

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anak Usia Sekolah

Anak usia sekolah adalah anak yang berusia jika wanita berumur 6 sampai 10 tahun, dan laki-laki berumur 8 sampai 12 tahun. Meningkatnya rasa tanggung jawab terhadap tugas sekolah dan tugas di rumah akan lebih terlihat pada anak usia ini. Perkembangan motorik halus dan kasar semakin menuju ke arah kemajuan. Dalam hal ini orang tua memegang peranan di dalam menerapkan disiplin dalam melaksanakan tanggung jawab tersebut (Wong, 2009).

2.1.1. Karakteristik Anak Usia

Anak usia sekolah merupakan anak dengan usia 6 sampai 12 tahun. Periode usia pertengahan ini mulai dengan masuknya anak ke dalam lingkungan sekolah (Santrock, 2008). Periode anak usia sekolah terbagi menjadi tiga tahapan usia yaitu: tahapan awal 6-7 tahun; tahap pertengahan 7-9 tahun; dan tahap pra remaja 10-12 tahun (Delaune & Ladner, 2002; Potter & Perry, 2005). Sekolah dapat memperluas dunia anak dan merupakan transisi dari kehidupan yang secara relative bebas bermain. Anak pada usia sekolah menuntut kebutuhan dan kehidupan yang menantang. Kemampuan kognitif, fisik, psikososial, dan moral dikembangkan, diperluas, disaring, dan disinkronisasi, sehingga individu dapat menjadi seorang yang produktif (Potter & Perry, 2005). Lingkungan pada anak usia sekolah memiliki dampak signifikansi dalam perkembangan dan hubungan anak dengan orang lain. Anak usia sekolah identik dengan hubungan berkelompokan atau senang bermain dalam kelompok (Wong, 2009). Perawatan

kesehatan gigi anak yang masih dalam taraf tumbuh kembang (Anggriana& Musyifah, 2005).

Perkembangan biologi anak usia sekolah terjadi lebih lambat tetapi pasti jika dibandingkan masa sebelumnya. Dari segi nutrisi, pada anak usia sekolah terjadi sedikit defisiensi nutrisi. Anak memiliki nafsu makan yang besar setelah pulang sekolah dan memerlukan makanan kecil untuk menunjang aktivitasnya seperti buah dan roti untuk menghindari makanan berkalori seperti kripik dan permen (Wong, 2009). Karakteristik anak usia sekolah sedang dalam pertumbuhan biasanya akan mengkonsumsi segala jenis makan agar asupan energy yang dibutuhkan sesuai dengan energy yang dikeluarkan. Hal tersebut baik, namun harus sangat diperhatikan perawatan kesehatan gigi pada anak setelah ia mengonsumsi berbagai makanan tersebut.

Perkembangan kognitif anak usia sekolah terlihat dari kemampuan untuk berfikir dengan cara yang logis bukan sesuatu yang abstrak (Potter & Perry, 2005). Pada usia 7 tahun anak memasuki tahap Pieget ketiga yakni perkembangan konkret (Santrock, 2008; Wong, 2009). Mereka mampu menggunakan symbol secara operasional dalam pemikirannya. Mereka mampu menyelesaikan masalah secara nyata dan rumit dari apa yang ia rasakan. Mereka mulai menggunakan proses pemikiran yang logis. (Muscari, 2005; Potter & Perry, 2005; Santrock, 2008; Wong, 2009)

Perkembangan psikososial anak usia sekolah dilihat dari perjuangan anak mendapatkan kompetensi dan keterampilan yang penting bagi mereka untuk dapat sejajar dengan orang dewasa. Anak usia sekolah menurut Erikson dalam Wong

(2009) berada dalam fase industry. Anak mulai mengarahkan energy untuk meningkatkan pengetahuan dari kemampuan yang ada (Santrock, 2008). Anak belajar berkompetisi dan bekerja sama dari aturan yang diberikan (Wong, 2009). Anak mulai ingin bekerja untuk menghasilkan sesuatu dengan mengembangkan kreativitas, keterampilan, dan keterlibatan dalam pekerjaan yang berguna secara social (Santrock, 2008; Wong, 2009). Anak usia sekolah sangat rentan dengan perasaan, ia akan merasa adanya penghargaan jika mendapat keberhasilan positif, namun jika mendapatkan kegagalan, anak akan menarik diri dari lingkungannya (Potter & Perry, 2005). Untuk itu pemberian penghargaan yang positif dapat membuat anak merasa dihargai.

Perkembangan moral anak usia sekolah terlihat dari cara anak menginterpretasikan secara ketat dan patut terhadap aturan. Mereka menganggap aturan sebagai prinsip dasar kehidupan mereka, bukan hanya perintah dari orang lain yang memiliki otoritas. Hubungan dengan teman sebaya juga terlihat pada anak usia sekolah. Ia lebih banyak menghabiskan waktu dengan teman-temannya yang sejenis. Biasanya mereka memiliki teman perkumpulan sendiri. Perkembangan moral anak usia sekolah menurut Kohlberg berada di tahap konvensional (Muscari, 2005). Perkembangan moral sejalan dengan cara pikir anak usia sekolah yang lebih logis (Hockenberry & Wilson, 2007). Anak usia sekolah dapat lebih memahami standar perilaku yang seharusnya mereka terapkan pada kehidupan sehari-hari. Anak dalam tahap konvensional, mulai memahami bagaimana harus memperlakukan orang lain sesuai dengan apa yang ingin diterima oleh mereka dari orang lain (Muscari, 2005; Wong, 2009). Anak mulai

melihat berbagai cara pandang untuk menilai suatu tindakan benar atau salah (Hockenberri & Wilson, 2007).

Perkembangan anak yang berkembang seiring bertambahnya usia tertentu memiliki risiko terhadap terjadi masalah kesehatan pada anak. Begitu pula yang dialami anak usia sekolah, masalah kesehatan yang sering muncul pada periode ini adalah masah gigi (Wong, 2009). Masalah lain yang muncul adalah kecelakaan dan cedera yang berkaitan dengan aktivitas anak, masalah nutrisi, seksualitas, hingga penggunaan rokok, alcohol, dan obat (Potter & Perry, 2005).

2.1.2 Karakteristik Gigi Anak Usia Sekolah

Secara fisiologis anak usia sekolah dimulai dengan tanggalnya gigi susu yang pertama dan diakhiri dengan masa pubertas dan tumbuhnya gigi permanen, kecuali geraham belakang. Gigi permanen yang tumbuh pada anak usia sekolah harus diperhatikan kebersihan giginya karena perpindahan dari gigi susu menuju gigi permanen memiliki risiko tinggi terkena karies gigi (Potter& Perry, 2005). Pada usia 6 tahun sampai 7 tahun, gigi yang tumbuh antara gigi seri tengah dan gigi geraham pertama. Usia 7 sampai 8 tahun tumbuh gigi seri tengah, dan gigi seri lateral.Usia 9 sampai 10 tahun tumbuh gigi taring bagian mandibula. Usia 10 sampai 12 tahun tumbuh gigi geraham kecil pertama, gigi taring bagian maksila, dan gigi geraham kecil kedua (Hockenberry& Wilson, 2007).

Anak usia sekolah memiliki motivasi yang kurang dalam melakukan perawatan gigi (Hockenberry& Wilson, 2007). Apabila sejak awal anak dibiasakan menggosok gigi secara teratur, maka akan mudah mempertahankan kebiasaan tersebut hingga usia dewasa.

2.1.3 Kesehatan Gigi Pada Anak usia sekolah

Banyak orang tidak pernah membayangkan bahwa masalah gigi dan mulut anak dapat berpengaruh pada perkembangan anak. Infeksi gigi dan mulut yang diderita anak akan membuatnya menjadi malas beraktivitas dan akan mengganggu proses belajar. (indri, 2009)

2.1.4 Kebersihan Gigi Anak

Kebersihan adalah keadaan bebas dari kotoran, termasuk di antaranya, debu, sampah, dan bau. Manusia perlu menjaga kebersihan lingkungan dan kebersihan diri agar sehat, tidak bau, tidak malu, tidak menyebarkan kotoran, atau menularkan kuman penyakit bagi diri sendiri maupun orang lain. Kebersihan badan salah satunya adalah menyikat gigi. (indri, 2009)

Konsep kebersihan diri harus mulai ditanamkan sedini mungkin. Salah satu yang harus mulai dibiasakan adalah menyikat gigi dua kali sehari, pagi dan malam hari. Kebiasaan ini wajib ditanamkan agar anak rajin membersihkan giginya. Kegiatan menyikat gigi dua kali sehari, pagi setelah sarapan dan malam sebelum tidur, terbukti mengurangi kerusakan gigi anak. Anak-anak selalu merasa kegiatan menyikat gigi tidak menyenangkan. Rasa kantuk di malam hari juga menyebabkan anak enggan menyikat giginya sebelum tidur. (indri, 2009)

2.1.5 Penyebab Kerusakan Gigi Pada Anak

Makanan yang dikonsumsi anak akan mempengaruhi kesehatan gigi. Terlalu banyak karbohidrat, baik gula misalnya, kue, permen, susu, makanan dan minuman manis lainnya maupun tepung-tepungan misalnya keripik kentang atau singkong dapat mengakibatkan pengeroposan gigi. Seberapa lama karbohidrat menempel pada gigi adalah penyebab utama pembusukan gigi, Permen coklat dan

makan yang manis adalah makanan yang paling sering mengancam kerusakan gigi. Sebagian besar permen yang beredar saat ini adalah permen yang mengandung gula. Jika dikonsumsi dengan cara yang tidak tepat maka dapat memberi kesempatan bagi bakteri mulut untuk merusak gigi.

Mekanismenya adalah permen yang dikonsumsi oleh anak-anak tersebut mengandung gula yang nantinya “memberi makanan” bagi bakteri untuk berkembang merusak gigi. Tetapi tidak ada makanan yang perlu dihindari untuk mendapatkan gigi dan mulut yang sehat. Semua itu kembali pada proses dan waktu, yang menjadi masalah dalam hal ini adalah sisa-sisa makan yang masih menempel pada gigi. Memasuki usia sekolah, resiko anak mengalami sakit gigi makin tinggi. Banyaknya jajanan di sekolah, dengan jenis makanan dan minuman yang manis, mengancam kesehatan gigi anak. (Indri, 2009)

2.2 Kesehatan Gigi

2.2.1 Pengertian

Gigi adalah jaringan tubuh yang paling keras dibanding yang lainnya. Strukturnya berlapis-lapis mulai dari email yang amat keras, dentin (tulang gigi) di dalamnya, pulpa yang berisi pembuluh darah, pembuluh saraf, dan bagian lain yang memperkokoh gigi. Gigi merupakan jaringan tubuh yang mudah sekali mengalami kerusakan yang terjadi ketika gigi tidak memperoleh perawatan semestinya, gigi sehat adalah gigi yang mempunyai warna putih bersih (Hermawan, 2010).

2.2.2 Anatomi gigi

Setiap gigi memiliki tiga bagian, mahkota gigi, leher gigi dan akar gigi. Gigi anak usia sekolah adalah percampuran dari gigi sulung dengan gigi tetap/dewasa. Pertumbuhan gigi sulung yang pertama kali didalam mulut adalah pada usia 6 - 7 bulan yaitu gigi seri bagian bawah, kemudian dua gigi seri atas kemudian gigi geraham baru yang terakhir gigi taring. Pada umur 2 – 3 tahun telah tumbuh lengkap sebanyak 20 gigi. (Aryani,2010). Setelah anak berumur 6 tahun secara bertahap gigi sulungnya akan mulai tanggal dan di gantikan oleh gigi tetap. Pergantian gigi sulung ke gigi tetap tidak tumbuh secara berurutan, melainkan berselang seling. Jumlah gigi tetap seluruhnya adalah 32 buah. Usia 6 – 12 tahun adalah masa peralihan antara gigi sulung ke gigi tetap/dewasa. Pada usia ini didalam mulut terdapat gigi sulung yang belum tanggal dan gigi tetap yang baru tumbuh, sehingga usia tersebut disebut “masa gigi bercampur”. Gigi tetap akan tumbuh sempurna pada usia sekitar 21 tahun (Aryani, 2010).

2.2.3 Bentuk gigi

Bentuk gigi satu dan lainnya tidak sama, bentuk gigi depan dan belakang beda sesuai dengan fungsinya. Sesuai dengan fungsi gigi, gigi dibagi menjadi empat bentuk gigi (Aryani, 2010)

a. Gigi seri

Gigi seri terdiri dari empat gigi diatas dan empat gigi dibawah. Jumlah seluruhnya delapan buah terletak di bagian depan dan gigi seri mempunyai akar tunggal. Fungsi dari gigi seri adalah sebagai memotong dan menggunting makan.

b. Gigi taring

Jumlah gigi taring adalah empat buah, terletak dua dibagian atas dan dua dibagian bawah, yang masing masing terletak diantara gigi seri dan gigi geraham kecil dan gigi taring berbentuk runcing. Fungsi gigi taring adalah untuk mencabik makanan.

c. Gigi geraham kecil

Gigi geraham kecil merupakan gigi pengganti gigi geraham sulung. Letak gigi geraham ini di belakang gigi taring, dan berjumlah delapan buah yaitu empat di atas dan empat di bawah. Fungsi gigi geraham kecil adalah menghaluskan makanan.

d. Gigi geraham besar

Gigi geraham besar terletak di belakang gigi geraham kecil. Jumlah gigi ini adalah dua belas buah, yaitu enam gigi di atas dan enam gigi di bawah. Fungsi gigi geraham ini adalah untuk menggiling makanan.

2.2.4 Fungsi gigi

Menurut (Rahmadhan, 2010) gigi memiliki beberapa fungsi, diantaranya adalah:

a. Pengunyah

Gigi berperan penting untuk menghaluskan makanan agar lebih mudah di telan serta meringankan kerja proses pencernaan.

b. Berbicara

Gigi sangat diperlukan untuk mengeluarkan bunyi atau huruf tertentu seperti huruf T, V, F, S, D dan bunyi tidak akan terdengar sempurna tanpa adanya gigi.

c. Estetik

Gigi berfungsi sebagai nilai estetik tersendiri, sebuah senyum tidak akan lengkap tanpa hadirnya deretan gigi yang rapi dan bersih.

d. Menjaga kesehatan mulut dan rahang

Banyak hal yang terjadi apabila gigi hilang, misalnya gangguan mengunyah makanan, susunan gigi yang menjadi tidak teratur (*maloklusi*), tulang alveolar yang kurang (*resorpsi*), gangguan pada sendi rahang, dan penyakit pada bagian periodontal.

2.2.5 Masalah-masalah gigi

a. Karies gigi (gigi berlubang)

Karies gigi merupakan salah satu penyakit kronik yang paling sering mempengaruhi individu pada segala usia, karies gigi adalah masalah oral yang utama pada anak-anak dan remaja. Upaya menurunkan insiden dan gangguan sangat penting pada masa kanak-kanak karena karies gigi, jika tidak ditangani akan menyebabkan kerusakan pada gigi yang sakit (Wong, dkk. 2009). Karies gigi adalah kerusakan jaringan keras gigi yang disebabkan oleh asam yang ada dalam karbohidrat melalui perantara mikroorganisme yang ada dalam saliva (Isro'in, et al., 2012). Menurut (Isro'in, et al., 2012) karies gigi disebabkan oleh 4 faktor yaitu:

- 1) Komponen dari gigi dan air ludah.
- 2) Komponen mikroorganisme yang ada di dalam mulut yang dapat menghasilkan asam yaitu: streptococcus, laktobasil.
- 3) Komponen makanan seperti karbohidrat misalnya glukosa dan sukrosa.
- 4) Komponen waktu.

b. Gusi berdarah

Gusi berdarah sering dikeluhkan oleh anak-anak dan remaja, biasanya terjadi saat sedang menggosok gigi. Hal ini menunjukkan adanya peradangan pada gusi yang di sebut gingivitis. Peradangan ini biasanya disebabkan oleh buruknya kebersihan mulut, sehingga terjadi penumpukan plak yang kemudian dapat mengiritasi gusi. Gejala yang terlihat pada gusi yang mengalami peradangan adalah gusi tampak bengkak, kemerahan, lunak, dan mudah berdarah saat menggosok gigi (Aryani, 2010).

2.2.6 Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah gigi pada siswa Sekolah Dasar

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut diberikan pada anak usia sekolah dengan maksud agar mendapatkan generasi yang sehat dan bangsa yang kuat, seperti Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) yang melaksanakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut secara terencana padasiswa terutama siswa Sekolah Dasar (SD) (Herijulianti, et al., 2002).

Upaya yang dilakukan dalam mengatasi masalah gigi dan mulut adalah:

a. Upaya Promotif

Upaya promotif yang dilaksanakan di UKGS lebih diarahkan pada pendekatan pendidikan kesehatan gigi. Upaya promotif dilakukan oleh guru sekolah setelah memperoleh pedoman hasil dari penataran, sehingga dapat menjalankan program penerangan pendidikan kesehatan gigi dengan cara memasukkan pelajaran mengenai kesehatan gigi dan mulut (Herijulianti, et al., 2002). Tujuan upaya promotif adalah supaya siswa sekolah dasar mampu meningkatkan kesehatan, meningkatkan kesehatan gigi dan mulut. Bentuk

kegiatan promosi kesehatan adalah penyuluhan kesehatan mengenai cara memelihara kesehatan gigi dengan cara menggosok gigi yang baik dan benar (Mubarok, 2011).

b. Upaya Preventif

Upaya preventif merupakan upaya promosi kesehatan untuk mencegah terjadinya penyakit. Sasarannya adalah kelompok orang dengan resiko tinggi terjadi kerusakan gigi. Tujuannya untuk mencegah klompok resiko tinggi yaitu siswa sekolah dasar agar terhindar dari penyakit gigi dan mulut. Bentuk kegiatannya adalah penyuluhan gosok gigi (Mubarok, 2011). Upaya preventif meliputi upaya pengadaan menggosok gigi massal. Program gosok gigi massal di sekolah diperlukan suatu kerjasama yang baik antara petugas kesehatan dan guru-guru SD. Guru harus diberikan petunjuk mengenai cara menggosok gigi yang baik dan benar, sehingga dapat melakukan pengawasan pada saat tenaga kesehatan tidak dapat hadir di sekolah (Herijulianti, et al.,2002).

Langkah – langkah yang harus dilakukan pada program sikat gigi massal:

- 1) Memberikan penyuluhan mengenai cara menggosok gigi yang benar dalam hal pemilihan sikat gigi, cara dan waktu yang tepat untuk menggosok gigi.
- 2) Mengajarkan siswa sekolah dasar untuk melaksanakan gosok gigi bersama dengan didampingi oleh guru atau petugas kesehatan. Kegiatan gosok gigi bersama dilakukan setiap dua minggu sekali.
- 3) Diharapkan siswa dapat menggosok gigi dengan baik dan benar setelah dilakukannya gosok gigi massal setiap dua minggu sekali.

4) Untuk mengetahui siswa tetap melaksanakan gosok gigi secara teratur dan benar diharapkan guru mengadakan kontrol terhadap kebersihan gigi dan mulut anak didiknya, waktu periode kontrol dapat diatur sesuai dengan keperluan.

c. Upaya kuratif

Upaya kuratif merupakan upaya promosi kesehatan untuk mencegah penyakit menjadi lebih parah melalui pengobatan. Sasarannya adalah kelompok anak SD yang mengalami gangguan pada gigi dan mulut. Tujuannya adalah untuk mencegah masalah-masalah tersebut tidak lebih parah dari sebelumnya. Bentuk kegiatannya adalah pengobatan, biasanya dilakukan oleh dokter puskesmas. (Mubarok,2011).

2.2.7 Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pemeliharaan kesehatan gigi

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku terhadap pemeliharaan kesehatan gigi menurut Green (1980) dalam (Notoatmodjo, 2003) meliputi:

- a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
- b. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau saran-saran kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya.
- c. Faktor-faktor pendorong atau penguat (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

2.2.8 Cara Menggosok Gigi

Adapun langkah – langkah penting yang harus dilakukan dalam menggosok gigi (Rahmadhan, 2010):

- a) Pertama, sikat gigi permukaan luar dimulai dari awal gusi dengan gerakan memutar.

Gambar : 2.1



- b) Kedua, sikat gigi bagian dalam dengan gerakan memutar bagian dalam gigi bawah dan atas disikat dengan ujung bulu sikat secara vertikal atas dan bawah

Gambar : 2.2





c) Ketiga, sikat bagian atas dan bawah gigi dengan gerakan maju mundur

Gambar : 2.3



d) Terakhir yaitu berkumurlah sebanyak 3 kali

Gambar : 2.4



2.2.9 Hal apa saja yang perlu diperhatikan dalam menggosok gigi adalah (Rahmadhan,2010):

a. Waktu menggosok gigi

Menggosok gigi minimal dua kali dalam sehari, yaitu pagi hari setelah sarapan dan malam hari sebelum tidur. Hal ini disebabkan karena dalam waktu 4 jam, bakteri mulai bercampur dengan makanan dan membentuk plak gigi. Menyikat gigi setelah makan bertujuan untuk menghambat proses tersebut. Lebih baik lagi menambah waktu menyikat gigi setelah makan siang atau minimal berkumur air putih setiap habis makan.

b. Menggosok gigi dengan lembut

Menyikat gigi yang terlalu keras dapat menyebabkan kerusakan gigi dan gusi. Menggosok gigi tidak diperlukan tekanan yang kuat karena plak memiliki konsistensi yang lunak, dengan tekanan yang ringan plak akan terbuang.

c. Durasi dalam menggosok gigi

Menggosok gigi yang terlalu cepat tidak akan efektif membersihkan plak. Menggosok gigi yang tepat dibutuhkan durasi minimal 2 menit.

d. Rutin mengganti sikat gigi

Sikat gigi yang sudah berusia 3 bulan sebaiknya diganti karena sikat gigi tersebut akan kehilangan kemampuannya untuk membersihkan gigi dengan baik. Apabila kerusakan sikat gigi terjadi sebelum berusia 3 bulan merupakan tanda bahwa saat menggosok gigi tekanannya terlalu kuat.

e. Menjaga kebersihan sikat gigi

Kebersihan sikat gigi merupakan hal yang paling utama karena sikat gigi adalah salah satu sumber menempelnya kuman penyakit.

f. Menggunakan pasta gigi yang mengandung fluoride

Pasta gigi berperan penting dalam membersihkan dan melindungi gigi dari kerusakan karena pasta gigi mengandung fluoride. Penggunaan pasta gigi tidak perlu berlebihan karena yang terpenting dalam membersihkan gigi adalah teknik menggosok gigi. Setelah melakukan gosok gigi tapi masih terdapat kotoran maka dapat juga dibersihkan dengan cara flosing yaitu metode membersihkan gigi dengan menggunakan benang gigi.

2.3 Konsep perilaku

2.3.1 Perilaku

Perilaku adalah respon atau reaksi individu terhadap stimulasi yang berasal dari luar atau dari dalam dirinya (Ali, 2010). Pengertian perilaku menurut Skinner dalam (Notoatmodjo, 2007), perilaku kesehatan secara umum adalah suatu respon seseorang (*organisme*) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan. Becker (1979) dalam (Notoatmodjo, 2007) membuat klasifikasi lain tentang perilaku kesehatan dan membedakan menjadi 3, yaitu:

a. Perilaku hidup sehat (*Healthy Behavior*)

Perilaku hidup sehat adalah perilaku yang berkaitan dengan usaha seseorang untuk meningkatkan kesehatannya, dengan cara: Makan dengan menu seimbang (*appropriat diet*), olahraga teratur, tidak merokok, tidak minum-minuman keras dan narkoba, istirahat yang cukup, mengendalikan stres, perilaku atau gaya hidup yang positif bagi kesehatan.

b. Perilaku sakit (*Illness Behavior*) Perilaku sakit merupakan respon

seseorang terhadap penyakit. Perilaku ini mencakup: pengetahuan mengenai penyebab penyakit, pengobatan penyakit.

c. Perilaku peran sakit (*The Sick Role Behavior*)

Perilaku peran yang mencakup hak-hak dan kewajiban orang sakit. Perilaku ini mencakup mengetahui hak-hak untuk memperoleh pelayanan dan upaya untuk memperoleh kesembuhan.

2.3.2 Faktor yang mempengaruhi perilaku

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku terhadap pemeliharaan kesehatan gigi menurut Green (1980) dalam (Notoatmodjo, 2003) meliputi:

a. Faktor predisposisi

Faktor yang melatar belakangi perubahan perilaku yang memotivasi terbentuknya suatu perilaku. Faktor ini meliputi pengetahuan, sikap, keyakinan, dan nilai.

b. Faktor pendukung

Faktor pendukung adalah faktor yang memfasilitasi perilaku individu atau kelompok termasuk keterampilan. Faktor ini meliputi ketersediaan, keterjangkauan sumber daya pelayanan kesehatan, prioritas dan komitmen masyarakat dan pemerintah dan tindakan yang berkaitan dengan kesehatan.

c. Faktor pendorong

Faktor pendorong adalah faktor yang mendorong sehingga memperkuat terjadinya perilaku. Faktor penguat ini terdiri dari tokoh masyarakat, petugas kesehatan, guru, dan keluarga.

2.3.3 Domain Perilaku

Menurut Blom dalam (Notoatmodjo, 2007) membagi domain perilaku menjadi 3 bentuk yaitu:

A. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, raba dan rasa. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*) (Notoatmodjo, 2007).

1) Tingkatan pengetahuan menurut (Notoatmodjo, 2007) adalah:

a) Tahu (*know*)

Tahu diartikan seseorang dapat mengingat kembali sesuatu dari bahan yang dipelajari. Untuk dapat mengukur bahwa seseorang dikatakan tahu apa yang dipelajari antara lain mampu menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan dan sebagainya.

b) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan menjelaskan materi-materi yang telah dipelajari sebelumnya secara jelas dan benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, dan menyimpulkan objek yang sudah dipelajari.

c) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi yang nyata.

d) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk pada suatu kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis ini suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang sudah ada.

2) Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut (Mubarok, 2011).

a) Tingkat pendidikan

Pendidikan dapat diartikan sebagai bimbingan yang di berikan seseorang kepada orang lain agar dapat memahami suatu obyek. Pendidikan sangat berpengaruh terhadap pengetahuan yang dimiliki seseorang.

b) Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat membuat seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan, baik pengetahuan secara langsung maupun tidak langsung.

c) Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang maka akan semakin bertambah taraf berfikir seseorang untuk menjadi lebih matang dan dewasa.

d) Minat

Suatu kecenderungan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni sesuatu sehingga seseorang memperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

e) Pengalaman

Pengalaman dapat diartikan sebagai sesuatu yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya.

f) Kebudayaan lingkungan sekitar

Lingkungan sangat berpengaruh besar terhadap terhadap pembentukan sikap seseorang. Dengan seseorang tinggal dilingkungan yang baik dan bersih maka tanpa bisa dari seseorang tersebut mempunyai sikap yang selalu menjaga kebersihan lingkungan.

g) Informasi

Kemudahan seseorang untuk memperoleh suatu informasi dapat mempercepat seseorang memperoleh pengetahuan yang baru.

B. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Batas-batasan tersebut dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat di tafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu dalam

kehidupan sehari-hari yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2007).

1) Tingkatan sikap

Menurut (Notoatmojo, 2007) sikap juga terdiri dari berbagai tingkatan, antara lain :

a) Menerima (*receiving*)

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

b) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan dalam suatu indikasi orang menerima ide tersebut.

c) Menghargai (*valuing*)

Menghargai dapat diartikan sebagai mampu menerima ide atau masukan dari orang lain yang mungkin berbeda dengan ide kita, kemudian mendiskusikan hasil dari dua ide yang berbeda tersebut adalah suatu indikasi sikap.

d) Bertanggung jawab (*responsible*)

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

2) Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap menurut

(Wawan, et al., 2011) antara lain:

a) Pengalaman pribadi

Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi harus meninggalkan kesan yang kuat karena sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut melibatkan faktor emosional.

b) Orang lain yang dianggap penting

Individu cenderung memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecendrungan antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk *berafiliasi* dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

c) Pengaruh Kebudayaan

Kebudayaan telah menanamkan garis pengarah sikap terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya karena kebudayaan yang memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhanya.

d) Media Massa

Pemberitaan surat kabar maupun radio atau media komunikasi lainnya berita yang seharusnya faktual disampaikan secara objektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulis akibatnya berpengaruh terhadap sikap konsumennya.

e) Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama

Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan tidak mengherankan jika pada gilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap.

f) Faktor emosi

Bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai penyaluran prestasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego (Azwar, 2005) dalam (Wawan, etal., 2011).

C. Keterampilan

Keterampilan merupakan tindakan akibat adanya suatu respon (Notoatmodjo, 2010). Keterampilan adalah tindakan peserta didik sehubungan dengan materi pendidikan yang di berikan.

1) Tingkatan keterampilan

Praktik atau tindakan ini dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan,yaitu:

a) Praktik terpimpin (*guided response*)

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

b) Praktik secara mekanisme (*mecanism*)

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

c) Adopsi (*adoption*)

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

2) Proses perubahan perilaku

Perubahan perilaku ke arah yang lebih baik hanya dapat dilakukan melalui proses yang disengaja dengan *grand design* yang mencakup proses (Mubarak, 2011):

a) Pendidikan informal

Diperlukan konsistensi proses belajar informal dalam keluarga, dalam pergaulan di masyarakat, dan individu-individu kunci yang akan di jadikan model oleh publik.

b) Pendidikan nonformal

Dalam proses ini pemerintah dan masyarakat melakukan upaya aktif untuk meningkatkan meningkatkan daya upaya proses pembelajaran yang dilakukan secara insidental atau reguler melalui pendekatan pelatihan, kursus-kursus, atau seminar-seminar.

c) Pendidikan formal

Kebutuhan pendekatan khusus sehingga proses belajar formalini terjebak oleh formalitas yang hanya mampu mentransfer pengetahuan tanpa memberikan pesan moral pada peserta didik.

2.4 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.4.1 Definisi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah upaya atau kegiatan untuk mengubah pengetahuan dan sikap masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Artinya, pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain, ke mana seharusnya mencari pengobatan bila sakit, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012).

Beberapa ahli kesehatan telah membuat batasan pendidikan kesehatan antara lain :

- a. Wood (1926) : “Pendidikan kesehatan adalah pengalaman-pengalaman yang bermanfaat dalam mempengaruhi kebiasaan, sikap, dan pengetahuan seseorang masyarakat.”
- b. Nyswander (1947) : “Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, bukan proses pemindahan materi (pesan) dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur.”
- c. Steuart (1968) : “Pendidikan kesehatan merupakan komponen program kesehatan (kedokteran) yang isinya perencanaan untuk perubahan perilaku individu, kelompok dan masyarakat sehubungan dengan pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, dan pemulihan kesehatan.”
- d. Joint Commiission on Health Education, USA (1973) : “ Pendidikan kesehatan adalah kegiatan-kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan orang dan membuat keputusan yang tepat sehubungan dengan pemeliharaan kesehatan”.

Dari uraian di atas dapat diambil kesimpulan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu kegiatan untuk mempengaruhi individu atau masyarakat, sehingga mereka dapat berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan dan mampu untuk hidup sehat (Fitriani, 2011).

Pendidikan merupakan upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan (Fitriani, 2011).

Unsur-unsur dalam pendidikan, yaitu :

1. Input : sasaran pendidikan (individu, kelompok, dan masyarakat) dan pelaku pendidik.
2. Proses : kegiatan yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain.
3. Output : melakukan apa yang diharapkan atau perilaku.

Output yang diharapkan dari suatu pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan atau dapat dikatakan perilaku yang kondusif (Fitriani, 2011).

2.4.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Secara umum, tujuan dari pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat di bidang kesehatan (WHO,1954) yang dikutip oleh Notoatmodjo (1997) dalam Herawani (2002). Tujuan ini dapat diperinci lebih lanjut menjadi :

1. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat.
2. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
3. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

Menurut Fitriani (2011), tujuan pendidikan kesehatan dibagi menjadi 2 bagian yaitu :

1. Berdasarkan WHO tahun 1954, tujuan pendidikan kesehatan untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku yang tidak sehat

atau belum sehat menjadi perilaku sehat. Definisi sehat menurut **Undang-undang Kesehatan no. 23 tahun 1992** yaitu suatu keadaan sejahtera dari badan, jiwa, sosial seseorang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

2. Mengubah perilaku yang kaitannya dengan budaya.

Sikap dan perilaku merupakan bagian dari budaya. Kebudayaan adalah kebiasaan, adat istiadat, tata nilai atau norma.

2.4.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Menurut Fitriani (2011), mengatakan bahwa ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, yaitu :

1. Dimensi sasaran, ruang lingkup pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 kelompok yaitu :
 - a. Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.
 - b. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
 - c. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.
2. Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat yang dengan sendirinya sasaran berbeda pula, yaitu :
 - a. Pendidikan kesehatan di sekolah dengan sasaran murid.
 - b. Pendidikan kesehatan di rumah sakit atau puskesmas dengan sasaran pasien dan keluarga pasien.
 - c. Pendidikan kesehatan di tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.
3. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 5 tingkat pencegahan dari Leavel dan Clark.

a. Promosi kesehatan

Pada tingkat ini pendidikan kesehatan sangat diperlukan seperti : peningkatan gizi, perbaikan kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan serta *hygiene* perorangan.

b. Perlindungan khusus

Program imunisasi sebagai bentuk pelayanan perlindungan khusus sangat dibutuhkan terutama di negara berkembang. Hal ini juga sebagai akibat dari kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang imunisasi sebagai perlindungan terhadap penyakit pada dirinya maupun anak-anak masih rendah.

c. Diagnosis dini dan pengobatan segera

Rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit maka sering kesulitan mendeteksi penyakit yang terjadi pada masyarakat, bahkan masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati sehingga masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak.

d. Pembatasan kecacatan

Kurangnya kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang penyakit sehingga masyarakat tidak melanjutkan pengobatan sampai tuntas. Dengan kata lain pengobatan dan pemeriksaan yang tidak sempurna mengakibatkan orang tersebut mengalami ketidakmampuan atau kecacatan.

e. Rehabilitasi

Untuk memulihkan kecacatan kadang diperlukan latihan-latihan tertentu. Karena kurangnya pengetahuan dan kesadaran, masyarakat segan melakukan latihan yang dianjurkan. Kecacatan juga mengakibatkan timbulnya perasaan malu untuk kembali ke masyarakat. Karena masyarakat pun terkadang tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal.

2.4.4 Media dan Metode Pendidikan Kesehatan

A. Media Pendidikan Kesehatan

Media pendidikan kesehatan adalah saluran yang dipakai untuk mengirimkan pesan kesehatan (Nursalam & Efendi, 2008). Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran informasi kesehatan, media dibagi menjadi 2, yaitu (Fitriani, 2011) :

1. Media cetak

Media cetak sebagai alat untuk menyampaikan pesan kesehatan sangat bervariasi antara lain :

1. Booklet
2. Leaflet
3. Flyer (selebaran)
4. Flip chart (lembar balik)
5. Poster

2. Media elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan kesehatan jenisnya berbeda-beda, antara lain :

- 1) Televisi
- 2) Radio
- 3) Video

B. Metode Pendidikan Kesehatan

Dalam melakukan pendidikan kesehatan, maka perlu adanya strategi dalam memilih metode yang tepat. Berikut adalah beberapa metode dalam pendidikan kesehatan :

1. Metode pendidikan individual

Bentuk dari metode individual ada 2 (dua) bentuk, yaitu :

- a. Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*).
- b. Wawancara (*Interview*).

2. Metode pendidikan kelompok

Metode ini harus sesuai dengan jumlah individu di dalam kelompok tersebut, apakah kelompok tersebut kecil atau besar, karena metodenya berbeda satu sama lain.

a. Kelompok besar

1) Ceramah

Ceramah adalah pidato yang disampaikan oleh seseorang pembicara di depan sekelompok pengunjung. Ceramah pada hakikatnya adalah proses transfer informasi dari pengajar kepada peserta didik atau sasaran belajar. Dalam proses transfer informasi

ada tiga elemen yang penting, yaitu pengajar, materi, dan sasaran belajar (Herawani, et al. 2002). Metode ini cocok untuk sasaran yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi maupun rendah. Metode ceramah yang dimaksud di sini adalah ceramah dengan kombinasi metode yang bervariasi.

- 2) Seminar, metode ini hanya cocok bagi sasaran kelompok besar dengan tingkat pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu masalah yang dianggap penting di masyarakat.

b. Kelompok kecil

- 1) Diskusi kelompok, adalah percakapan yang direncanakan atau dipersiapkan di antara tiga orang atau lebih tentang topik tertentu dengan seorang pemimpin (Herawani, et al. 2002).
- 2) Curah pendapat (*brain storming*), merupakan suatu bentuk diskusi dalam rangka menghimpun gagasan, pendapat, informasi, pengetahuan, dan pengalaman dari semua peserta.
- 3) Memainkan peran (*role play*), beberapa kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan tertentu.
- 4) Permainan simulasi (*simulation game*), merupakan gambaran *role play* dan diskusi kelompok. Pesan atau informasi akan disajikan dalam bentuk permainan

2.5 Pendidikan kesehatan dengan pendekatan fokus group discussion (FGD)

FGD secara sederhana dapat didefinisikan sebagai suatu diskusi yang dilakukan secara sistematis dan terarah mengenai suatu isu atau masalah tertentu. Irwanto (2006: 1-2) mendefinisikan FGD adalah suatu proses pengumpulan data dan informasi yang sistematis mengenai suatu permasalahan tertentu yang sangat spesifik melalui diskusi kelompok.

2.5.1 Karakteristik FGD

(a) FGD diikuti oleh para peserta yang idealnya terdiri dari 7-11 orang. Kelompok tersebut harus cukup kecil agar memungkinkan setiap individu mendapat kesempatan mengeluarkan pendapatnya, sekaligus agar cukup memperoleh pandangan dari anggota kelompok yang bervariasi. Dalam jumlah relatif terbatas ini diharapkan juga penggalan masalah melalui diskusi atau pembahasan kelompok dapat dilakukan secara relatif lebih memadai. Kenapa jumlahnya lebih baik berbilangan ganjil, agar manakala FGD harus mengambil keputusan yang akhirnya perlu *voting* sekalipun, maka dengan jumlah itu bisa lebih membantu kelompok untuk melakukannya. Namun harus dipahami, soal jumlah ini bukanlah pembatasan yang mengikat atau mutlak sifatnya.

(b) Peserta FGD terdiri dari orang-orang dengan ciri-ciri yang sama atau relatif homogen yang ditentukan berdasarkan tujuan dan kebutuhan studi atau proyek. Kesamaan ciri-ciri ini seperti: persamaan gender, tingkat pendidikan, pekerjaan atau persamaan status lainnya. Contohnya dalam melakukan monitoring dan evaluasi program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK), maka FGD dapat dilakukan pada beberapa kelompok, antara lain: (1) kelompok petugas Puskesmas; (2) kelompok keluarga pemegang kartu sehat dan; (3) kelompok

keluarga miskin tidak memiliki kartu sehat. Akan lebih baik jika di antara peserta FGD itu berciri-ciri sama tetapi sebelumnya tidak saling mengenal. Jika syarat peserta sebelumnya tidak saling mengenal ini sulit ditemukan, maka fasilitator perlu mengatasi kemungkinan diskusi dan penyampaian pendapat peserta dipengaruhi oleh pengalaman interaksi mereka sebelumnya.

(c) FGD merupakan sebuah proses pengumpulan data dan karenanya mengutamakan proses. FGD tidak dilakukan untuk tujuan menghasilkan pemecahan masalah secara langsung ataupun untuk mencapai konsesus. FGD bertujuan untuk menggali dan memperoleh beragam informasi tentang masalah atau topik tertentu yang sangat mungkin dipandang secara berbeda-beda dengan penjelasan yang berbeda pula. Kecuali apabila masalah atau topik yang didiskusikan tentang pemecahan masalah, maka FGD tentu berguna untuk mengidentifikasi berbagai strategi dan pilihan-pilihan pemecahan masalah.

(d) FGD adalah metode dan teknik pengumpulan data kualitatif. Oleh sebab itu di dalam metode FGD biasanya digunakan pertanyaan terbuka (*open ended*) yang memungkinkan peserta memberi jawaban dengan penjelasan penjelasan. Fasilitator berfungsi selaku moderator yang bertugas sebagai pemandu, pendengar, pengamat dan menganalisa data secara induktif.

(e) FGD adalah diskusi terarah dengan adanya fokus masalah atau topik yang jelas untuk didiskusikan dan dibahas bersama. Topik diskusi ditentukan terlebih dahulu. Pertanyaan dikembangkan sesuai topik dan disusun secara berurutan atau teratur alurnya agar mudah dimengerti peserta. Fasilitator mengarahkan diskusi dengan menggunakan panduan pertanyaan tersebut.

2.6 Pendidikan kesehatan menggunakan video

Penggunaan dan pengadaan media dalam pembelajaran dapat membantu dalam memberikan pengalaman yang bermakna bagi anak, penggunaan media juga harus mempermudah anak dalam memahami sesuatu yaitu materi yang akan disampaikan yang bersifat abstrak akan bisa menjadi kongkrit, penggunaan media juga harus membuat anak belajar lebih mandiri sesuai minat dan bakatnya. Hal ini sesuai dengan pernyataan daryanto (2011)

Media harus bermanfaat sebagai berikut:

- a. Memperjelas pesan agar tidak terlalu verbalistis.
- b. Mengatasi keterbatasan ruang, waktu, tenaga dan daya indera
- c. Menimbulkan gairah belajar, berinteraksi secara langsung antara peserta didik dan sumber belajar
- d. Memungkinkan anak belajar mandiri sesuai dengan minat, bakat dan kemampuan visual, auditori dan kinestetik
- e. Memberi rangsangan yang sama, mempersamakan pengalaman, menimbulkan persepsi yang sama
- f. Proses pembelajaran mengandung lima komponen komunikasi yaitu guru (komunikator), bahan pembelajaran, media pembelajaran, peserta didik (komunikan), dan tujuan pembelajaran. Jadi media pembelajaran adalah segala sesuatu yang dapat digunakan untuk menyalurkan pesan (bahan pembelajaran) sehingga dapat merangsang perhatian, minat, pemikiran dan perasaan peserta didik dalam kegiatan belajar untuk mencapai tujuan pembelajaran.

Salah satu media pendidikan yang dapat digunakan diantaranya adalah media video. Shalahudin (kurniaty, 2007) video adalah alat untuk merekam, menyimpan dan menampilkan kembali secara serempak suara dan gambar dari suatu objek. Media video dapat menunjang proses belajar mengajar karena media tersebut dapat menampilkan materi-materi pelajaran ataupun peristiwa yang berkaitan dengan materi, selain itu media video juga sangat cocok untuk mengajarkan ketrampilan, termasuk mengajarkan cara menggosok gigi yang baik dan benar.

2.6.1 Karakteristik video

Beberapa karakteristik dari video sangat unik sehingga dikatakan bahwa video memberikan keuntungan bagi proses pembelajaran, beberapa keuntungan adalah sebagai berikut:

1. Gambar bergerak (motion)

Media video memiliki kelebihan untuk menampilkan gambar bergerak yang cukup esensial digunakan untuk pembelajaran yang menuntut penguasaan sebuah materi

2. Proses

Media video memiliki kelebihan untuk memaparkan atau menampilkan langkah-langkah secara operasional agar lebih efektif

3. Pengamatan yang aman

Media video memiliki kelebihan untuk menciptakan suasana pengamatan yang aman terhadap kejadian yang membahayakan

4. Sesuai mengajarkan keterampilan

Sudah diketahui bahwa media video memiliki kemampuan untuk mengulang-ulang materi pembelajaran dengan lebih efektif dan efisien yang lebih disesuaikan dengan tujuan pembelajaran

5. Dramatisasi

Media video memiliki kelebihan untuk menampilkan kejadian sejarah dan kehidupan pribadi seseorang dengan penuh apresiasi

6. Efektif

Media video cukup potensial untuk mempengaruhi emosi dari individu, hal ini cocok digunakan untuk membentuk sikap pribadi maupun sosial

7. Pemecahan masalah

Pembelajaran yang menggunakan media video sangat memungkinkan terjadinya proses diskusi, karena media sangat cocok untuk belajar berkelompok

8. Memahami kultur dan kebudayaan

Media video dapat memungkinkan seseorang untuk mempelajari dan memahami tentang kultur dan kebudayaan seseorang, suku, atau suatu bangsa

(kurniaty, 2007)

Teori Treicher (subakti, 2003) mengungkapkan bahwa pada manusia yang normal, proses belajar terjadi paling banyak lewat indera mata (83%), baru kemudian indera pendengaran (11%) dan sisanya terbagi ketiga indera lainnya. Sementara itu ditemukan pula bahwa pada umumnya orang lebih mudah

mengingat apa yang mereka lihat dan dengar (50%) dari pada yang mereka baca (10%), dengar (20%) atau lihat saja (30%).

2.7 Konsep Media Pembelajaran

2.7.1 Pengertian Media Pembelajaran

Kata media berasal dari bahasa latin “*medius*” yang secara harfiah berarti “tengah, perantara atau pengantar”. Media adalah semua sumber yang diperlukan untuk melakukan komunikasi dengan siswa. Media dapat berupa perangkat keras maupun perangkat lunak (Wena, 2009).

Media pembelajaran adalah satu komponen penting dari strategi penyampaian pembelajaran (Wena, 2009). Sependapat dengan Degang dalam Wena (2009) menjelaskan bahwa media pembelajaran adalah komponen strategi penyampaian yang dapat dimuati pesan yang akan disampaikan kepada siswa baik berupa orang, alat ataupun bahan.

Menurut Harjono (2006) dalam Arsyad (2011) menjelaskan pengertian dalam arti sempit dan arti luas. Dalam arti sempit, media pengajaran hanya meliputi media yang dapat digunakan secara efektif dalam proses pengajaran yang terencana. Sedangkan pengertian dalam arti luas, media tidak hanya meliputi media komunikasi elektronik yang kompleks akan tetapi juga mencakup alat-alat sederhana. Dapat disimpulkan bahwa media pembelajaran adalah media yang digunakan sebagai alat dan bahan dalam kegiatan pembelajaran yang berfungsi sebagai perantara dari pengirim (guru) kepada penerima (siswa) dalam proses belajar mengajar untuk mencapai tujuan pembelajaran.

2.7.2 Jenis Media Pembelajaran

Jerome S Bruner (1981) mengemukakan bahwa ada tiga proses yang terjadi dalam belajar, yaitu :

- a. Fase informasi yaitu tahap awal untuk memperoleh pengetahuan atau pengalaman baru dalam tiap pelajaran siswa selalu memperoleh sejumlah informasi baru yang dapat menambah pengetahuan yang telah ada dan juga informasi yang bertentangan dengan informasi sebelumnya. Perolehan informasi baru dapat terjadi melalui kegiatan membaca, mendengar penjelasan guru mengenai materi yang diajarkan atau mendengarkan audio visual dan lain-lain.
- b. Fase transformasi yaitu tahap siswa memahami, mencerna dan menganalisis pengetahuan baru serta ditransformasikan dalam bentuk baru yang mungkin bermanfaat untuk hal-hal yang lain. Proses transformasi pengetahuan merupakan suatu proses bagaimana siswa memperlakukan pengetahuan yang sudah diterima agar sesuai dengan kebutuhan. Informasi yang diterima dianalisis, diproses atau diubah menjadi konsep yang lebih abstrak agar suatu saat dapat dimanfaatkan.
- c. Fase evaluasi, untuk mengetahui apakah hasil transformasi yang diperoleh siswa tadi sudah benar atau tidak, dan apakah sudah dapat digunakan untuk memecahkan masalah yang siswa hadapi.

Menurut Seels & Glasgow dalam Arsyad (2011) mengelompokkan berbagai jenis media pembelajaran berdasarkan segi perkembangan teknologi. Pembagian ini dibagi kedalam dua kategori luas, yaitu pilihan tradisional dan pilihan media teknologi mutakhir.

Menurut Endraswara (2011) mengklarifikasikan media pembelajaran apresiasi sastra secara garis besar. Pengklarifikasian tersebut berupa media elektronik, media cetak, media gambar, media alamiah dan media orang.

Menurut Kemp & Dayton (1985) dalam Arsyad (2011) mengelompokkan media kedalam delapan jenis, yaitu : media cetakan, media pajang, *overhead transparencies*, rekaman *audiotape*, seri slide dan *filmstrips*, penyajian multi-image, rekaman video dan film hidup, komputer.

Media memiliki peranan yang sangat penting dalam proses pembelajaran. Media dapat meningkatkan pemahaman peserta didik dalam menguasai materi pembelajaran. Sebab media adalah suatu bagian integral dari proses pendidikan di sekolah.

Dalam proses pembelajaran, media yang digunakan harus sesuai dengan tujuan pembelajaran yang telah ditetapkan sehingga mampu merangsang dan menumbuhkan minat siswa dalam belajar. Dengan demikian, media dapat menumbuhkan interaksi siswa dengan materi pembelajaran dan dapat meningkatkan minat belajar siswa. Dengan begitu proses pembelajaran akan lebih menyenangkan.

2.7.3 Fungsi Media Pembelajaran

Menurut Levie & Lenz dalam Arsyad (2009), berpendapat bahwa terdapat empat fungsi media pembelajaran khususnya media visual, yaitu :

1. Fungsi atensi, yaitu menarik dan mengarahkan perhatian siswa untuk berkonsentrasi pada materi pelajaran yang berkaitan dengan makna visual yang ditampilkan atau menyertai teks materi pelajaran.

2. Fungsi afektif, dapat dilihat dari tingkat keterlibatan emosi dan sikap pada siswa saat menyimak materi pelajaran yang disertai dengan visualisasi.
3. Fungsi kognitif, bahwa media visual mempermudah siswa dalam memahami dan mengingat informasi yang terkandung dalam gambar.
4. Fungsi kompensatoris, dapat dilihat dari hasil penelitian bahwa media visual dapat membantu pemahaman dan ingatan bagi siswa yang lemah dalam membaca terhadap isi materi.

Menurut Kemp & Dayton (1985) dan Arsyad (2009) mengemukakan bahwa media pembelajaran memiliki 3 fungsi utama apabila media tersebut digunakan untuk perorangan, kelompok, atau masyarakat, yaitu (1) memotivasi minat atau tindakan, (2) menyajikan informasi, dan (3) memberi intruksi.

2.7.4 Manfaat Media Pembelajaran

Media pembelajaran dapat membangkitkan keinginan dan minat yang baru, membangkitkan motivasi dan rangsangan kegiatan belajar, dan membawa pengaruh-pengaruh psikologi terhadap peserta didik. Media pembelajaran dapat membantu dalam menyampaikan pesan dan isi pelajaran. Selain itu, media pembelajaran juga dapat membangkitkan motivasi dan minat peserta didik. Media pembelajaran sangat membantu peserta didik dalam meningkatkan pemahaman, memudahkan penafsiran, dan memudahkan untuk mendapatkan informasi.

Menurut Sudjana & Rivai dalam Arsyad (2011) mengungkapkan manfaat media pembelajaran dalam proses kegiatan belajar, yaitu sebagai berikut:

1. Pembelajaran akan lebih menarik perhatian peserta didik sehingga dapat menumbuhkan motivasi belajar.

2. Bahan pembelajaran akan lebih jelas maknanya sehingga dapat lebih dipahami oleh peserta didik dan memungkinkannya menguasai serta mencapai tujuan pembelajaran.
3. Metode pembelajaran akan lebih bervariasi, tidak semata-mata komunikasi verbal melalui peraturan kata-kata oleh guru.
4. Peserta didik dapat lebih banyak melakukan kegiatan belajar sebab tidak hanya mendengarkan uraian guru.

Secara umum media pendidikan mempunyai kegunaan-kegunaan sebagai berikut: (Sadiman, Arief S, dkk, 2009)

1. Memperjelas penyajian pesan agar tidak terlalu bersifat verbalistis (dalam bentuk kata-kata tertulis atau lisan belaka).
2. Mengatasi keterbatasan ruang, waktu, dan daya indra.
3. Penggunaan media secara tepat dan bervariasi dapat mengatasi sikap pasif peserta didik.

Dari beberapa uraian diatas dapat diketahui bahwa manfaat dari penggunaan media sangat banyak sekali. Minat dan motivasi belajar siswa dapat ditumbuhkan dengan menggunakan media pembelajaran yang menarik. Proses belajar yang membosankan di dalam kelas juga dapat dihilangkan dengan menggunakan media yang menyenangkan bagi siswa sehingga tujuan pembelajaran dapat tercapai.

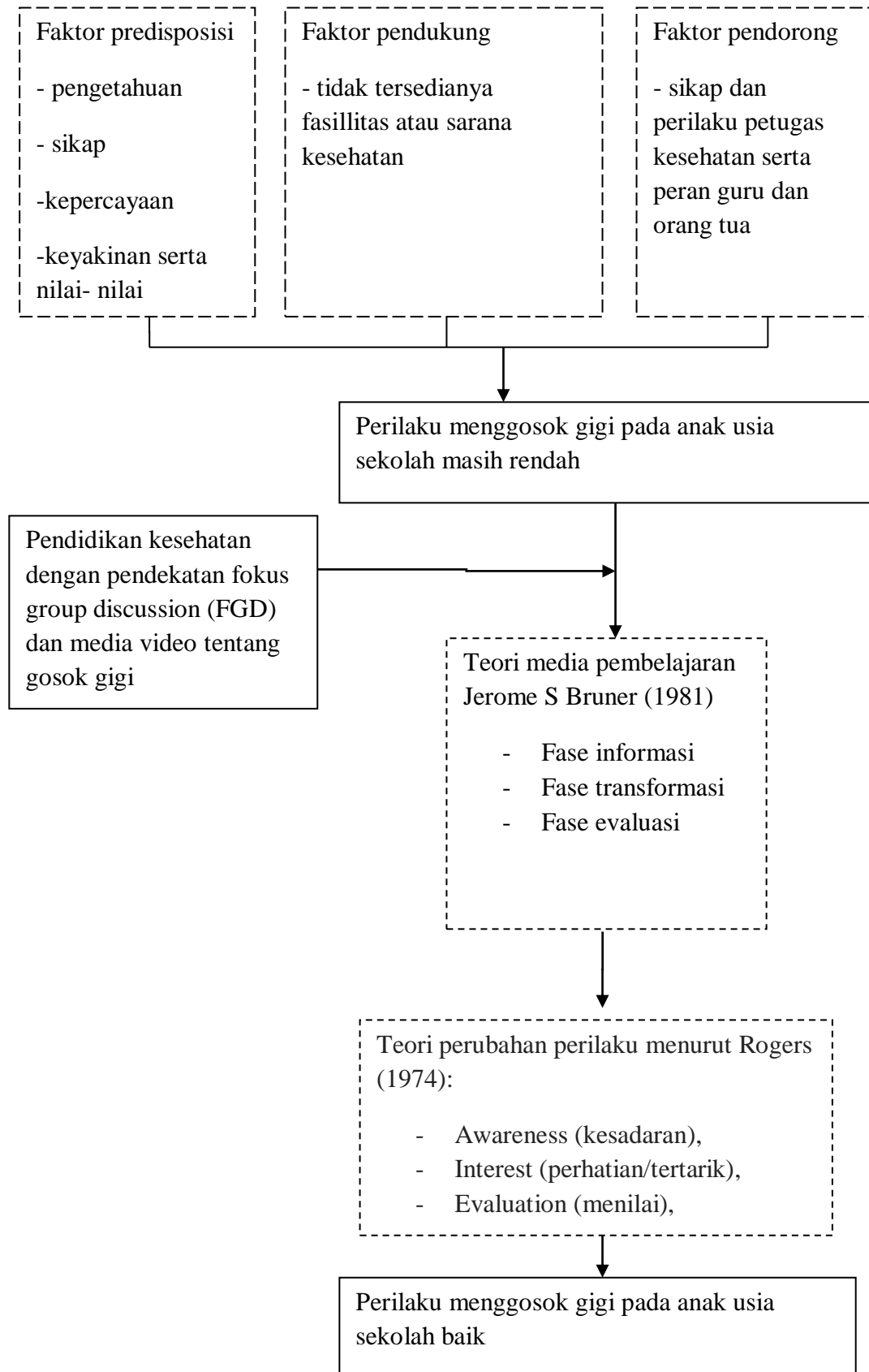
2.8 Teori perubahan perilaku

Teori perubahan perilaku menurut Rogers (1974):

Menjelaskan bahwa ada 5 tahap dalam perubahan yaitu Awareness (kesadaran), Interest (perhatian/tertarik), Evaluation (menilai), Trial (mencoba), Adoption (menerima). Roger mengembangkan teori dari Lewin tentang 3 tahap perubahan dengan menekankan pada latar belakang individu yang terlibat dalam perubahan dan lingkungan dimana perubahan tersebut dilaksanakan.

Teori Rogers tergantung pada lima faktor yaitu : 1) perubahan harus mempunyai keuntungan yang berhubungan menjadi lebih baik dari metode yang sudah ada (kesadaran). 2) perubahan harus sesuai dengan nilai-nilai yang ada, tidak bertentangan perasaan. 3) kompleksitas ide-ide yang lebih kompleks bisa saja lebih baik dari ide yang sederhana asalkan lebih muda untuk dilaksanakan serta individu mulai menimbang-nimbang baik dan buruknya stimulus yang diberikan (evaluasi). 4) dapat dibagi perubahan dapat dilaksanakan dalam skala yang kecil (uji coba). 5) dapat dikomunikasikan semakin mudah perubahan digunakan maka semakin mudah perubahan disebar (adopsi).

2.9 kerangka konseptual



Diteliti :

Tidak diteliti :

Gambar 2.6 kerangka konseptual pengaruh pendidikan kesehatan dengan pendekatan fokus group discussion (FGD) dan media video tentang gosok gigi terhadap pengetahuan, sikap menggosok gigi pada anak usia sekolah di SD AL-ISLAM kota surabaya (Teori perilaku Lawrence Green)

Pembentukan atau perubahan perilaku pada diri individu dipengaruhi oleh tiga faktor, yakni faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor pendorong.

Pemberian Pendidikan kesehatan menggunakan video tentang gosok gigi ini mempermudah anak usia sekolah untuk memahami perilaku gosok gigi yang baik dan benar karena video ini mempunyai beberapa keuntungan seperti: gambar bergerak, proses, pengamatan yang aman, sesuai mengajarkan ketrampilan, efektif, teori media pembelajarannya , yaitu (1) memotivasi minat atau tindakan, (2) menyajikan informasi, dan (3) memberi intruksi.dengan menerapkan media video dalam penyampaian materi mampu menjadi sebuah stimulus pada diri individu, sehingga individu tersebut mempunyai tingkat pengetahuan dan sikap serta tindakan yang kuat terhadap kebiasaan perilaku menggosok gigi. Diharapkan stimulasi yang diberikan kepada siswa mampu menarik perhatian mereka, sehingga para siswa akan memahami mengenai pentingnya gosok gigi dan memulai untuk menerapkan perilaku sehat tersebut dalam kehidupan sehari-hari mereka.

2.10 Hipotesis

Terdapat pengaruh pendidikan kesehatan dengan pendekatan fokus group discussion (FGD) dan media video tentang gosok gigi terhadap pengetahuan, sikap menggosok gigi pada anak usia sekolah.