokus di Kabupaten Jember tahun ajaran 2001/2002, yang berada di pusat kota, di pinggir kota dan di pedesaan. Pengumpulan data dilakukan mulai bulan April sampai bulan Juli tahun 2002 pada catur wulan ke-3. Nama-nama Sekolah Dasar dan lokasi serta jumlah siswa yang diteliti terinci pada tabel 5.1

Siswa Sekolah Dasar yang dijadikan sampel penelitian ditentukan berdasar hasil skrining dan pre tes yang dilakukan sebelum perlakuan dan pengambilan data. Untuk menghindari intervensi lain dari luar kegiatan penelitian yang akan dilakukan, maka sekolah yang dipilih disyaratkan sebagai berikut: (a) tidak sedang dilakukan intervensi program kesehatan sekolah lainnya, misalnya PMTAS (program makanan tambahan anak sekolah), imunisasi, yodiumisasi (b) sekolah kontrol memiliki karakteristik, kemampuan, kondisi lingkungan yang sama atau hampir sama dengan sekolah yang diintervensi. Untuk lebih jelasnya pelaksanaan penelitian seperti pada tabel di halaman berikut.



Tabel. 4.2 Pelaksanaan Pengambilan Data Penelitian

No	Kegiatan	Waktu	Ranah dan isi	Minggu	Keterangan
1	Pretes dan pemeriksaan gigi	4 hari, a 90 menit	KO 1- PS 5 dan OHIS, DMF-T, dmft	I	Semua kelompok sampel
2	Penyuluhan-1	4 hari, a 30 menit	Fungsi dan jenis gigi	II	Semua kelompok, kecu ali GK2
3	Postes -1 dan observasi	4 hari, a 60 menit	KO 1- KO.3 AF 1- AF2 PS.1 - PS.2, menentukan jenis gigi	III	Semua kelompok
4	Perlakuan I dan penyuluhan ke-2	4 hari, a 45 menit	Pemberian penguatan, gangguan dan penyakit gigi dan mulut	IV	Kelompok eksp. dan GK 1 (GE + GK1)
5	Postes-2 dan observasi	4 hari, a 60 menit	KO.4- KO.5 AF 3- AF-4, PS.3- PS.4, menentukan letak gangguan gigi	V	Semua kelompok
6	Perlakuan II dan penyuluhan ke-3	4 hari, a 45 menit	Pemberian penguatan, dan cara pemeliharaan gigi	VI	Kelompok eksp dan GK-1 (GE + GK1).
7	Postes-3 Dan observasi	4 hari, a 60 menit	KO.5- KO.6 A.4- A 5 PS.4 - PS 5, cara menggosok gigi	VII	Semua Kelompok
8	Perlakuan III dan penyuluhan ke-4	4 hari, a 45 menit	Pemberian penguatan, dan memilih makanan bergizi bagi kesgi	VIII	Kelompok eksp dan GK1. (GE + GK1)
9	Pos tes 4 dan observasi	4 hari, a 60 menit	K.O1- KO6 AF.1- AF.5 PS 1 - PS 5, pemilihan makanan bergizi	IX	Semua kelompok
10			Analisis data		

4.5 Instrumen, Alat , Bahan Penelitian dan Unit Analisis

Instrumen penelitian yang digunakan sebagai rambu pemberian materi penyuluhan, alat pengambil data dalam penelitian ini adalah :

1. materi penyuluhan berupa lembar panduan materi untuk pemateri yang terbagi untuk 4 X penyuluhan Materi ke-1 berisi tentang jenis dan jumlah serta fungsi gigi. Materi ke-2 berisi tentang gangguan dan penyakit gigi dan mulut. Materi ke-3 berisi tentang cara pemeliharaan dan perawatan gigi. Materi ke-4 berisi tentang makanan bergizi bagi kesehatan gigi dan mulut. Waktu yang digunakan untuk setiap kali penyuluhan 30 menit. Pemateri adalah oleh tim (peneliti dibantu dokter gigi)
2. alat pengambil data terdiri dua macam yakni alat untuk pengambil data perilaku tertutup dan alat untuk pengambil data perilaku terbuka. Perilaku tertutup diperoleh melalui tes obyektif buatan peneliti yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Tes obyektif pilihan ganda (*multiple choice*) dengan empat opsi, sesuai dengan acuan soal uraian cawu bagi siswa SD. Jumlah soal untuk postes I-II-III 20 buah yang harus diselesaikan dalam waktu 30 menit. Jumlah soal untuk postes IV 30 buah harus diselesaikan dalam waktu 40 menit.
3. lembar observasi (*observation form*) tentang perilaku terbuka responden selama penelitian berlangsung berisi tentang ketepatan dan

kelengkapan dalam menyelesaikan tugas higiene gigi dan mulut.

4. alat dan bahan yang digunakan dalam penelitian untuk pemeriksaan gigi dan mulut adalah sonde, kaca mulut, kapas, alkohol. Alat yang digunakan sebagai media penyuluhan adalah foto, gigi tiruan dan gigi asli, gambar dan poster, sikat dan pasta gigi, *dental floss*. Bahan untuk pengambil data perilaku terbuka dalam memilih makanan sehat adalah buah-buahan terdiri apel, jeruk, salak, nanas, makanan kecil, camilan, coklat dan manisan.

Unit analisis adalah individual yang tergabung dalam kelompok (*single subject design*), dengan alasan setiap individu memiliki heterogenitas kemampuan walau berada dalam kelompok.

4.5.1. Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Untuk memperoleh validitas dan reliabilitas tes sebagai alat pengambil data perlu dilakukan dua langkah yakni uji coba dan justifikasi dari pakar. Uji coba bertujuan untuk menguji tingkat validitas, reliabilitas dan indeks kesulitan item tes yang selanjutnya untuk memperoleh dasar untuk perbaikan. Justifikasi dilakukan untuk memperoleh kepastian bahwa tes mengandung materi pendidikan tentang kesehatan gigi dan mulut. Untuk melakukan justifikasi dilibatkan Dokter gigi bagian Pedodontia FKG UNEJ, Guru kelas V SD Jember Kidul 07 dan staf Laboratorium Micro Teaching FKIP-UNEJ



Uji Validitas (kesahihan) dan uji reliabilitas (keterandalan) serta uji Indeks Kesulitan digunakan untuk menguji instrumen tes (Pretes, Tes 1 sd Tes 4). Validitas yang diuji adalah isi tes (*content validity*) karena tes akan digunakan untuk mengukur hasil belajar.

Rumus yang digunakan adalah:

$$t = \frac{x_1 - x_2}{S_{gab} \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}$$

$$S_{gab}^2 = \frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

(Usman,2000)

Keterangan

x_1, x_2 : rata-rata sampel

S_{gab} SD gabungan n : 27% responden

Melalui uji t, dengan membedakan 27 % perolehan skor tertinggi dan 27 % skor terendah, tingkat kebermaknaan alpha (α 0.05), db. 37 Hasil yang diperoleh : validitas instrumen Pre tes = 5.90 > 1.73, Tes 1 = 3.75 > 1.73, Tes 1 = 6.48 > 1.73, Tes 3 = 4.20 > 1/73 dan Tes 4 = 5.60 > 1.73.

Karena semua t hitung > 0.05 maka dapat disimpulkan bahwa instrumen valid sebagai alat tes

Untuk mengetahui reliabilitas instrumen digunakan teknik belah dua (*split half reliability*), dengan cara seluruh item yang valid dikelompokkan

menjadi dua yakni sekor kelompok genap dan sekor kelompok ganjil secara random untuk dikorelasikan sehingga mendapat nilai r yang akan diuji dengan rumus Spearman Brown.

Rumus yang digunakan adalah :

$$r_{12} = \frac{N \cdot x_{12}}{1 + (N - 1)x_{12}}$$

(Suryabrata. 2000)

Keterangan :

r_{12} = koefisien korelasi seluruh tes

N = perbandingan antara panjang tes seluruhnya dengan panjang tes yang dikorelasikan

r_{12} = koefisien korelasi sebagian tes dengan bagian tes lainnya

Dengan rumus tersebut hasil yang diperoleh sebagai berikut: r Pretes = 0.994 . r Tes 1 = 0.885 r Tes 2 = 0.996 r Tes 3 = 0.802 r Tes 4 = 0.864 Keseluruhan hasil uji reliabilitas setelah dikonsultasi dengan r tabel (0.57) ternyata hasilnya lebih besar (0.994 , 0.885 , 0.996, 0.802, 0.864 > 0.57). kesimpulannya instrumen tes ternyata reliabel, karena tes dikatakan reliabel jika hasilnya > 0.80 – 0.90 (Usman.2000; Suryabrata. 2000).

Untuk mengetahui tingkat kesulitan soal tes digunakan rumus

$$DK = \frac{Wl + Wb}{n - nb} \cdot 100\%$$

(Nurkencana. 1986)

Keterangan

DK = derajat kesulitan soal

Wl = jumlah kesalahan dari kelompok bawah Wb = jumlah kesalahan dari kelompok atas n = jumlah kelompok atas atau kelompok bawah

Dengan rumus tersebut diambil 27% peserta yang mendapat skor tertinggi, dan 27% yang mendapat skor terendah. Tes yang diuji adalah Pre tes, Tes 1, Tes 2, Tes 3, Tes 4. Hasil yang diperoleh kemudian dilakukan perbaikan karena terlalu sukar atau terlalu mudah seperti tabel berikut

Tabel 4.3 Hasil Uji Tingkat Kesulitan Soal Tes

Tes	Σ soal terlalu sukar	Σ soal terlalu mudah	Nomor yang harus direvisi
Pre tes	3 (no 2,7,9)	4 (no 4,11,17,19)	2,4,7,9,11,17,19
Tes ke-1	1 (no 3)	3 (no 7,11,19)	3,7,11,19
Tes ke-2	3 (no 1,10,11)	6 (no 2,14,14,17,18,19)	1,2,10,14,15,19,11,17,18
Tes ke-3	2 (no 4,7)	5 (no 6,8,13,14,17)	4,6,7,8,13,14,17
Tes ke-4	4 (no 2,6,9,11)	4 (5,10,17,19)	2,5,6,9,10,11,17,19

Setelah dilakukan perbaikan tidak dilakukan uji ulang, dengan pertimbangan bahwa pada waktu uji ulang telah terjadi perubahan suasana kelas, di antaranya siswa yang dites berbeda karena alasan tertentu, soekulasi menjawab soal tes lebih tinggi karena materi dan bentuk tes sama.

4.5.2 Uji Coba Instrumen

Uji coba instrumen telah dilakukan tanggal 20 November 2001 pada 38 siswa kelas V SD Negeri Baratan 01 Kecamatan Patrang Kabupaten Jember. SDN tersebut dipilih berdasar pada pertimbangan kondisi siswa yang

memiliki kondisi yang mirip dengan murid yang akan dijadikan subyek penelitian. Kondisi yang dimaksud adalah potensi akademik siswa, lingkungan dan prasarana sekolah, ijin yang diberikan oleh sekolah yang bersangkutan. Berdasar data sekunder yang ada di Kantor Dinas Pendidikan Kabupaten Jember tahun 2001, dengan melihat potensi akademik hasil cawu II, maka SDN yang dijadikan tempat uji coba instrumen adalah SDN Baratan 01 Kec. Patrang Kabupaten Jember yang kebetulan berlokasi di pinggir kota (5 km dari pusat kota). Uji coba dilakukan dengan memberikan tes obyektif sebanyak 30 soal untuk Pretes dan Postes ke - 4 yang berisi tentang kesehatan gigi dan mulut yang harus dikerjakan dalam waktu 40 menit. Sedangkan uji coba instrumen Tes ke-1 – Tes ke -3 diberikan masing-masing 20 soal yang harus dikerjakan dalam waktu 30 menit untuk setiap tes. Uji coba dilaksanakan dalam satu hari yang dalam pelaksanaannya dibantu oleh Guru Kelas V dan Kepala Sekolah.

Teknik Analisis Data Penelitian

Analisis data menggunakan komputer. dengan melakukan

1. uji homogenitas sampel dengan uji Anova. lampiran no 7.1 halaman 204
- 2 uji homogenitas data Pretes dan perilaku. digunakan uji Anova, lampiran no.7.2 halaman 207.

3. untuk mengetahui besarnya perubahan perilaku akibat perakuan digunakan alat uji Manova dengan mencari sefish hasil (λ) antara Pretes dengan Postes I. lampiran no 7.3 halaman 209.
4. uji normalitas Kolmogorov-Smirnov untuk mengetahui normalitas distribusi data penelitian sebagai prasyarat uji statistik. lampiran no uji data Pretes dan setiap perilaku digunakan alat uji Anova, lampiran no 7.4 halaman 213.
5. untuk menguji apakah sejumlah pertanyaan dan materi yang diberikan dapat mengkonfirmasi komponen atau perilaku sebagai variabel yang diamati dalam bentuk beberapa faktor yang membentuk mekanisme, dilakukan analisis faktor. lampiran no.7.5 halaman 221.
6. analisis jalur (*path analysis*) dengan perangkat lunak LISREL sebagai alat analisis untuk mengetahui arah dan besarnya hubungan antar variabel bebas dan antara variabel bebas dengan variabel terikat, yang terdapat dalam seperangkat variabel dalam model, serta mengenali implikasi suatu teori (Pedhazur, 1982; Kerlinger, 1993). lampiran no 7.6 halaman 229.

BAB V

ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1 Data penelitian

Pengambilan data primer dilakukan selama empat bulan (April – Juli 2002) di enam SD Negeri yang dianggap mewakili 1216 SD Negeri yang tersebar di 4 Kecamatan dalam Kabupaten Jember. Lokasi SDN yang diteliti berada di wilayah kerja Cabang Dinas Pendidikan Kecamatan dan Puskesmas Kaliwates, Sukorambi, Balung, Sumbersari. Populasi penelitian adalah siswa kelas V SDN tahun ajaran 2001/2002, yang saat dilakukan penelitian berjumlah 48.530 orang. Dari jumlah itu setelah dilakukan skrining tinggal 36.330 orang. Data penelitian diambil dari sejumlah sampel sebanyak 169 orang. Teknik pengambilan sampel seperti dijelaskan pada sub bab 4.2.

Dengan menggunakan teknik *cluster sampling* diperoleh jumlah minimal 96 orang yang mewakili tiga wilayah (kota, pinggir, desa), sesuai dengan rumus pengambilan sampel yang digunakan. Berdasar kuota, untuk mendapatkan di SDN mana calon sampel yang akan diteliti dilakukan secara random sederhana dengan cara undian dengan syarat kuota terpenuhi, calon responden berada di tiga wilayah. Hasil undian pada putaran ke-6 dari SDN yang keluar telah memenuhi ketentuan yang diinginkan, yakni mendapatkan 169 orang siswa. Dari 169 orang siswa yang memenuhi kriteria, kemudian diberi pretes dan diperiksa kebersihan gigi dan mulutnya, menghasilkan 134 orang siswa yang memenuhi syarat

sebagai sampel Pengelompokan sebagai kelompok eksperimen dan sebagai kelompok kontrol juga dilakukan secara undian sehingga mendapatkan 82 orang siswa di 3 SDN sebagai kelompok eksperimen (diberi kode GE), 52 orang siswa di 3 SDN sebagai kelompok kontrol (diberi GK). Keberadaan siswa yang diteliti seperti tertera pada tabel berikut

Tabel.5.1 Jumlah Siswa, Kelompok dan Lokasi SDN yang diteliti.

No	SDN	Lokasi	Σ Kelas V				Kelompok
			Populasi	Diteliti	Putus	Akhir	
1	Kepatihan 07	Pusat kota	47	42	7	35	Eksp.-1(GE1)
2	Kepatihan 08	Pusat kota	31	25	9	16	Kontl.-1(GK1)
3	Jubung 01	Pinggir kota	28	24	4	20	Eksp.-2(GE2)
4	Jubung 04	Pinggir kota	15	9	5	4	Kontl.-1(GK1)
5	Karangrejo03	Pinggir kota	27	18	3	15	Kontl.-2(GK2)
6	Gumelar 04	Desa	21	16	5	11	Eksp.2(GE2)
Jumlah			169	134	33	101	

Sumber data : Dinas Pendidikan Nasional Kab.Jember 2001

Akhirnya sampai penelitian selesai pada minggu ke-4 bulan Juli 2002 jumlah sampel yang diteliti tinggal 101 orang siswa kelas V dari jumlah awal yang diteliti 134 orang siswa, karena sebanyak 33 orang siswa (24%) mengalami putus kegiatan (*drop out*). Banyaknya angka *drop out* disebabkan karena pada bulan Juli banyak dilakukan lomba antar sekolah di mana sekolah harus mengikutkan siswa sampel, kecuali itu beberapa siswa sampel tidak masuk karena beberapa alasan. Walaupun demikian jumlah tersebut masih berada di atas jumlah minimal yang dipersyaratkan yakni 96 orang berdasar rumus pengambilan sampel yang dipakai juga karena tidak ada ketentuan yang baku untuk penentuan jumlah sampel. Setelah ditemukan jumlah dan kelompok sampel, perlu dilakukan uji homogenitasnya, dengan maksud agar sampel benar-benar dalam dalam

kondisi yang homogen untuk diteliti. Hasil uji homogenitas dijelaskan pada sub bab berikut

5.2 Data Homogenitas Sampel

Semua sampel yang diperoleh dan telah dibagi dalam kelompok eksperimen (GE 1, GE.2) dan kelompok kontrol (GK.1 dan GK 2) perlu dilakukan uji homogenitasnya. Uji homogenitas diperlukan untuk mengetahui bahwa setiap kelompok yang akan diteliti benar-benar dalam kondisi homogen (tidak ada perbedaan yang berarti). Homogenitas yang diuji adalah umur, prestasi awal (hasil ulangan Catur wulan II th.2002), OHIS (*oral hygiene index simple*). Ke tiga aspek yakni umur, prestasi awal, dan OHIS sangat berpengaruh terhadap hasil penelitian, karena penelitian ini menekankan perubahan perilaku sebagai hasil belajar. Komposisi jenis kelamin siswa antar kelompok perlu diketahui untuk melihat perbandingan jumlah siswa laki-laki dibandingkan dengan jumlah siswa perempuan walaupun penelitian ini tidak menekankan dan menganalisis hasil berdasar jenis kelamin. Uji homogenitas sampel diperlukan untuk pemberian tindakan penelitian selanjutnya yakni pemberian Pretes. Uji homogenitas dianalisis dengan ANOVA yang hasilnya sebagai berikut .

Tabel.5.2 Hasil Uji Homogenitas Sampel

Aspek	Signifikansi	Kesimpulan
Umur	0,755	Homogen
OHIS	0,641	Homogen
Potensi akademik	0,198	Homogen

lampiran halaman 204

Berdasar hasil uji Anova dengan $\alpha = 0.05$ ternyata ketiga aspek yang diuji menunjukkan angka signifikansi ($0.755, 0.641, 0.198 > p.0.05$). Hal tersebut berarti umur, OHIS dan potensi akademik sampel antar kelompok tidak memiliki perbedaan yang berarti (homogen). Sedangkan jenis kelamin berdasar data yang ada dari 134 orang siswa sampel yang diteliti jumlah siswa perempuan ada 76 orang siswa (58.20%), jumlah siswa laki-laki berjumlah 56 orang siswa (41.79%).

Karena sampel penelitian ternyata homogen, selanjutnya dilakukan Pretes kepada semua kelompok sampel. Pretes dilakukan untuk mengetahui kemampuan awal tentang materi kesehatan gigi dan mulut, sebelum diberi penyuluhan atau pemberian kondisi awal. Pelaksanaan dan hasil pretes terhadap kelompok sampel dijelaskan berikut ini.

5.3 Data Hasil Pretes Sampel

Pretes dilakukan 1 X dengan penjabaran sebagai berikut :

- a) alat yang digunakan, berupa tes obyektif berbentuk pilihan ganda dengan empat opsi untuk soal kognitif dan soal psikomotorik, lima opsi untuk soal afektif, berisi tentang kesehatan gigi dan mulut yang mencakup tiga ranah perilaku tertutup (Kognitif, Afektif dan Psikomotorik) Pretes untuk perilaku terbuka (PT) berupa tugas yang harus dikerjakan yakni memilih dan menunjukkan hasil suatu obyek berupa gambar gigi yang sehat dan berupa gambar bentuk sikat gigi yang baik untuk anak-anak

- b) waktu yang disediakan 40 menit digunakan untuk menyelesaikan tes tertulis selama 25 menit untuk menyelesaikan tugas selama 15 menit
- c) peserta tes berjumlah 134 orang siswa yang terbagi dalam empat kelompok (GE1, GE.2, GK1, GK2), yang berada di 6 SDN yakni 2 SDN berada di kota dan dalam satu kompleks. 3 SDN berada di pinggir kota, 1 SDN berada di desa (tabel 5.1)

Setelah dilakukan pretes hasilnya perlu diketahui apakah perolehan pada setiap variabel (Kognitif, Afektif, Psikomotorik dan Perilaku terbuka) berbeda antar kelompok secara signifikan atau tidak. Untuk keperluan tersebut digunakan alat uji ANOVA dengan uji F ($p = 0.05$) yang hasilnya sebagaimana pada tabel berikut :

Tabel. 5.3 Hasil Uji Homogenitas Hasil Pretes

Variabel	db	P	Kesimpulan
Kognitif	3	0.006	Heterogen
Afektif	3	0.001	Heterogen
Psikomotorik	3	0.003	Heterogen
Perilaku terbuka	3	0.946	Homogen

(Lampiran halaman 207)

Hasil uji terhadap variabel perilaku hasil Pretes menunjukkan bahwa semua variabel perilaku tertutup (KO, AF, PS) pada setiap kelompok ternyata heterogen ($0.006, 0.001, 0.003 < p < 0.05$) atau berbeda secara signifikan, sedangkan perilaku terbuka (PT) hasilnya homogen ($0.946 > 0.05$). Hal itu disebabkan karena pada waktu dilakukan pretes semua sampel belum mendapatkan penyuluhan tentang kesehatan gigi dan mulut sehingga jawabannya diperkirakan akan sesuai dengan apa yang telah

diketahui saja, kemungkinan lain juga karena faktor spekulasi (tebakan) dalam memberikan jawaban. Perilaku terbuka menunjukkan hasil yang homogen ($p > 0.05$). Hasil itu diduga karena dalam menyelesaikan tugas yang diberikan berdasar pada pengalaman sebelumnya, mengingat usia yang homogen (11 th – 12 th) sehingga kemampuan motoriknya cenderung terjadi pengulangan perilaku sebelumnya. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa sebelum dilakukan perlakuan, perilaku tertutup tentang kesehatan gigi dan mulut pada sampel dalam kondisi heterogen, sedangkan perilaku terbuka dalam kondisi homogen.

Walaupun perilaku tertutup dalam keadaan heterogen, perlu diketahui seberapa besar hasil perlakuan berupa pemberian penyuluhan sebagai pemberian kondisi awal kepada dua kelompok eksperimen (GE.1; GE.2) dan kepada satu kelompok kontrol (GK.1). Cara yang digunakan adalah dengan cara menghitung selisih perubahan sebelum perlakuan (Pretes) dan sesudah perlakuan I (Postes). Perilaku diperkirakan mengalami perubahan setelah diberi penyuluhan tentang kesehatan gigi dan mulut, hasil perhitungan perubahan perilaku seperti pada sub bab berikut

5.4 Data Perubahan Perilaku Sebelum dan Sesudah Perlakuan

Karena hasil uji pretes pada perilaku tertutup menunjukkan adanya perbedaan, maka perlu diketahui besarnya perubahan perilaku akibat perlakuan. Teknik yang digunakan adalah mencari selisih hasil Pretes dengan hasil postes ($\Delta = \text{delta}$). Analisis statistik yang digunakan adalah

MANOVA, berdasar uji Wilks Lamda ($p= 0.05$), hasilnya seperti tertera pada tabel berikut:

Tabel 5.4 Hasil Analisis Perubahan Perilaku Pre- Postes

Δ Variabel	df	Wilks lamda	Kesimpulan
Δ Kognitif	3	0.873	Signifikan
Δ Afektif	3	0.001	TidakSignifik
Δ Psikomotorik	3	0.010	Signifikan
Δ Perilaku terbuka	3	0.240	Signifikan

(Lampiran no. 7.3 halaman 208)

Dari tabel di atas diketahui bahwa perubahan perilaku terjadi secara signifikan terjadi pada perilaku Kognitif (KO), Psikomotorik (PS) dan Perilaku terbuka (PT). Sedangkan perilaku Afektif (AF), hasil uji menunjukkan ($0.001 < 0.05$). Hal itu berarti hasil penyuluhan pertama dapat mengubah tiga variabel perilaku, kecuali variabel perilaku afektif siswa. Kegiatan selanjutnya adalah melakukan tes dan memberikan tugas kepada semua kelompok sampel. setelah diberikan penyuluhan ke dua, ke tiga dan ke empat, serta diberikan penguatan sebanyak tiga kali, kecuali pada kelompok kontrol-2 tidak diberikan penyuluhan maupun tidak diberi penguatan. Hasil tes perlu diketahui normalitasnya, karena normalitas data sebagai syarat untuk analisis statistik parametrik

5.5 Uji Normalitas Data Hasil Tes.

Sebagai salah satu syarat untuk analisis varian yang digunakan dalam penelitian ini mensyaratkan bahwa data yang diperoleh harus berdistribusi normal. Untuk hal tersebut dilakukan uji normalitas data dari 4X hasil tes. Alat uji yang digunakan adalah Kolmogorov - Smimov dengan hasil sebagai berikut:

Tabel: 5.5 Hasil Uji Normalitas Data Hasil Tes

Klp	Tes-ke	Perilaku	P=0.05	MTN	Klp	Tes-ke	Perilaku	P=0.05	MTN
GE-1 N=35	1	KO	0.557	N	GK1 N=20	1	KO	0.838	N
		AF	0.297	N			AF	0.712	N
		PS	0.011	TN			PS	0.643	N
		PT	0.002	TN			PT	0.147	N
	2	KO	0.157	N		2	KO	0.342	N
		AF	0.191	N			AF	0.453	N
		PS	0.396	N			PS	0.683	N
		PT	0.001	TN			PT	0.085	N
	3	KO	0.236	N		3	KO	0.810	N
		AF	0.128	N			AF	0.453	N
		PS	0.092	N			PS	0.833	N
		PT	0.008	TN			PT	0.080	N
	4	KO	0.379	N		4	KO	0.718	N
		AF	0.522	N			AF	0.741	N
		PS	0.905	N			PS	0.720	N
		PT	0.001	TN			PT	0.027	TN
GE-2 n=31	1	KO	0.506	N	GK-2 n=15	1	KO	0.647	N
		AF	0.404	N			AF	0.718	N
		PS	0.001	TN			PS	0.557	N
		PT	0.001	TN			PT	0.023	TN
	2	KO	0.663	N		2	KO	0.639	N
		AF	0.350	N			AF	0.373	TN
		PS	0.023	TN			PS	0.839	N
		PT	0.101	N			PT	0.002	TN
	3	KO	0.546	N		3	KO	0.580	N
		AF	0.476	N			AF	0.279	N
		PS	0.193	N			PS	0.590	N
		PT	0.101	N			PT	0.010	TN
	4	KO	0.937	N		4	KO	0.519	N
		AF	0.218	N			AF	0.824	N
		PS	0.047	TN			PS	0.908	N
		PT	0.002	TN			PT	0.207	N

(Lampiran no. 7 4 halaman 212)

Keterangan

Klp = kelompok KO,AF,PS,PT = kognitif, afektif, psikomotorik,
 GE = grup eksperimen perilaku terbuka
 GK = grup kontrol N/TN = normal/tidak normal

Hasil uji normalitas menggunakan Kolmogorov-Smirnov menunjukkan bahwa, tidak semua data hasil tes berdistribusi normal. Dari 64 data hasil tes terdapat 14 data berdistribusi tidak normal. Ketidak normalan data tidak memungkinkan untuk ditindak lanjuti dengan analisis statistik parametrik yang mensyaratkan normalitas data.

5.6 Analisis Faktor

Analisis faktor digunakan untuk menguji apakah sejumlah pertanyaan yang digunakan dalam tes atau indikator nomor 1 sampai nomor 10 untuk Kognitif (KO), nomor 11 sampai nomor 16 untuk Afektif (AF), nomor 17 sampai nomor 20 untuk Psikomotorik (PS) dapat mengkonfirmasi faktor atau konstruk perilaku kognitif, afektif, psikomotorik (Ghozali, 2001; Bryan, 1986), sehingga dapat menjelaskan struktur hubungan antara variabel yang diamati (Andi, 2002). Metode yang digunakan adalah metode ekstraksi PCA (*Principle Component Analysis*) dengan melakukan rotasi varimax. Hasil analisis dengan memperhatikan *loading factor* ($>$ atau $<$ dari 0.5) yang menunjukkan ada tidaknya hubungan antar variabel dengan *common factor* nya. Ada dua komponen yang dimunculkan yakni komponen 1 difungsikan sebagai *common factor* yakni konstruk perilaku yang dicari, sedangkan komponen 2 menunjukkan konstruk perilaku lain. Taraf signifikansi yang digunakan ($p = 0.5$)

Hasil analisis faktor sebagaimana tertera pada tabel di halaman berikut.

Tabel 5.6 Analisis Faktor Perilaku Kognitif

Nomor soal	Komponen 1 (loading factor)	Komponen 2 (loading factor)
1	0.348	0.769
2	0.054	0.897
3	0.467	0.748
4	0.623	0.502
5	0.752	0.164
6	0.726	0.274
7	0.770	0.321
8	0.837	0.230
9	0.624	0.311
10	0.853	0.134

(Lampiran no. 7.6 halaman: 221)

Hasil analisis faktor seperti tertera dalam tabel 5.6 menunjukkan bahwa tiga soal tentang kesehatan gigi dan mulut yakni nomor 1, 2, dan nomor 3 bukan merupakan komponen utama kognitif (*loading factors* < 0.5), sedangkan 7 soal lainnya tentang kesehatan kesehatan gigi dan mulut merupakan komponen perilaku kognitif (*loading factors* > 0.5). Setelah dilakukan rotasi varimax, jumlah *loading factors* secara kumulatif = 68.121%, artinya 7 soal yang berisi kesehatan gigi dan mulut merupakan komponen utama perilaku kognitif yang mampu memprediksi perubahan perilaku kognitif sebesar 68.121%, sedangkan sisanya 31.879% diprediksi karena faktor lain. Hasil tersebut dapat diartikan bahwa materi penyuluhan yang diberikan, kemudian ditekankan kepada sampel untuk mengetahui perubahan perilaku tertutup kognitif ternyata materi dan soal yang diberikan dapat memprediksi perubahan perilaku kognitif sebesar 68.121%.

Selanjutnya perlu dilakukan analisis faktor untuk perilaku afektif yang hasilnya seperti pada tabel berikut

Tabel. 5.7 Analisis Faktor Perilaku Afektif

Nomor soal	Komponen 1 (loading factor)	Komponen 2 (loading factor)
11	0.0747	0.794
12	0.632	0.0722
13	0.347	0.617
14	0.866	0.0560
15	0.783	0.0282
16	-0.258	0.764

(Lampiran no. 7.3. halaman 224)

Hasil analisis faktor terhadap perilaku afektif ternyata soal nomor 12, 14, 15 yang berisi tentang kesehatan gigi dan mulut dapat merupakan komponen perilaku afektif, karena *loading factornya* > dari p ($0.632, 0.866, 0.783 > 0.5$). Setelah dilakukan rotasi varimax, diperoleh angka sumbangan kumulatif varian sebesar 32.582%, artinya perilaku afektif dapat diprediksi melalui soal no 12, 14, 15 sebesar 32.582%, sedang sisanya 67.418% diprediksi oleh variabel lain. Besarnya angka sumbangan kumulatif yang relatif kecil (< 50%) dapat diartikan bahwa materi dan soal tes tentang kesehatan gigi dan mulut yang diberikan kepada sampel juga relatif kecil kontribusinya hal tersebut sesuai dengan hasil analisis perubahan perilaku pre-postes pada tabel 5.4 bahwa perilaku afektif tidak mengalami perubahan yang signifikan.

Selanjutnya dilakukan analisis faktor untuk perilaku psikomotorik sebagai salah satu bentuk dari perilaku tertutup Hasil analisis sebagaimana terdapat pada tabel di halaman berikut

Nomor soal	Komponen 1 (loading factor)	Komponen 2 (loading factor)
17	0.0747	0.794
18	0.632	0.0722
19	0.347	0.617
20	0.866	0.0560
21	0.783	0.0282
22	-0.258	0.764

Tabel 5.8 Analisis Faktor Perilaku Psikomotorik

Nomor soal	Komponen 1 (loading factor)	Komponen 2 (loading factor)
17	0.146	0.852
18	0.437	0.556
19	0.871	0.207
20	0.845	0.188

(Lampiran no 7.3 halaman 226)

Hasil analisis faktor di atas menunjukkan bahwa soal tentang kesehatan gigi dan mulut yang dapat memprediksi perilaku psikomotorik adalah soal no.19 dan 20 (0.871, 0.845 > 0.5). Setelah dilakukan rotasi varimax diperoleh jumlah kumulatif varian sebesar 69%, artinya perilaku psikomotorik dapat diprediksi melalui soal nomor 19 dan 20 sebesar 69%, sisanya 31% diprediksi oleh variabel lain. Besarnya angka sumbangan kumulatif > 50% menunjukkan bahwa perubahan perilaku psikomotorik dapat terjadi setelah diberikan penyuluhan dan tes, hasil tersebut sesuai dengan hasil analisis perubahan perilaku pre-postes seperti pada tabel 5.4 yang menunjukkan bahwa perubahan perilaku psikomotorik terjadi secara signifikan.

Jika dilihat secara keseluruhan materi dan soal tes yang menunjukkan hasil perubahan perilaku kognitif, afektif dan psikomotorik tentang kesehatan gigi dan mulut, hasil analisis faktor menunjukkan hasil berbeda. Untuk perubahan perilaku kognitif materi dan soal-soal yang diberikan memprediksi atau sebagai prediktor perubahan perilaku sebesar 68.121%, untuk perilaku afektif kemampuan prediktor baru 32.58%, sedangkan perilaku psikomotorik kemampuan prediktor 69%. Dengan

demikian perilaku tertutup (KO, AF, PS) sebagai komponen faktor perubahannya dapat diprediksi 32.58% - 69%.

Dari ketiga perilaku tertutup ternyata berdasar analisis faktor, ada dua variabel perilaku yang diprediksi mengalami perubahan secara signifikan yakni perilaku kognitif dan perilaku psikomotorik.

5.7 Analisis jalur .

Analisis jalur digunakan untuk mengetahui mekanisme pengaruh tidak langsung variabel bebas terhadap variabel terikat serta mengenali implikasi suatu teori dan mengungkapkan secara jelas struktur dasar masalah penelitian (Kerlinger,1993; Pedhazur, 1982). Jalur ditandai dengan arah panah menunjukkan arah pengaruh tidak langsung variabel bebas terhadap variabel terikat yang dicerminkan dengan koefisien jalur (dalam penelitian ini diberi kode koja).

Atas dasar konsep tersebut dengan menggunakan piranti lunak statistik yang ada dilakukan pengujian untuk mengetahui pengaruh atau hubungan antara variabel bebas yakni perilaku kognitif, perilaku afektif, perilaku psikomotorik terhadap atau dengan perilaku terbuka yakni memilih, menentukan dan menunjukkan obyek dalam hal higiene gigi dan mulut Hasil analisis jalur ditunjukkan oleh besarnya koefisien jalur (koja) dan t.value sebagaimana pada tabel di halaman berikut

Tabel 5.9 Koefisien jalur dan t.value pada GE dan GK

Grup Eksperimen (GE)			Grup Kontrol 1(GK1)		Grup Kontrol2 (GK2)	
Variabel	Koja	t.val	Koja	t.val	Koja	t.val
KO - AF	0.48	4.38	0.17	0.00	0.62	0.00
AF - PS	0.38	2.03	0.09	0.00	0.34	0.00
PS - PT	0.14	1.27	0.14	0.00	-0.120	0.00
KO - PS	-0.10	-0.76	-0.35	0.00	-1.36	0.00
KO - PT	-0.39	3.15	0.22	0.00	-0.080	0.00
AF - PT	0.11	0.84	0.86	0.00	0.57	0.00

(Lampiran halaman 229)

Keterangan : KO,AF,PS,PT = kognitif, afektif, psikomotorik, perilaku terbuka

Koja = koefisien jalur t.val. = t. value

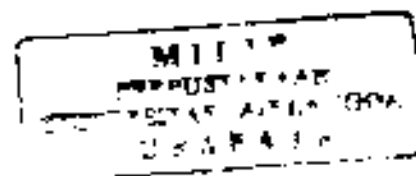
Dari tabel 5.9 di atas diketahui bahwa variabel yang memiliki hubungan yang dapat digambarkan dengan diagram jalur adalah antara variabel kognitif – variabel afektif (koja = 0.48, t.value = 4.38), antara variabel afektif – variabel psikomotorik (koja = 0.38 t.value= 2.03) dan antara variabel kognitif – variabel perilaku terbuka (koja =-0.3.9 t.value= 3.15), semua pada kelompok eksperimen.

Kelompok kontrol sengaja dipisahkan datanya karena kelompok kontrol ke-2 (GK 2) tidak diberi perlakuan maupun penguatan, sedangkan pada kelompok kontrol ke-1 (GK 1) hanya diberi perlakuan berupa penyuluhan tetapi tidak diberi penguatan. Jalur dikatakan bermakna secara signifikan jika besarnya t.value lebih besar dari 2.00 (t.value > 2.00) Beberapa diagram jalur berikut menunjukkan hasil analisis jalur untuk menguji setiap hipotesis yang diajukan.

Hipotesis mayor berbunyi : jika perilaku kognitif mengalami perubahan, maka perilaku terbuka mengalami perubahan melewati perubahan perilaku afektif, kemudian melewati perubahan perilaku psikomotorik, perlu dibuktikan kebenarannya. Pembuktian kebenaran hipotesis tersebut melalui analisis jalur sebagai berikut

Gambaran lintasan jalur menunjukkan bahwa perubahan perilaku kognitif → perilaku afektif → perilaku psikomotorik → perilaku terbuka, pada kelompok eksperimen hanya memiliki dua lintasan yang bermakna yang ditunjukkan oleh koefisien jalur $KO \rightarrow AF = 0.48$ dan $t.value = 4.38$, koefisien jalur $AF \rightarrow PS = 0.38$ dan $t.value = 2.03$, sedangkan satu jalur $PS \rightarrow PT$ memiliki jalur tidak bermakna karena koefisien jalur = 0.14 dan $t.value = 1.27$. Tetapi untuk kelompok kontrol-1 (GK1) semua jalur tidak bermakna karena hasil koefisien jalur $KO \rightarrow AF = 0.17$ $t.value = 0.00$; $AF \rightarrow PS = 0.09$ $t.value = 0.00$; $PS \rightarrow PT = 0.14$ $t.value = 0.00$. Demikian juga untuk kelompok kontrol-2 (GK2) koefisien jalur $KO \rightarrow AF = 0.62$ $t.value = 0.00$; $AF \rightarrow PS = 0.34$ $t.value = 0.00$; $PS \rightarrow PT = -1.20$ $t.value = 0.00$.

Berdasarkan hasil analisis tersebut, maka hipotesis diterima sebagian, artinya perubahan perilaku terbuka tidak harus melewati perubahan keseluruhan perilaku tertutup secara urut, dan KO ke AF, dari AF ke PS dan dari PS baru ke PT. Jadi gambar jalur tidak seluruhnya tepat untuk menggambarkan hipotesis yang diajukan.



Untuk lebih jelasnya digambarkan dalam diagram berikut.

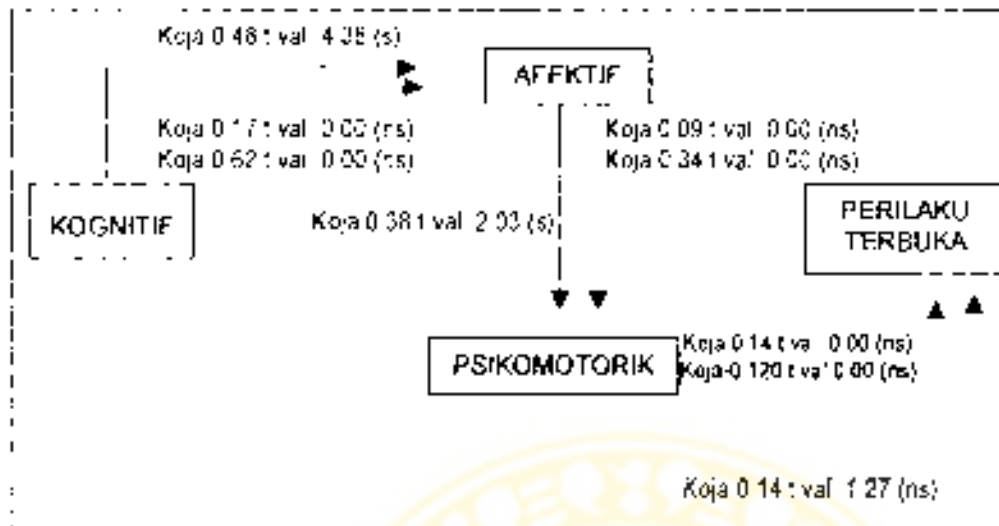


Diagram jalur 5.1 Mekanisme perubahan perilaku $KO \rightarrow AF \rightarrow PS \rightarrow PT$

Keterangan:

Diagram jalur 5.1 menggambarkan mekanisme perubahan perilaku dari Kognitif ke Afektif ($KO \rightarrow AF$), dari Afektif ke Psikomotorik ($AF \rightarrow PS$), dari Psikomotorik ke perilaku Terbuka ($PS \rightarrow PT$) pada semua kelompok.

s : signifikan ns : non signifikan

Selanjutnya untuk pembuktian hipotesis minor ke-1 yang berbunyi 'jika perilaku kognitif mengalami perubahan maka perilaku terbuka mengalami perubahan melewati perubahan perilaku afektif, tanpa melewati perubahan perilaku psikomotorik'.

Hasil analisis jalur pada kelompok eksperimen (GE) menunjukkan bahwa besarnya koefisien jalur (koja) $KO \rightarrow AF = 0.48$, t value = 4.38, koja dari $AF \rightarrow PT = 0.84$, t.value = 0.11 berarti hanya satu jalur yang bermakna yakni dari $KO \rightarrow AF$ sedangkan $AF \rightarrow PT$ merupakan jalur tidak bermakna. Untuk kelompok kontrol-1 (GK 1) koja $KO \rightarrow AF = 0.17$, t value = 0.00, koja $AF \rightarrow PT = 0.086$, t.value = 0.00, sedangkan pada kelompok

kontrol-2 (GK 2) koja KO \rightarrow AF = 0.62 t.value = 0.00 koja AF \rightarrow PT = 0.57
t value = 0.00 berarti tidak satupun jalur bermakna bagi kelompok kontrol.

Dengan demikian berarti hipotesis minor ke-1 ditolak, artinya perubahan perilaku terbuka terjadi setelah perilaku kognitif mengalami perubahan tanpa melewati perubahan perilaku afektif, perubahan perilaku kognitif hanya merubah perilaku afektif, tetapi perubahan dari afektif tidak berlanjut ke perilaku terbuka. Untuk jelasnya digambarkan dalam diagram berikut.

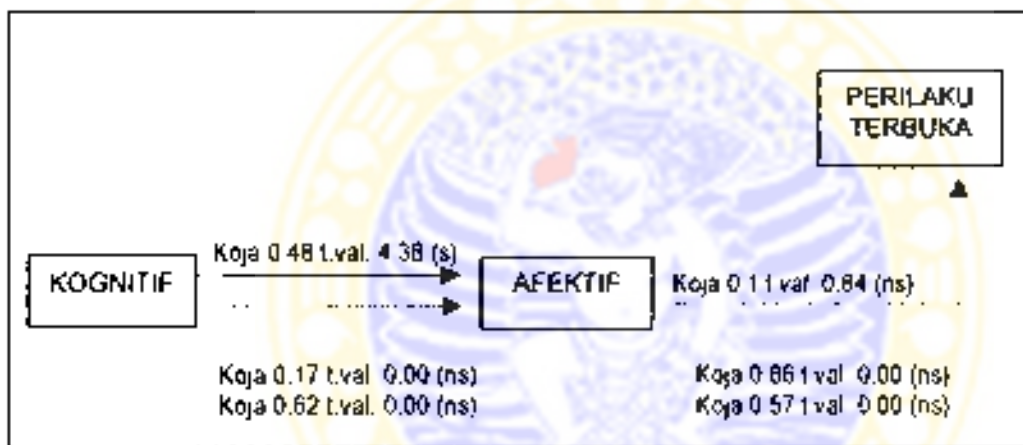


Diagram jalur 5.2 Mekanisme perubahan perilaku KO \rightarrow AF \rightarrow PT

Keterangan:

Diagram jalur 5.2 menggambarkan mekanisme perubahan perilaku Kognitif ke Afektif (KO \rightarrow AF), dari perilaku Afektif ke perilaku Terbuka (AF \rightarrow PT) tanpa melewati perilaku Psikomotorik pada semua kelompok

\rightarrow s : signifikan - - - - \rightarrow ns : non signifikan

Hipotesis minor ke-2 yang perlu dibuktikan kebenarannya melalui analisis jalur adalah : jika perilaku kognitif mengalami perubahan, maka perilaku terbuka mengalami perubahan melewati perubahan perilaku psikomotorik tanpa melewati perubahan perilaku afektif.

Hasil analisis jalur menunjukkan bahwa koefisien jalur KO \rightarrow PS = -0,10 t value = -76, koefisien jalur PS \rightarrow PT = 0,14 t value = 1,27 pada kelompok eksperimen, sedangkan pada kelompok kontrol-1 (GK-1) koefisien jalur KO \rightarrow PS = -0,35 t value = 0,00; koefisien jalur PS \rightarrow PT = 0,14 t value = 0,00, pada kelompok kontrol-2 (GK-2) koefisien jalur KO \rightarrow PS = -1,36 t value = 0,00, koefisien jalur PS \rightarrow PT = -1,20 t value = 0,00. Dengan demikian menunjukkan bahwa tidak satupun jalur memiliki kebermaknaan baik pada kelompok eksperimen maupun pada kelompok kontrol (t value < 2,00) dengan demikian hipotesis minor ke-2 ditolak, berarti gambar jalur tidak cocok untuk menggambarkan hipotesis yang diajukan.

Untuk menggambarkan jalur yang dimaksud dapat dilihat seperti pada diagram berikut :

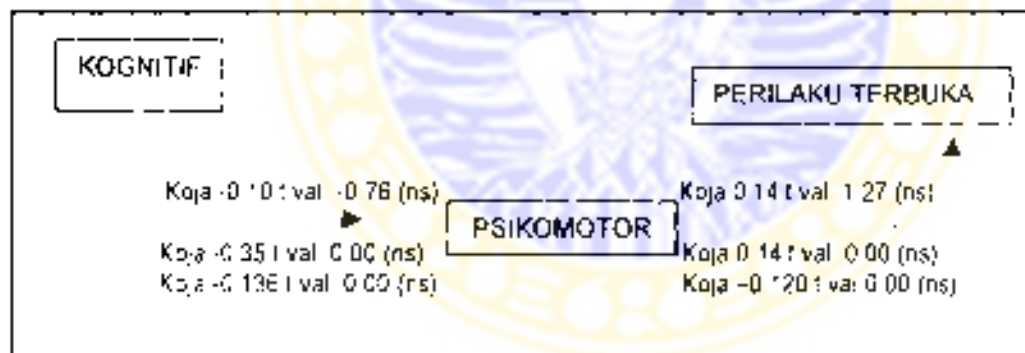


Diagram jalur 5.3 Mekanisme perubahan perilaku KO \rightarrow PS \rightarrow PT

Keterangan:

Diagram jalur 5.3 Menggambarkan mekanisme perubahan perilaku dari perilaku Kognitif ke perilaku Psikomotorik (KO \rightarrow PS) dari perilaku Psiko-motorik ke perilaku Terbuka (PS \rightarrow PT) tanpa melalui perubahan perilaku Afektif (AF) pada semua kelompok.

ns : signifikan - - \rightarrow ns : non signifikan

Selanjutnya untuk membuktikan kebenaran hipotesis minor ke-3 yang berbunyi **jika perilaku kognitif mengalami perubahan, maka perilaku terbuka mengalami perubahan tanpa melewati perubahan perilaku psikomotorik maupun melewati perubahan perilaku afektif.**

Berdasar analisis jalur pada tabel 5.7 diketahui koefisien jalur (koja) perilaku kognitif terhadap perilaku terbuka (KO - PT) sebesar -0.39 dengan t value. = 3.15 pada kelompok eksperimen (GE). sedangkan pada kelompok kontrol -1 (GK-1) besarnya koja pada KO- PT = 0.22 t value. 0.00. untuk kelompok kontrol - 2 (GK-2) besarnya koja pada KO-PT = -0.080 t value = 0.00. Besar t.value KO - PT pada kelompok eksperimen signifikan menggambarkan jalur (t.value 3.15 > 2.00). Dengan demikian maka hipotesis minor ke-3 diterima pada kelompok eksperimen, tetapi ditolak pada kelompok kontrol. Berarti gambar jalur tidak cocok menggambarkan mekanisme KO → PT pada kelompok kontrol.

Gambar analisis jalur sebagai berikut

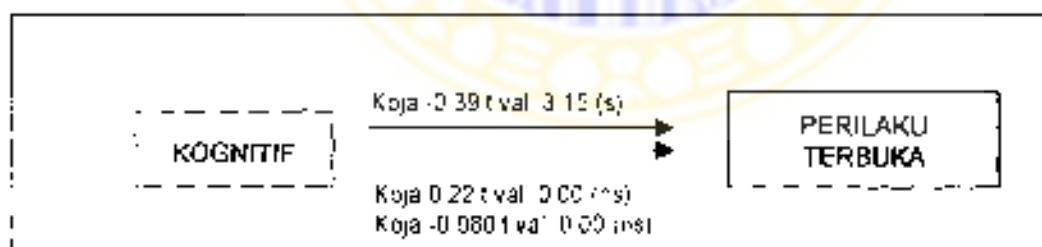


Diagram jalur 5.4 Mekanisme perubahan perilaku KO → PT

Keterangan:

Diagram jalur 5.4 menggambarkan mekanisme perubahan perilaku Kognitif langsung ke perubahan perilaku Terbuka (KO → PT) tanpa melewati perilaku Afektif maupun perilaku Psikomotorik pada semua kelompok

- s : signifikan - - - - - ➔ ns : non signifikan

Hipotesis minor ke 4 yang perlu dibuktikan kebenarannya berbunyi: **jika perilaku afektif mengalami perubahan, maka perilaku terbuka akan mengalami perubahan melewati perubahan perilaku psikomotorik**

Analisis jalur seperti pada tabel 5.7 menunjukkan bahwa koefisien jalur (koja) antara perilaku afektif dengan perilaku psikomotorik (AF → PS) sebesar 0.38 dengan t.value = 2.03 pada kelompok eksperimen (GE), sedangkan pada kelompok kontrol-1 (GK-1) koja = 0.09 t.value = 0.00, pada kelompok kontrol-2 (GK-2) koja = 0.34 t.value = 0.00. Sedangkan lintasan jalur dari PS → PT memiliki koja = 0.14, t.value = 1.27, pada kelompok kontrol-1 (GK-1) untuk jalur yang sama memiliki koja = 0.14 t.value = 0.00, pada kelompok kontrol-2 (GK-2) memiliki koja = -1.20 t.value = 0.00. Berdasarkan data yang diperoleh, maka hipotesis minor ke-4 diterima sebagian yakni lintasan AF → PS untuk kelompok eksperimen, tetapi ditolak untuk kelompok kontrol. Gambar jalur hanya cocok untuk menggambarkan mekanisme perubahan perilaku dari afektif langsung ke perilaku psikomotorik untuk kelompok eksperimen. Jalur yang dimaksud digambarkan sebagaimana diagram pada halaman berikut

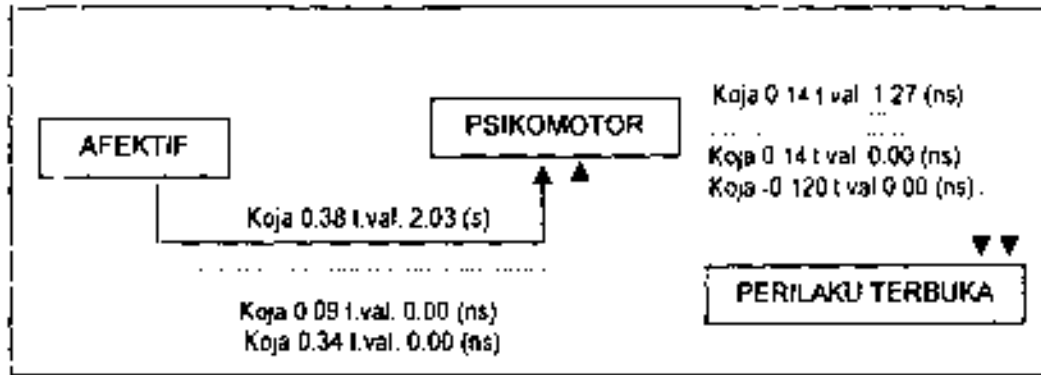


Diagram jalur 5.5 Mekanisme perubahan perilaku AF→PS→PT

Keterangan:

Diagram jalur 5.5 menggambarkan mekanisme perubahan perilaku afektif ke perubahan perilaku terbuka melewati perilaku psikomotorik (AF→PS → PT)

→ s ; signifikan → ns : non signifikan

Hipotesis minor ke-5 berbunyi : jika perilaku afektif mengalami perubahan, maka perilaku terbuka mengalami perubahan tanpa melewati perubahan perilaku psikomotorik, perlu diuji kebenarannya melalui analisis jalur.

Seperti tertera pada tabel 5.7 bahwa lintasan jalur yang dilalui dari AF→ PT memiliki koja = 0.11 t.value. = 0.84. pada kelompok kontrol-1 (GK-1) besarnya koja untuk lintasan yang sama sebesar = 0.86 t.val = 0.00. pada kelompok kontrol-2 (GK-2) untuk lintasan yang sama besarnya koja = 0.57 t.value= 0.00. Besarnya koefisien jalur dan t.value pada semua kelompok yang menggambarkan lintasan dari AF → PT tidak ada yang signifikan. Dengan demikian maka hipotesis minor ke-5 ditolak; artinya lintasan jalur yang dibuat tidak cocok digunakan untuk menggambarkan lintasan yang dimaksud. Hal tersebut berarti bahwa perubahan perilaku afektif belum tentu dapat merubah perilaku terbuka.

Hipotesis tersebut digambarkan sebagaimana diagram berikut

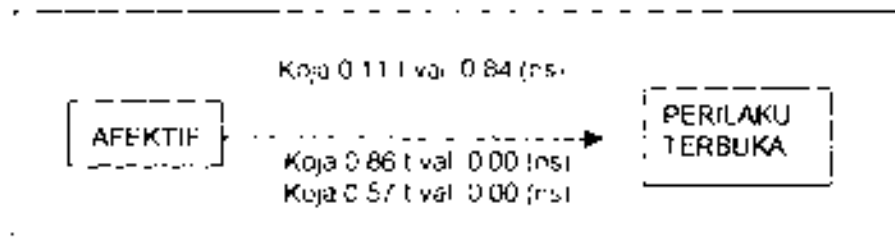


Diagram 5.6 Mekanisme perubahan perilaku AF →PT

Keeterangan:

Diagram 5.6 menggambarkan mekanisme perubahan perilaku Afektif ke perubahan perilaku Terbuka tanpa melewati perubahan perilaku Psikomotorik (AF →PT) pada semua kelompok

* s ; signifikan ► ns : non signifikan

Hipotesis minor ke-6 yang berbunyi : jika perilaku psikomotorik mengalami perubahan, perilaku terbuka mengalami perubahan secara langsung tanpa melewati perubahan perilaku afektif (PS →PT) Dan tabel 5.7 diketahui bahwa lintasan jalur perilaku psikomotorik ke perilaku terbuka memiliki koef sebesar = 0.14 t val = 1.27, pada kelompok kontrol-1(GK-1) koef sebesar 0.14 t.val = 0.00 pada kelompok kontrol-2 (GK-2) koef sebesar = -1.20 t.val = 0.00. Besarnya koefisien jalur maupun t value tidak ada yang menunjukkan lintasan yang signifikan, oleh karena itu maka hipotesis minor ke-6 ditolak. Hal tersebut berarti bahwa diagram jalur untuk menggambarkan lintasan perubahan perilaku psikomotorik langsung ke perilaku terbuka tidak cocok, dengan kata lain perubahan perilaku terbuka belum tentu berhubungan langsung dengan perubahan perilaku psikomotorik.

Gambar jalur untuk hipotesis minor ke-6 sebagai berikut:

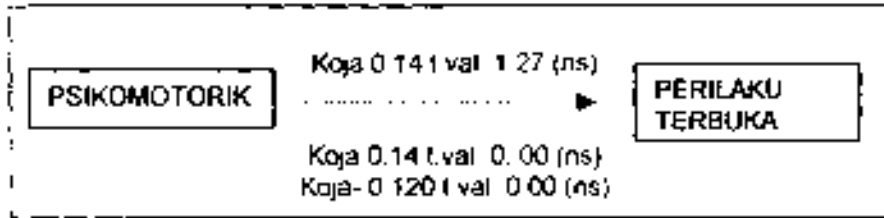


Diagram 5.7 Mekanisme perubahan perilaku PS → PT

Keterangan:

Diagram 5.7 menggambarkan lintasan perubahan perilaku psikomotorik ke perilaku terbuka (PS → PT) pada semua kelompok

→ : signifikan ➤ ns : non signifikan

Secara keseluruhan berdasar hasil analisis jalur untuk menggambarkan lintasan perubahan perilaku tertutup menuju ke perilaku terbuka (KO → AF, AF → PS, PS → PT, KO → PS, KO → PT, AF → PT) pada semua kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol digambarkan sebagaimana pada halaman berikut

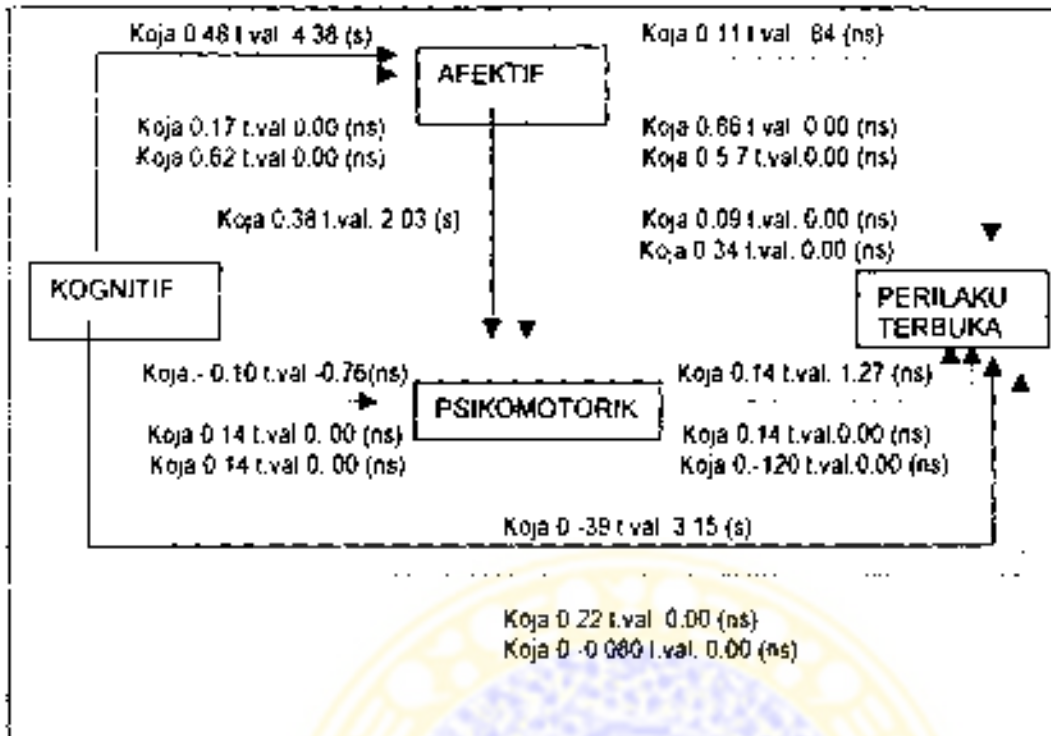


Diagram 5.8 Mekanisme perubahan perilaku KO→AF→PS→PT; AF→PT; KO→PT

Keterangan:

Diagram 5. 8 Menggambarkan lintasan mekanisme perubahan perilaku dari perilaku tertutup (KO- AF – PS) menuju ke perilaku terbuka (PT) pada semua kelompok sampel.

→ signifikan ► non signifikan

Memperhatikan hasil gambar analisis jalur untuk keseluruhan perilaku baik dari perilaku tertutup ke perilaku terbuka tampak pola mekanismenya. Mekanisme perubahan perilaku yang tergambar dengan lintasan yang secara signifikan hanya dari perubahan perilaku kognitif ke perubahan perilaku afektif, dan perubahan perilaku afektif ke perubahan perilaku psikomotorik, serta dari perilaku kognitif menuju ke perubahan perilaku terbuka. Mekanisme perubahan perilaku dari perilaku tertutup afektif belum berlanjut menuju ke perubahan perilaku terbuka. Demikian juga perubahan perilaku tertutup psikomotorik belum menuju ke

perubahan perilaku terbuka. Hasil keseluruhan dari analisis jalur untuk pembuktian hipotesis yang diajukan seperti pada tabel berikut

Tabel 5.10 Rekapitulasi Hasil Analisis Jalur

No	Hipotesis	Perilaku	t.value	Koef.jalur	Kesimpulan
1	Mayor	KO - AF	4.38	0.48	Diterima
		AF - PS	2.03	0.38	Diterima
		PS - PT	1.27	0.14	Ditolak
2	Minor 1	KO - AF	4.38	0.48	Diterima
		AF - PT	0.84	0.11	Ditolak
3	Minor 2	KO - PS	-0.78	-0.10	Ditolak
		PS - PT	1.27	0.14	Ditolak
4	Minor 3	KO - PT	3.15	-0.39	Diterima
5	Minor 4	AF - PS	2.03	0.38	Diterima
		PS - PT	1.27	0.14	Ditolak
6	Minor 5	AF - PT	0.84	0.11	Ditolak
7	Minor 6	PS - PT	1.27	0.14	Ditolak

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Rasional penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengungkap perubahan perilaku hygiene gigi dan mulut siswa kelas V SDN. Perubahan ditekankan pada mekanisme yang ditandai oleh seberapa besar nilai hubungan antar variabel berdasar analisis statistik. Analisis yang digunakan adalah analisis multi varian, analisis faktor dan analisis jalur. Analisis multi varian digunakan untuk mengetahui signifikansi perubahan perilaku sebelum dan sesudah perlakuan pertama. Analisis faktor untuk mengetahui seberapa besar materi yang disuluhkan dan ditekankan kepada responden benar-benar merupakan komponen faktor perilaku yang diteliti yakni perilaku tertutup (KO, AF, PS) dan perilaku terbuka (PT) dengan melihat *loading factors* dan jumlah kumulatif varian setelah dilakukan rotasi. Analisis jalur digunakan untuk mengetahui arah dan besarnya hubungan antar variabel dalam suatu model.

Perilaku yang dimaksud dalam penelitian ini adalah sejumlah respons, baik respons tertutup maupun respons terbuka individu siswa kelas V SDN setelah diberi penyuluhan dan penguatan. Perubahan diartikan sebagai suatu proses perbaikan atau proses peralihan dari suatu kondisi ke kondisi lain atau dari fase satu ke fase berikutnya. Proses perubahan diterjemahkan menjadi bentuk mekanisme, di mana mekanisme berarti suatu cara kerja suatu organisasi (KUBI, 1995).

Berdasar konsep yang mengatakan bahwa perilaku merupakan aktivitas kejiwaan (Hjelle, 1992) maka proses perubahan perilaku merupakan perubahan psikis individu. Hal tersebut sesuai dengan pandangan kognitivis yang melihat perilaku sebagai proses berfikir, dan proses pengambilan keputusan (Omrood, 1990):

Perilaku sebagai suatu respons memiliki bentuk yang dapat dilihat proses dan hasilnya, yang hanya dapat dilihat dari hasilnya saja. sering disebut sebagai tindakan. Formufa perilaku yang dapat dilihat hasilnya oleh B.S Bloom disusun menjadi ranah atau domain kognitif, ranah afektif dan ranah psikomotorik. Respons lain bersifat terbuka, berbentuk aktivitas fisik yang dalam penelitian ini dinamakan perilaku terbuka, walaupun respons berupa perilaku terbuka dalam ranah perilaku B.S Bloom, diduga diartikan sebagai bentuk perilaku dalam ranah psikomotorik. Individu sebagai makhluk psiko-fisik dalam merespons obyek akan mengaktifkan kemampuan psikis dan kemampuan fisik.

Mekanisme perubahan perilaku diartikan sebagai suatu proses perubahan atau terjadinya respons diteliti berdasar paradigma tertentu. Paradigma psikologi pendidikan dengan konsep psikologi belajar yang merujuk pada aliran kognitivisme dan aliran behaviorisme, digunakan untuk mengungkap mekanisme perubahan perilaku hygiene perorangan individu siswa. Pengungkapan dilakukan dengan cara melihat keurutan atau sekuensial proses perubahannya seperti konsep taksonomi B.S Bloom akibat diberikan perlakuan tertentu.

Sampai saat ini anggapan bahwa mekanisme terjadinya perilaku baik tertutup maupun perilaku terbuka masih mendasarkan pada konsep KO → Af → PS → PT masih relatif kuat. Mekanisme terjadi diawali dengan perubahan kognitif, kemudian diikuti oleh perubahan perilaku afektif berlanjut pada perubahan perilaku psikomotorik, diakhiri dengan munculnya perilaku terbuka. Mekanisme demikian masih perlu diuji kebenarannya. Tindakan sebagai bentuk perilaku terbuka, juga dianggap sebagai bentuk perilaku yang pemunculannya didahului oleh aktivitas psikis di antaranya keinginan, pengetahuan, pengambilan keputusan sebagai bentuk perilaku tertutup.

Teori susunan perilaku berdasar ranah B S Bloom kelihatannya telah menjadi konsep baku perlu dibuktikan kebenarannya terutama pada kasus yang lebih spesifik, yakni dengan memperhatikan individu pelaku dan obyek perlakunya. Individu yang dimaksud dalam penelitian ini ialah para siswa kelas V SDN yang berusia 10 – 12 th, yang memiliki karakteristik fisik dan psikis tertentu. Obyek perilaku yang dimaksud adalah tentang perilaku individu sehat dalam hal kesehatan gigi dan mulut.

Mendasarkan pada paradigma psikolog, pendidikan yang menekankan bahwa perilaku sebagai hasil perbuatan belajar dan perkembangan individu maka perilaku siswa akan diungkap berdasar konsep dan psikologi kognitif. Psikologi kognitif menekankan pada proses mental termasuk tentang berpikir, mengingat, pemecahan masalah, dan pengambilan keputusan (Natawijaya :1993). Sedangkan paradigma

psikologi belajar banyak merujuk pada aliran behaviorisme dan psikologi sosial, dimana faktor lingkungan sebagai faktor eksogen sangat berpengaruh terhadap perilaku.

Tiga ranah perilaku yakni kognitif, afektif dan psikomotorik, memiliki prinsip belajar berbeda. Dalam prinsip belajar kognitif banyak melibatkan proses pengenalan dan penemuan. Prinsip belajar afektif menekankan bagaimana individu mengembangkan diri dengan pengalaman yang mencakup nilai emosi, minat dan sikap. Prinsip belajar psikomotor menekankan bagaimana individu mengendalikan fisiknya berkaitan dengan mental (Winataputra, 1995). Perbedaan prinsip belajar pada setiap ranah perilaku menghasilkan bentuk perilaku yang berbeda. Namun demikian ketiga prinsip belajar tersebut mencerminkan kemampuan psikis dan fisik individu dalam merespons obyek.

Untuk mengungkap mekanisme perubahan perilaku pada penelitian ini digunakan eksperimen semu. Pertimbangan yang digunakan adalah : (1) bahwa masih dimungkinkan dilakukan randomisasi dalam pengambilan sampel dan lokasi penelitian, (2) hasilnya memungkinkan untuk generalisasi, serta (3) karena perilaku seseorang tidak sepenuhnya dapat dikendalikan oleh peneliti. Walaupun penelitian ini menggunakan eksperimen semu tetapi homogenitas sampel tetap dijaga. Cara yang digunakan untuk menjaga homogenitas sampel adalah dengan mengendalikan beberapa faktor yang diduga berpengaruh terhadap potensi awal sampel di antaranya faktor lingkungan baik fisik maupun non fisik. Faktor lingkungan fisik dikendalikan dengan cara pengambilan

sampel dilakukan pada saat kegiatan belajar berlangsung terhadap siswa kelas V aktif, pemeriksaan gigi dan mulut, sehingga sampel dalam kondisi homogen. Faktor non fisik dikendalikan dengan cara memanfaatkan hasil tes belajar caturwulan ke-dua (cawu II). Cara pengendalian lain adalah dengan memberi penyuluhan tentang kesehatan gigi dan mulut, agar memiliki pengetahuan, sikap dan kesiapan yang relatif setara.

Untuk memperjelas arah dan hasil penelitian, ditetapkan suatu konsep psikologi belajar dengan menempatkan beberapa variabel, sebagai variabel bebas dan variabel terikat. Sebelum diberikan postes, variabel bebas adalah *reinforcement*, sedangkan ranah perilaku kognitif, ranah afektif, dan perilaku psikomotorik sebagai variabel terikat. Setelah diberi perlakuan, perilaku tertutup (KO, AF, PS) berfungsi sebagai variabel bebas, perilaku terbuka (PT) sebagai variabel terikat.

6.2 Subyek Penelitian

Individu yang dijadikan subyek penelitian adalah siswa kelas V SDN, yang berusia antara 10 th – 12 th. Mereka dijadikan subyek penelitian ini dengan beberapa pertimbangan fisik dan psikis. Dilihat dari segi tumbuh kembang fisik biologis, perkembangan mereka berada pada tahap pertumbuhan pra adolesen (*middle childhood*), ditandai dengan pertumbuhan kelenjar indokrin demikian cepat terutama pada siswa perempuan. Pertumbuhan gigi telah mulai tumbuh gigi taring tetap (*pre molar*) ke satu maupun gigi premolar ke dua, namun sebagian gigi susu masih ada yang belum seluruhnya tanggal (Paramita, 2000). Keadaan dan

pertumbuhan gigi yang berada pada transisi dapat menimbulkan dampak negatif pada kesehatan gigi dan mulutnya yang pada usia tersebut aktivitas fisik relatif tinggi sehingga sering mengalami gangguan fisik yang mengganggu motoriknya (Decay, 1994)

Dihat dari segi perkembangan psikis anak usia 10 th – 12 th menurut J.Piaget mereka berada pada periode operasional konkret Periode tersebut ditandai antara lain anak telah mampu menggunakan logika sederhana, dan telah memiliki *image* serta mengenal aturan walaupun terbatas (Hadiono, 1999); sehingga sudah waktunya mereka diajarkan tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan pribadi di antaranya kesehatan gigi dan mulut (Meeks, 1992). Walau demikian mereka belum sepenuhnya mampu menghilangkan sifat ketergantungan pada individu lain kemandiriannya masih lemah yang tercermin pada perilakunya

Perkembangan moral anak usia 10 – 12 th menurut J.Piaget cenderung bersifat heteronomus yang meyakini bahwa pemahaman sosial muncul akibat interaksi teman sebaya, yang oleh L. Kohlberg dimasukkan pada tahap orientasi konformitas interpersonal. Pada periode ini perilaku mereka banyak dipengaruhi oleh individu lain keinginan untuk dibanding sebagai anak yang baik sehingga mendapat penghargaan demikian kuat (Wahab, 1999)



6.3 Hasil Uji Hipotesis

Hasil penelitian ini mengungkapkan tentang perubahan perilaku siswa dilihat dari proses perubahannya. Perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor satu di antaranya akibat diberikan penguatan. Mengungkap perubahan perilaku berarti mengungkap proses dari kondisi atau posisi awal menuju ke posisi atau kondisi berikutnya. Kondisi atau posisi awal yang dimaksud adalah kemampuan perilaku tertutup kognitif diikuti posisi kedua yakni kemampuan perilaku afektif berlanjut ke posisi ketiga yakni kemampuan perilaku psikomotorik yang akan berakhir pada pemunculan perilaku terbuka. Dengan demikian maka perilaku yang pemunculannya lebih awal merupakan predisposisi perilaku yang muncul sesudahnya.

Konsep dasar tersebut dalam penelitian ini diformulasikan ke dalam sejumlah dugaan atau hipotesis, yang telah diuji kebenarannya lewat beberapa uji statistik. Hasil uji statistik terhadap sebuah hipotesis mayor dan enam hipotesis minor dipaparkan ke dalam pembahasan berikut.

1. Hasil uji hipotesis mayor untuk verifikasi sejumlah teori yang menyatakan bahwa mekanisme perubahan perilaku berjalan secara urut atau sekuensial seperti pada susunan perilaku dalam taksonomi Benjamin S. Bloom. Dugaan tersebut dijabarkan dalam mekanisme perubahan perilaku yang berawal dari perilaku kognitif berlanjut ke perilaku afektif kemudian ke perilaku psikomotorik yang berakhir pada perilaku terbuka.

Berdasar analisis jalur seperti tertera pada tabel 5.9 dan diagram jalur 5.1 ternyata hipotesis tidak terbukti seluruhnya, baik untuk kelompok eksperimen (GE) maupun untuk kelompok kontrol (GK) karena hanya mekanisme perubahan perilaku tertutup saja yang berubah secara urut (sekuensial). Hal tersebut tergambar dalam lintasan jalur $KO \rightarrow AF$, $AF \rightarrow PS$, $PS \rightarrow PT$, hanya dua lintasan saja ($KO \rightarrow AF$, $AF \rightarrow PS$) yang memiliki koefisien dan t.value yang signifikan ($KO - AF$ koefisien = 0.48 t.value = 4.38 ; $AF - PS$ koefisien = 0.38 t.value = 2.03). Signifikansi jalur yang dibuat pun hanya cocok untuk kelompok eksperimen (GE). Artinya gambar jalur hanya cocok untuk menggambarkan mekanisme perubahan perilaku dari kognitif ke perilaku afektif dan perilaku afektif ke perilaku psikomotorik. Koefisien jalur menunjukkan adanya hubungan antara perilaku kognitif dengan perilaku afektif, dan antara perilaku afektif dengan perilaku psikomotorik.

Berdasar analisis tersebut maka teori susunan perilaku yang menggambarkan proses pemunculannya dari B.S Bloom, juga teori yang mengatakan bahwa kognitif sebagai basis bagi perilaku sesudahnya (Azwar 2002), kognitif juga berperan sebagai kemampuan prima bagi kemampuan lain (Natawidjaya, 1993) sepenuhnya cocok pada kasus penelitian ini. Kekuatan kognitif dibuktikan dengan hasil uji dengan Manova terhadap delta (A) pre – postes 1. Hasil uji delta menunjukkan bahwa perilaku kognitif berubah secara signifikan ($0.873 > 0.05$) setelah diberi penyuluhan dan perlakuan (tabel 5.4). Hasil tersebut digunakan sebagai prediksi bahwa perubahan kognitif akan membawa perubahan

pada perilaku lain. Kekuatan kognitif sebagai prediktor atau predisposisi perilaku lain diketahui juga dari hasil analisis faktor

Hasil analisis faktor menunjukkan bahwa materi dan instrumen yang digunakan memiliki *loading factor* atau kemampuan prediksi perubahan perilaku kognitif sebesar 68.121% (tabel 5.6). Hasil uji Pre-postes dan uji faktor menunjukkan bahwa perilaku kognitif secara signifikan belum berpeluang menjadi prediktor bagi semua perilaku lain. Perilaku lain yang dimaksud adalah yakni afektif, psikomotorik dan perilaku terbuka, ternyata tidak sepenuhnya terbukti. Dari hasil uji faktorial dan uji jalur ternyata kognitif baru mampu menjadi prediktor perilaku afektif dan perilaku terbuka.

Berdasar hasil di atas dapat dijelaskan bahwa komponen kognitif yang berisi kepercayaan tentang benar tidaknya suatu obyek melalui rasio atau logika belum sepenuhnya sebagai penjamin munculnya semua ranah perilaku. Mekanisme perubahan dari perilaku kognitif menuju ke perilaku afektif dapat terjadi pada kelompok eksperimen karena pada kelompok ini diberikan materi dan penguatan. Materi penyuluhan tentang kesehatan gigi dan mulut berdasar hasil uji faktor ternyata memberi kontribusi sebesar 68 % lebih untuk perubahan perilaku merupakan bukti bahwa kelompok yang diberi penyuluhan memiliki potensi kognitif yang dapat merubah afeksinya dibanding dengan kelompok yang tidak diberi penyuluhan.

Materi penyuluhan menurut Alport, memperkuat *self* berupa persepsi dan pengetahuan yang dapat membentuk perilaku sebagai

bentuk kepribadian (Kartono, 1996). Berdasar teori *Health Belief Model* karena adanya unsur *threat* atau ancaman yang memunculkan motif (Glanz, 1997) maka perilaku psikomotorik atau kesediaan untuk melakukan mengalami perubahan. Dalam penelitian ini karena diberikan penyuluhan tentang gangguan atau ancaman pada kesehatan gigi dan mulut sebagai bentuk *threat*, maka keinginan dan kesiapan dalam kesehatan gigi dan mulut muncul. Perilaku kognitif tidak terlepas dari pengetahuan dan persepsi. Pada anak usia 10 – 12 tahun perkembangan persepsinya telah didahului oleh atensi dan seleksi pesan serta alasan sederhana, dari hal tersebut kognitifnya sudah meningkat sebagai bekal pengambilan sikapnya (Haditono, 1999), dengan catatan mereka telah memiliki obyek atau materi. Hal itu terbukti pada kelompok eksperimen pada penelitian ini perubahan kognitifnya memiliki peluang untuk terjadinya perubahan afeksinya.

2 Hasil uji hipotesis minor pertama yang berbunyi: jika perilaku kognitif berubah, maka perilaku terbuka mengalami perubahan dengan terlebih dulu melalui perubahan perilaku afektif tanpa melewati perubahan perilaku psikomotorik ternyata **diterima sebagian**, terutama pada kelompok eksperimen yang diperlihatkan dengan hanya satu jalur yang signifikan untuk digambarkan diagram jalur 5.2 yakni dari perilaku kognitif ke perilaku afektif, sedangkan perilaku afektif tidak tergambar jalur langsung menuju perilaku terbuka.

Dalam teori *operant conditioning* Thorndike, adanya *reinforcement* yang diberikan kepada sampel yang dielaborasi telah dibertahukan akan

berfungsi sebagai penumbuh sikap atau afeksi untuk menerima dan menghargai pesan (Wahab, 1999), hal tersebut diperkuat oleh Rossenberg dalam teori Afektif – Kognitif. Dalam teori itu dinyatakan bahwa jika komponen kognitif dan afektif berubah secara konsisten, maka perubahan akan menjadi stabil, dengan demikian jika kognitif berubah maka afektif juga akan berubah sampai muncul tindakan agar terjadi stabilitas perilaku (Azwar, 2002). Hasil penelitian menunjukkan tidak terjadi demikian, walaupun perilaku kognitif berubah dan perilaku afektif juga mengalami perubahan tetapi perilaku terbuka tidak serta merta langsung berubah. Hal ini disebabkan lewat informasi berupa *reinforcement* sebagai bagian dari kognitifnya telah diketahui sebelumnya maka perilaku terbuka akan muncul. Hasil demikian yang menyebabkan hipotesis kedua tidak diterima atau terbukti secara keseluruhan, atau hanya diterima sebagian, yakni dari perubahan perilaku kognitif menuju perubahan perilaku afektif.

3 Hipotesis minor kedua yang berbunyi jika perilaku kognitif mengalami perubahan, maka perilaku terbuka dapat mengalami perubahan melewati perilaku psikomotorik tanpa melewati perubahan perilaku afektif seperti digambarkan dalam diagram jalur 5.3 ternyata ditolak, artinya perubahan kognisi atau pengetahuan, belum merupakan disposisi secara langsung bagi perubahan perilaku psikomotorik, kemudian dari perubahan psikomotorik diharapkan dapat mendisposisi perubahan perilaku terbuka. Hasil penelitian ini menunjukkan perilaku

terbuka belum mengalami perubahan. terlebih lagi perilaku psikomotorik belum mengalami perubahan walaupun telah ada perubahan kognisi.

Psikomotorik diartikan sebagai adanya kesiapan dan kesediaan untuk melakukan (Kelman 1958 dalam Azwar, 2002). Kelman menyebutkan bahwa kesediaan merupakan reaksi positif karena adanya dukungan pujian sebagai penguatan, bukan semata karena adanya pengetahuan atau kognisi. Hal tersebut yang menyebabkan kesediaan atau psikomotorik tidak muncul walau sudah ada perubahan kognitif. Psikomotorik juga berkaitan dengan keputusan untuk menentukan pilihan, di mana kemampuan untuk menentukan pilihan dipengaruhi oleh usaha intelektual atau kognitifnya. Salah satu kemampuan kognitif adalah kemampuan intelektual (Rahmad, 1992) Konsep demikian tidak terbukti dalam penelitian ini. kemungkinan masih ada faktor lain sebagai penyebab ketidak munculan psikomotorik walau kognisi telah berubah.

4. Hipotesis minor ke-tiga yang berbunyi jika perilaku kognitif mengalami perubahan, maka perilaku terbuka dapat mengalami perubahan tanpa melewati perubahan perilaku afektif maupun perilaku psikomotorik diterima pada kelompok eksperimen seperti pada diagram jalur 5 4. artinya jika kognitif mengalami perubahan maka perilaku terbuka akan muncul atau mengalami perubahan secara langsung tanpa melewati perubahan perilaku afektif maupun perilaku psikomotorik. Hal tersebut dapat dibahas berdasar teori belajar kognitif dan teori belajar aliran behavioristik. Kecuali itu dapat juga dikaji berdasar kebijakan pendidikan di Indonesia

adanya keuntungan yang akan diperoleh setelah melakukan. Dalam penelitian ini perilaku terbuka dapat muncul secara langsung setelah terjadi perubahan kognitif, tanpa melewati perubahan perilaku afektif maupun perilaku psikomotorik. Perubahan kognitif terjadi karena telah ada pemberitahuan atau telah melihat keuntungan jika memiliki gigi dan mulut sehat terlebih lagi yang memberi tahu adalah para dokter gigi dan gurunya sehingga memperkuat kepercayaan. Pesan lain berupa adanya penguatan (*reinforcement*) setelah melakukan serangkaian tugas. Berdasar teori yang menyebutkan bahwa perubahan kognisi akan merupakan predisposisi perubahan perilaku lain (Azwar, 2000), terbukti dalam penelitian ini.

Menurut A. Bandura kognitif dapat mengalami perubahan karena faktor peniruan atau imitasi terhadap figur yang mengubah kognisinya yang dalam teori belajar sosial khususnya bagi anak usia sekolah dasar demikian kuat (Hjelle, 1992). Figur yang diimitasi berperan sebagai *lay referat system* (Smet, 1994), bagi anak - anak. Pada sisi lain perubahan perilaku terbuka dapat terjadi walau hanya adanya perubahan kognitif sesuai teori harapan dan kebutuhan. Penghargaan atau hadiah sebagai penguatan justru yang diduga sebagai salah satu bentuk kebutuhan sesuai teori kebutuhan A. Maslow (1970) dan teori perilaku bersyarat C. Rogers (dalam Hjelle, 1992).

Dikaji dari segi kebijakan pendidikan nasional, seperti diketahui bahwa strategi pembelajaran di sekolah lebih menonjolkan aspek intelegensi untuk memperoleh nilai yang pada beberapa mata pelajaran.

Ranah kognitif mendapat porsi waktu dan metode yang luas. Akibatnya menguatnya kognitif berakibat pada munculnya perilaku terbuka secara langsung tanpa melalui afeksi dan psikomotorik.

5 Hipotesis ke-empat dalam penelitian ini tidak sepenuhnya diterima, karena perubahan perilaku afektif hanya berkaitan dengan perubahan perilaku psikomotorik saja. Manakala perilaku afektif atau sikap telah mengalami perubahan, maka hasil penelitian ini hanya memunculkan atau merubah perilaku psikomotorik saja. Perilaku terbuka tidak berubah walaupun perilaku psikomotorik berubah. Perilaku afektif merupakan cerminan bagaimana individu menyikapi suatu obyek, bagaimana perasaan positif atau negatif yang dimiliki individu terhadap suatu obyek sebagai suatu keputusan diri. Keputusan subyektif tersebut berdampak pada tindakan atau perilaku lain, karena yang paling tahu mengenai dirinya adalah diri sendiri (Azwar, 2002). Sikap juga merupakan masalah emosional subyektif sehingga faktor informasi atau pesan menentukan pemunculannya (Hjelle, 1992). Dari hal ini, sikap anak yang diteliti mencakup tentang kesehatan gigi dan mulut masih menggambarkan dominannya sikap yang dimiliki sebelumnya, berdasar hasil bahwa sikap atau afeksi pada hasil penelitian masih belum merupakan disposisi perilaku lainnya. Hal demikian masih belum mengubah hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Bibac & Wilsh (dalam Smet, 1994) yang mengemukakan bahwa pada tahun 1993 nilai sehat bagi anak Indonesia baru terbatas pada pengertian tidak sakit, tidak mengganggu aktivitas sehari-hari. Sikap anak-anak berdampak pada kesiapan atas dasar

kepatuhan kepada orang yang dipercaya demikian pendapat Ericson (dalam Wahab, 1999). Pada sisi lain sikap yang merefleksikan emosi, atau psikis menjadi kekuatan sendiri yang dapat memberi kontribusi bagi keberhasilan individu. Bahkan kecerdasan emosional (EQ= *emotional quotient*) mampu berkontribusi keberhasilan seseorang sebesar 27% - 45% melebihi kontribusi IQ yang hanya rata-rata 6% bagi keberhasilan (Goleman, 1996). Walau demikian kecerdasan emosi yang memiliki lima ranah (ranah intra pribadi, ranah antar pribadi, ranah penyesuaian diri, ranah pengendalian stress dan ranah suasana hati nurani) yang dijabarkan menjadi 15 sub ranah (kesadaran diri, asertif, harga diri, aktualisasi diri, empati, tanggung jawab sosial, hubungan antar pribadi, uji realitas, fleksibel, pemecahan masalah, ketahanan, pengendalian impuls, optimisme, kebahagiaan) tidak seluruhnya tampak pada anak usia 10 - 12 tahun. Makna dan teori tersebut adalah bahwa sikap sebagai salah satu bentuk perilaku individu ternyata demikian besar perannya bagi perilaku lain, apabila diformulasikan dalam mekanisme perilaku afektif akan memberi kontribusi atau sebagai prediktor bagi perilaku lain yakni psikomotorik dan perilaku terbuka. Hasil analisis jalur menunjukkan bahwa ternyata afektif hanya mampu sebagai prediktor bagi perilaku psikomotorik saja. Hal tersebut diketahui dan besarnya koefisien jalur dan t -value dan $AF = ke PS$ sebesar 0.38 dan t -value = 2.03). Dengan demikian maka berdasar teori yang menjelaskan tentang peran dan fungsi perilaku afektif sebagai prediktor perilaku lain tidak seluruhnya

benar pada penelitian ini; artinya perubahan yang terjadi pada perilaku afektif hanya sebagai prediktor perubahan perilaku psikomotorik saja

Hasil lain yang memperkuat kesimpulan ini adalah dari analisis manova (tabel 5.4) diketahui besarnya signifikansi adalah $0.001 < 0.005$, diartikan bahwa penyuluhan dan perlakuan belum mampu mengubah sikap siswa, menunjukkan betapa tidak mudahnya perubahan sikap. Dari hasil analisis faktor diketahui materi dan soal yang diberikan hanya mampu memprediksi perilaku afektif sebesar 32.582% saja (tabel 5.6). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hasil analisis jalur menunjukkan bahwa teori perubahan perilaku dari afektif ke perilaku lain tidak seluruhnya diterima, sedangkan hasil analisis multivarian dan analisis faktor memperkuat teori bahwa jika perilaku afektif kuat, akan merupakan basis bagi perilaku lainnya.

6. Hipotesis ke-lima yang menduga adanya hubungan langsung antara perubahan perilaku afektif, atau sikap dengan perilaku terbuka ternyata **ditolak**. Perilaku afektif berkaitan dengan keputusan emosional, subyektivitas yang melibatkan perasaan atau emosi seseorang. Keputusan emosional juga bergantung pada obyek yang dihadapi. Obyek yang harus disikapi demikian variatif dan bersifat personal. Dalam penelitian ini obyek yang harus disikapi adalah tentang kesehatan gigi dan mulut. Berdasar teori kebutuhan, serta teori harapan (Glanz, 1997) ditambah hasil penelitian sebelumnya (Smet, 1994) kemungkinan yang terjadi adalah bahwa kesehatan gigi dan mulut belum merupakan

kebutuhan yang harus diprioritaskan bagi anak usia 10 – 12 tahun di SD yang diteliti sehingga perilaku psikomotorik belum berubah

Dugaan seperti pada hipotesis ke-lima dimaksudkan untuk membuktikan atau berdasar konsep bahwa setrap perilaku terdahulu akan mendisposisi perilaku berikutnya (Azwar, 2002). Hasil penelitian menunjukkan bahwa perubahan perilaku afektif belum merupakan disposisi perubahan perilaku terbuka, artinya sikap yang dimiliki belum merupakan jaminan untuk terjadinya perubahan perilaku terbuka

Perilaku terbuka atau tindakan individu muncul karena berbagai faktor, beberapa di antaranya karena faktor kebutuhan (Flora 1999) faktor adanya kondisi yang memungkinkan, faktor keyakinan atau kepercayaan (Fishbein, Brigham, 1991 dalam Azwar, 2002) dan faktor interaksi dan komunikasi sosial (Greaff, 1993). Seperti pada tabel 5.6 dan gambar jalur 5.6 pada semua kelompok penelitian ditemukan tidak ada mekanisme jalur yang menggambarkan bukti diterimanya hipotesis ke-lima.

7 Hipotesis ke-enam berdasar hasil uji statistik ternyata ditolak, artinya perubahan perilaku psikomotorik tidak serta merta mengubah perilaku terbuka. Perilaku psikomotorik dalam penelitian ini diidentikkan dengan kesiapan untuk melakukan kegiatan semakna dengan konatif yang berarti kecenderungan untuk berbuat. Walaupun perilaku psikomotorik mengalami perubahan artinya walau siswa yang diteliti telah memiliki kesiapan untuk berbuat, tetapi masih belum menampilkan aktivitasnya dalam bentuk perilaku terbuka, karena adanya perubahan kesapannya

Perilaku terbuka dipandang sebagai bentuk aktualisasi diri secara eksplisit atau sebagai bentuk *feedback* (Rakhmad, 1992). Perilaku sebagai bentuk sikap terbuka mengikuti postulat konsistensi tergantung, artinya perilaku terbuka akan muncul apabila kondisi dan situasi memungkinkan (Azwar, 2002). Dalam teori belajar disebutkan bahwa keberhasilan akhir pembelajaran adalah dapatnya peserta belajar mengaktualisasi diri dalam bentuk tindakan yang terkoordinasi (Winataputra, 1995). Perubahan perilaku terbuka dipengaruhi oleh kondisi dan situasi. Perilaku terbuka juga sebagai bentuk aktualisasi diri karena keberadaan diri di antara individu lain, jadi bukan karena memiliki kesiapan saja. Dalam penelitian ini terungkap bahwa pemunculan perilaku terbuka atau tindakan bukan sebagai rangkaian dari perilaku tertutup psikomotorik atau karena ada kesiapan. Perilaku terbuka dalam penelitian ini adalah kegiatan nyata yang ditunjukkan dalam penyelesaian tugas seputar kesehatan gigi dan mulut. Obyek perilaku terbuka yakni kesehatan gigi dan mulut masih sesuai dengan temuan Bibac & Will (Smet, 1994), bahwa persepsi tentang masih bisa beraktivitas berarti masih dalam keadaan sehat, sehingga perilaku terbuka yang bersifat preventif masih belum berubah walau telah ada kesiapan untuk melakukan (tabel 5.7 dan diagram jalur 5.7).

Dengan demikian hasil penelitian ini telah menjawab masalah penelitian tentang bagaimana mekanisme perubahan perilaku hygiene perorangan siswa akibat pemberian penguatan dalam gambaran proses sebagai berikut :

1. Setelah sekelompok sampel terutama pada kelompok eksperimen (GE) diberikan perlakuan berupa pemberian penyulunan dan penguatan maka perilaku tertutup yang terdiri dari perilaku kognitif, perilaku afektif dan perilaku psikomotorik, maupun perilaku terbuka mengalami perubahan. Dengan kata lain bahwa pemberian *reinforcement* dapat mengakibatkan perubahan perilaku tertutup, dan sebagian perubahan perilaku tertutup dapat berakibat pada perubahan perilaku terbuka.
2. Mekanisme perubahan pada perilaku tertutup terjadi berawal dari perubahan perilaku kognitif, kemudian menuju ke perubahan perilaku afektif dan berhenti atau berakhir pada perubahan perilaku psikomotorik.
3. Perubahan perilaku terbuka terjadi setelah terjadi perubahan pada perilaku kognitif tanpa melewati perubahan perilaku afektif maupun perubahan perilaku psikomotorik.

Perilaku yang diteliti adalah hasil respons siswa di sekolah pada saat kegiatan pembelajaran berlangsung. Ada sejumlah faktor yang ikut berpengaruh pada hasil respons siswa. Kecerdasan, kematangan, kesiapan, bakat minat, adalah sebagian dari faktor yang berasal dari diri siswa. Materi pelajaran, metode mengajar, pengajar atau guru, alat atau media, evaluasi adalah faktor di luar siswa yang berpengaruh terhadap hasil pembelajaran.

Perubahan perilaku siswa hasil penelitian ini tidak menutup kemungkinan dipengaruhi oleh sejumlah faktor di atas. Akan tetapi

penelitian ini ditekankan pada salah satu faktor yakni pemberian penguatan sebagai salah satu faktor dari sejumlah faktor yang ada. Pemberian penguatan merupakan salah satu strategi pembelajaran, juga merupakan salah satu kebutuhan bagi siswa. Agar hasil penyuluhan sebagai bentuk pembelajaran sesuai dengan tujuan, maka dilakukan pengendalian terhadap sejumlah faktor yang berpengaruh. Cara yang dilakukan adalah dengan membuat proses pembelajaran semirip mungkin dengan apa yang dilakukan dalam pembelajaran di Sekolah Dasar. Waktu pembelajaran selama 40 menit, metode ceramah, tanya jawab, peragaan, adalah metode yang lazim digunakan oleh guru kelas, digunakan dalam penelitian ini. Bentuk soal tes, waktu yang dibutuhkan dalam penelitian ini, disesuaikan dengan yang telah dilakukan untuk kelas V Sekolah Dasar. Beberapa perbedaan antara pengajaran yang dilakukan oleh guru kelas dengan pengajaran yang dilakukan dalam penelitian ini adalah materi pelajaran, pengajar, strategi yang digunakan. Materi yang diajarkan adalah tentang kesehatan gigi dan mulut. Materi ini tidak terdapat pada kurikulum SD. Perbedaan lain adalah pengajar, pengajar dalam penelitian ini dilakukan oleh peneliti dibantu oleh sejumlah dokter gigi. Strategi pembelajaran dalam penelitian ini menggunakan penguatan (*reinforcement*) dengan maksud agar hasil pembelajaran atau perilaku yang dimunculkan siswa dapat maksimal.

Beberapa perbedaan itu akan berpengaruh terhadap hasil belajar siswa. Karena belajar dan belajar menurut konsep belajar kognitif, konsep belajar stimulus respons maupun konsep belajar eksperiensial berada

pada satu titik temu yakni belajar adalah proses penambahan dan proses transformasi pengetahuan dan keterampilan. Proses tersebut sangat erat dengan proses berfikir, proses berfikir berkaitan dengan kemampuan intelegensi. Proses berfikir memiliki lima dimensi yakni sikap dan persepsi, perolehan dan integrasi pengetahuan, perluasan pengetahuan, aplikasi pengetahuan, dan kelima adalah dimensi kebiasaan produktif menggunakan pikiran (Winataputra, 1995)

Dari segi tujuan, pembelajaran berbentuk penyuluhan dalam penelitian ini ditekankan pada proses perubahan perilaku sebagai hasil belajar. Cakupan tujuan digunakan merujuk pada taksonomi B. S Bloom, tetapi pada ranah psikomotorik diidentikkan dengan konatif atau rasa yakni bagian dan perilaku menurut Ki Hadjar Dewantara. Salah satu prinsip belajar kognitif adalah pengenalar, prinsip belajar afektif adalah pengalaman yang menyenangkan, prinsip belajar psikomotorik adalah dorongan untuk mengalami secara langsung. Bagi ketiga prinsip belajar itu faktor interaksi dan lingkungan merupakan hal penting. Prinsip belajar tadi telah diaplikasi dalam penelitian ini.

Metode pembelajaran memegang peran dalam pencapaian tujuan, Metode ceramah adalah metode klasik yang sering dipakai. Apakah dengan metode ini tujuan afektif dan psikomotorik dapat dicapai secara maksimal? Padahal metode ceramah memiliki sejumlah kelemahan diantaranya hanya mengandalkan daya ingat sesaat, tujuan pembelajaran yang banyak dicakup pada kognitif (Sudirman, 1992) Tujuan pembelajaran afektif dan psikomotorik memerlukan waktu dan contoh

yang cukup. Himbuan dan ajakan serta dengan menunjukkan contoh agar terjadi perubahan afektif apakah cukup memadai untuk memperoleh perubahan afektif dan psikomotorik siswa ?

Perilaku afeksi yang berkaitan dengan moral, rasa, perilaku psikomotorik yang berkaitan dengan kehendak dan keterampilan melakukan sesuatu memerlukan ruang, waktu, teknik yang memadai. Tempat pendidikan afeksi dan psikomotorik harus dimulai dari rumah atau keluarga melalui contoh, keteladanan, penghargaan, dilakukan terus menerus tanpa batas, tidak seperti yang dilakukan di sekolah terbatas pada jadwal pelajaran (Linda & Richard E. 1997). Walau demikian sekolah dapat berperan mengajarkan afeksi dan psikomotorik. Pencapaian dan standar ukuran afeksi tidak semudah pencapaian kognitif. Dampaknya hasil pembelajaran cenderung kearah kognitif daripada arah afektif dan psikomotorik (Indra Djati P. 2001).

Berdasar beberapa teori tentang adanya keterkaitan antara perilaku tertutup dengan perilaku terbuka, maka hasil penelitian ini dapat membenarkan teori yang dirujuk, walau hanya sebagian. Pemunculan tindakan sebagai bentuk perilaku terbuka berdasar teori disebabkan oleh berbagai faktor. Penelitian ini dibatasi pada upaya pengungkapan perilaku terbuka dikaitkan dengan perilaku tertutup berdasar konsep psikologi pendidikan dengan titik berat pada perilaku sebagai hasil belajar. Telah diketahui bahwa keberhasilan belajar ditentukan oleh sejumlah faktor, akan tetapi penelitian ini menggunakan penguatan sebagai faktor atau pemicu perilaku. Penelitian ini telah menunjukkan hasil sedemikian rupa,

tetapi berpeluang masih memiliki keterbatasan. Beberapa bentuk keterbatasan dalam penelitian ini antara lain.

- 1 beberapa faktor lain selain faktor penguatan yang diduga sebagai faktor yang berpengaruh pada proses perubahan perilaku sebagai variabel penyerta, atau variabel pengganggu tidak diteliti
- 2 jumlah atau besarnya sampel pada kelompok menjadi tidak proporsional berdasar klaster yang ada, karena kriteria yang ditetapkan dalam penelitian tidak terpenuhi pada sampel yang berada di desa
- 3 penelitian perilaku yang menekankan pada aspek psikologis seharusnya dilakukan dalam waktu yang cukup panjang (*longitudinal*), karena perubahan psikis dapat terjadi setiap saat
- 4 kepadatan kegiatan sekolah, keterbatasan dana dan sarana penelitian
- 5 ranah sikap dan ranah psikomotorik diperlukan alat ukur dan teknik pembelajaran yang memadai, tetapi dalam penelitian ini sikap dan psikomotorik dianggap sebagai bagian dari perilaku sehingga alat ukur berupa test hasil belajar dan teknik pembelajarannya dianggap telah mencerminkan ranah sikap dan ranah psikomotorik.

Walau demikian dari hasil penelitian telah ditemukan hal baru sebagai suatu konsep sebagai berikut:

- 1 perubahan perilaku tertutup pada anak usia 10 - 12 th pada waktu di sekolah melalui pemberian penguatan telah terjadi mengikuti mekanisme sekuensial seperti tersusun dalam taksonomi perilaku Benjamin S Bloom yakni kognitif afektif psikomotorik. Walaupun demikian perubahan secara sekuensial pada seluruh ranah perilaku

tetutup belum merupakan disposisi atau prasyarat untuk memunculkan perilaku terbuka.

- 2 perubahan perilaku terbuka terjadi karena telah terjadi perubahan pada perilaku kognitif. Kemampuan afektif maupun kemampuan psikomotorik, belum merupakan disposisi perilaku terbuka.

Hasil penelitian ini kemungkinan merupakan proyeksi hasil belajar siswa Sekolah Dasar saat ini pada umumnya. Pemunculan perilaku terbuka baru berdasar pada kemampuan kognitif merupakan cerminan bahwa secara metodologis bahwa pembelajaran yang dilakukan baru mencapai aspek intelektual (kognitif). Aspek afeksi sebagai bagian dari pendidikan moral, nilai, dan budi pekerti kurang ditonjolkan, karena lebih mementingkan prestasi akademik berupa nilai ebtanas mumi (NEM) sebagai indikator keberhasilan pembelajaran. Dampak negatif terabaikannya ranah afeksi sebagai unsur *emotional quotient* (EQ) antara lain kurangnya kepekaan sosial, rendahnya moralitas dan rasa kesetiakawanan, meningginya sikap responsif negatif dalam bentuk perilaku agresif. Secara konseptual dan sesuai dengan tujuan pendidikan seharusnya hasil pembelajaran yang mencerminkan kualitas SDM harus dapat merubah pola pikir (kognitif), pola sikap (afektif) dan kesiapan bertindak (psikomotorik) serta pola tindak siswa. Pendidikan bertujuan untuk membangun totalitas kemampuan manusia seutuhnya, baik sebagai individu maupun sebagai anggota masyarakat.

Pendidikan juga harus mengembangkan 3 aspek yaitu potensi intelektual (*cognitive learning*), aspek nilai moralitas, religius (*affective*

development), aspek kemampuan menyongsong kehidupan masa depan (*practical competences*). Hasil itu sebagai cerminan akuntabilitas yang diperoleh dari ketuntasan hasil pembelajaran. Akuntabilitas tercermin pada tindakan nyata yang dapat dipertanggung jawabkan sesuai dengan tingkat pendidikan dan perumukannya. Pada jenjang pendidikan dasar hasil pembelajaran dikatakan secara tuntas jika telah membuahakan tindakan yang mendasari pada jenjang pendidikan di atasnya. Nilai praktis dalam kesehatan ditunjukkan dari adanya kecukupan penguasaan pada setiap ranah untuk pendidikan dan peningkatan derajat kesehatan diri bagi anak dalam bentuk mekanisme perilaku sehat pada diri mereka.

Format pembelajaran kesehatan bagi anak usia 10 – 12 tahun harus mencakup ketiga ranah perilaku tertutup, dengan lebih banyak disarankan mengikuti pola belajar untuk bekerjasama, saling menghormati, untuk memupuk kemampuan afeksi. Temuan penelitian memperkuat dugaan bahwa masih terdapat kekurangan dalam praktek pendidikan di Sekolah Dasar. Salahsatu bentuk kekurangannya adalah kuat dalam menghasilkan kemampuan kognitif, tetapi lemah dalam kemampuan afeksi dan psikomotor.

Untuk hal tersebut perlu dilakukan koreksi dan pembenahan secara filosofis dan metodologis. Salah satu teknik pembenahan pembelajaran adalah dengan mempraktekkan paradigma belajar bukan paradigma mengajar. Afeksi harus diajarkan belajar praktek, membiasakan, meneladani, bukan hanya sekedar mengenal atau diajarkan teori saja.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Penelitian terhadap siswa kelas V SDN sebagai subyek dalam kaitan dengan perubahan perilaku hygiene gigi dan mulut menghasilkan pola mekanisme perubahan perilakunya demikian variatif. Variasi konfigurasi perubahan terutama pada perilaku tertutup (kognitif, afektif, psikomotorik) yang merujuk kepada tatanan ranah B.S. Bloom telah terbukti pada hasil penelitian ini. Sedangkan konfigurasi perubahan perilaku dari perilaku tertutup menuju ke perilaku terbuka belum sekuensial (KO→AF→ PS ---- PT). Konfigurasi mekanisme perubahan perilaku yang bervariasi hasil penelitian ini disimpulkan sebagai berikut:

1. mekanisme perubahan perilaku terbuka siswa dalam melakukan kegiatan hygiene gigi dan mulut, terjadi belum melewati perubahan perilaku afektif maupun perilaku psikomotorik lebih dahulu, melainkan baru terjadi setelah adanya perubahan kognitifnya saja, berarti mekanisme perubahan perilaku keseluruhan dari perilaku tertutup menuju ke perilaku terbuka belum sekuensial.
2. perubahan perilaku kognitif merupakan disposisi bagi perubahan perilaku afektif, artinya jika perilaku kognitif mengalami perubahan, maka perilaku afektif juga mengalami perubahan

- 3 perubahan perilaku afektif merupakan disposisi perubahan perilaku psikomotorik. artinya jika perilaku afektif mengalami perubahan, maka perilaku psikomotorik juga mengalami perubahan
- 4 perubahan perilaku afektif dan perilaku psikomotorik belum merupakan disposisi bagi perubahan perilaku terbuka. artinya walaupun perilaku afektif dan perilaku psikomotorik telah mengalami perubahan, tetapi belum mampu mengubah perilaku terbuka
- 5 perubahan perilaku terbuka terjadi akibat dan perubahan pada perilaku kognitif. artinya perubahan kognitif merupakan disposisi pada perubahan perilaku terbuka.

7.2 Saran

Temuan bahwa perubahan perilaku terbuka bukan karena perubahan keseluruhan perilaku tertutup secara sekuensial, menunjukkan bahwa ada sesuatu yang kurang atau lemah dalam strategi pembelajaran. Karena perilaku merupakan hasil belajar, ada sejumlah faktor yang harus dicermati. Metode pembelajaran, materi ajar, evaluasi hasil belajar adalah sebagian dari sejumlah faktor yang dimaksud. Secara makro keberhasilan pembelajaran di sekolah tidak lepas dari kebijakan pendidikan nasional

Berdasar hal tersebut maka perlu disarankan bagi (a)peneliti atau pelaksana pembelajaran dalam melihat proses dan hasil pembelajaran juga memperhatikan sejumlah faktor yang berpengaruh secara menyeluruh karena antar faktor saling memiliki keterkaitan.(b)pengambil kebijakan bidang pendidikan dan pengajaran agar menata urang kebijakan

pendidikan dan pembelajaran dengan melihat kembali hasil dan dampak pendidikan yang ada sekarang.

Hasil pembelajaran di Sekolah Dasar yang ada sekarang berpeluang memiliki kaitan dengan temuan penelitian ini yaitu kuat dalam kognitif tetapi lemah dalam afeksi dan psikomotor. **Penataan ulang berupa strategi pendidikan dan pembelajaran tidak hanya mengedepankan aspek pengetahuan, inteligensi (kognitif) saja, tetapi aspek afeksi yang menyentuh emosi, budi pekerti, perlu diajarkan secara intensif, termasuk upaya untuk memperkuat pemunculan psikomotrik, karsa, kesiapan dan tindakan.**

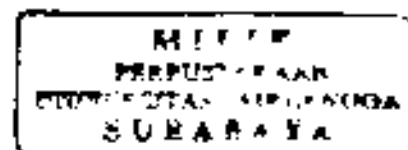
Pembenahan strategi pembelajaran agar afeksi, rasa sikap dan karsa anak dapat lebih dikembangkan ditekankan pada metode pembelajaran dan penyediaan lingkungan belajar yang mendukung tercapai tujuan tersebut. Agar strategi pembelajaran dapat direalisasi diperlukan kurikulum dan silabi yang jelas menyebutkan bahwa afeksi dan psikomotor merupakan suatu keharusan untuk diajarkan oleh guru. Metode pembelajaran yang cocok untuk mengajarkan aspek tersebut adalah melalui pemberian contoh, imitasi atau model. Kecuali itu metode kerjaketompok, permainan peran (*role playing*), berdiskusi, kunjungan untuk belajar (*study visit*) antara lain ke perusahaan, farmasi, rumah sakit dan bank, serta aneka lomba atau pertandingan dapat merupuk sikap kerjasama, sikap saing, menghargai, serta kesiapan untuk melakukan tugas secara terkoordinasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alberto Pauli. 1995. **Applied Behavior Analysis for Teachers**. New Jersey. Prentice Hall Inc. Englewood Cliff pp.:205 - 246
- Armstrong Michael, Hellen Morns, 2000 **Reward Management Series Management Ensiklopedia** . New Jersey, Indiana Books Co, pp 29 - 30
- Andi. 2002. **10 Model Penelitian dan Pengolahannya Dengan SPSS 10.01**. Yogyakarta. Wahana Komputer Semarang, hlm. 164
- Ankunto Suharsini, 1993, **Metode Penelitian Sosial**. Bandung, Rineka Karya, hlm 75
- Azen I. 1988. **Attitude, Personality and Behavior**. Milton Keynes, Open University Press, p 190
- Azwar Saifudin, 2002. **Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya Edisi ke-1**. Bandung Pustaka Pelajar, hlm. 55
- Berchman Richard MD, 1990, **Textbook of Pediatric**, diterjemahkan Ilmu Kesehatan Anak oleh Moelia Radja Siregar. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGS, hlm.33
- Bloom Benyamin S, 1956. **Cognitive Domain, Taxonomy of Education Objectives** . New York, Handbook 1, David McKey, p 105
- Campbell Francis A, Elizabeth P Punjelo, Codiq F Ramcy, 2001 **The Development of Cognitive and Academic Abilities Journal of Developmental Psychology** vol.37.no.2 . 198 – 206
- Cipta Adi Pustaka, 1989. Ki Hadjar Dewantara. **Ensiklopedia Nasional Indonesia volume 4**, Jakarta. PT Cipta Adi Pustaka. him 329 - 335
- Connell Mc James and Ronald P Phillipchalk. 1992. **Understanding Human Behavior**. Toronto. Harcourt Brace Javanovick College Publisher. pp : 278 - 279
- Dacey John,1994 . **Human Development**. New Jersey Brown-Benckmack Madison p 340
- Dewantoro Ki Hadjar 1967. **Karya-karya Ki Hadjar Dewantara Bagian II Kebudayaan**, Jogjakarta, Penerbit Majelis Luhur Taman Siswa, hlm 65.89
- Dinas Kesehatan Jawa Timur. 2001 **Kesehatan Dalam Angka Propinsi Jawa Timur** , hlm 231 – 236

- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2000, **Laporan Tahunan**, hlm.6 - 7
- Dinas Pendidikan Nasional Kab.Jember, 2000, **Laporan Tahunan**, hlm. 5
- Djarwanto, 2001, **Mengenal Beberapa Uji Statistik Dalam Penelitian**, Yogyakarta, Liberty, hlm. 129
- Ellis Robert S 1991, **Educational Psychology**. Toronto. D Van Norstraad Co Inc Princeton, p. 288
- Emmyr F Muis Riana Wardani, Desi Tinny S 2000, Evaluasi Pengetahuan Pasien Mengenal Cara Pencegahan Penyakit Gigi dan Mulut, **Sari Laporan Penelitian dan Survey PDII - LIPI** jiid 27: 71 – 77
- Entang Indan, 1998, **Ilmu Kesehatan Masyarakat**. Bandung, Alumni, hlm 16 - .25
- Flora, Stephen R and David B Flora, 1999, Effect of Extrinsic Reinforcement for Reading During Childhood on Reported Habits of College Students in The **Psychological Record**, 49 : 3 - 14
- Fontana D, 1986, **Psychology for Teachers**. London, Mc Millan Publisher Ltd. pp 47- 48
- Forman David R, Grazyna Kochanska, 2001,Viewing Imitations as Child Responsiveness **Journal of Developmental Psychology** vol. 37 no.2 : 198 - 206
- Gagne R M, 1985, **The Conditions of Learning and Theory of Instruction**. New York. Holt rinehart and Winston, pp 40 - 48
- Gagne Robert M. Leslie J Briggs, 1980, **Principles of Instructional Design**. New York. Hobert Rinerhart and Winston. Inc, pp 23 - 24
- Gerungan W.A , 1996, **Psikologi Sosial**, Bandung, Eresco, hlm 58
- Ghozali Imam 2001, **Aplikasi Analisis Multivariate Dengan Program SPSS**, Semarang, BP UNDIP, hlm 134
- Glanz Karen, editor 1997, **Health Behavior and Health Education**. San Fransisco, Josse-Bass Publisher, pp.37 - 149
- Glanz Karen, Francis Marcus Lewis, Barbara K Rimer, 1990 **Health Behavior and Health Education**. San Fransisco, Josse Bass Publisher, p. 136

- Goble Frank G. 1971. **The Third Force The Psychology of Abraham Maslow**, terj. Supratiknya. 1987 **Mazhab ketiga Psikologi Humanisitis Abraham Maslow**, Yogyakarta, Kanisius. hlm 47. 69
- Gochman David S, 1988. **Health Behavior**, New York, Plenum Press, p 21
- Golleman Daniel, 1996. **Emotional Intellegence**. Jakarta, Gramedia Penerbit Utama hlm 138
- Grant Lyle, 1994. **Principles of Behavior Analysis**, New York, Harper Collins College Publisher. p.30
- Graeff Judith, Elder P John, Brooth Elisabeth Mill, 1993 **Communication for Health and Behavior Change**, diterjemahkan Komunikasi untuk Kesehatan dan Perubahan Perilaku, oleh M.Hasanbasri,1996, Yogyakarta, Gadjah Mada University Press, hlm 35 - 36
- Gunawan Ari, 2000. **Sosiologi Pendidikan**, Jakarta, Rineka Cipta, hlm.37
- Haditono Siti Rahaju, 1999, **Psikologi Perkembangan**, Yogyakarta. Gadjah Mada University Press. hlm 23.
- Hadwijaya A Santoso. 1988. Sikap Sebagai Predisposisi Perilaku, **Gema Rinjani Th XI**, Desember 1998 : 70 – 74
- Hadnyanawati H. 2001. Merokok mempengaruhi Kebersihan Gigi dan Mulut, **Jawa Pos 31 October 2001 :27**
- Hall Calvin S. Gardern Lindsey, 1993, **Theories of Personality** diterjemahkan oleh Supratiknya A. **Psikologi Kepnbadian**, 1996. Kanisius, Yogyakarta. hlm 311, 402
- Howes Marry B 1990. **The Psychology of Human Cognition**, Toronto., Pergamon Press, pp 23 – 49
- Hurlock Elizabeth B. 1978. **Child Development** sixth ed. terj. Perkembangan Anak jild 1 edisi ke- 6 oleh Meitasan Candra dan Muslihah Zakarsih . Jakarta. Penerbit Erlangga, hlm 83, 203
- Irawati Gandadinata Widiyanto Sudhana. Sn Lestan, 2002. Studi Epidemiologis Tingkat Keparahan Maloklusi Pada Anak Sekolah Usis 12 – 15 tahun di DKI Jakarta. **Majalah Ilmiah Kedokteran Gigi Edisi Khusus Forum Ilmiah VII October 2002**. Jakarta. hlm 381 – 386



- Johnson Debra Stelle, Hooper Paul B, Schmid Aaron M, 2000 Goal Orientation and Task Demand Effect on Motivation, Affect and Performance, *Journal of Applied Psychology* vol 85 no 5 : 724 - 738
- Kamus Besar Bahasa Indonesia**, 1995, Jakarta, Balai Pustaka, hlm 113, 448
- Kartono Kartini. 1996, **Psikologi Umum**, Jakarta, Mandar Maju . hlm. 159
- Kathleen MC Hugh Michle Wierzhicki, 1998. Prediction of Responses to Cognitive and Behavioral Mood Induction, *The Journal of Psychology*, 132(1):33 - 41
- Keenan Michael, 1999, Periodic Response Reinforcer Contiguity Control, *The Psychological Record* , 44 . 273 –297
- Kerlinger F N, 1993, **Asas-asas Penelitian Behavioral**, terjemahan Simatupang LR, Yogyakarta, Penerbit Gajahmada University Press, hlm. 96-97
- Laily, Rahaywati, 1999, Penlaku Jajan Berkorelasi dengan Prevalensi Anemia, **Sari Laporan Penelitian dan Survey**, PDII-LIPI jilid 26: 72 - 73
- Laird D.A, 1975, **Psychology Human Relation and Motivation**, New York, Mc Graw Hill Co. p .66
- Larry A Hjelle, Daniel J. Ziegler, 1992, **Personality Theories**, New York, Mc Graw Hill Inco. pp.135 - 334.
- Linda and Richard Eyre, 1997, **Teaching Your Children Values**, diterjemahkan Mengajarkan Nilai - nilai kepada Anak oleh Alex Tri Kuncoro Widodo, Jakarta, Gramedia Pustaka Utama, hlm xv - xv
- Manly Bryan FJ, 1986, **Multivariate Statistical Method a Premier**, New York, Chapman and Hall p 72
- Maslow Abraham, 1987, **Motivation and Personality** New York, Harper Collins Publisher. p 158
- Matzon Carton, Johns and Erni E.R Carton, 1998 Non Verbal Maternal Warmth and Childrents Locus of Control of Reinforcement, *Journal of Non Verbal Behavior*, 22 (1) Spring . 77 – 86
- Meeks Linda B, 1992, **Comprehensive School Health Education**, New York, Meeks Heith Publishing Co Inc p 11 - 53
- Metzger Barbara A, Kennon A Latta, 1966 Variabel Interval Schedule Following Response Acquisition with Delayed Reinforcement, *Psychological Record*, 48 685 - 696

- Milner Wendy S Haward I, Arnus. 1998 **Effort Effect : An Artifact of Effort Produced Partial Responses. The Psychological Record , 48 709 - 716**
- Muhilal, Asep Rustawan. 1998, **Keragaman Prestasi Belajar Murid SD di Desa Penenma PMT - AS , Gizi Indonesia ,vol XXIII : 57 –70**
- Nasution Nochi. 1992. **Psikologi Pendidikan Modul 1 - 6 , Jakarta , PPTK Depdikbud, hlm. 117 - 139**
- Natawidjaja Rochman, Moein Moesa. 1993 **Psikologi Pendidikan. Jakarta. Dijen Dikti PTPG. hlm 72 - 86**
- Notoatmodjo Soekidjo. 1997, **Ilmu Kesehatan Masyarakat, Jakarta, Rineka Cipta hlm 95**
- Notoatmodjo Soekidjo. 1993, **Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta, Rineka Cipta, hlm 86**
- Notoatmodjo S dan Solita S . 1985. **Pengantar Perilaku Kesehatan. Jakarta, BPKM FKM UI , hlm 9 - 20**
- Nurkencana Wayan. Sumartana. 1986, **Evaluasi Pendidikan. Surabaya, Usaha Nasional hlm 87**
- Ormrod Jeanne Ellis. 1990, **Human Learning. New York. Merrill Mc Millan Publishing Co pp 45 - 96**
- Paramita Pradnya. 2000, **Memahami Pertumbuhan Kelainan Gigi Anak, Yogyakarta, Trubus, hlm 23**
- Pedhasur Elzar J. 1982. **Multiple Regression in Behavior Research. New York, Holt, Rinehart and Winston, p 636**
- Potter Patricia Anney Perry , 1993. **Foundamental For Nursing . St Louis, Mosby Year Book, p 790**
- Purwanto Heni 1998 **Pengantar Perilaku Manusia Jakarta Penerbit FGC, hlm 10**
- Rahiluddin Zein, Septi Pawelas Arso, P Ginanjar, Bayu Wijasena 2000 **Intervensi Pendidikan Kesehatan sebagai Upaya Pencegahan Kecacangan pada Anak SU di Kota Semarang . Jurnal Epidemiologi Indonesia, 4 (3) 26 – 34**
- Rakhmad Jalaludin. 1992. **Psikologi Komunikasi. Bandung Remaja Rosda Karya hlm 15 - 20**

- Rilantono L. 2000. Perjalanan Panjang Konvensi Hak Anak Indonesia. **Bulletin Anak Indonesia**. No 337 : 3 - 4
- Riyanto Yatim. 2001. **Metode Penelitian Pendidikan**. Surabaya. Penerbit SIC, hlm 44
- Roberts Thomas B. 1975. **Four Psychologies Applied to Education**. Cambridge, Schenkman Publishing Co, p 133
- Rustiawan Asep, Muhilal 1998. Keragaman Prestasi Belajar Murid SD di Desa Penenma PMTAS . **Gizi Indonesia** . vol XXIII .57 - 70
- Sanches J Rudolph, Truyillo Donald M, Baurer Talya M. 2000, Development and Examination of an Expectancy Based Measured of Test-Taking Motivation. **Journal of Applied psychology** vol. 85 no. 5 : 739 – 750
- Sandrasari Desi, 2000. **Pengaruh Program UKGS Tahap I,II,III Terhadap Karies Gigi Siswa Kelas VI SD**. KTI FKG Unej, hlm. 39
- Satoto. 1999. Hubungan Antara Kekurangan Seng (Zn) Dengan Tumbuh Kembang dan Kejadian Infeksi di Kalangan Anak Balita **Seri Laporan Penelitian dan Survey**. PDII LIPI jilid 26 : 26
- Scheaffer Richard L. 1986 **Elementary Survey Sampling**. Boston. PWS Publisher. p 110
- Schieffs Patricia J Mauren Smith, 1994. **Applied Psychology in the Classroom**, Boston, Allyn and Bacon. p.130
- Sjamsunir Adam, 1998. **Pelajaran Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat**, Jakarta. Bhratara hlm.27
- Skinner B F 1965 , **Science and Human Behavior**. London. The Free Press. Collier Mc Millan p.72 – 75
- Smet Bart. 1994. **Psikologi Kesehatan** Bandung. PT Grasindo hlm 68
- Soedarsono S 1990. Higiene Perorangan dalam **Buku Pedoman UKS** Dinkes. Deodikbud, Jawa timur . hlm 98
- Soetjningsih S 1998. **Tumbuh Kembang Anak** Jakarta. Penerbit AGC. hlm 14
- Sudigdo Sastroasmoro, Sofyan Ismael, **Dasar- dasar Penelitian Klinis** 1995 . Jakarta Binarupa Aksara hlm 49
- Sudiman. 1992 **Ilmu Pendidikan**. Bandung Mandar Maju hlm 28

... Penelitian Anak ... hlm. 43

Sri Lestari, Widjanto Sudhana, 2002, Profil Kebersihan Mulut dan Kesehatan Gigi Anak Sekolah Usia 12 – 15 tahun di DKI Jakarta, **Majalah Ilmiah Kedokteran Gigi Edisi Khusus Forum Ilmiah VII October 2002**, Jakarta hlm 377 – 380

Usman Husani, Purnomo Setiady, 2000, **Pengantar Statistika**, Jakarta, Bumi Aksara, h.m. 288, 290

Wahab Rohmat, Solehudin M, 1999, **Perkembangan dan Belajar Peserta Didik**, PGSD Depdikbud Jakarta , hlm 52

Webster Third New International Dictionary vol.II, 1981, Encyclopedia Britanica, Inc, p 1915

Widyastono Herry, 1997, Profil Siswa SD yang Memerlukan Perhatian Khusus, **Jurnal Ilmiah Kajian Depdikbud**, Jakarta , no .08 Tahun II : 25 - 38

Winataputra Ucin, Tita Rosita, 1995, **Belajar dan Pembelajaran**, Modul 1 – 6 PGSM Depdikbud Jakarta hlm 11, 30

Wood Eilen, Teena Willoughby, Cathenne Mc Dennott, 1999, Development Differences in Behavior **Journal of Educational Psychology**, Vol.91 no 3 527 - 536

Woolfolk A, 1993, **Educational Psychology**, Boston, Allyn & Bacon pp.250-253

DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
PROGRAM PASCASARJANA

Jalan Mulyorejo, Surabaya 60286 Telp. (031) 5021715, 5021701 Fax. (031) 5030076
E-mail: masach@pascasarjana.unair.ac.id URL Address: <http://www.pascasarjana.unair.ac.id>

Surabaya, 27 Februari 2012

27 Februari 2012

Surabaya, 27 Februari 2012

Yang saya hormati untuk Disertasi peserta Program Doktor Program Studi ...
... angkatan tahun 1997/2000 Program Pascasarjana Universitas Airlangga

Maryono Disiplin I
1997/2000

MELAKSANAKAN PERUBAHAN PERILAKU HIJIE GIGI DAN MULUT
DIPERBANYAKAN AKTIVITAS PEMERIKSAAN REINFORCEMENT
PADA SISWA SEKOLAH DASAR

Prof. Dr. Rika Subarnanti Ld, SKM

Prof. Dr. Wicaksono, Pd, M.S, MPH, Dr. P3

Prof. Dr. Semanyaki W

...
...
...

...
...
...



...
...
...

**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS PENDIDIKAN**

Jalan dr. Subandi 29 Telpn (0331) 487028 Kotak Pos 181 Kode Pos 68118 Jember

*****bsm*****

Jember, 5 Februari 2002

Nomor : 045/537/436.318/2002
Sifat : -
Lampiran : -
Perihal : Rekomendasi.

Kepada
Yth. Sdr. Ka. Cab. Dinas Pendidikan
Kecamatan :
1. Kaliwates
2. Balung
3. Sukorambi
4. Sumbersari
di Wilayah Kab. Jember

Sesuai dengan surat Saudara A.n. Direktur As. Dir. Bidang Akademik pada program Pascasarjana, Universitas Airlangga Surabaya tanggal 27 Februari 2002 Nomor : 756/JO3.4/PP/2002 tentang ijin melaksanakan penelitian, maka dengan ini pada prinsipnya kami tidak keberatan Saudara :

Nama : MARYONO, Drs, Dipl. RSL
NIM : 099913627/D

untuk mengadakan penelitian di 4 (empat) Kecamatan di wilayah Kab. Jember sebagai berikut :

1. Kecamatan Kaliwates
2. Kecamatan Balung
3. Kecamatan Sukorambi
4. Kecamatan Sumbersari

Demikian mempelancar kegiatan tersebut, diminta Saudara untuk mengadakan koordinasi dengan Kepala Cahang Dinas Pendidikan Kecamatan setempat.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dapatnya digunakan sebagaimana mestinya.

Plt. Kepala Dinas Pendidikan
Kabupaten jember



Drs. H. MOH. HASI
Pembina Tk.I
NIP. 510109431

 **PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**
DINAS KESEHATAN
 JL. SRIKOYO I / 3 JEMBER TELP. 0331 - 487577, FAX. 0331 - 426624

SURAT KETERANGAN

No. 440/625 /436 32/2003

Memperhatikan surat Direktur Bilang Akademik pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya tanggal 27 Februari 2002, No 756/J03.4/PP/2002 perihal izin melaksanakan penelitian, dengan ini diberitahukan bahwa:

NAMA : Drs. Maryono, Dipl. RSL.

NIM : 099913627.D

telah melaksanakan penelitian untuk penulisan Disertasi yang berjudul "Mekanisme Perubahan Perilaku Higiene Perorangan Akibat Pemberian Reinforcement pada Siswa Sekolah Dasar" Di wilayah Kecamatan Kalwates, Bawang, Sakorambi dan Sumber Sari, Kabupaten Jember

Demikian agar yang berkepentingan maklumi.

Jember, 1 April 2005

 DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN JEMBER
 DINAS
 KEMASYAKRATAN
 DR. H. ARTO SANTOSO, MS
 NIP. 140135529

Lampiran no.2**SURAT PERNYATAAN :*****Pengantar:***

Anak-anak yang baik dan ingin selalu sehat.

Setiap orang tidak ingin menderita sakit, termasuk sakit gigi, oleh karena itu perlu belajar atau mengetahui bagaimana menjaga kesehatan gigi dan mulut. Anak-anak akan memperoleh pengetahuan dan keterampilan tentang kesehatan gigi dan mulut, apabila kalian dengan senang hati mengikuti penyuluhan dan latihan dalam rangka penelitian tentang kesehatan gigi dan mulut. Jika kalian bersedia silahkan mengisi surat pernyataan ini dengan jujur dan sukarela.

Nama :

Umur tahun

Siswa SDN:

Kelas

Bersedia menjadi peserta dalam penelitian yang berjudul : **Mekanisme Perubahan Perilaku Higiene Perorangan Siswa Akibat Pemberian Reinforcement**, mulai awal hingga selesainya penelitian tersebut.

Surat pernyataan ini saya buat dengan suka rela tanpa paksaan.

Jember : 2002

Yang membuat pernyataan:

Mengetahui

Kepala Sekolah Dasar Negeri

.....
NIP

Lampiran no.3.1

**MATERI PENYULUHAN I
DIGUNAKAN UNTUK TIM PENELITIAN**

Materi pokok	:	Jenis dan fungsi gigi
Waktu	:	40 menit
Metode	:	ceramah, tanya jawab, peragaan dan refleksi
Media	:	gambar, poster, gigi asli dan gigi tiruan

Tujuan umum :

Setelah mengikuti penyuluhan siswa responden dapat mengetahui, mengidentifikasi, menjelaskan, menyikapi, berkemauan merespons pertanyaan dan tugas yang berkaitan dengan jenis, fungsi gigi dengan benar.

Tujuan khusus:

Setelah mengikuti penyuluhan siswa responden dapat :

1. menyebutkan jenis, fungsi, nilai gigi
2. menunjukkan susunan gigi
3. menghitung jumlah setiap jenis gigi
4. mengetahui beberapa fungsi gigi-geligi sebagai organ tubuh yakni berkaitan dengan alat cerna, bicara dan estetika
5. memiliki sikap untuk mencitota kesehatan gigi

Diskripsi materi

1. Gigi manusia terbagi menjadi dua jenis yaitu gigi susu dan gigi tetap. Gigi susu adalah gigi yang pertama tumbuh dan dimiliki oleh anak balita hingga kanak-kanak berumur 6-8 tahun. Setelah gigi susu tanggal akan tumbuh gigi jenis ke dua yaitu gigi tetap. Jadi gigi tetap akan tumbuh setelah anak usia 9 tahun sampai 11 tahun. Gigi susu berjumlah 20 buah, sedang gigi tetap berjumlah 32 buah.

Gigi tetap terdiri dari 8 buah gigi seri, 4 buah gigi taring, 8 buah gigi geraham I dan 12 buah gigi geraham II. Masing-masing jenis gigi memiliki bentuk dan fungsi berbeda. Gigi seri berfungsi sebagai pemegang dan pemotong makanan, gigi taring berfungsi untuk merobek atau mengoyak makanan, sedang gigi geraham berfungsi menghaluskan atau mencacah makanan. Pekerjaan gigi cukup berat karena berhubungan dengan makanan yang masuk dan harus dicerna untuk kepentingan tubuh setiap hari. Demikian beratnya pekerjaan gigi maka gigi harus dirawat, dijaga kesehatannya agar tidak sakit. Jika gigi sakit tubuh akan terganggu, aktivitas terganggu. Demikian juga jika bibir atau lidah yang terletak di rongga mulut sakit, proses mengunyah makanan tidak sempurna, berbicarapun juga terganggu.

2. Gigi dan organ lain yang terletak di rongga mulut yakni lidah, bibir sangat besar perannya sebagai alat cerna. Kecuali itu organ tersebut juga berhubungan dengan alat bicara, serta keindahan wajah (estetika). Gigi yang sehat bukan hanya bersih terbebas dan penyakit tetapi juga tersusun secara baik.

Daftar Pustaka :

- Departemen Kesehatan RI, 1994, **Penuntun Persyaratan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah**. Jakarta, hlm. 12
- Donald Ralph Mc, 1974, **Dentistry For The Child and Adolescent**, St. Louis, The Morsby Company, p.158
- Enyang I, 1991, **Ilmu Kesehatan Masyarakat**, Bandung, PT. Aditya Bhakti, hlm.16
- Haskell JJ, Gayford, 1993, **Penyakit mulut**, alih bahasa Lillian Yuvono, Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC, hlm 27
- Hudlaw R.J. WP Rock, 1992, **Perawatan Gigi Anak** edisi 2, alihbahasa oleh Agus Djawa. Jakarta, hlm.15
- Surojo Sutarni, 1993, **Ilmu Kedokteran Gigi Pencegahan**, Yogyakarta, Gajah Mada University Press, hlm 25
- Wei Stephen H Y, 1988, **Pediatric Dentistry**, Lea & Febiger USA, hlm 275

Lampiran no.3.2

**MATERI PENYULUHAN II
DIGUNAKAN UNTUK TIM PENELITIAN**

Materi	: Gangguan, penyakit Gigi dan Mulut
Waktu	: 40 menit
Metode	: ceramah, tanya jawab, peragaan dan refleksi
Media	: gambar, poster, foto, dan benda tiruan
Tujuan	: Setelah mengikuti penyuluhan, siswa responden dapat mengetahui, memahami, menyadari, serta dapat menjelaskan secara benar tentang gangguan, penyakit gigi dan mulut

Diskripsi materi

1 Gigi dapat terganggu atau rusak disebabkan oleh bakteri yang terdapat pada sisa makanan dan minuman, cara penggunaan gigi yang salah, kebersihan gigi dan mulut tidak terjaga, dapat pula karena kekurangan vitamin dan berbagai zat yang berguna bagi tubuh (mineral). Sisa makanan yang masih tertinggal di sela-sela gigi akan menjadi makanan bagi bakteri. Semakin banyak dan semakin lama sisa makanan tertinggal, bakteri makin berkembang biak. Kerumunan bakteri inilah yang disebut *plak* yang akan menurunkan keasaman di daerah gigi, akibatnya akan mengganggu warna dan kesehatan gigi. Salah satu gangguan kesehatan gigi yang umum adalah adanya *karies* gigi, yang bahasa sehari-hari dinamakan gigi berlubang. Tanda yang mudah dikenali adanya karies adalah adanya lobang (*cavitas*), yang dari luar sering tampak bercak putih pada email gigi. Proses terjadinya rongga atau *cavitas* disertai dengan pewarnaan (*stains*). Karies gigi dapat terjadi pada mahkota gigi atau pada akar gigi, akibat yang dirasakan jika gigi terkena karies akan terasa nyilu atau linu jika terkena makanan atau minuman terutama

minuman yang manis atau dingin. Gangguan lain pada gigi adalah adanya karang gigi (*tandsteen*), yaitu adanya endapan kalsium di daerah gigi.

2. Beberapa gangguan gigi dan mulut yang lain antara lain
 - a. letak atau susunan gigi
 - b. sudut bibir kotor
 - c. skorbut, bibir pecah-pecah, berlubang dan berdarah sering disebut ulserasi rongga mulut. Penyebab ulserasi bermacam-macam antara lain karena infeksi yang disebabkan oleh bakteri atau virus, gangguan pencernaan (*gastrointestinal*).

Daftar Pustaka:

- Departemen Kesehatan RI, 1994, **Penuntun Persyaratan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah**, Jakarta, hal. 12
- Entjang Indan, 1991, **Ilmu Kesehatan**, Bandung, PT Aditya Bhakti, hal. 16
- Haskell JJ, Gayford, 1993, **Penyakit Mulut**, alih bahasa Lilian Yuwono. Jakarta, Penerbit EGC, hal. 27
- Hudlaw RJ, WP Rock, 1992, **Perawatan Gigi Anak ed. 2** alih bahasa Agus Djaya, Jakarta, Penerbit EGC, hal. 15
- Surojo Sutatni, 1993, **Ilmu Kedokteran Gigi Pencegahan**, Yogyakarta, Gajah Mada University Press, hal. 25
- Wei, Stephen HY, 1988, **Pediatric Dentistry**, Lea & Febiger, USA, p. 275

Lampiran no.3.3

**MATERI PENYULUHAN III
DIGUNAKAN UNTUK TIM PENELITIAN**

Materi	Pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut
Sub materi	1. Cara menyikat gigi 2. Cara memilih sikat gigi dan pasta gigi
Waktu	40 menit
Metode	Peragaan, praktek, refleksi
Media	Benda asli (sikat gigi, pasta gigi), dan benda tiruan
Tujuan	Setelah selesai mengikuti penjelasan dan peragaan tentang materi penyuluhan ke-3, siswa responden dapat menyebutkan, memilih dan menggunakan sikat gigi, pasta gigi dengan benar. Kecuali itu siswa responden dapat memiliki perasaan menyenangkan bagaimana memelihara gigi agar selalu bersih dan sehat

Diskripsi materi :

1. Menggosok atau menyikat gigi harus selalu dilakukan secara teratur dan benar. Menyikat gigi sebaiknya dilakukan : (a) setelah makan dan (b) sebelum tidur. Cara menyikat gigi cukup banyak antara lain : metode atau cara vertikal (atas-bawah), metode horisontal (mendatar kanan – kiri), metode berputar atau sirkular, metode getai atau libras, metode fisiologis. Beberapa metode tersebut ada yang menamakan teknik Scrub, ujung bulu sikat sejajar atau horisontal gerakan dari arah belakang kedepan, teknik Roll dimana ujung bulu sejajar dengan sumbu panjang gigi, putar sikat gigi ke arah oklusal, teknik Bass dengan menaruh sikat gigi membentuk sudut 45 sikat menentuhi gigi dan gusi bagian luar dan dalam. Dan beberapa cara tersebut yang dianjurkan dimulai dengan teknik Scrub lalu berlanjut ke teknik Bass. Namun demikian agar mudah dilakukan adalah dengan teknik campuran mulai dari geraham lalu ke gigi tengah berlanjut ke gigi depan, kembali ke gigi tengah berakhir ke geraham. Demikian dilakukan untuk gigi di rahang atas dan gigi di

rahang bawah, semua gerakan sebaiknya tidak kurang dari 2 – 3 menit. Jangan menyikat gigi hingga gusi gigi mengeluarkan darah.

- 2 Untuk membersihkan gigi kecuali menggunakan sikat gigi juga digunakan benang khusus pembersih kotoran gigi yang disebut dengan *dental floss*. Teknik membersihkan gigi dengan benang khusus ini disebut dengan teknik *flossing*. Sikat gigi yang dipakai sebaiknya berbentuk rata (tidak berlekuk), ujung sikat oval atau mengucil, bulu sikat rata dan lentur halus, ikatan bulunya banyak dengan ujung kira-kira 2 cm panjangnya. Agar hasil menyikat gigi baik, gigi sehat dan segar, sebaiknya digunakan pasta gigi atau odol. Odol yang baik adalah odol yang mengandung fluorida sebesar 0,15%, bukan pasta gigi yang rasanya terlalu manis. Fluorida juga baik untuk campuran dalam larutan untuk kumur. Fluor adalah suatu unsur kimia dalam jumlah kecil sangat berguna untuk mengurangi kerusakan gigi. Sabun atau bubuk batu bata tidak boleh digunakan untuk membersihkan gigi, karena sabun mengandung soda dan bahan kimia lain yang dapat membahayakan kesehatan gigi. Bubuk batu bata disamping tidak higienis (membawa bibit penyakit) juga akan mengikis permukaan gigi.

Daftar Pustaka :

- Departemen Kesehatan RI, 1994, **Penuntun Persyaratan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah**. Jakarta, hlm. 12
- Donald Ralph Mc; 1974, **Dentistry For The Child and Adolescent**, St. Louis, The Mosby Company. p 158
- Entjang J, 1991, **Ilmu Kesehatan Masyarakat**, Bandung. PT Aditya Bhakti, hlm. 16
- Haskell JJ, Gayford , 1993, **Penyakit mulut** , alih bahasa Lillian Yuwono , Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC. hlm 27
- Hudlaw RJ, WP Rock , 1992, **Perawatan Gigi Anak** edisi 2, alihbahasa oleh Agus Djaya, Jakarta, hlm 15
- Surojo Sutatmi. 1993, **Ilmu Kedokteran Gigi Pencegahan**, Yogyakarta, Gajah Mada University Press. hlm. 25
- Wei Stephen H Y. 1988 , **Pediatric Dentistry** , Lea & Febiger USA , hlm 275

Lampiran no.3.4

**MATERI PENYULUHAN IV
DIGUNAKAN UNTUK TIM PENELITIAN**

Materi	:	1. Makanan, minuman yang menyehatkan, 2 Cara memeriksakan gigi dan mulut
Waktu	:	40 menit
Tujuan	:	setelah siswa sampel mengikuti penjelasan dan peragaan tentang materi penyuluhan ke-4, diharapkan dapat menyebutkan, menunjukkan, memilih makanan dan minuman yang menyehatkan gigi dan mulut dengan benar; serta memiliki kesadaran, kemauan, untuk memeriksakan kesehatan gigi dan mulutnya secara rutin.
Metode		ceramah, tanya jawab, peragaan, refleksi,
Media	:	poster dan benda aslinya antara lain (sayur, buah, manisan).

Diskripsi materi

1. Setiap makhluk hidup membutuhkan makanan dan minuman, termasuk manusia. Makanan dan minuman akan bermanfaat bagi manusia jika diatur tentang pemilihan, cara memasak dan cara memakan. Salahsatu jenis makanan dan minuman yang dibutuhkan oleh tubuh adalah yang mengandung zat gula. Zat gula dibutuhkan oleh tubuh karena akan menghasilkan tenaga. Kecuali itu tubuh juga membutuhkan beberapa jenis vitamin dan mineral. Buah-buahan dan sayur mayur banyak mengandung vitamin dan mineral. Banyak memakan sayuran dan buah-buahan dapat menyehatkan tubuh termasuk untuk kesehatan gigi dan mulut. Makanan dan minuman yang mengandung vitamin terutama vitamin C dan kalsium sangat diperlukan bagi kesehatan dan kekuatan gigi dan tulang. Susu adalah salah satu minuman yang banyak mengandung kalsium. Setiap makanan yang hendak dimakan harus dijaga kebersihannya, tidak terkena kotoran, debu, tidak dihanggap talat. Memilih makanan yang tertutup lebih baik dari pada makan makanan yang dibiarkan terbuka. Kekurangan vitamin tertentu antara lain kekurangan vitamin C akan menyebabkan kesehatan gigi dan mulut akan terganggu.

2. Setelah makan atau minum pasti ada sisa makanan yang masih tertinggal disela-sela gigi atau di rongga mulut. Sisa makanan tersebut jika tidak segera dibersihkan akan membusuk menjadi sarang penyebab penyakit yang merusakkan gigi. Sisa makanan yang mengandung zat gula atau minuman manis misalnya sirup, manisan, akan cepat membusuk jika tidak segera dibersihkan. Makanan yang berkarbohidrat, akan menghasilkan asam dalam plak gigi. Asam akan berakibat terjadi karies pada gigi. Oleh karena itu sisa makanan yang tertinggal dirongga mulut dan disela gigi setelah makan harus segera dibersihkan.

Cara membersihkan gigi dan mulut yang mudah yaitu dengan berkumur, tetapi cara yang lebih baik adalah menyikat gigi setelah makan atau sebelum tidur. Karena makanan dan minuman berzat gula cepat merusak gigi, maka sebaiknya hati-hati jika memakan manisan dan minum minuman manis apalagi yang kental atau pekat, lengket.

3. Gigi dan rongga mulut yang tidak bersih akan menjadikan gigi tidak sehat, misalnya warnanya tidak cerah, bau mulut tidak segar, gigi berlubang (karies), plak (koloni bakteri), letak atau susunan gigi tidak teratur, lidah atau bibir pecah, sudut bibir kelihatan kotor. Timbunan sisa makanan yang tidak dibersihkan menjadi makanan dan tempat berkembang biak bakteri, pada akhirnya akan merusak gigi antara lain gigi berlubang, keropos.

4. Agar gigi tetap sehat perlu memeriksakan gigi ke dokter gigi secara rutin di Puskesmas atau Rumah Sakit paling sedikit setiap enam bulan sekali. Tujuan memeriksakan gigi adalah untuk pemeliharaan gigi, pencegahan penyakit, pengobatan pada gigi yang sakit, serta penyempurnaan letak gigi.

Daftar Pustaka:

- Departemen Kesehatan RI, 1994, **Penuntun Persyaratan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah**, Jakarta, hlm 12
- Donald Ralph Mc; 1974, **Dentistry For The Child and Adolescent**, St. Louis, The Mosby Company, p 158
- Entjang I, 1991, **Ilmu Kesehatan Masyarakat**, Bandung, PT. Aditya Bhakti, hlm 16
- Haskell JJ, Gayford, 1993, **Penyakit mulut**, alih bahasa Lillian Yuwono, Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC, hlm 27
- Hudlaw R.J, WP Rock, 1992, **Perawatan Gigi Anak** edisi 2, alihbahasa oleh Agus Djaya, Jakarta, hlm 15
- Sutojo Sutatmi, 1993, **Ilmu Kedokteran Gigi Pencegahan**, Yogyakarta, Gajah Mada University Press, hlm. 25
- Wei Stephen H.Y, 1988, **Pediatric Dentistry**, Lea & Febiger USA, hlm 275

Lampiran no.4.1

KUISIONER SISWA

PRETES

KODE Waktu PRT 40 menit Nama SDN

Perunjuk . *Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar atau cocok sesuai dengan pengetahuan, sikap dan kesiapan atau pengalamannya dengan cara memberi tanda silang pada huruf disamping jawaban yang disediakan*

1. Gigi sangat berhubungan dengan sistem dalam tubuh
 A. pencernaan C. peredaran darah
 B. kesehatan D. kekebalan KO 1
2. Mana diantara jenis gigi yang paling akhir tumbuhnya :
 A. gigi taring C. gigi geraham
 B. gigi seri D. gigi susu KO 1
3. Kebersihan gigi dan mulut perlu dijaga dengan cara :
 A. memeriksakan ke dokter gigi C. makan dan minum yang menyehatkan
 B. menyikat gigi setiap hari D. semua jawaban benar KO 1
4. Gusi yang sering berdarah merupakan tanda bahwa :
 A. sering makan pedas C. kesehatan mulut terganggu
 B. sering berjemur diterik matahari D. harus dibawa kedokter KO 1
5. Bentuk gigi berbeda-beda karena berbeda
 A. perawatannya C. pertumbuhannya
 B. fungsinya D. tempatnya KO 1
6. Jika sisa makanan tidak segera dibersihkan akan mengakibatkan karies di bagian
 A. akar gigi C. dalam gigi
 B. puncak / mahkota gigi D. akar gigi KO 2
7. Membersihkan gigi harus menggunakan sikat gigi, oleh karena itu semua orang boleh menggunakan satu sikat gigi bergantian.
 A. tidak benar B. benar C. ragu-ragu D. tidak tahu KO 2

8. Makanan yang mengandung karbohidrat dan zat gula dapat membahayakan gigi jika tersisa di sela gigi, maka permen, manisan, **dilarang** dimakan bagi anak-anak.
A. tidak benar B. benar C. ragu-ragu D. tidak tahu KO 3
9. Yang dinamakan karies gigi adalah gigi yang
A. tidak mau tumbuh B. copot (tanggal)
C. harus dicabut D. tidak sehat KO 4
10. Plak dapat menyebabkan gigi . . . sehingga sebagai tanda bahwa perlu perawatan dengan baik
A. kuat B. ompong C. berubah warna D. dirambal KO 4
11. Salah satu cara merawat gigi yang berlubang harus **ditambal**, untuk itu penderita cukup datang ke dokter gigi sekali saja langsung ditambal
A. salah B. benar C. ragu-ragu D. tidak tahu KO 5
12. Sisa makanan yang rasanya manis, kemudian muncul bakteri akhirnya sakit gigi, adalah rangkaian sebab akibat :
A. benar B. salah C. ragu-ragu D. tidak tahu KO 5
13. Mana yang lebih baik dimiliki agar disebut memiliki gigi sehat dan indah
A. gigi putih tetapi berdesakan
B. gigi tidak putih tetapi bentuknya kecil-kecil
C. dua gigi seri atas ukurannya besar
D. gigi selalu tampak bersih, tumbuhnya tidak berdesakan KO 6
14. Pasta gigi atau odol jika digunakan akan mengeluarkan busa, apabila tidak ada pasta gigi dapat digunakan sabun karena sama-sama mengeluarkan busa:
A. salah B. benar C. ragu-ragu D. tidak tahu KO 6
15. Agar gigi tetap sehat perlu pemeriksaan ke dokter gigi secara teratur, paling sedikit sekali saja seumur hidupnya .
A. benar B. salah C. ragu-ragu D. tidak tahu AF 1
16. Di TV atau Radio, banyak iklan pasta gigi dan sikat gigi. kebetulan kamu belum mempunyainya, setelah menonton . maka kamu akan
A. tidak langsung membeli
B. langsung membeli
C. tidak langsung tidak membeli
D. langsung tidak membeli
E. tidak tahu

17. Jika setiap hari kamu diberi coklat, permen, manisan, oleh temanmu, maka kamu akan AF 1
- A. langsung menolak B. tidak langsung menolak C. langsung menerima
D. tidak langsung menerima E. tidak tahu
18. Kebetulan salah satu gigimu ada yang berlobang, sering terasa sakit, maka apa yang kamu lakukan? AF 2
- A. mengobati sendiri C. minta tolong kepada orang pintar (dukun)
B. menolak berobat D. dengan terpaksa berobat ke dokter gigi
E. dengan senang hati dan segera ke dokter gigi
19. Menggosok gigi penting untuk kesehatan gigi setiap hari, tetapi ada yang menyuruh kamu tidak usah menggosok gigi setiap hari. setujukah kamu? AF 2
- A. sangat setuju dan akan mengikuti
B. setuju akan mencoba
C. setuju tetapi tidak mencoba
D. tidak setuju, tetapi akan mencoba
E. sangat tidak setuju dan tidak akan mencoba
20. Buah-buahan dan sayuran berikut ini baik untuk kesehatan gigi, menurut penilaitanmu, jenis buah dan sayur mana yang paling baik? AF 3
- A. tidak ada B. durian dan pakis C. apokat, jambu dan bayam.
D. pisang, nangka, nanas dan daun singkong
E. jeruk, apel, pisang dan bayam, wortel
21. Jika kamu belum memiliki sikat gigi, lalu diberi sikat gigi yang bentuknya besar, bulu sikatnya keras, tetapi berwarna-warni menarik, maka kamu akan AF 4
- A. menolak dengan alasan
B. menolak tanpa alasan
C. menerima dengan terpaksa
D. menerima tanpa alasan
E. tidak tahu
23. Bagaimana perasaanmu jika bibir dan lidahmu luka karena sariawan? : AF 5
- A. merasa sakit dan terganggu
B. merasa sakit tetapi tidak terganggu
C. susah
D. biasa saja
E. tidak tahu
24. Kamu diberi waktu untuk digunakan menyikat gigi sampai bersih, berapa lama yang akan kamu lakukan PS 1
- A. dua menit saja B. empat menit saja
C. lima menit saja D. sepuluh menit saja

25. Setelah selesai makan, di mulutmu ada sisa ketoran, mana yang akan kamu lakukan untuk membersihkan gigi?
A. menyikat
B. menggunakan tusuk gigi
C. berkumur saja
D. membiarkan saja PS 2
26. Jika gigimu ada yang sakit, pipimu bengkak, apa yang akan kamu lakukan?
A. menempeli koyo
B. mengolesi minyak gosok
C. membiarkan
D. kedokter gigi PS 2
27. Kapan waktu yang sering kamu siapkan untuk menyikat gigi?
A. setelah bangun tidur
B. sebelum tidur malam
C. setiap selesai makan
D. tidak tentu PS 3
28. Bagaimana cara atau gerakan sikat yang sering kamu lakukan jika menyikat gigimu?
A. gabungan BCD
B. maju mundur
C. dari atas ke bawah
D. dari bawah ke atas PS 3
29. Vitamin C adalah sangat baik untuk kesehatan gigi dan mulut, dari makanan apa yang sering kamu makan yang mengandung vitamin C?
A. pentol bakso
B. kerupuk
C. buah asam
D. buah jenuk PS 4
30. Untuk membersihkan gigi ada orang yang menggunakan bubuk batu merah, agar gigi kelihatan putih, apakah kamu juga melakukan ?
A. ya selalu
B. ya kadang – kadang
C. tidak pernah
D. belum pernah PS 5

----- Terima kasih kamu telah mengerjakan dengan baik -----

Lampiran no.4.2

KUISIONER SISWA POSTES I

KODE : POT.1
Waktu : 30 menit

Nama:.....
SDN :

Petunjuk :

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar atau paling cocok sesuai dengan pengetahuan, sikap dan kesiapan atau pengalamannya dengan cara memberi tanda X disamping huruf jawaban yang tersedia.

1. Yang dinamakan gigi susu adalah gigi yang sifatnya : KO.1
A tetap B. kuat C. tidak tetap D lunak
2. Dari sekian jenis gigi, jenis gigi manakah yang paling akhir tumbuhnya ? : KO.1
A. gigi taring B. gigi seri C. gigi tetap D. geraham
3. Jenis gigi yang letaknya paling paling depan adalah gigi seri, berjumlah : KO.1
A empat buah B.dua buah C.enam buah D.delapan buah
4. Yang bukan termasuk alat pencernaan tetapi terletak dirongga mulut adalah: KO.1
A lidah B.ludah C.gusi D. gigi
5. Salahsatu penyebab gigi sakit disebabkan oleh karena : KO.1
A.tidak terjaga kebersihannya B.dibor C.tidak lengkap
D.merokok
6. Bentuk dan ukuran gigi berbeda-beda, berdasar : KO.2
A. nama atau manfaat B. jumlahnya C. warnanya

9. Bagian paling atas dan gigi dinamakan : KO.2
A mahkota gigi B. penutup gigi C tulang gigi D penyangga gigi
10. Salahsatu gigi adikmu ada yang tanggal (copot). kelak akan tumbuh lagi gigi baru karena : KO.2
A. dipelihara B. masih kecil C. tumbuh gigi tetap D. suka makan
11. Untuk menjaga agar gigi tampak putih bersih, banyak orang menggosok gigi menggunakan batu merah, jika kamu diajak mengikuti caranya. AF.1
A. dengan senang mengikuti
B. dengan terpaksa mengikuti
C. menolak tanpa alasan
D. menolak dengan alasan
E. tidak tahu
12. Sebelum tidur saya harus mandi, tidak lupa menggosok gigi , saya.... AF.1
A. sangat setuju
B. setuju
C. tidak setuju
D. sangat tidak setuju
E. tidak tahu
13. Jika tidak tahu arti dan manfaat fluor, lebih baik diam saja daripada salah menjelaskan AF.1
A. tidak tahu
B. sangat setuju
C. setuju
D. tidak setuju
E. sangat tidak setuju
14. Salahsorang temanmu tiba-tiba gigi serinya copot karena jatuh yang akan kamu lakukan: AF.2
A. segera menolong
B. memanggil teman lain
C. menjauhi
D. menyalahkan
E. tidak tahu

16. Salah seorang temanmu tidak masuk sekolah karena giginya sakit, tetapi teman-temanmu mengatakan bahwa tidak usah memberitahu Guru karena malu, kamu akan ...
- A. tidak tahu
B. mengikuti teman
C. tidak mengikuti teman
D. mengingatkan teman
E. mengatakam sambil minta ijin kepada Guru
17. Seseorang dapat menderita sakit gigi, pada umumnya karena
- A. tidak pernah makan vitamin
B. tidak merokok
C. kurang merawat gigi
D. umurnya sudah tua
18. Cara memelihara gigi berikut ini kamu ingin melakukan ?
- A. menggosok gigi setelah bangun tidur
B. menggosok gigi sebelum kesekolah
C. menggosok gigi setelah makan dan sebelum tidur
D. mememksakan gigi kalau sakit saja
19. Cara menggosok gigi yang bagaimana yang sering kamu lakukan? :
- A. berkumur, lalu mengggok
B. member pasta gigi lalu langsung meggosok
C. berkumur, memberi pasta gigi, menggosok
D. berkumur, memberi pasta gigi, menggosok, berkumur
20. Memeriksa gigi ke dokter gigi dapat menyehatkan gigi, oleh karena itu saya
- A. belum pernah ke dokter gigi
B. pernah melakukan 1 X saja
C. selalu saya lakukan
D. tidak pernah saya lakukan karena takut

AF.3

PS.1

PS.1

PS.2

PS.2

----- *semua kasih kamu telah mengerjakan dengan baik* -----

Justifikasi

1. Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan
2. Fakultas Kedokteran Gigi
3. Sekolah Dasar

Lampiran no.4.3

KUISIONER SISWA POSTES II

KODE:	POT 2	Nama
Waktu	30 menit	SDN

Petunjuk

Pilihlah salah satu jawaban yang kamu anggap paling benar atau cocok sesuai dengan pengetahuan, sikap dan kesukaan atau pengalamannya di antara jawaban yang disediakan dengan cara memberi tanda silang pada huruf di samping jawaban.

- Salahsatu penyebab sakit gigi adalah karena banyaknya timbunan plak yang terletak dibagian..... gigi KO.3
 A.puncak B.email C.akar D.rongga
- Mengunyah makanan tidak boleh terlalu cepat atau terburu-buru karena akan berakibat KO.3
 A.sakit gigi B.perut terganggu C.tersedek D.dimarahi ibu
- Ludah amat berguna dalam membantu pencernaan, tetapi akan menjadi tidak baik jika KO.3
 A.sering meludah B.hagi perokok C.dnelan D.ditahan
- Jenis gigi yang paling lambat tumbuhnya adalah geraham, mengingat ukurannya yang paling..... dibanding dengan jenis gigi lainnya KO.3
 A.kuat B.pendek C.besar D.monjong
- Benang pembersih gigi digunakan untuk membersihkan kotoran di..... gigi yang tidak terjangkau dengan sikat gigi biasa KO.4
 A.sela-sela B.permukaan C.ujung D.dasar
- Gigi terdiri dari tiga bagian, tetapi..... tidak termasuk bagian gigi KO.4
 A.mahkota gigi B.leher gigi C.akar gigi D.plak gigi
- Gigi susu berjumlah 20 buah, disebabkan karena gigi geraham II yang berjumlah..... belum tumbuh KO.4
 A.12 buah B.4 buah C.2 buah D.6 buah

15. Setiap akan ada pemeriksaan gigi dan mulut di sekolahmu, apa yang akan kamu lakukan?
- A. memeriksakan dengan senang tanpa dipaksa
 B. memeriksa karena terpaksa
 C. tidak memeriksakan
 D. tidak tahu
 E. tidak masuk sekolah (bolos)
16. Sebagian orang mengatakan bahwa sakit gigi disebabkan oleh ulat gigi :
- A. sangat tidak setuju
 B. tidak setuju
 C. setuju
 D. sangat setuju
 E. tidak tahu
17. Setelah makan petai, bawang, mulut akan berbau tidak sedap, untuk menghilangkan bau tersebut mana yang sering kamu lakukan?
- A. berkumur saja B. makan manisan C. menyikat gigi D. minum es
18. Pilihlah urutan jenis gigi yang benar menurut urutan tumbuhnya
- A. gigi geraham, gigi seri, gigi taring
 B. gigi seri, gigi taring, gigi geraham
 C. gigi taring, gigi geraham, gigi seri
 D. gigi geraham, gigi taring, gigi seri
19. Untuk memilih pasta gigi yang baik, bagaimana cara yang sering kamu lakukan?
- A. mengikuti atau meniru iklan di TV atau radio
 B. mengikuti orangtua
 C. bertanya kepada teman
 D. bertanya kepada penjualnya
20. Setelah makan makanan panas misalnya bakso, lalu minum es sering dilakukan orang, apakah kamu juga melakukan?
- A. tidak pernah melakukan
 B. belum melakukan
 C. kadang-kadang melakukan
 D. sering melakukan

.....*Terima kasih kamu telah mengerjakan dengan baik*.....

Lampiran no.4.3

KUISIONER SISWA POSTES III

KODE: POT.3
Waktu: 30 menit

Nama:
SDN:

Petunjuk

Pilihlah salahsatu jawaban yang kamu anggap paling benar atau paling cocok sesuai dengan pengetahuan, sikap dan kesiapan atau pengalammu, dengan memberi tanda X di samping huruf pada setiap jawaban yang tersedia.

1. Lidah adalah salah satu bagian anggota tubuh yang berada di rongga mulut sangat berhubungan dengan : KO.5
 A fungsi tubuh B vitamin C C. sistim pencernaan D. dosa
2. Dan berbagai jenis makanan di bawah ini ada yang cepat mengganggu kesehatan gigi: KO.5
 A. bubur B. bakso C. roti D. manisan
3. Di antara kegiatan ini ada yang paling tidak baik bagi kesehatan gigi dan mulut : KO.5
 A. mengunyah permen karet B. berkumur air garam
 C. menggunakan tusuk gigi D. memotong gigi (pangur)
4. Untuk mencegah gangguan kesehatan gigi dan mulut dianjurkan untuk berkumur menggunakan obat kumur, jika tidak ada dapat diganti dengan berkumur menggunakan : KO.5
 A. rebusan air sirih B. air soda
 C. air kelapa D. air sari buah
5. Adikmu yang masih berumur 5 tahun masih minum menggunakan botol (dot), padahal cara tersebut menyebabkan bentuk gigi tidak baik, maka sebaiknya KO.5
 A. diabaikan sampai berhenti sendiri B. mengusulkan kepada ibu agar dihentikan
 C. memarahi adik D. membenci adik
6. Gigi yang sehat berhubungan dengan bentuk wajah terutama dibagian mulut, bahkan giginya sehat tetapi bentuknya menonjol (tongos) , berarti KO.6
 A. sudah biasa B. sehat tetapi tidak indah
 C. terlalu banyak minum D. tidak sehat

7. Anak seusia kamu (10 - 12 th). jumlah dan jenis gigi mu hampir sama dengan gigi milik :
 A kakak-nenek. B adik kecil C kakak D bapak ibu KO.6
8. Gangguan kesehatan berikut ini ada yang bukan merupakan gangguan gigi dan mulut
 A mimisan B. sariawan C. karies D kepala pusing KO.6
9. Banyak orang merokok dengan alasan bahwa asap rokok dapat membunuh kuman yang merusak gigi
 A benar sekali B. benar C. salah D sangat salah KO.6
10. Pasta gigi (odol) yang baik adalah pasta gigi yang mengandung fluoride, karena fluor bermanfaat untuk :
 A. menambah rasa manis B. menghambat tumbuhnya bakteri
 C. memberi daya tarik pada gigi D. mengentalkan pasta gigi KO.6
11. Ada pendapat yang mengatakan bahwa jika ke dokter gigi harus berani giginya dibor, menurut perasaanmu pendapat itu :
 A sangat tidak baik
 B salah
 C sangat baik
 D. baik
 E tidak tahu AF.4
12. Semua jenis makanan adalah baik untuk kesehatan termasuk untuk kesehatan gigi, apa yang akan kamu lakukan jika ada pendapat demikian?
 A tidak tahu
 B membiarkan saja
 C mendukung bahwa pendapat tersebut benar
 D. menentang pendapat tersebut
 E. menjelaskan bahwa pendapat tersebut ada yang salah AF.4
13. Adikmu salah dalam menggosok gigi karena belum tahu caranya. apa yang akan kamu lakukan?
 A tidak tahu
 B membiarkan saja
 C mengingatkan
 D menjelaskan
 E menjelaskan sambil memberi contoh AF.5



AF.5

- 14 Agar gigi sehat dan kuat harus banyak makan makanan yang berwarna putih
- A tidak tahu
 - B setuju dan harus didukung
 - C memhenarkan
 - D menyalahkan
 - E tidak setuju dan menentang

AF.5

- 15 Jika gigimu ada yang terasa ngilu (linu) pada waktu makan dan minum merupakan tanda bahwa kesehatan gigimu terganggu, kamu akan
- A memeriksakan ke dokter gigi
 - B memeriksakan ke mantri
 - C mencoba mengobati sendiri
 - D dibiarkan saja sampai sembuh
 - E menangis

- 16 Menggosok gigi tidak boleh terburu-buru karena hasilnya kurang bagus, menurut pengalamanmu berapa lama kamu dalam menggosok gigi:

PS.4

A 20- 30 menit B 10 – 20 menit C 5 – 10 menit D.1 – 5 menit

- 17 Kebiasaan yang sering dilakukan orang adalah kedokter gigi setelah sakit gigi, apakah kamu juga melakukan kebiasaan itu?:

PS.4

A ya selalu B.ya kadang-kadang C.belum pernah D.tidak pernah

- 18 Jika kamu dibenbenang khusus untuk membersihkan gigi kamu akan

PS.5

A. dengan senang mencoba B terpaksa mencoba
C. menolak D tidaktabu

- 19 Cara menggunakan benang khusus untuk gigi, cukup menggunakan :

PS.5

A dua jari tangan kanan
B dua jari tangan kin
C empat jari kanan dan kin
D sepuluh jari

- 20 Untuk memperkuat gigi dibutuhkan makanan yang mengandung kalsium, oleh karena itu harus makan dan minum secukupnya setiap hari

PS.5

A sayuran dan minum susu
B nasi putih dan minum susu
C makan buah-buahan
E manisn yang berwarna putih

-----Terima kasih kamu telah mengerjakan dengan baik-----

Lampiran no.4.4

KUISIONER SISWA POSTES IV

KODE: POT.4
Waktu: 40 menit

Nama
SDN

Petunjuk: *Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar atau cocok sesuai dengan pengetahuan, sikap dan kesiapan atau pengalamannya dengan cara memberi tanda silang pada huruf disamping jawaban yang disediakan*

1. Mana diantara fungsi-fungsi berikut yang tidak termasuk fungsi gigi-geligi ?
 A. mencerna makanan
 B. alat bicara
 C. pembentuk wajah
 D. pembuka tutup botol KO.1

2. Mana diantara jenis gigi yang paling akhir tumbuhnya ?
 A. gigi taring
 B. gigi seri
 C. gigi geraham
 D. gigi susu KO.1

3. Kebersihan gigi dan mulut perlu dijaga dengan cara :
 A. memeriksakan ke dokter gigi
 B. menyikat gigi setiap hari
 C. makan dan minum yang menyehatkan
 D. semua jawaban benar KO.1

4. Gusi yang sering berdarah merupakan tanda bahwa :
 A. sering makan pedas
 B. sering berjemur diterik matahari
 C. kesehatan mulut terganggu
 D. harus dibawa kedokter KO.1

5. Bentuk gigi berbeda-beda karena berbeda
 A. perawatannya
 B. fungsinya
 C. pertumbuhannya
 D. tempatnya KO.1

6. Jika sisa makanan tidak segera dibersihkan akan mengakibatkan karies di bagian:
 A. akar gigi
 B. puncak mahkota gigi
 C. dalam gigi
 D. akar gigi KO.2

7. Membersihkan gigi harus menggunakan sikat gigi, oleh karena itu semua orang boleh menggunakan satu sikat gigi bergantian
 A. tidak benar
 B. benar
 C. ragu-ragu
 D. tidak tahu KO.2

8. Makanan yang mengandung karbohidrat dan zat gula dapat membahayakan gigi jika tersisa di sela gigi, maka permen, manisan, dilarang dimakan bagi anak-anak: KO3
 A tidak benar B benar C ragu-ragu D tidak tahu
9. Yang dinamakan karies gigi adalah gigi yang : KO3
 A tidak mau tumbuh B copot (tanggal)
 C harus dicabut D tidak sehat
10. Plak dapat menyebabkan gigi..... sehingga sebagai tanda bahwa perlu perawatan dengan baik KO.4
 A kuat B ompong C berubah warna D ditambal
11. Salah satu cara merawat gigi yang berlubang harus ditumpat atau ditambal, untuk itu penderita cukup datang ke dokter gigi sekali saja langsung ditambal KO.4
 A. salah B benar C ragu-ragu D tidak tahu
12. Sisa makanan yang rasanya manis, kemudian muncul bakteri akhirnya sakit gigi, adalah rangkaian sebab akibat : KO.5
 A benar B. salah C. ragu-ragu D tidak tahu
13. Mana yang lebih baik dimiliki agar disebut memiliki gigi sehat dan indah? KO.5
 A gigi putih tetapi berdesakan
 B. gigi tidak putih tetapi bentuknya kecil-kecil
 C dua gigi seri atas ukurannya besar
 D gigi selalu tampak bersih, tumbuhnya tidak berdesakan
14. Pasta gigi atau odol jika digunakan akan mengeluarkan busa, apabila tidak ada pasta gigi dapat digunakan sabun karena sama-sama mengeluarkan busa: KO.6
 A salah B. benar C ragu-ragu D tidak tahu
15. Agar gigi tetap sehat perlu pemeriksaan ke dokter gigi secara teratur, paling sedikit sekali saja seumur hidupnya KO 6
 A benar B salah C ragu-ragu D tidak tahu
16. Di TV atau Radio, banyak iklan pasta gigi dan sikat gigi, apa yang akan kamu lakukan setelah menonton atau mendengarkan iklan tersebut ? AF 1
 A tidak langsung membeli B langsung membeli
 C tidak langsung tidak membeli D langsung tidak membeli
 E tidak tahu

17. Jika setiap hari kamu diberi coklat, permen, manisan, oleh temanmu, apa yang akan kamu lakukan?
A. langsung menolak B. tidak langsung menolak C. langsung menerima
D. tidak langsung menerima E. tidak tahu
18. Bagaimana rasanya jika salah satu gigimu ada yang berlohang?
A. biasa saja
B. tidak enak
C. sakit sedikit
D. sangat sakit
E. sangat sakit, dan mengganggu
19. Menggosok gigi penting untuk kesehatan gigi, tetapi ada yang menyuruh kamu tidak usah menggosok gigi setiap hari, apa yang akan kamu lakukan?
A. sangat setuju dan akan mengikuti
B. setuju akan mencoba
C. setuju tetapi tidak mencoba
D. tidak setuju, tetapi akan mencoba
E. sangat tidak setuju dan tidak akan mencoba
20. Buah-buahan dan sayuran baik untuk kesehatan gigi, jika kamu disuruh memilih, mana pilihanmu?
A. tidak ada yang dipilih
B. durian dan pakis
C. apokat, jambu dan bayam
D. pisang, nangka, nanas dan daun singkong
E. jeruk, apel, pisang dan hayam, wortel
21. Apa yang akan kamu lakukan jika kamu diberi sikat gigi yang bentuknya besar, bulu sikatnya keras, tetapi berwarna-warni menarik?
A. akan menolak dengan alasan
B. akan menolak tanpa alasan
C. akan menerima dengan terpaksa
D. akan menerima tanpa alasan
E. tidak tahu
22. Jika bibir dan lidahmu luka karena sariawan, apa yang akan kamu lakukan?
A. menjaga kebersihan gigi dan mulut
B. banyak makan buah dan sayur
C. tidak makan apapun
D. menangis
E. menetes dengan obat merah

Lampiran no.5 Instrumen Pemeriksaan Gigi

INSTRUMEN

Nama :

Kelas :

Umur :

SD N :

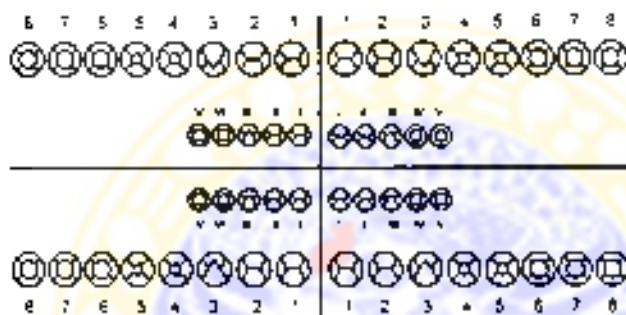
KEADAAN GIGI

D
M
F

DMF

c
e
f

de⁴



DMF:
de⁴:

6	1	6

6	1	6

6 1 6

6 1 6

0)

0)

0)E, -

LEMBAR PENGAMATAN

Nama siswa : SDN :

Perilaku yang diamati : memilih jenis gigi / menentukan letak karies dan plak / memilih

Tanggal pengamatan :

Keberhasilan :

- 3 = benar semua
- 2 = benar sebagian
- 1 = salah semua

Pengamat :

LEMBAR PENGAMATAN

Nama siswa : SDN :

Perilaku yang diamati : cara menggosok gigi

Tanggal pengamatan :

Indikator	Nilai			
1. Urutan	4	3	2	1
2. Gerakan	4	3	2	1
3. Waktu	4	3	2	1

Jumlah =

Keterangan :

- 4 = semua benar
- 3 = sebagian benar
- 2 = sebagian besar salah
- 1 = semua salah

Pengamat:

Oneway

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
UMUR	Ke 1	35	11.00	.48	8.20E-02
	Ke 2	31	11.10	.54	9.68E-02
	Kk 1	20	11.15	.59	.13
	Kk 2	15	11.07	.46	.12
	Total	101	11.07	.51	5.12E-02
PRESTASI	Ke 1	35	64.69	6.28	1.06
	Ke 2	31	64.08	5.59	1.00
	Kk 1	20	61.15	5.91	1.32
	Kk 2	15	63.87	5.94	1.53
	Total	101	63.67	6.00	.80
OHIS	Ke 1	35	1.3648	.8013	.1354
	Ke 2	31	1.4342	.6774	.1217
	Kk 1	20	1.2880	.4894	.1094
	Kk 2	15	1.2733	.6867	.1778
	Total	101	1.3644	.6889	.0684

Descriptives

		95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
		Lower Bound	Upper Bound		
UMUR	Ke 1	10.83	11.17	10	12
	Ke 2	10.90	11.28	10	12
	Kk 1	10.88	11.42	10	12
	Kk 2	10.81	11.32	10	12
	Total	10.97	11.17	10	12
PRESTASI	Ke 1	62.53	66.84	52	75
	Ke 2	62.01	66.12	54	73
	Kk 1	58.38	63.92	50	73
	Kk 2	60.58	67.16	55	76
	Total	62.49	64.86	50	75
OHIS	Ke 1	1.1093	1.6598	16	3.00
	Ke 2	1.1857	1.6827	50	3.00
	Kk 1	1.0600	1.5180	50	2.33
	Kk 2	.8919	1.6547	48	2.50
	Total	1.2287	1.5000	16	3.00

Descriptives

		Minimum	Maximum
UMUR	Ke 1	10	12
	Ke 2	10	12
	Kk 1	10	12
	Kk 2	10	12
	Total	10	12
OHIS	Ke 1	.16	3.00
	Ke 2	.50	3.00
	Kk 1	.50	2.33
	Kk 2	.49	2.50
	Total	.16	3.00
PRESTASI	Ke 1	52	75
	Ke 2	54	73
	Kk 1	50	73
	Kk 2	55	76
	Total	50	76

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
UMUR	1,211	3	97	,310
OHIS	2,560	3	97	,059
PRESTASI	,153	3	97	,927

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
UMUR	Between Groups	,322	3	,107	,387	,755
	Within Groups	26,193	97	,270		
	Total	26,515	100			
OHIS	Between Groups	,403	3	,134	,279	,841
	Within Groups	46,787	97	,482		
	Total	47,190	100			
PRESTASI	Between Groups	168,521	3	56,174	1,586	,198
	Within Groups	3435,697	97	35,420		
	Total	3604,218	100			

Lampiran no.7.2 : Hasil Uji Homogenitas Pretes

Oneway

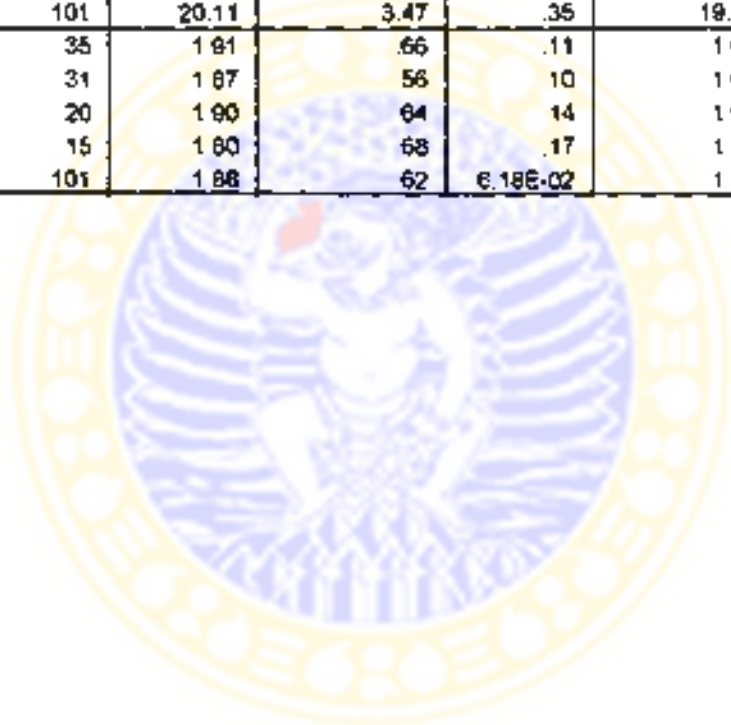
Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
KOGNITIF	Ke 1	35	9.17	1.90	.32	8.52	9.82	6	12
	Ke 2	31	7.84	1.63	.28	7.24	8.44	4	11
	Kk 1	20	7.50	1.50	.34	6.80	8.20	6	11
	Kk 2	15	7.33	3.60	.93	5.34	9.33	4	18
	Total	101	8.16	2.20	.22	7.72	8.59	4	18
AFEKTIF	Ke 1	35	28.88	2.79	.47	27.90	29.81	24	32
	Ke 2	31	26.94	3.21	.58	25.76	28.11	20	31
	Kk 1	20	25.60	3.60	.81	23.91	27.29	20	32
	Kk 2	15	21.53	3.56	.92	19.56	23.51	14	28
	Total	101	26.53	3.98	.40	25.75	27.32	14	32
PSIKOMOTOR	Ke 1	35	21.49	4.00	.68	20.11	22.88	10	33
	Ke 2	31	19.81	2.90	.52	18.74	20.87	10	24
	Kk 1	20	20.05	2.50	.57	18.85	21.25	14	28
	Kk 2	15	17.80	2.92	.75	15.98	19.22	14	22
	Total	101	20.11	3.47	.35	19.42	20.79	10	33
PBUKA	Ke 1	35	1.91	.66	.11	1.69	2.14	1	3
	Ke 2	31	1.87	.56	.10	1.66	2.08	1	3
	Kk 1	20	1.90	.64	.14	1.60	2.20	1	3
	Kk 2	15	1.80	.68	.17	1.43	2.17	1	3
	Total	101	1.88	.62	8.18E-02	1.78	2.00	1	3

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
KOGNITIF	3.425	3	97	.020
AFEKTIF	.657	3	97	.580
PSIKOMOTOR	.614	3	97	.607
PBUKA	.400	3	97	.753

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
						Lower Bound	Upper Bound
KOGNITIF	Ke 1	35	9.17	1.90	.32	8.52	9.82
	Ke 2	31	7.84	1.63	.29	7.24	8.44
	Kk 1	20	7.50	1.50	.34	6.60	8.20
	Kk 2	15	7.33	3.60	.93	5.34	9.33
	Total	101	8.16	2.20	.22	7.72	8.59
AFEKTIF	Ke 1	35	28.86	2.79	.47	27.90	29.81
	Ke 2	31	26.94	3.21	.58	25.76	28.11
	Kk 1	20	25.60	3.60	.81	23.91	27.29
	Kk 2	15	21.53	3.58	.92	19.56	23.51
	Total	101	26.53	3.98	.40	25.75	27.32
PSIKOMOT	Ke 1	35	21.49	4.00	.68	20.11	22.86
	Ke 2	31	19.61	2.90	.52	18.74	20.67
	Kk 1	20	20.05	2.56	.57	18.85	21.25
	Kk 2	15	17.60	2.92	.75	15.98	19.22
	Total	101	20.11	3.47	.35	19.42	20.79
PBUKA	Ke 1	35	1.91	.66	.11	1.69	2.14
	Ke 2	31	1.87	.56	.10	1.66	2.08
	Kk 1	20	1.90	.64	.14	1.60	2.20
	Kk 2	15	1.80	.68	.17	1.43	2.17
	Total	101	1.88	.62	6.18E-02	1.76	2.00



General Linear Model

Between-Subjects Factors

	Value Label	N	
KELOMPOK	1 00	ke1	35
	2 00	ke2	31
	3 00	kk1	19
	4 00	kk2	15

Multivariate Tests^c

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	.784	84.615 ^a	4.000	93.000	.000
	Wilks' Lambda	.716	84.615 ^a	4.000	93.000	.000
	Hotelling's Trace	3.639	84.615 ^a	4.000	93.000	.000
	Roy's Largest Root	3.639	84.615 ^a	4.000	93.000	.000
KELOMPOK	Pillai's Trace	.393	3.579	12.000	285.000	.000
	Wilks' Lambda	.642	3.741	12.000	246.346	.000
	Hotelling's Trace	.503	3.845	12.000	275.000	.000
	Roy's Largest Root	.363	8.626 ^b	4.000	95.000	.000

a. Exact statistic

b. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

c. Design: Intercept+KELOMPOK

▼▼

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	DELTA _{KO}	.979 ^a	3	.326	.233	.873
	DELTA _{AF}	232.747 ^b	3	77.582	10.933	.000
	DELTA _{PS}	20.626 ^c	3	6.875	4.016	.010
	DELTA _{PI}	2.772 ^d	3	.924	1.425	.240
Intercept	DELTA _{KO}	51.769	1	51.769	36.887	.000
	DELTA _{AF}	902.128	1	902.128	177.125	.000
	DELTA _{PS}	161.235	1	161.235	94.190	.000
	DELTA _{PI}	1.544	1	1.544	2.381	.126
KELOMPOK	DELTA _{KO}	.979	3	.326	.233	.873
	DELTA _{AF}	232.747	3	77.582	10.933	.000
	DELTA _{PS}	20.626	3	6.875	4.016	.010
	DELTA _{PI}	2.772	3	.924	1.425	.240
Error	DELTA _{KO}	134.731	96	1.403		
	DELTA _{AF}	691.253	96	7.096		
	DELTA _{PS}	164.334	96	1.712		
	DELTA _{PI}	62.228	96	.648		
Total	DELTA _{KO}	195.000	100			
	DELTA _{AF}	1698.000	100			
	DELTA _{PS}	404.000	100			
	DELTA _{PI}	65.000	100			
Corrected Total	DELTA _{KO}	135.710	99			
	DELTA _{AF}	914.000	99			
	DELTA _{PS}	184.909	99			
	DELTA _{PI}	65.000	99			

a. R Squared = .007 (Adjusted R Squared = -.024)

b. R Squared = .255 (Adjusted R Squared = .231)

c. R Squared = .112 (Adjusted R Squared = .084)

d. R Squared = .043 (Adjusted R Squared = .013)

Post Hoc Tests

KELOMPOK

Multiple Comparisons

Dependent Variable	(I) KELOMPOK	(J) KELOMPOK	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
DELTAKO	ke1	ke2	.2406	.2922	.412
		kk1	9.624E-02	.3376	.776
		kk2	.1524	.3656	.676
	ke2	ke1	-.2406	.2922	.412
		kk1	-.1443	.3452	.677
		kk2	-8.8172E-02	.3726	.813
	kk1	ke1	-9.6241E-02	.3376	.776
		ke2	.1443	.3452	.677
		kk2	5.614E-02	.4092	.891
	kk2	ke1	-.1524	.3656	.678
		ke2	8.817E-02	.3726	.813
		kk1	-5.6140E-02	.4092	.891
DELTAAF	ke1	ke2	-1.0387	.6570	.117
		kk1	-4.2105E-02	.7591	.956
		kk2	-4.4667*	.8221	.000
	ke2	ke1	1.0387	.6570	.117
		kk1	.9966	.7762	.202
		kk2	-3.4280*	.8379	.000
	kk1	ke1	4.211E-02	.7591	.956
		ke2	-.9966	.7762	.202
		kk2	-4.4246*	.9201	.000
	kk2	ke1	4.4667*	.8221	.000
		ke2	3.4280*	.8379	.000
		kk1	4.4246*	.9201	.000
DELTAAPS	ke1	ke2	-.4894	.3227	.133
		kk1	.5955	.3728	.114
		kk2	.6762	.4038	.097
	ke2	ke1	.4894	.3227	.133
		kk1	1.0849*	.3812	.005
		kk2	1.1656*	.4115	.006
	kk1	ke1	-.5955	.3728	.114
		ke2	-1.0849*	.3812	.005
		kk2	8.070E-02	.4519	.859
	kk2	ke1	-.6762	.4038	.097
		ke2	-1.1656*	.4115	.006
		kk1	-8.0702E-02	.4519	.859
DELTAFT	ke1	ke2	-.2682	.1986	.180
		kk1	-.1188	.2294	.606
		kk2	.2286	.2485	.360
	ke2	ke1	.2682	.1986	.180
		kk1	.1494	.2346	.526
		kk2	.4968	.2532	.053

Based on observed means

Multiple Comparisons

.SD

Dependent Variable	(I) KELOMPOK	(J) KELOMPOK	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
DELTAPI	kk1	ke1	.1188	.2294	.606
		ke2	-.1494	.2346	.526
		kk2	.3474	.2781	.215
	kk2	ke1	-.2286	.2485	.360
		ke2	-.4968	.2532	.053
		kk1	-.3474	.2781	.215

Based on observed means

Dependent Variable	(I) KELOMPOK	(J) KELOMPOK	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
DELTAPI	kk1	ke1	-.3366	.5742
		ke2	-.6150	.3162
		kk2	-.2046	.8994
	kk2	ke1	-.7218	.2646
		ke2	-.9994	5.879E-03
		kk1	-.8994	.2046

Based on observed means.

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Variable	(I) KELOMPOK	(J) KELOMPOK	Lower Bound	Upper Bound
	ke1	ke2	-.3394	.8205
		kk1	-.5739	.7863
		kk2	-.5733	.8781
	ke2	ke1	-.8205	.3394
		kk1	-.8295	.5408
		kk2	-.8278	.6514
	kk1	ke1	-.7663	.5739
		ke2	-.5408	.8295
		kk2	-.7581	.8684
kk2	ke1	-.8781	.5733	
	ke2	-.6514	.8278	
	kk1	-.8684	.7561	
DELTA AF	ke1	ke2	-2.3429	.2655
		kk1	-1.5489	1.4647
		kk2	-5.0985	-2.8348
	ke2	ke1	-.2655	2.3429
		kk1	-.5440	2.5373
		kk2	-5.0911	-1.7648
	kk1	ke1	-1.4647	1.5489
		ke2	-2.5373	.5440
		kk2	-8.2509	-2.5982
	kk2	ke1	2.8348	6.0985
		ke2	1.7648	5.0911
		kk1	2.5982	6.2509
DELTA PS	ke1	ke2	-1.1299	.1511
		kk1	-.1446	1.3356
		kk2	-.1253	1.4777
	ke2	ke1	-.1511	1.1299
		kk1	.3282	1.8416
		kk2	.3487	1.9824
	kk1	ke1	-1.3356	.1446
		ke2	-1.8416	-.3282
		kk2	-.8163	.9777
	kk2	ke1	-1.4777	.1253
		ke2	-1.9824	-.3487
		kk1	-.9777	.8163
DELTA PT	ke1	ke2	-.6624	.1260
		kk1	-.5742	.3366
		kk2	-.2646	.7218
	ke2	ke1	-.1260	.6624
		kk1	-.3162	.6150
		kk2	-5.8790E-03	.9994

Based on observed means.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		KE1P1 KO	KE1P1 AF	KE1P1 PS	KE1P1 JM
N		35	35	35	35
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	9,97	30,66	22,46	63,09
	Std. Deviation	2,24	2,10	2,52	4,43
Most Extreme Differences	Absolute	,134	,165	,272	,124
	Positive	,079	,075	,271	,091
	Negative	-,134	-,165	-,272	-,124
Kolmogorov-Smirnov Z		,782	,975	1,611	,736
Asymp. Sig. (2-tailed)		,557	,297	,01	,651

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		KE1P1 PT	KE1P2 KO	KE1P2 AF	KE1P2 PS
N		35	35	35	35
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	1,74	15,69	65,40	42,60
	Std. Deviation	,61	5,30	9,30	6,93
Most Extreme Differences	Absolute	,320	,191	,183	,151
	Positive	,251	,191	,076	,106
	Negative	-,320	-,131	-,183	-,151
Kolmogorov-Smirnov Z		1,895	1,128	1,083	,896
Asymp. Sig. (2-tailed)		,002	,157	,191	,398

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		KE1P2 JM	KE1P2 PT	KE1P3 KO	KE1P3 AF
N		35	35	35	35
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	123,69	1,51	34,00	75,54
	Std. Deviation	13,12	,56	7,95	10,69
Most Extreme Differences	Absolute	,110	,334	,175	,198
	Positive	,060	,334	,175	,157
	Negative	-,110	-,252	-,104	-,198
Kolmogorov-Smirnov Z		,669	1,977	1,034	1,173
Asymp. Sig. (2-tailed)		,764	,001	,236	,128

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		KE1P3_PS	KE1P3_JM	KE1P3_PT	KE1P4_KO
N		35	35	35	35
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	69,11	178,66	2,63	33,17
	Std. Deviation	8,41	15,99	,88	7,71
Most Extreme Differences	Absolute	,073	,087	,777	,154
	Positive	,073	,067	,277	,080
	Negative	-,072	-,087	-,160	-,154
Kolmogorov-Smirnov Z		432	,516	1,643	,910
Asymp. Sig. (2-tailed)		,992	,952	,009	,379

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		KE1P4_AF	KE1P4_PS	KE1P4_JM	KE1P4_PT
N		35	35	35	35
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	62,43	57,14	152,74	7,60
	Std. Deviation	8,31	6,61	16,06	,50
Most Extreme Differences	Absolute	,138	,096	,160	,390
	Positive	,073	,078	,083	,288
	Negative	-,138	-,096	-,160	-,390
Kolmogorov-Smirnov Z		,813	,587	,945	2,304
Asymp. Sig. (2-tailed)		,522	,905	,333	,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Par Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

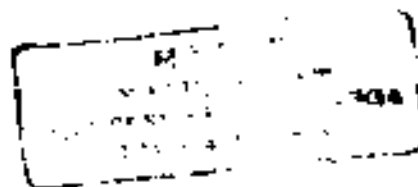
		KE2P1 KO	KE2P1 AF	KE2P1 PS	KE2P1 JM
N		31	31	31	31
Normal Parameters ^{a, b}	Mean	8,42	29,77	21,84	60,03
	Std. Deviation	1,69	2,23	3,10	4,48
Most Extreme Differences	Absolute	,148	,160	,370	,151
	Positive	,122	,127	,243	,071
	Negative	-,148	-,160	-,370	-,151
Kolmogorov-Smirnov Z		,824	,892	2,061	,840
Asymp. Sig. (2-tailed)		,506	,404	(,000)	,461

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		KE2P1 PT	KE2P2 KO	KE2P2 AF	KE2P2 PS
N		31	31	31	31
Normal Parameters ^{a, b}	Mean	2,00	20,74	68,10	47,48
	Std. Deviation	,52	5,97	8,17	7,85
Most Extreme Differences	Absolute	,371	,131	,167	,268
	Positive	,371	,131	,155	,153
	Negative	-,371	-,117	-,167	-,268
Kolmogorov-Smirnov Z		2,065	,729	,937	1,493
Asymp. Sig. (2-tailed)		(,000)	,663	,350	(,023)

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		KE2P2 JM	KE2P2 PT	KE2P3 KO	KE2P3 AF
N		31	31	31	31
Normal Parameters ^{a, b}	Mean	136,32	2,68	36,26	78,68
	Std. Deviation	13,76	,91	7,92	10,37
Most Extreme Differences	Absolute	,114	,219	,143	,151
	Positive	,067	,151	,143	,099
	Negative	-,114	-,219	,175	-,151
Kolmogorov-Smirnov Z		,636	1,221	,799	,843
Asymp. Sig. (2-tailed)		,813	,101	,546	,476



		KE2P3 PS	KE2P3 JM	KE2P3 PT	KE2P4 KO
N		31	31	31	31
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	72,00	186,94	2,71	33,65
	Std. Deviation	9,02	15,75	,76	6,36
Most Extreme Differences	Absolute	,194	,114	,290	,096
	Positive	,104	,080	,226	,089
	Negative	-,194	-,114	-,290	-,096
Kolmogorov-Smirnov Z		1,081	,633	1,613	,535
Asymp. Sig. (2-tailed)		,193	,818	,011	,937

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		KE2P4 AF	KE2P4 PS	KE2P4 JM	KE2P4 PT
N		31	31	31	31
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	64,74	58,35	156,74	2,61
	Std. Deviation	8,17	3,76	12,24	,56
Most Extreme Differences	Absolute	,190	,246	,154	,337
	Positive	,155	,234	,092	,283
	Negative	-,190	-,246	-,154	-,337
Kolmogorov-Smirnov Z		1,058	1,368	,856	1,874
Asymp. Sig. (2-tailed)		,213	,047	,456	,002

a. Test distribution is Normal

b. Calculated from data

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		KK1P1 KO	KK1P1 AF	KK1P1 PS	KK1P1 JM
N		20	20	20	20
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	8,30	27,40	21,05	56,75
	Std. Deviation	1,98	3,80	2,19	7,09
Most Extreme Differences	Absolute	,138	,156	,166	,202
	Positive	,095	,144	,134	,202
	Negative	-,138	-,156	-,166	-,147
Kolmogorov-Smirnov Z		,619	,699	,741	,902
Asymp. Sig. (2-tailed)		,838	,712	,643	,390

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		KK1P1 PT	KK1P2 KO	KK1P2 AF	KK1P2 PS
N		20	20	20	20
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	1,90	13,05	62,85	26,85
	Std. Deviation	,72	3,76	10,82	5,52
Most Extreme Differences	Absolute	,255	,210	,192	,160
	Positive	,245	,210	,113	,160
	Negative	-,255	-,098	-,192	-,125
Kolmogorov-Smirnov Z		1,142	,938	,858	,717
Asymp. Sig. (2-tailed)		,147	,342	,453	,683

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		KK1P2 JM	KK1P2 PT	KK1P3 KO	KK1P3 AF
N		20	20	20	20
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	102,75	1,70	30,50	62,85
	Std. Deviation	14,11	,66	6,85	10,92
Most Extreme Differences	Absolute	,117	,276	,143	,192
	Positive	,117	,257	,143	,113
	Negative	-,101	-,276	-,137	-,192
Kolmogorov-Smirnov Z		,523	1,234	,638	,058
Asymp. Sig. (2-tailed)		,948	,095	,810	,453

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		KK1P3_PS	KK1P3_JM	KK1P3_PT	KK1P4_KO
N		20	20	20	20
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	62,35	155,70	1,65	26,20
	Std. Deviation	8,08	18,07	,67	7,77
Most Extreme Differences	Absolute	,139	,127	,264	,156
	Positive	,105	,092	,264	,156
	Negative	-,139	-,127	-,249	-,095
Kolmogorov-Smirnov Z		,673	,568	1,266	,696
Asymp. Sig. (2-tailed)		,823	,904	,050	,718

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		KK1P4_AF	KK1P4_PS	KK1P4_JM	KK1P4_PT
N		20	20	20	20
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	52,60	51,90	130,70	1,80
	Std. Deviation	6,77	6,47	11,87	,62
Most Extreme Differences	Absolute	,153	,155	,095	,327
	Positive	,153	,155	,095	,273
	Negative	-,102	-,055	-,056	-,327
Kolmogorov-Smirnov Z		,582	,655	,438	1,464
Asymp. Sig. (2-tailed)		,741	,720	,991	<u>,027</u>

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Par Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		KK2P1_KO	KK2P1_AF	KK2P1_PS	KK2P1_JM
N		15	15	15	15
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	7,40	26,47	16,47	52,33
	Std. Deviation	2,35	3,46	2,98	7,26
Most Extreme Differences	Absolute	,191	,180	,205	,197
	Positive	,191	,168	,205	,197
	Negative	-,134	-,180	-,114	-,150
Kolmogorov-Smirnov Z		,738	,696	,792	,762
Asymp. Sig. (2-tailed)		,647	,718	,557	,607

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		KK2P1_PT	KK2P2_KO	KK2P2_AF	KK2P2_PS
N		15	15	15	15
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	1,40	10,27	52,33	23,47
	Std. Deviation	,51	3,79	7,61	2,29
Most Extreme Differences	Absolute	,385	,192	,236	,192
	Positive	,385	,192	,236	,141
	Negative	-,282	-,130	-,168	-,192
Kolmogorov-Smirnov Z		1,491	,743	,915	,743
Asymp. Sig. (2-tailed)		,023	,639	,373	,639

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		KK2P2_JM	KK2P2_PT	KK2P3_KO	KK2P3_AF
N		15	15	15	15
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	66,07	1,20	19,20	52,67
	Std. Deviation	10,37	,41	3,19	7,37
Most Extreme Differences	Absolute	,205	,485	,201	,256
	Positive	,205	,485	,201	,256
	Negative	-,142	,315	-,158	-,149
Kolmogorov-Smirnov Z		,904	1,882	,776	,992
Asymp. Sig. (2-tailed)		,536	,002	,580	,279

		KK2P3 PS	KK2P3 JM	KK2P3 PT	KK2P4 KO
N		15	15	15	15
Normal Parameters ^{a, b}	Mean	57,20	129,07	1,33	23,73
	Std. Deviation	8,58	14,52	,49	6,17
Most Extreme Differences	Absolute	,199	,184	,419	,211
	Positive	,199	,184	,419	,211
	Negative	-,152	-,158	-,247	-,139
Kolmogorov-Smirnov Z		,772	,711	1,624	,816
Asymp. Sig. (2-tailed)		,590	,693	0,010	,519

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		KK2P4 AF	KK2P4 PS	KK2P4 JM	KK2P4 PT
N		15	15	15	15
Normal Parameters ^{a, b}	Mean	53,73	46,20	123,67	1,80
	Std. Deviation	5,23	2,73	6,93	,86
Most Extreme Differences	Absolute	,162	,146	,197	,275
	Positive	,162	,146	,197	,275
	Negative	-,151	-,121	-,101	-,192
Kolmogorov-Smirnov Z		,629	,565	,763	1,065
Asymp. Sig. (2-tailed)		,824	,906	,606	,207

a. Test distribution is Normal

b. Calculated from data

ANALISIS FAKTOR UNTUK PERILAKU KOGNITIF

Communalities

	Initial	Extraction
VAR00001	1.000	.713
VAR00002	1.000	.808
VAR00003	1.000	.775
VAR00004	1.000	.640
VAR00005	1.000	.592
VAR00006	1.000	.603
VAR00007	1.000	.695
VAR00008	1.000	.754
VAR00009	1.000	.486
VAR00010	1.000	.745

Extraction Method: Principal Component Analysis

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5.614	56.141	56.141
2	1.198	11.980	68.121
3	.919	9.186	77.307
4	.514	5.137	82.445
5	.459	4.586	87.031
6	.349	3.487	90.518
7	.347	3.470	93.988
8	.249	2.490	96.478
9	.180	1.798	98.276
10	.172	1.724	100.000

Extraction Method: Principal Component Analysis

	Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	56.141	56.141	56.141	4.234	42.344	42.344
2	11.290	88.121	88.121	2.578	25.777	68.121
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component	
	1	2
/AR00001	.719	.443
/AR00002	.546	.714
/AR00003	.805	.358
/AR00004	.797	6.795E-02
/AR00005	.715	-.284
/AR00006	.755	-.179
/AR00007	.818	-.166
/AR00008	.823	-.278
/AR00009	.691	-9.106E-02
/AR00010	.762	-.366

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 2 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

	Component	
	1	2
/AR00001	.348	.789
/AR00002	5.407E-02	.897
/AR00003	.467	.746
/AR00004	.623	.502
/AR00005	.752	.164
/AR00006	.726	.274
/AR00007	.770	.321
/AR00008	.837	.230
/AR00009	.624	.211
/AR00010	.853	.134

Extraction Method: Principal Component Analysis.

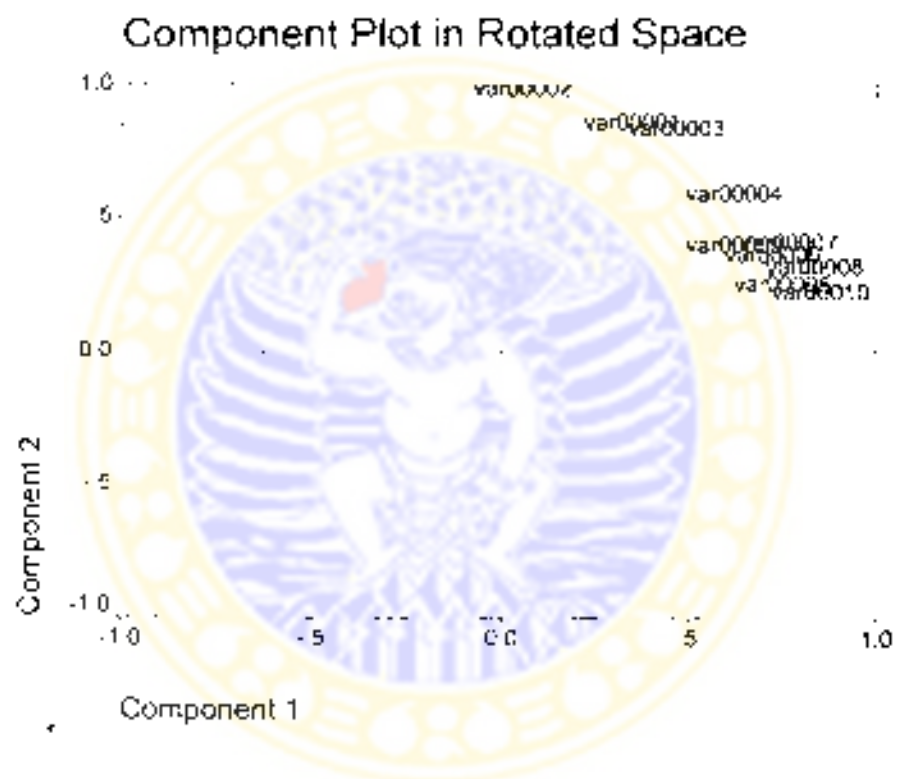
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 3 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2
1	.829	.559
2	-.559	.829

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.



ANALISIS FAKTOR UNTUK PERILAKU AFEKTIF

Communalities

	Initial	Extraction
VAR00001	1,000	.637
VAR00002	1,000	.399
VAR00003	1,000	.501
VAR00004	1,000	.753
VAR00005	1,000	.614
VAR00006	1,000	.651

Extraction Method: Principal Component Analysis

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,013	33,557	33,557	2,013	33,557	33,557	1,955	32,582	32,582
2	1,541	25,675	59,232	1,541	25,675	59,232	1,599	26,850	59,232
3	,954	15,899	75,131						
4	,665	11,075	86,206						
5	,438	7,297	93,503						
6	,390	6,497	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis

Component Matrix^a

	Component	
	1	2
VAR00001	,352	,716
VAR00002	,594	-.215
VAR00003	,542	,455
VAR00004	,831	-.250
VAR00005	,743	-.249
VAR00006	2,744E-02	,808

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 2 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

	Component	
	1	2
VAR00001	7,747E-02	,784
VAR00002	,832	7,722E-03
VAR00003	,347	,817
VAR00004	,868	5,809E-02
VAR00005	,783	2,829E-02
VAR00006	-.258	,784

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

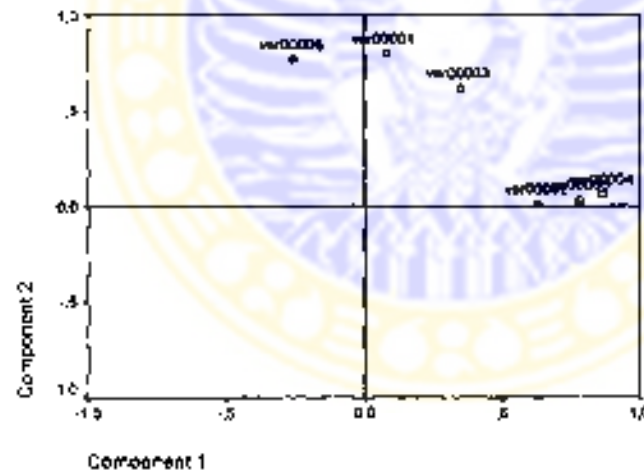
a. Rotation converged in 3 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2
1	,352	,716
2	,594	-.215

Initial Component Matrix: Component 1
Component 2: VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006

Component Plot in Rotated Space



Rotated Component Matrix^a

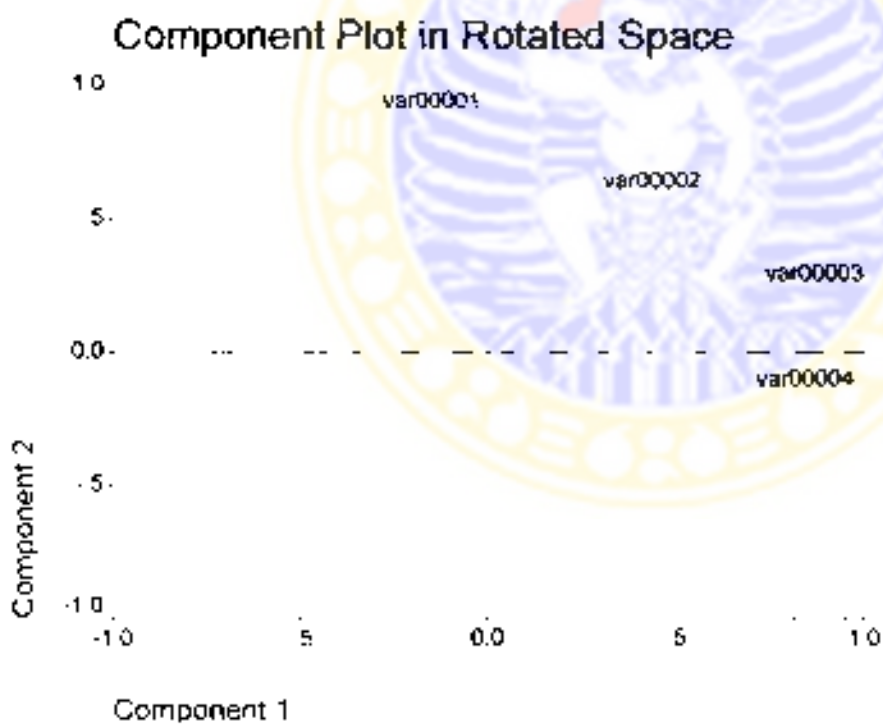
	Component	
	1	2
VAR00001	-.146	.852
VAR00002	.437	.556
VAR00003	.871	.207
VAR00004	.845	-.188

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
^a Rotation converged in 3 iterations.

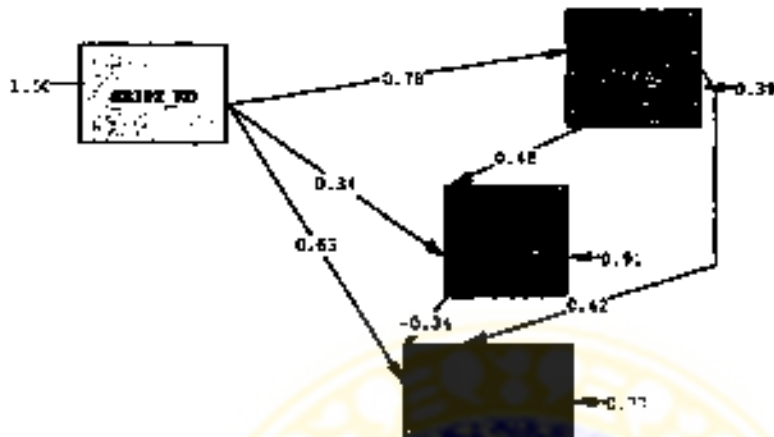
Component Transformation Matrix

Component	1	2
1	.974	.225
2	-.225	.974

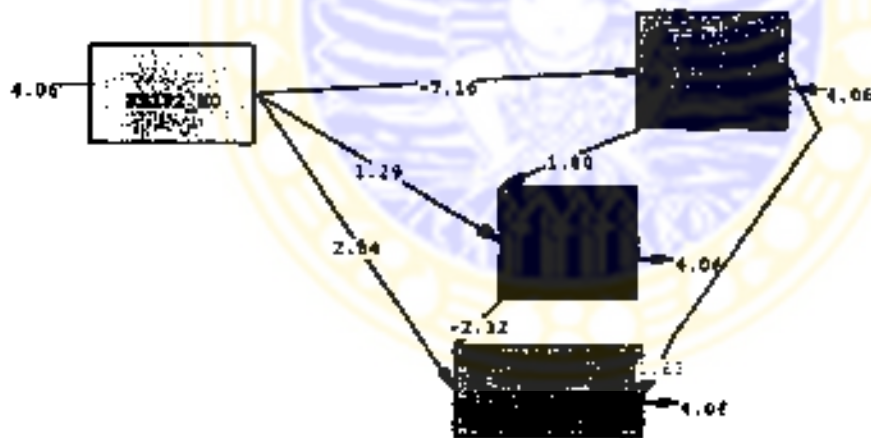
Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.



Kelipot2

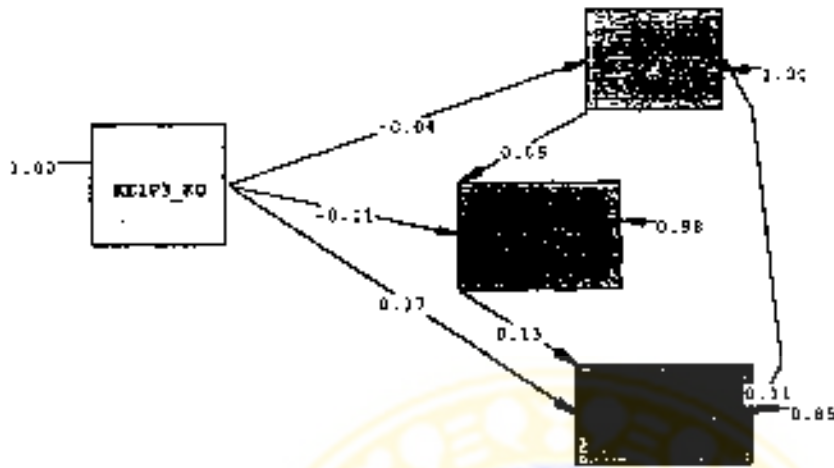


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

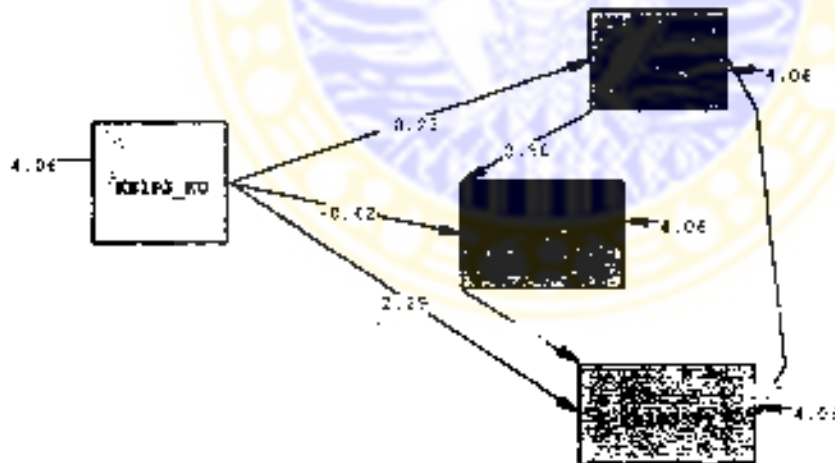


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

Kelipot3

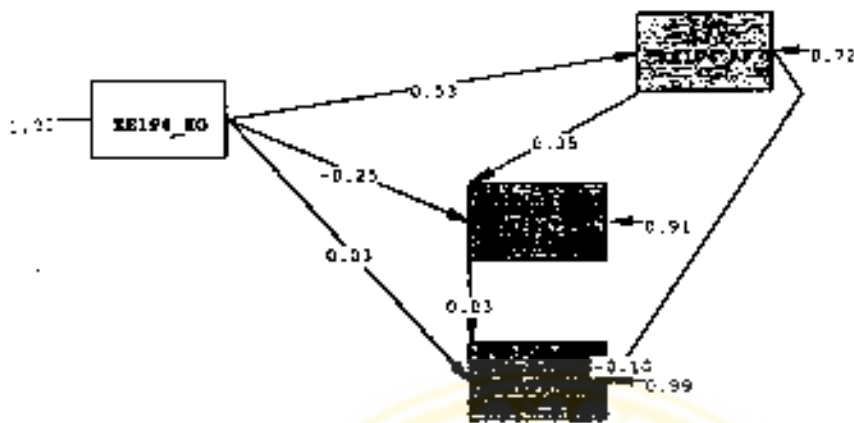


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

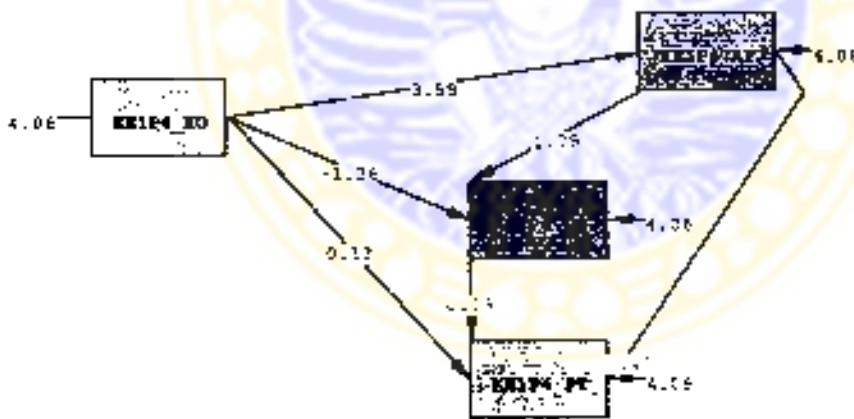


Chi-Square=1.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

Kelipot4

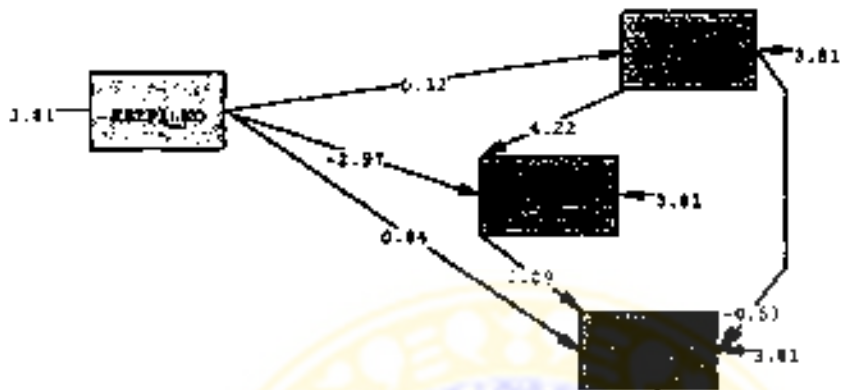


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

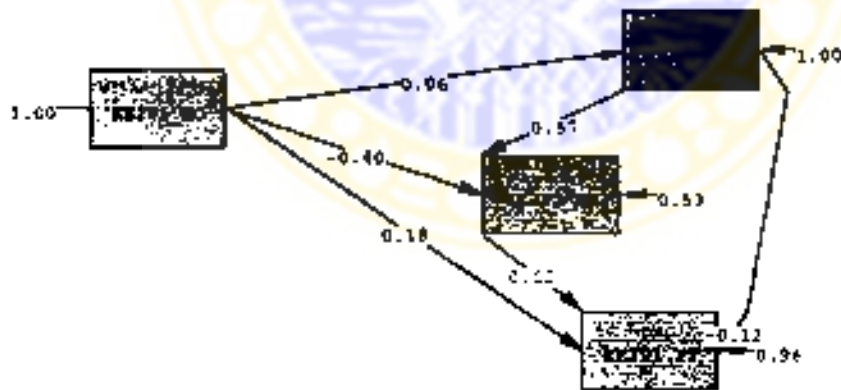


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

Ke2pot1



Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

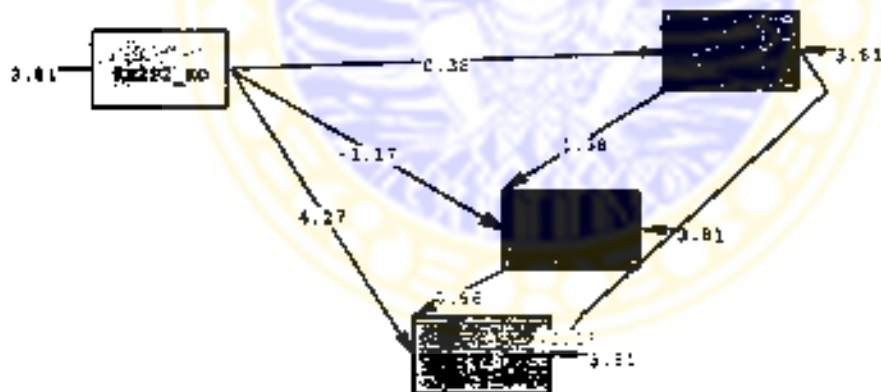


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

Ke2pot2

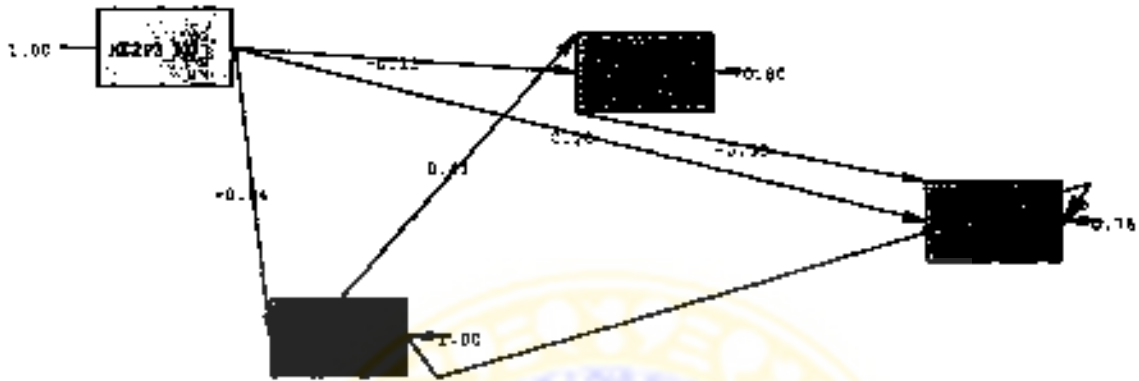


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000



Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

Ke2pot3

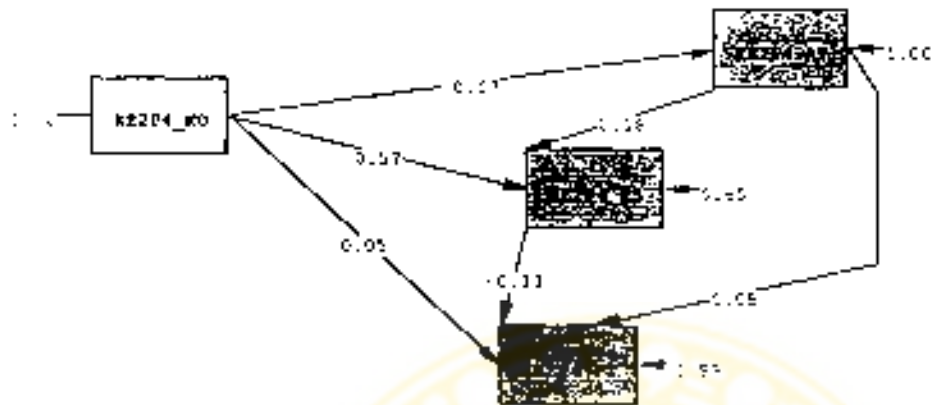


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

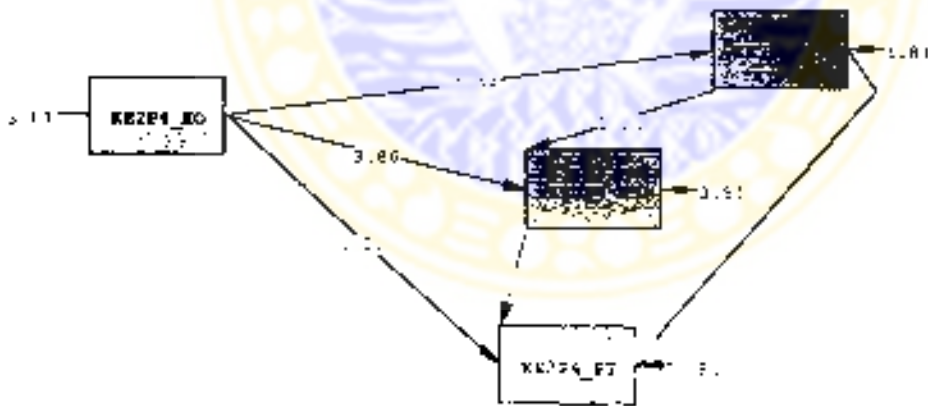


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

Ke2pot4

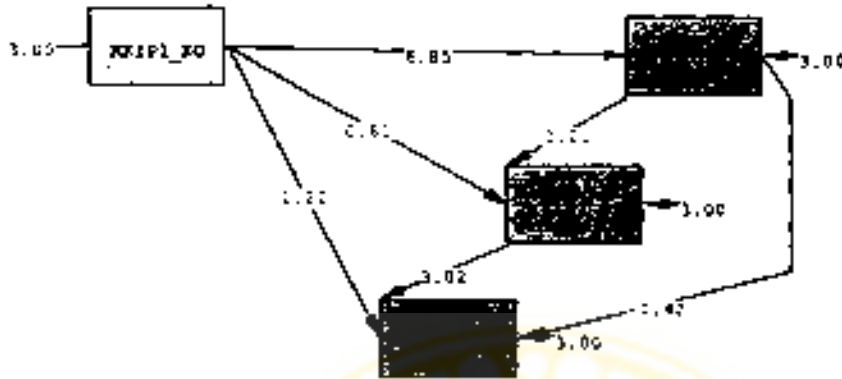


10.1 Square: 0.00, df=0, P-value=1.0000, RMSEA=0.000

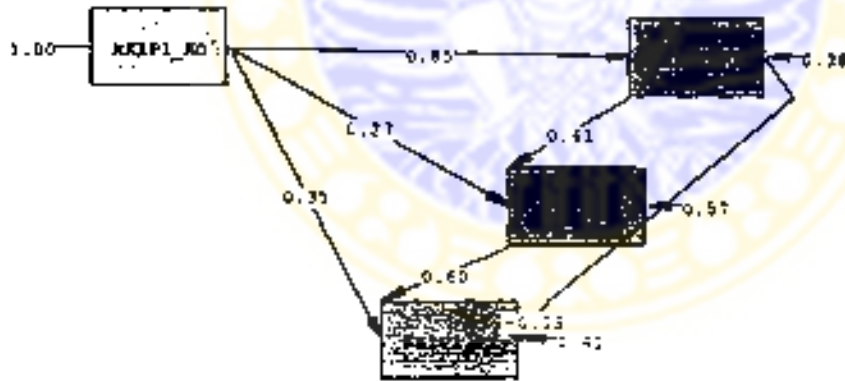


10.2 Square: 0.00, df=0, P-value=1.0000, RMSEA=0.000

Kk1pot1

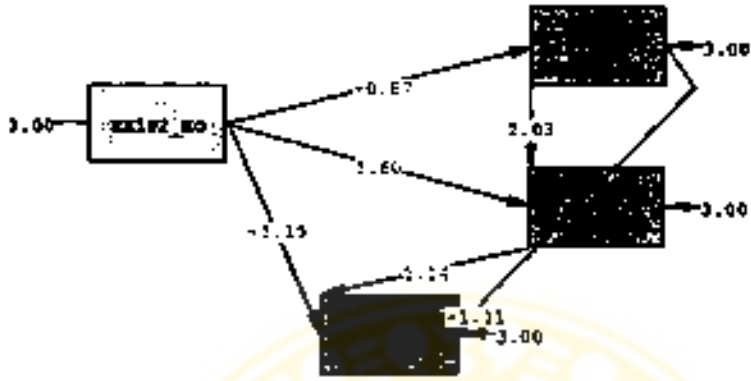


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

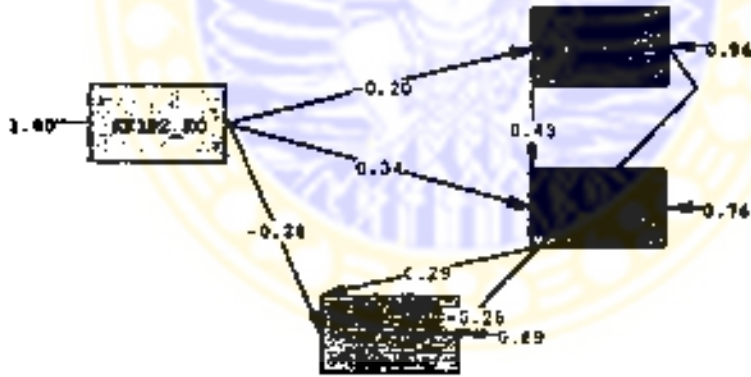


Chi-Square=0.30, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

Kk1pot2

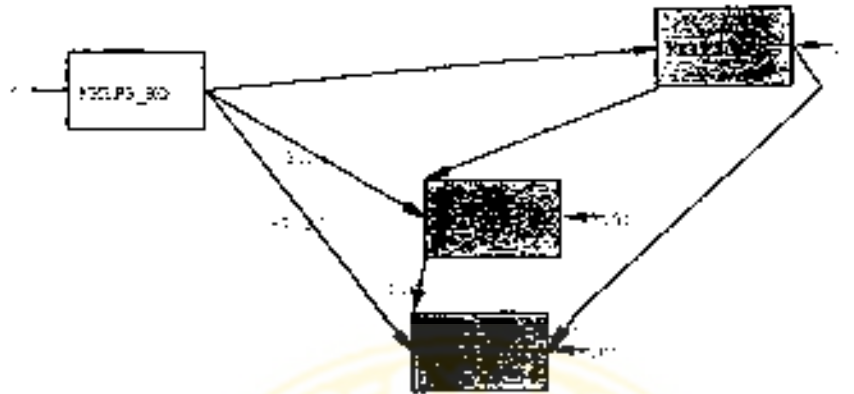


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

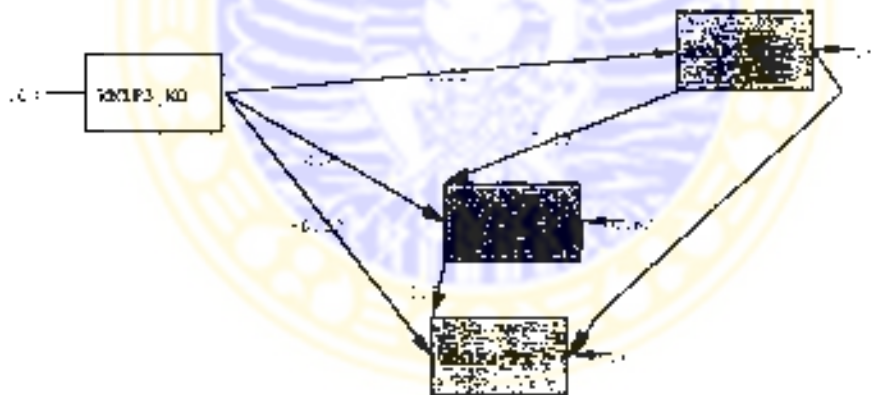


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

Kk1pot3

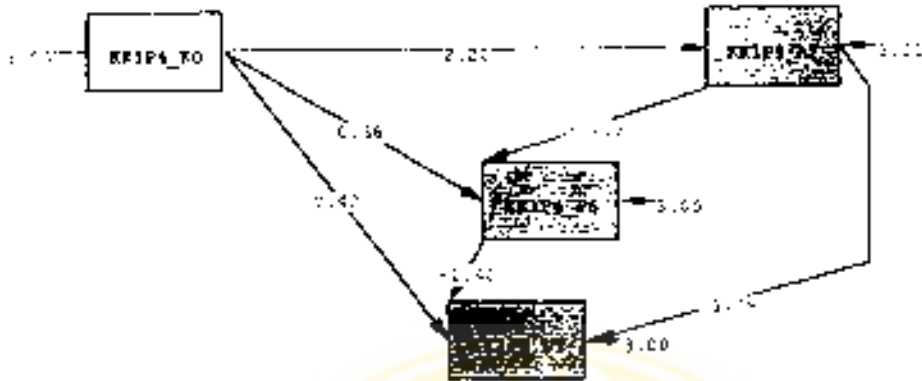


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

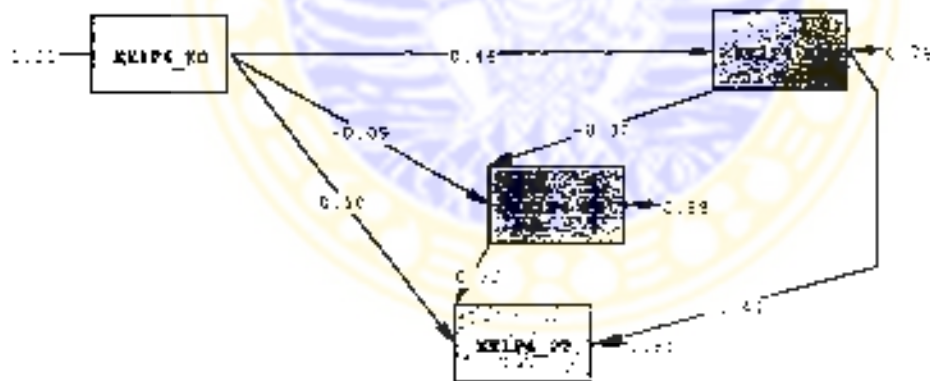


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

Kk1pot4

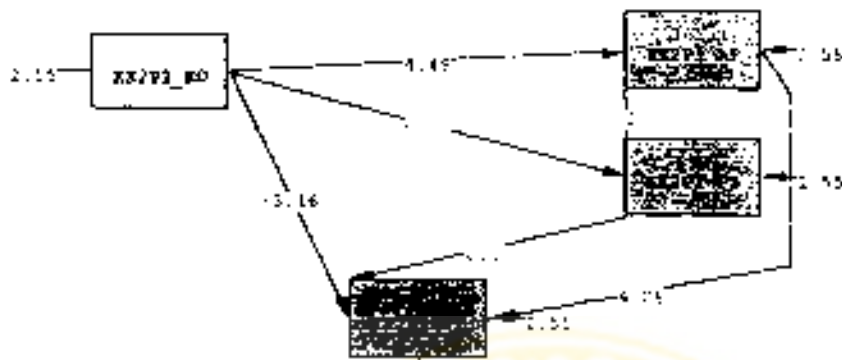


R-squared 0.00, df=0, F-value=1.00000, RMSEA=0.000

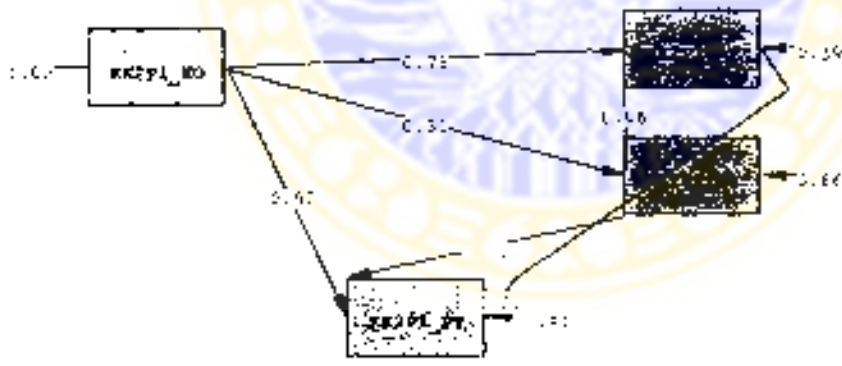


R-squared 0.00, df=0, F-value=1.00000, RMSEA=0.000

Kk2pat1

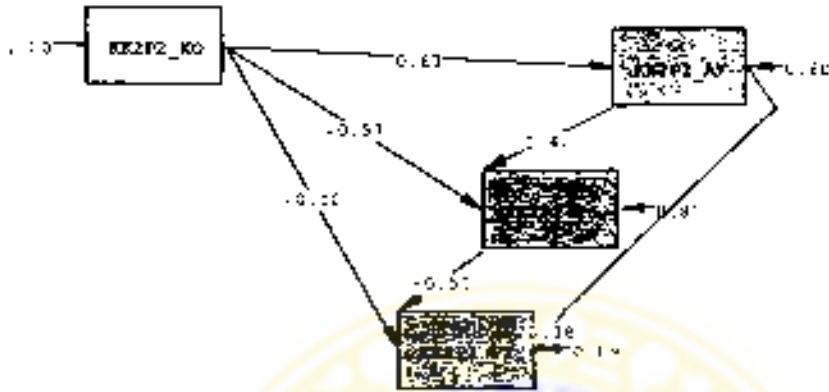


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

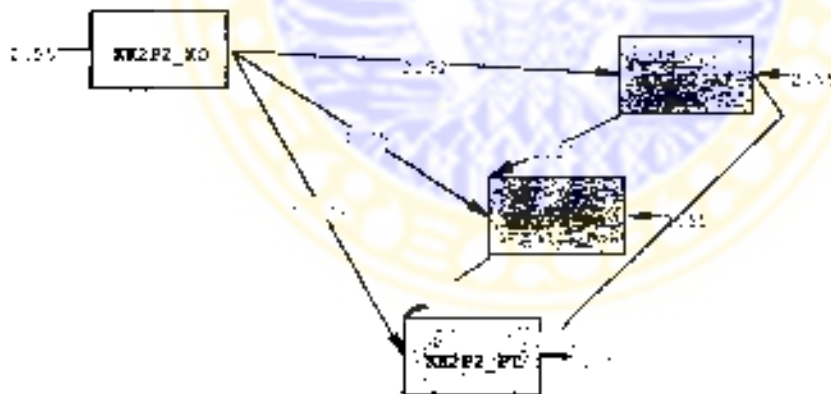


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

Kk2pat2

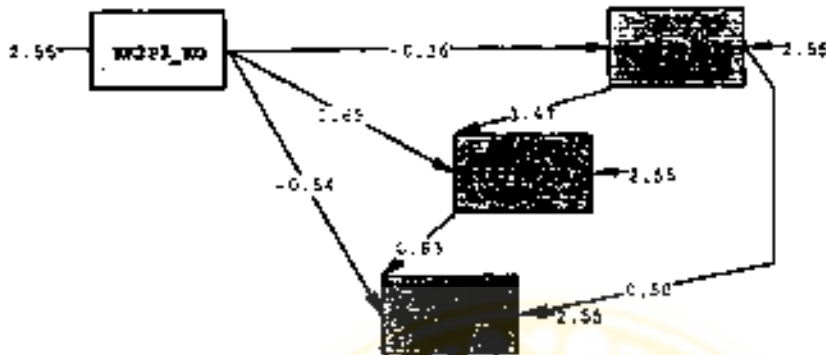


Chi-Square 0.00, df=0, p-value 1.00000, RMSEA 0.000

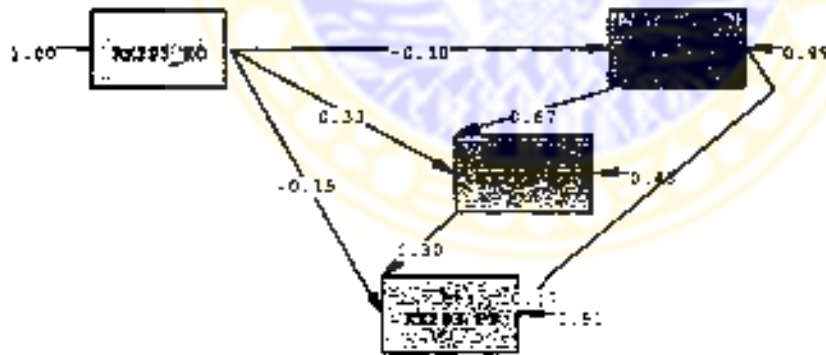


Chi-Square 0.00, df=0, p-value 1.00000, RMSEA 0.000

Kk2pot3

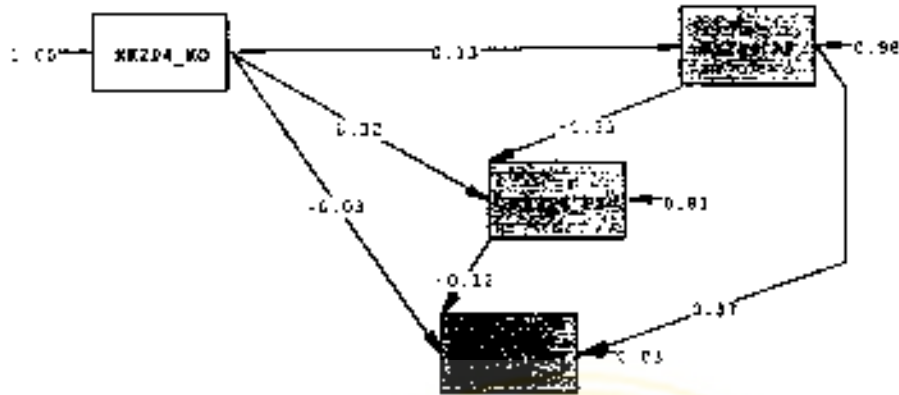


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

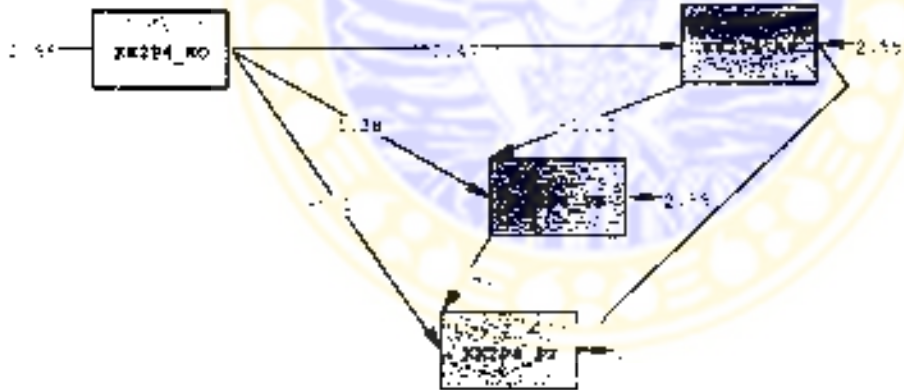


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

Kk2pot4



Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

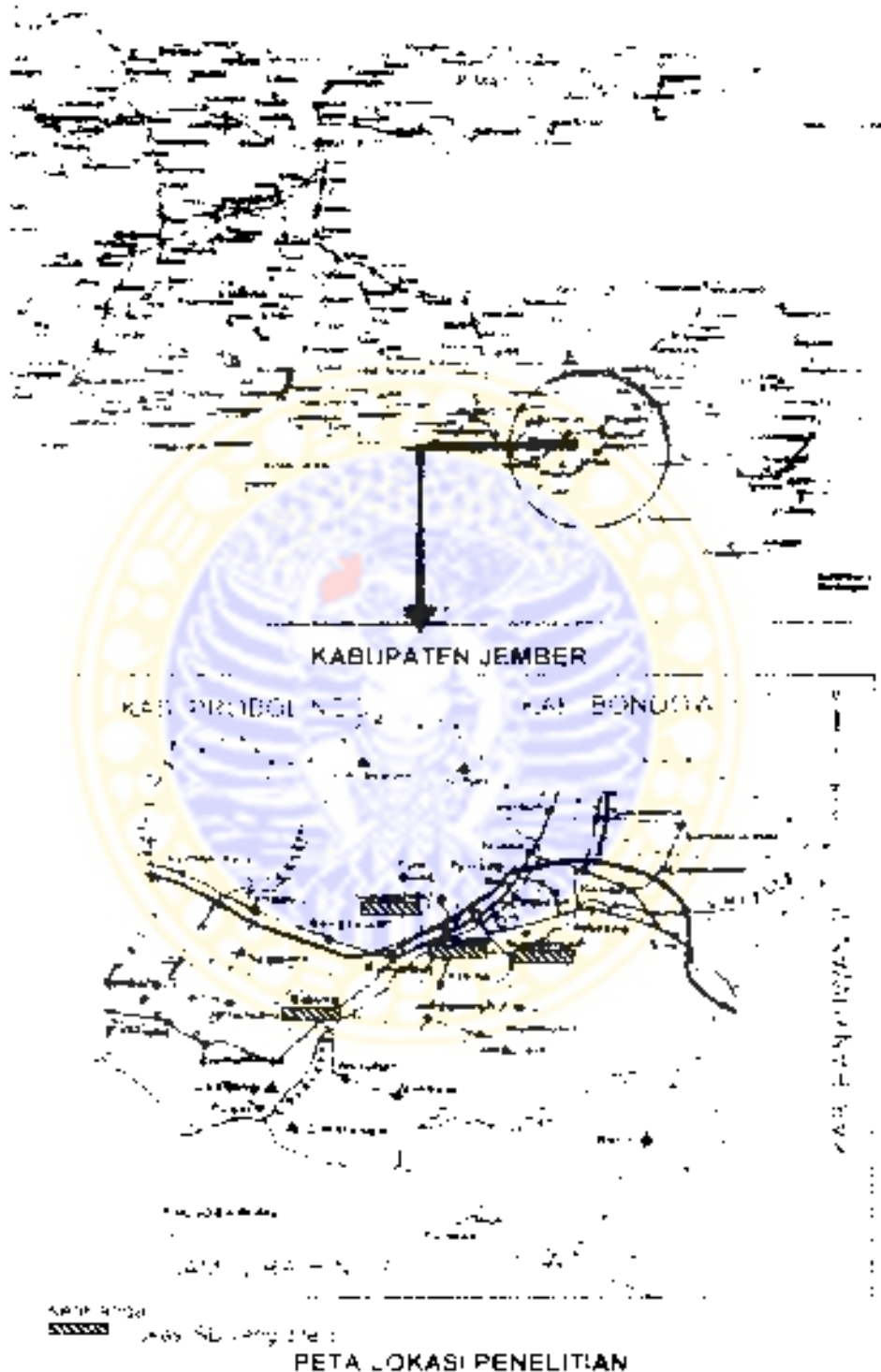


Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000



Gambar Memilih Makanan Sehat

PROPINSI JAWA TIMUR




**MILIP
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

JUMLAH GIGI

LINGKARILAH JUMLAH YANG BENAR

Cobalah hitung perkalian di bawah ini, maka kalian akan dengan mudah menemukan jumlah gigi seri, gigi taring dan gigi geraham yang ada di dalam mulut kita.


Gigi seri



$$= 2 \times 4 =$$

6	8
12	14


Gigi taring



$$= 2 \times 2 =$$

7	2
6	4

Gigi geraham



$$= 2 \times 10 =$$

20	12
18	32

CONTOH MEDIA UNTUK PENYULUHAN



CONTOH MEDIA UNTUK PENYULUHAN