

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Menggosok gigi

2.1.1 Pengertian Menggosok Gigi

Potter dan Perry (2005) mendefinisikan menggosok gigi adalah membersihkan gigi dari sisa-sisa makanan, bakteri, dan plak. Membersihkan gigi harus memperhatikan pelaksanaan waktu yang tepat dalam membersihkan gigi, penggunaan alat yang tepat untuk membersihkan gigi, dan cara yang tepat untuk membersihkan gigi (Wong *et al* 2008).

Menggosok gigi merupakan tindakan mekanis yang dilanjutkan untuk membersihkan gigi dari sisa-sisa makanan, mencegah terjadinya akumulasi plak di daerah gigi dan gusi serta berfungsi memijat gusi (Sriyono, 2009).

2.1.2 Manfaat Menggosok Gigi

Menggosok gigi adalah tujuan untuk membersihkan plak, deposit bakteri yang melekat pada gigi dan menyebabkan karies gigi (pembusukan gigi atau gigi bolong) dan penyakit periodontal (gusi) (Wong 2008).

2.1.3 Dampak Akibat Tidak Menggosok Gigi

Air liur juga mengandung lapisan tipis glikoprotein yang menempel pada enamel gigi dan menjadi medium pertumbuhan bagi bakteri tersebut. Bakteri ini yang menyebabkan pembusukan dan menyebabkan lubang pada gigi. Plak gigi (*dental plaque*), atau disebut juga dengan karang gigi, merupakan sejumlah besar dextran yang menempel pada enamel gigi dan menjadi media pertumbuhan bagi berbagai jenis bakteri tersebut. Pembentukan plak gigi ini merupakan langkah

awal dalam proses pembusukan gigi (PDGI, 2012). Penyikatan gigi setiap hari membantu mencegah karies gigi dan penyakit periodontal (Kliegmen, 2000).

2.1.4 Diet Untuk Kesehatan Gigi

Soebroto (2015) menyebutkan ada beberapa hal mengenai diet yang dapat membantu mengurangi insiden terjadinya lubang pada gigi:

1. Kurangi frekuensi gula, terutama yang berasal dari makanan yang lengket.
2. Mengonsumsi kalsium, fosfor, vitamin C dan vitamin D baik untuk pembentukan gigi.
3. Pilihlah sayuran segar, roti gandum, *yoghurt* tanpa gula dan keju sebagai makanan ringan.
4. Hindari minuman manis atau asam antara waktu makan. Air putih adalah yang terbaik.
5. Tidak dianjurkan memakan permen atau coklat terlalu lama di dalam mulut
6. Kunyahlah permen karet bebas gula setelah makan untuk membantu memproduksi air liur yang dapat menetralkan asam.
7. Obat yang mengandung gula juga perlu untuk dihindari, karena gula yang menumpuk di gigi akan membuat gigi menjadi lebih mudah diserang bakteri.

2.1.5 Alat Dan Waktu Untuk Menggosok Gigi

1. Alat yang digunakan untuk menggosok gigi
 - 1) Pemakaian sikat gigi

Sikat gigi digunakan untuk membersihkan gigi dari berbagai kotoran yang melekat pada permukaan gigi dan gusi. Jadi dengan gosok gigi maka

sisa-sisa makanan dapat dibersihkan dari permukaan gigi. Sebaiknya sikat gigi diganti setiap tiga bulan sekali atau bila bulu sikat sudah mekar (Noviani, 2010).

Menurut Sitanggang dalam Noviani (2010), penggunaan sikat gigi sebaiknya diganti setiap satu bulan sekali. Sikat gigi yang telah rusak dapat merusak gusi. Pilih juga bulu sikat yang halus untuk melindungi gusi dari kemungkinannya terluka. Menurut ADA (*American Dental Association*) dalam Noviani (2010) menjelaskan bahwa bulu sikat yang kasar lama-kelamaan dapat merusak lapisan gusi sehingga menyebabkan gigi lebih sensitif terhadap makanan atau minuman yang dingin maupun panas. Yang paling penting, jangan sesekali meminjamkan sikat gigi kepada orang lain demi menghindari infeksi kuman akibat kuman yang terbawa. Karena bisa saja menularkan bakteri, meski satu keluarga, satu orang satu sikat gigi.

2) Penggunaan Pasta Gigi

Pasta gigi didefinisikan suatu bahan *semi-aqueous* yang digunakan bersama-sama sikat gigi untuk membersihkan deposit dan memoles seluruh permukaan gigi. Pasta gigi biasa digunakan pada saat gosok gigi dengan menggunakan sikat gigi. Penggunaan pasta gigi bersama sikat gigi bersama sikat gigi melalui gosok gigi adalah salah satu cara yang paling banyak digunakan oleh masyarakat saat ini dengan tujuan untuk meningkatkan kebersihan rongga mulut (Wahyu, 2013).

Menurut Wahyu (2013) ada beberapa jenis pasta gigi yaitu pasta gigi anti karies, pasta gigi anti plak, pasta gigi pemutih, pasta gigi hipersensitivitas, dan pasta gigi herbal.

(1) Pasta gigi anti karies

Pasta gigi yang beredar dipasaran umumnya mengandung flour dalam bentuk *Natrium Fluoride (NaF)*, *Stanium Fluoride (SnF)* dan *Sodium Monofluorofosfat (NaMNF)*. Pasta gigi fluoride efektif dalam mencegah dan mengendalikan karies gigi. Fluor dapat menghambat demineralisasi enamel dan meningkatkan remineralisasi. Flour sangat berperan penting terhadap peningkatan kesehatan gigi.

(2) Pasta gigi anti plak

Selama dua dekade terakhir, banyak pasta gigi telah di formulasikan mengandung senyawa antimikroba untuk mencegah atau mengurangi plak, kalkulus, dan karies gigi. Salah satu senyawa tersebut adalah triklosan. Triklosan (*2, 4' trikloro-2'-hidroksi difenil eter*) adalah suatu antimikroba anionik dengan spektrum luas (dengan *minimal inhibitory concentration* atau konsentrasi penghambat minimal terhadap banyak bakteri oral kurang dari 10 µg/g) terhadap kebanyakan bakteri yang membentuk plak. Anti mikroba ini terabsorpsi ke permukaan oral tetapi tidak menimbulkan stein.

(3) Pasta gigi pemutih

Pasta gigi untuk pemutih meliputi *enzim, peroksida, surfaktan, sitrat, pirofosfat* dan *hexametaphosphate*.

(4) Pasta gigi hipersensitivitas

Hipersensitivitas dentin merupakan suatu kondisi dari gigi yang sakit, berupa rasa sakit yang singkat dan tajam, diakibatkan dentin yang tersingkap dalam menerima stimulus yang bersal dari

luar. Jenis bahan desensitisasi yang digunakan dalam pasta gigi adalah *Postassium Citrte* dan *Stronsium Choride*.

(5) Pasta gigi herbal

Pasta gigi herbal merupakan pasta gigi yang mengandung bahan-bahan alami pilihan.

2. Waktu untuk menggosok gigi

Dalam mengosok gigi yang perlu diperhatikan adalah frekuensi dan waktu dalam melakukan kegiatan gosok gigi, karena hal ini berpengaruh terhadap terjadinya karies. Dalam penelitian terbukti bahwa frekuensi gosok gigi berhubungan dengan angka kejadian karies/DMF-T pada anak-anak dan disarankan supaya anak-anak mengosok gigi minimal 2 kali sehari atau lebih, hal ini akan lebih baik dibandingkan dengan hanya melakukan gosok gigi satu kali perhari (Starkey & Noviani, 2010).

Menggosok gigi sebelum tidur sangat penting karena saat tidur terjadi interaksi antara bakteri mulut dengan sisa makanan pada gigi, Hockberry & Wilson (2007) dalam Dewanti (2012). Manson (1971) dalam Ginandjar (2011) berpendapat bahwa menggosok gigi sehari cukup 2 kali, setelah makan pagi dan sebelum tidur malam. Maulani (2005), berpendapat bahwa menyikat gigi minimal sehari cukup dua kali sehari, yaitu 30 menit setelah makan pagi dan malam hari sebelum tidur. Weidjen (1993) dalam Wuriyanti (2009) telah menstandarisasikan lama waktu menyikat gigi yang efektif adalah dua menit. Selain menggunakan lama waktu menyikat gigi, maka untuk efektifitas menyikat gigi ada anjuran

untuk menggosok gigi pada tiap-tiap bagian sebanyak 5 sampai 10 gosokan, Saxen (2005) dalam Wuriyanti (2009).

Waktu menggosok gigi yang baik di pagi hari adalah setelah makan pagi. Menggosok gigi harus dilakukan setelah makan, setelah makan kudapan, dan sebelum tidur (Wong *et al* 2008). Menurut Potter dan Perry (2005) menggosok gigi yang efektif sedikitnya empat kali sehari, yaitu setiap setelah makan dan sebelum tidur. Menggosok gigi setelah makan dapat membersihkan sisa-sisa makanan yang menempel di gigi setelah makan.

Waktu menggosok gigi yang baik di malam hari adalah setelah makan malam atau sebelum tidur malam. Menggosok gigi yang efektif adalah sebelum tidur malam (Potter & Perry 2005). Menggosok gigi sebelum tidur malam penting dilakukan karena interaksi bakteri dan sisa-sisa makan yang berasal dari makan malam dapat terjadi ketika tidur malam (Hockenberry & Wilson 2007). Hollins (2008) juga mengungkapkan bahwa menggosok gigi sebelum tidur malam penting dilakukan karena produksi saliva kurang efektif selama waktu tidur. Kebiasaan menggosok gigi yang baik di malam hari adalah menggosok gigi setelah makan malam atau sebelum tidur malam, tidak makan dan minum yang mengandung gula setelah menggosok gigi sampai bangun pagi di esok hari atau menggosok gigi lagi apabila makan dan minum yang mengandung gula untuk mencegah interaksi bakteri dan sisa-sisa makan malam yang dapat terjadi ketika tidur malam hari.

2.1.6 Teknik Menggosok Gigi

Teknik menyikat gigi adalah cara yang umum di anjurkan untuk membersihkan deposit lunak pada permukaan gigi dan gusi dan merupakan tindakan preventif dalam menuju keberhasilan dan kesehatan rongga mulut yang optimal. Ada beberapa teknik yang berbeda-beda untuk membersihkan gigi dan memijat gusi dengan sikat gigi. Natamiharja, Hiskia, & Dorlina (2008) menyatakan bahwa saat menyikatan gigi harus memperhatikan hal-hal berikut :

1. Teknik penyikatan gigi harus dapat membersihkan semua permukaan gigi dan gusi secara efisien terutama daerah saku gusi dan daerah interdental.
2. Pergerakan sikat gigi tidak boleh menyebabkan kerusakan jaringan gusi atau abrasi gigi.
3. Teknik penyikatan harus sederhana, tepat, dan efisien waktu.

Frekuensi Penyikatan gigi sebaiknya dua kali sehari, setiap kali sesudah makan pagi dan sebelum tidur. Namun, dalam praktiknya hal tersebut tidak selalu dapat dilakukan, terutama pada malam hari sebelum tidur. Manson (1971) dalam Yanti & Natamiharja (2009) juga berpendapat bahwa penyikatan gigi efektif bila dilakukan dua kali sehari, yaitu setiap kali setelah makan pagi dan sebelum tidur.

Penyikatan gigi yang di anjurkan adalah minimal 5 menit, tetapi sesungguhnya ini terlalu lama. Umumnya orang melakukan penyikatan gigi maksimum dua menit. Cara penyikatan gigi harus sistematis supaya tidak ada gigi yang terlewat, yaitu mulai dari posterior ke anterior dan berakhir pada bagian posterior sisi lainnya (Nurchasanah 2006).

Metode menggosok gigi menurut Family Dent (2002) dalam Manfaati (2012):

1. Oleskan pasta gigi secukupnya (sebesar biji jagung) pada ujung sikat gigi yang sudah dibersihkan.



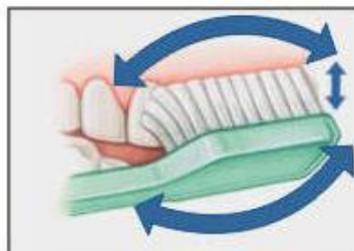
Gambar 2.1 Oleskan pasta gigi secukupnya (Little & Falace 2002)

2. Posisikan sikat gigi dengan kemiringan 45° pada batas gigi dan gusi hingga ujung sikat menyentuh pangkal gusi dalam keadaan gigi atas dan bawah tidak bersentuhan



Gambar 2.2 Posisikan sikat dengan kemiringan 45° (Little & Falace 2002)

3. Putar ujung sikat gigi dengan arah sapuan dari gusi ke gigi.
4. Sikat gigi menyusuri seluruh gigi searah putaran jarum jam sehingga seluruh gigi tersikat dengan baik.



Gambar 2.3 Gerakan sikat gigi menyusuri seluruh gigi (Little & Falace 2002)

5. Sikat bagian dalam gigi atas dan bawah dengan menggunakan ujung kepala sikat gigi. Bulu sikat gigi terletak pada batas gusi, gerakan sikat ke ujung mahkota gigi (dari gusi ke gigi)



Gambar 2.4 Sikat bagian dalam gigi atas dan bawah (Little & Falace 2002)

6. Sikat permukaan kunyah dari belakang ke depan.
7. Kumur dengan air atau obat kumur.

2.1.7 Pemeriksaan ke Dokter Gigi

Persatuan Dokter Gigi Indonesia (2012) mengatakan pemeriksaan gigi ke dokter gigi masih sangat minim dilakukan pada masyarakat Indonesia. Padahal apabila sejak dini anak diajarkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan gigi secara rutin, maka angka kejadian karies gigi akan berkurang.

Pemeriksaan secara rutin 6 bulan sekali telah dicanangkan oleh pemerintah. Pemeriksaan ini sangat dianjurkan pada anak usia sekolah, karena pada anak usia sekolah mengalami pergantian dari gigi susu menjadi gigi permanen. Usaha lain yang dilakukan pemerintah dalam menangani masalah kesehatan gigi adalah Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS). UKGS ini merupakan bagian integral dari Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang melakukan pelayanan kesehatan gigi dan mulut secara terencana (Dewanti, 2012).

2.1.8 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kebiasaan Menggosok Gigi

Menurut Hermawan (2015), Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kebiasaan menggosok gigi pada anak-anak adalah :

1. Praktik sosial

Kelompok-kelompok sosial wadah seseorang pasien berhubungan dapat mempengaruhi praktik higiene (menggosok gigi) pribadi. Selama masa kanak-kanak, kanak-kanak mendapatkan praktik menggosok gigi dari orang tua mereka. Kebiasaan keluarga, jumlah orang dirumah, dan ketersediaan air panas dan atau air mengalir hanya merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi perawatan kebersihan (menggosok gigi).

2. Status sosio ekonomi

Sumber daya ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkat praktik kebersihan (menggosok gigi) yang dilakukan. Apakah dapat menyediakan bahan-bahan yang penting seperti deodoran, sampo, pasta gigi, dan kosmetik (alat-alat yang membantu dalam memelihara higiene dalam lingkungan rumah).

3. Pengetahuan

Pengetahuan tentang pentingnya higiene (menggosok gigi) dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi praktik higiene (menggosok gigi). Kendati demikian, pengetahuan itu sendiri tidak cukup, harus termotivasi untuk memelihara perawatan diri.

4. Kebudayaan

Kepercayaan kebudayaan dan nilai pribadi mempengaruhi perawatan higiene (menggosok gigi). Orang dari latar kebudayaan yang berbeda mengikuti praktek perawatan diri (menggosok gigi) yang berbeda.

5. Pilihan pribadi

Kebebasan individu untuk memilih waktu untuk perawatan diri, memilih produk yang ingin digunakan, dan memilih bagaimana cara melakukan higiene.

6. Motivasi anak untuk menggosok gigi

Menurut Notoatmodjo 2007, teori yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain teori Lawrence Green (1980). Menurut Lawrence Green dalam perilaku kesehatan di pengaruhi oleh tiga faktor yaitu :

1. Faktor predisposisi

Termasuk di dalamnya adalah pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, nilai budaya atau norma yang diyakini seseorang.

2. Faktor pendukung

Yaitu faktor lingkungan yang memfasilitasi perilaku seseorang. Faktor pendukung di sini adalah ketersediaan sumber-sumber atau fasilitas. Misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban, air bersih dan sebagainya.

3. Faktor pendorong atau penguat

Faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan memperoleh dukungan atau tidak. Faktor ini terwujud dalam sikap dan perilaku. Perilaku orang lain yang berpengaruh (tokoh masyarakat, tokoh agama, guru, petugas kesehatan, keluarga, pemegang kekuasaan) yang dapat menjadi pendorong seseorang untuk berperilaku.

2.1.9 Upaya Untuk Mengatasi Masalah Gigi Pada Anak Usia Sekolah

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 pada siswa terutama siswa Sekolah Dasar (SD) (Herijulianti, Tati, & Artini 2002). Upaya yang dilakukan dalam mengatasi masalah gigi adalah:

1. Upaya Promotif

Upaya promotif yang dilaksanakan di UKGS lebih diarahkan pada pendekatan pendidikan kesehatan gigi. Tujuan upaya promotif adalah supaya siswa sekolah dasar mampu meningkatkan kesehatan, meningkatkan kesehatan gigi dan mulut. Bentuk kegiatan promosi kesehatan adalah pendidikan kesehatan mengenai cara memelihara kesehatan gigi dan mulut dengan cara menggosok gigi yang baik dan benar (Mubarok 2011).

2. 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 kelompok resiko tinggi yaitu siswa sekolah dasar agar terhindar dari penyakit gigi dan mulut. Bentuk kegiatannya adalah pendidikan gosok gigi (Mubarok 2011).

3. 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 puskesmas (Mubarok 2011).

2.2 Anak Usia Sekolah

2.2.1 Pengertian Anak Usia Sekolah

Anak usia sekolah adalah periode yang dimulai saat anak berusia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun (Wong, 2008). Periode ketika anak-anak dianggap mulai bertanggung jawab atas perilakunya sendiri dalam hubungan dengan orang tua mereka, teman sebaya dan orang lainnya. Usia sekolah merupakan masa anak memperoleh dasar-dasar pengetahuan untuk keberhasilan penyesuaian diri pada kehidupan dewasa dan memperoleh keterampilan tertentu.

Usia anak sekolah dimulai dari umur 5 tahun sampai umur 11 tahun. Usia anak adalah usia dimana anak sedang mengembangkan segala kemampuannya seperti kemampuan berkomunikasi, bekerjasama dengan orang lain, dan kemampuan mengemukakan pendapat (Pascal, 2010).

2.2.2 Tugas Perkembangan Anak Usia Sekolah

Menurut Havighurts (1990) dalam Oktaviana (2008) tugas perkembangan adalah tugas-tugas yang harus diselesaikan individu pada fase-fase atau periode kehidupan tertentu dan apabila berhasil mencapainya mereka akan bahagia, tetapi sebaliknya apabila gagal akan kecewa dan dicela oleh orang tua atau masyarakat dan perkembangan selanjutnya juga akan mengalami kesulitan. Sumber-sumber tugas perkembangan antara lain: kematangan fisik, tuntutan masyarakat atau budaya dan nilai, aspirasi individu. Beberapa tugas perkembangan pada masa sekolah antara lain:

1. Belajar memperoleh keterampilan fisik untuk melakukan permainan.

Melalui pertumbuhan fisik dan otak, anak belajar dan berlari semakin stabil, makin mantap dan cepat. Masa sekolah anak sudah sampai pada taraf penguasaan otot, sehingga sudah dapat berbaris, melakukan senam pagi dan permainan-permainan ringan, seperti sepak bola, loncat tali, berenang dan sebagainya.

2. Belajar membentuk sikap yang sehat terhadap dirinya sendiri sebagai makhluk biologis. Hakikat tugas ini ialah:

- 1) Mengembangkan kebiasaan untuk memelihara badan meliputi kebersihan, keselamatan diri dan kesehatan.
 - 2) Mengembangkan sikap positif terhadap jenis kelaminnya (pria dan wanita) dan juga menerima dirinya (baik rupa wajahnya maupun postur tubuhnya) secara positif.
3. Belajar bergaul dengan teman-teman sebaya.

Belajar menyesuaikan diri dengan lingkungan dan situasi yang baru serta teman-teman sebayanya. Pergaulan anak di sekolah atau teman sebayanya mungkin diwarnai perasaan senang, karena secara kebetulan temannya itu berbudi baik, tetapi mungkin juga diwarnai oleh perasaan tidak senang karena teman sepermainannya suka mengganggu.

4. Belajar memainkan peranan sesuai dengan jenis kelamin.

Saat anak sudah masuk sekolah, perbedaan jenis kelamin akan semakin terlihat. Segi permainan akan nampak bahwa anak laki-laki tidak akan memperbolehkan anak perempuan mengikuti permainannya yang khas laki-laki, seperti main kelereng, main bola dan layang-layang.

5. Belajar keterampilan dasar dalam membaca, menulis, dan berhitung.

Salah satu sebab usia 6-12 tahun disebut masa sekolah karena pertumbuhan jasmani dan perkembangan rohaninya sudah cukup matang untuk menerima pengajaran. Kehidupan masyarakat yang berbudaya menuntut anak harus tamat SD karena dari SD anak sudah memperoleh keterampilan dasar membaca, menulis dan berhitung.

6. Belajar mengembangkan konsep sehari-hari

Apabila kita telah melihat sesuatu, mendengar, mengecap, mencium dan mengalami, tinggallah suatu ingatan pada kita. Ingatan mengenai pengamatan yang telah lalu itu disebut konsep (tanggapan). Demikianlah tanggapan tentang ayah, ibu, rumah, pakaian, buku, sekolah, dan juga mengenai gerak-gerik yang dilakukan seperti berbicara, berjalan, berenang dan menulis. Bertambahnya pengalaman akan menambah perbendaharaan konsep pada anak. Tugas sekolah yaitu menanamkan konsep-konsep yang jelas dan benar. Konsep itu meliputi kaidah-kaidah atau ajaran agama (moral), ilmu pengetahuan, adat istiadat, dan sebagainya.

Guru dapat mendidik atau mengajar di sekolah dengan memberikan bimbingan kepada anak untuk:

- 1) Banyak melihat, mendengar dan mengalami sebanyak-banyaknya tentang sesuatu yang bermanfaat untuk peningkatan ilmu dan kehidupan bermasyarakat.
- 2) Banyak membaca buku-buku atau media cetak lainnya. Semakin dipahami konsep-konsep tersebut maka semakin mudah untuk memperbincangkannya dan semakin mudah pula bagi anak untuk mempergunakannya pada waktu berpikir.

7. Mengembangkan kata hati moralitas dan skala nilai-nilai.

Hakikat tugas ini ialah mengembangkan sikap dan perasaan yang berhubungan dengan norma-norma agama. Hal ini menyangkut penerimaan dan penghargaan terhadap peraturan agama (moral) disertai

dengan perasaan senang untuk melakukan atau tidak melakukannya. Tugas perkembangan ini berhubungan dengan masalah benar-salah, boleh-tidak boleh, seperti jujur itu baik, bohong itu buruk, dan sebagainya.

8. Belajar memperoleh kebebasan dari ketergantungan diri.

Hakikat tugas ini adalah untuk dapat menjadi orang yang berdiri sendiri, dalam arti membuat rencana, berbuat untuk masa sekarang dan masa yang akan datang bebas dari pengaruh orang tua dan orang lain.

9. Mengembangkan sikap yang positif terhadap kelompok sosial dan lembaga-lembaga.

Hakikat tugas ini ialah mengembangkan sikap sosial yang demokratis dan menghargai hak orang lain. Mengembangkan sikap tolong menolong, tenggang rasa, mau bekerjasama dengan orang lain, toleransi terhadap pendapat orang lain dan menghargai hak orang lain. Sedangkan tugas pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah menurut Muscari (2005):

1) Fisik

Menurut (Muscari, 2005) parameter umum selama periode ini, anak perempuan biasanya tumbuh lebih cepat secara umum tinggi dan berat badan anak perempuan melebihi anak laki-laki.

(1) Tinggi badan

- a. Rata-rata anak usia sekolah bertambah tinggi 5 cm per tahun.
- b. Rata-rata tinggi anak usia 6 tahun adalah 112,5 cm.
- c. Rata-rata tinggi anak usia 12 tahun adalah 147,5 cm.

(2) Berat badan

- a. Rata-rata berat badan anak usia sekolah bertambah 2-3 kg per tahun.
- b. Rata-rata berat badan anak usia 6 tahun mencapai 21 kg.
- c. Rata-rata berat badan anak usia 12 tahun mencapai 40 kg.

Selama masa praremaja antara 10 dan 13 tahun, anak mengalami pertumbuhan yang pesat. Sistem imun tubuh bekerja lebih efisien, memungkinkan lokalisasi infeksi dan respons antigen-antibodi yang lebih baik. Kebutuhan nutrisi harian anak usia sekolah menurun berhubungan dengan ukuran tubuh. Anak usia sekolah membutuhkan rata-rata 2400 kalori per hari. Orang tua harus tetap menekankan kebutuhan terhadap diet seimbang yang sesuai dengan piramida makanan, tubuh menyimpan cadangan makanan sebagai sumber kebutuhan pertumbuhan yang meningkat saat remaja. Kebutuhan tidur setiap anak pada usia sekolah sangat bervariasi, tetapi biasanya memiliki rentang dari 8 sampai 9,5 jam tiap malam. Laju pertumbuhan anak usia sekolah sedikit melambat dibandingkan dengan masa remaja nantinya sehingga membutuhkan waktu tidur yang relatif lebih sedikit. Membaca sebelum tidur dapat memudahkan dan membentuk pola waktu tidur yang positif. Anak-anak tidak menyadari akan adanya kelelahan sehingga antisipasi terhadap terbangun atau terjaga dalam waktu lama dapat menimbulkan kelelahan pada keesokan harinya. Kesehatan gigi anak usia 6 tahun terdapat gigi permanen dan mulai bertahap kehilangan

gigi desidua. Kunjungan rutin ke dokter gigi sangat penting, serta kebiasaan menggosok gigi sebelum tidur dapat dilatih sejak dini. Masalah gigi yang sering terjadi adalah adanya karies, maloklusi dan penyakit periodontal semakin jelas pada anak usia ini. Masalah eliminasi yang sering terjadi pada anak usia sekolah adalah enuresis (mengompol) dan enkopresis (kebocoran feses persisten). Anak laki-laki lebih sering mengalami masalah keduanya dibandingkan dengan anak perempuan.

2) Perkembangan psikososial

Perkembangan psikososial menurut Erikson (1902-1994) dalam Oktaviana (2008) pada anak usia sekolah adalah *industry versus inferioritas*. Hubungan dengan orang terdekat mulai meluas mencakup teman sekolah dan guru. Anak usia sekolah secara normal telah menguasai tiga tugas perkembangan pertama (kepercayaan, otonomi, dan inisiatif) dan pada saat ini berfokus pada penguasaan kepandaian (*industry*). Perasaan *industry* berkembang dari suatu keinginan untuk pencapaian. Perasaan inferioritas dapat tumbuh dari harapan yang tidak realistis atau perasaan gagal dalam memenuhi standar yang ditetapkan orang lain untuk anak. Ketika anak merasa tidak adekuat, maka rasa percaya dirinya akan menurun. Anak usia sekolah sudah terikat dengan tugas dan aktivitas yang dapat diselesaikan, mempelajari peraturan, kompetensi, dan kerja sama untuk mencapai suatu tujuan. Hubungan sosial menjadi sumber pendukung yang penting semakin meningkat. Rasa takut yang sering

terjadi pada usia ini seperti : perasaan gagal di sekolah, gertakan, guru yang mengintimidasi, sampai sesuatu yang buruk terjadi pada orang tua mereka. Orang tua dan pemberi asuhan lainnya dapat membantu mengurangi rasa takut dengan berkomunikasi secara empati dan penuh perhatian tanpa menjadi *over protektif*. Masa usia sekolah merupakan periode perubahan dinamis dan kematangan seiring dengan peningkatan keterlibatan anak dalam aktivitas kompleks, membuat keputusan, dan kegiatan yang memiliki tujuan. Ketika anak usia sekolah belajar lebih banyak mengenai tubuhnya, perkembangan sosial berpusat pada tubuh dan kemampuannya. Hubungan dengan teman sebaya memegang peranan penting yang baru. Anak usia sekolah mulai mampu menginternalisasi pengendalian diri dan membutuhkan sedikit pengarahan dari luar. Mereka melakukannya, meskipun sebenarnya orang tua dan dewasa yang dipercaya untuk menjawab pertanyaan dan memberikan bimbingan dalam membuat keputusan.

3) Perkembangan psikoseksual

Menurut Freud (1856-1939) dalam (Oktaviana, 2008) dalam periode latensi yang terjadi dari usia 5 sampai 12 tahun menunjukkan tahap yang relatif tidak memperhatikan masalah seksual sebelum masa pubertas dan remaja. Selama periode ini, perkembangan harga diri berkaitan erat dengan perkembanganketerampilan untuk menghasilkan konsep nilai dan menghargai seseorang. Masa praremaja dimulai ketika akhir usia

sekolah. Perbedaan pertumbuhan dan kematangan diantara kedua gender semakin nyata pada masa ini. Tahap awal usia sekolah, anak memperoleh lebih banyak pengetahuan dan sikap mengenai seks. Pertanyaan mengenai seks membutuhkan jawaban jujur yang berdasarkan tingkat pemahaman anak.

4) Perkembangan kognitif

Anak berusia antar 7 dan 11 tahun berada dalam tahap konkret operasional, yang ditandai dengan penalaran induktif, tindakan logis, dan pikiran konkret reversibel. Karakteristik spesifik tahap ini antara lain :

- (1) Transisi dari egosentris ke pemikiran objektif (yaitu melihat dari sudut pandang orang lain, mencari validasi dan bertanya).
- (2) Berfokus pada kenyataan fisik saat ini disertai ketidakmampuan melihat untuk melebihi kondisi saat ini.
- (3) Kesulitan menghadapi masalah yang jauh, masa depan atau hipotetis.
- (4) Perkembangan berbagai klasifikasi mental dan aktivitas yang diminta.
- (5) Perkembangan prinsip konservasi (yaitu volume, berat, massa, dan angka).
- (6) Aktivitas yang khas pada anak tahap ini antara lain mengumpulkan dan menyortir benda (misal kartu *baseball*, boneka dan kelereng), meminta atau memesan barang –barang menurut ukuran, bentuk, berat, dan kriteria lain serta

mempertimbangkan pilihan dan variabel ketika memecahkan masalah.

5) Perkembangan motorik

Perkembangan motorik kasar seperti aktivitas bersepeda, sepatu roda, *rollerblading*, dan papan luncur, kemampuan berlari dan melompat meningkat secara progresif, sereta berenang. Sedangkan perkembangan motorik halus seperti menulis tanpa merangkai huruf (misal hanya menulis salah satu huruf saja) pada usia dini, menulis dengan merangkai huruf (misal membentuk satu kata) pada tahun berikutnya (usia 8 tahun), menguasai lebih besar keterampilan dan *video games*, kemampuan bermain komputer (keterampilan manual).

2.3 Konsep Perilaku

Skinner (1938) yang dikutip oleh Notoadmodjo (2012) mengemukakan bahwa perilaku adalah merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan tanggapan (respon), yakni:

1. Responden respons atau *reflexive respon*, ialah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu.
2. Operan respon atau *instrumental respons*, adalah respon yang timbul dan berkembang diikuti oleh perangsang tertentu.

Dalam kehidupan sehari-hari, respon jenis pertama (*responden respon* atau *respon behavior*) sangat terbatas keberadaanya pada manusia. Hal ini

disebabkan karena hubungan yang pasti antara stimulus dan respon kemungkinan untuk memodifikasinya adalah sangat kecil.

2.3.1 Bentuk Perilaku

Secara lebih operasional dapat diartikan suatu respon organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subyek tersebut (Notoadmodjo, 2010). Respon ini berebentuk dua macam, yakni:

1. Bentuk pasif adalah respon internal, yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat dilihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Misalnya seorang ibu tahu bahwa imunisasi itu dapat mencegah suatu penyakit tertentu, meskipun ibu tersebut tidak membawa anaknya ke puskesmas untuk dimunisasi.
2. Bentuk aktif, yaitu apabila perilaku jelas dapat diobservasi secara langsung. Misalnya pada kedua contoh tersebut, si ibu sudah membawa anaknya ke puskesmas atau fasilitas kesehatan lain untuk imunisasi, dan orang pada kasus kedua sudah ikut keluarga berencana dalam arti sudah menjadi akseptor KB. Oleh karena perilaku mereka sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata, maka disebut "*overt behavior*".

Faktor perilaku anak meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan yang dilakukan oleh seorang anak dalam kegiatan sehari-hari. Obyek atau sasaran daripada ilmu perilaku adalah tentang perilaku manusia. Pengertian perilaku ini dibatasi sebagai keadaan berpendapat, berfikir, bersikap, dan bertindak. Untuk memberikan response terhadap situasi di luar subyek tersebut. Respon ini dapat

bersifat pasif (tanpa tindakan), dan dapat bersifat aktif (dengan tindakan atau action). Perilaku anak dalam kesehatan merupakan perilaku yang tidak diwariskan secara alamiah melainkan diperoleh melalui proses belajar social (Notoadmodjo, 2010).

2.3.2 Domain Perilaku Kesehatan

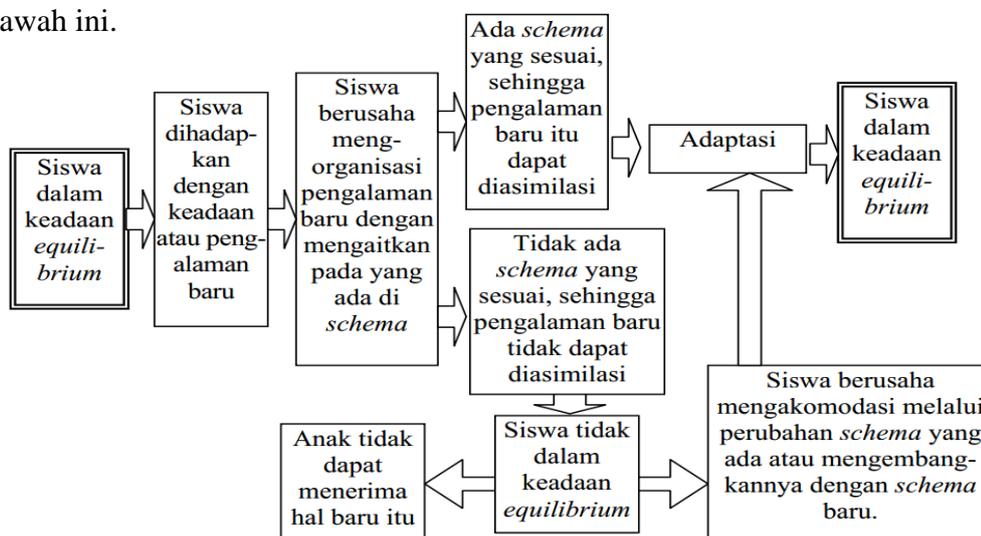
Menurut Benyamin Bloom (1908) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2012), membagi perilaku manusia itu kedalam tiga *domain*, ranah atau kawasan yakni: 1) kognitif (*cognitive*), 2) afektif (*affective*), 3) psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni:

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2012).

Pengetahuan atau kognitif merupakan *domain* yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Dalam pandangan Piaget, pengetahuan datang dari tindakan, perkembangan kognitif sebagian besar bergantung kepada beberapa jauh anak aktif memanipulasi dan aktif berinteraksi dengan lingkungannya (Zulfikar, 2011). Proses perkembangan

kognitif seseorang menurut Piaget harus melalui suatu proses yang disebut dengan adaptasi dan organisasi seperti ditunjukkan Piaget melalui diagram di bawah ini.



Gambar 2.4 Proses perkembangan kognitif seseorang menurut Piaget (Shadiq & Mustajab, 2011)

Diagram tersebut menunjukkan bahwa tanpa adanya pengalaman baru, struktur kognitif para siswa akan berada dalam keadaan equilibrium (tenang dan stabil). Jadi, perkembangan kognitif seseorang ditentukan oleh seberapa besar interaksinya dengan lingkungan (pengalaman baru) yang harus dikaitkan atau dihubungkan dengan struktur kognitif (skema) mereka, melalui proses organisasi dan adaptasi. Skema atau skemata yang diberikan oleh Piaget untuk dapat menjelaskan mengapa seseorang memberikan respon terhadap suatu stimulus dan untuk menjelaskan banyak hal yang berhubungan dengan ingatan. Skema adalah struktur kognitif yang digunakan oleh manusia untuk mengadaptasi diri terhadap lingkungan dan menata lingkungan ini secara intelektual (Hergenhahn, 2010). Adaptasi sendiri terdiri atas dua proses yang dapat terjadi bersama-sama, yaitu:

1) *Asimilasi*

Asimilasi merupakan suatu proses dimana suatu informasi atau pengalaman baru disesuaikan dengan kerangka kognitif yang sudah ada di benak siswa. Asimilasi berlangsung setiap saat. Secara teoritis, asimilasi tidak menghasilkan perubahan skemata, tetapi asimilasi mempengaruhi pertumbuhan skemata. Dengan demikian asimilasi adalah bagian dari proses kognitif, dengan proses itu individu secara kognitif mengadaptasi diri terhadap lingkungan dan menata lingkungannya.

2) *Akomodasi*

Akomodasi yaitu suatu proses perubahan atau pengembangan kerangka kognitif yang sudah ada di benak siswa agar sesuai dengan pengalaman yang baru dialami. Akomodasi dapat diartikan sebagai penciptaan skemata baru atau pengubahan skemata lama. Asimilasi dan akomodasi terjadi sama-sama saling mengisi pada setiap individu yang menyesuaikan diri dengan lingkungannya.

3) *Akuilibrasi*

Akuilibrasi adalah keseimbangan antara pribadi seseorang dengan lingkungannya atau antara asimilasi dan akomodasi. Ketika seorang anak melakukan pengalaman baru, ketidakseimbangan hampir mengiringi anak itu sampai mampu melakukan asimilasi atau akomodasi terhadap informasi baru yang pada akhirnya mampu mencapai keseimbangan (*equilibrium*). Ada beberapa macam *equilibrium* antara *asimilasi* dan akomodasi yang berbeda menurut tingkat perkembangan dan perbagai persoalan yang diselesaikan. Bagi Piaget, *equilibrasi* adalah faktor utama dalam menjelaskan mengapa beberapa anak inteligensi logisnya berkembang lebih cepat dari pada anak yang lainnya.

Jika fungsi kognitif seperti adaptasi dan organisasi tetap konstan selama proses perkembangan kognitif maka struktur kognitifnya akan berubah baik secara kualitas maupun kuantitas sesuai perkembangan waktu dan pengalaman (Zulfikar, 2011). Implikasi dari teori perkembangan kognitif Piaget dalam pembelajaran, antara lain : 1) Memusatkan perhatian kepada cara berfikir atau proses mental anak tidak sekedar kepada hasilnya; 2) Mengutamakan peran siswa dalam berinisiatif sendiri dan keterlibatan aktif dalam kegiatan belajar; 3) Memaklumi akan adanya perbedaan individual dalam hal kemajuan perkembangan. Teori Piaget mengasumsikan bahwa seluruh siswa tumbuh dan melewati urutan dan perkembangan yang sama, namun pertumbuhan itu berlangsung pada kecepatan berbeda. Oleh karena itu guru harus melakukan upaya untuk mengatur aktivitas di dalam kelas yang terdiri dari individu-in dividu kedalam kelompok- kelompok kecil siswa dari pada aktivitas dalam bentuk klasikal; dan 4) Mengutamakan peran siswa untuk saling berinteraksi (Roihah, 2009).

2. Sikap

Sikap adalah merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2012).

1) Struktur sikap

Struktur sikap terdiri dari tiga komponen yang saling menunjang yaitu kognitif, afektif dan konatif (Azwar, 2008). Komponen kognitif atau pengetahuan merupakan representasi apa yang dipercayai seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap. Sekali kepercayaan itu telah terbentuk, akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai apa yang diharapkan dari objek tertentu sehingga

kepercayaan itu terbentuk karena kurang atau tidak adanya informasi yang benar mengenai objek sikap yang dihadapi (Azwar, 2008).

Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional subyektif terhadap suatu obyek sikap. Secara umum komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Pada umumnya reaksi emosional yang merupakan komponen afektif ini dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang dipercayai sebagai suatu yang benar dan berlaku bagi obyek tersebut (Azwar, 2008).

Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang yang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya. Kaitan ini didasari oleh asumsi kepercayaan dengan perasaan yang mempengaruhi perilaku (Azwar, 2008).

2) Proses perkembangan sikap

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga agama serta faktor emosi dalam diri individu (Azwar, 2008). Berikut ini akan diuraikan peranan masing-masing faktor dalam pembentukan sikap manusia.

(1) Apa yang telah dan sedang dialami seseorang ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan seseorang terhadap stimulasi.

(2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Orang lain di sekitar kita merupakan salah satu komponen yang ikut mempengaruhi sikap.

(3) Pengaruh kebudayaan

kebudayaan dimana seseorang hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap seseorang. Individu memiliki pola sikap dan perilaku tertentu dikarenakan mendapat *reinforcement* (penguatan, ganjaran) dari masyarakat untuk sikap dan perilaku tersebut.

(4) Media massa

Media massa sebagai komunikasi yang berupa televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan kepercayaan dan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan berpikir kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Apabila cukup kuat memberi dasar yang efektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.

(5) Lembaga pendidikan dan agama

Lembaga pendidikan dan lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap karena kebudayaan meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu.

(6) Faktor emosional

Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang.

3) Pengukuran sikap

Salah satu aspek yang sangat penting guna memahami perilaku manusia adalah pengungkapan atau pengukuran sikap. Ada beberapa

metode pengukuran sikap antara lain dengan observasi perilaku, pernyataan langsung, pengungkapan langsung dan skala sikap (Azwar, 2008).

Seperti halnya pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan (Notoatmodjo, 2012) yakni:

(1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang itu terhadap ceramah-ceramah tentang gizi.

(2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

(3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Misalnya: seorang ibu yang mengajak ibu yang lain (tetangganya, saudaranya, dan sebagainya) untuk pergi menimbangkan anaknya ke posyandu, atau mendiskusikan tentang gizi, adalah suatu bukti bahwa si ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.

(4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi. Misalnya, seorang ibu mau menjadi akseptor KB, meskipun mendapat tantangan dari mertua atau orang tuanya sendiri.

3. Praktek atau tindakan (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan (Notoatmodjo, 2012).

1) Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama. Misalnya, seorang ibu dapat memilih makanan yang bergizi tinggi bagi anak balitanya.

2) Respons terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat dua. Misalnya, seorang ibu dapat memasak sayur dengan benar, mulai dari cara mencuci dan memotong-motongnya, lamanya memasak, menutup pancinya, dan sebagainya.

3) Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga. Misalnya, seorang ibu yang sudah mengimunisasikan bayinya pada umur-umur tertentu, tanpa menunggu perintah atau ajakan dari orang lain.

4) *Adopsi (adoption)*

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Misalnya, ibu dapat memilih dan memasak makanan yang bergizi tinggi berdasarkan bahan-bahan yang murah dan sederhana.

2.4 Pendidikan Kesehatan

2.4.1 Definisi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan proses belajar yang harus dialami oleh individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang menjadi sasaran dengan tujuan akhir perubahan perilaku (Nursalam, 2008). Proses perubahan perilaku yang dinamis dimana perubahan tersebut bukan sekedar proses transfer materi atau teori maupun seperangkat prosedur dari seseorang ke orang lain, tetapi perubahan yang dapat terjadi karena adanya kesadaran dari dalam diri individual, kelompok maupun masyarakat itu sendiri (Wafid, 2009 dalam Prasetyawati, 2012). Kesadaran untuk mengaplikasikan atau menerapkan pendidikan di bidang kesehatan dengan hasil yang diharapkan yaitu perilaku kesehatan atau perilaku

untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif. Maksudnya, pendidikan kesehatan bertujuan agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara menjaga kesehatan, menghindari hal-hal yang dapat merugikan kesehatan mereka (Notoatmodjo, 2012).

Menurut Tones yang dikutip Maulana (2014) pendidikan kesehatan memiliki fungsi membangun keinsyafan dalam masyarakat terkait aspek-aspek kerugian kesehatan lingkungan dan sumber-sumber sosial penyakit, yang idealnya diikuti dengan keterlibatan masyarakat dengan giat. Pendidikan kesehatan merupakan usaha untuk membantu orang-orang mengontrol kesehatan mereka sendiri dengan cara memengaruhi, memungkinkan dan menguatkan keputusan sesuai nilai dan tujuan mereka. Dalam konsep promosi kesehatan, pendidikan kesehatan menjadi faktor penting. Gabungan pengalaman belajar yang dipolakan agar memudahkan penyesuaian perilaku secara sukarela untuk memperbaiki kesehatan individu menjadi acuan dasar pendidikan kesehatan.

2.4.2 Pentingnya Pendidikan Kesehatan

Masalah kesehatan di negara-negara pada prinsipnya menyangkut dua aspek, yakni aspek fisik (nonperilaku) dan aspek nonfisik yang menyangkut perilaku kesehatan. Berdasarkan dua masalah kesehatan tersebut, digunakan dua pendekatan, pendekatan fisik dan nonfisik (melalui peningkatan perilaku). Kedua pendekatan tersebut harus sejalan, dalam memecahkan masalah kesehatan. Pemberian fasilitas fisik, tanpa diikuti oleh peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat, akan mendapatkan hasil yang tidak sesuai, begitupun sebaliknya. Dengan demikian, semua program pelayanan kesehatan yang bersifat

pelayanan dan penyediaan sarana fisik harus ditunjang dengan pendidikan kesehatan (Maulana, 2014).

2.4.3 Pendidikan Kesehatan Anak

Dalam melihat perkembangan anak dan perlunya pembelajaran pada anak usia sekolah, tampaknya bahwa ada dua hal yang perlu diperhatikan pada pendidikan anak usia sekolah, pertama adalah materi pendidikan, dan kedua metode pendidikan yang dipakai (Budiharto, 2010).

Perkembangan anak usia sekolah, perlu adanya suatu pendidikan kesehatan yang didesain sesuai dengan tingkat perkembangan anak. Kita perlu kembalikan ruang kelas menjadi arena bermain, bernyanyi, bergerak bebas, kita jadikan ruang kelas sebagai ajang kreatif dan kesenangan bagi anak untuk rentang aktivitas yang lama.

2.4.4 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan umum pendidikan kesehatan adalah merubah perilaku kesehatan individu atau masyarakat, dari yang kurang menjadi cukup sampai baik. akan tetapi menurut Maulana (2014) perilaku mencakup hal yang luas, sehingga perlu dikategorikan agar mendapatkan rumusan tujuan pendidikan kesehatan sebagai berikut:

1. Menjadikan kesehatan sebagai hal yang bernilai di masyarakat. Karena itu pendidik kesehatan memiliki tanggung jawab mengarahkan kebiasaan hidup sehat bagi masyarakat.
2. Menolong individu agar dapat melakukan kegiatan secara mandiri atau berkelompok dalam mencapai tujuan hidup sehat.

3. Mendorong penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang ada secara tepat guna.

2.4.5 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Notoadmodjo (2010) menjelaskan, sasaran pendidikan kesehatan dibagi dalam 3 kelompok :

1. Sasaran primer (primary target)

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

2. Sasaran sekunder (secondary target)

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

sasaran sekunder ini adalah sejalan dengan strategi dukungan sosial (social support).

3. Sasaran tersier (tertiary target)

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tersier pendidikan kesehatan. Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat (sasaran sekunder), dan juga kepada masyarakat umum (sasaran primer). Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran tersier ini sejalan dengan strategi advokasi (advocacy).

2.4.6 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi (Fitriani, 2011), antara lain :

1. Sasaran pendidikan kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dibagi menjadi tiga kelompok yaitu :

- 1) Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.
- 2) Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
- 3) Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.

2. Tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat yang dengan sendirinya sasaran berbeda pula yaitu :

- 1) Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran para murid yang pelaksanaannya diintegrasikan dalam Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).
- 2) Pendidikan kesehatan di pelayanan kesehatan, dilakukan di pusat kesehatan masyarakat, balai kesehatan masyarakat, rumah sakit umum maupun khusus dengan sasaran pasien dan keluarga pasien.
- 3) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan.

3. Tingkat pelayanan kesehatan

Pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 5 tingkat pencegahan dari level dan Clark.:

1) Promosi kesehatan

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

2) 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.

3) 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.

4) Pembatasan kecatatan

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 kecatatan.

5) Rehabilitasi

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

2.4.7 Media Pendidikan Kesehatan

Menurut Fitriani (2011), Media pendidikan kesehatan pada hakekatnya adalah alat bantu pendidikan *Audio Visual Aids* (AVA). Disebut media pendidikan karena alat-alat tersebut merupakan alat saluran (channel) untuk menyampaikan kesehatan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien.

Berdasarkan fungsi sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan (media), media ini dibagi menjadi 3 yakni (Fitriani, 2011):

1. Media cetak
 - 1) Booklet adalah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk tulisan maupun gambar.
 - 2) Leaflet adalah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi.
 - 3) Flyer (selebaran) adalah seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
 - 4) Flip chart (lembar balik) adalah media penyampaian pesan atau informasi-informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan dibaliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi berkaitan dengan gambar tersebut.

- 5) Rubrik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah mengenai bahasan suatu masalah kesehatan atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- 6) Poster adalah bentuk media cetak berisi pesan-pesan / informasi kesehatan yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.

2. Media elektronik

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

1) Televisi

Penyampaian pesan atau informasi-informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi atau tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato (ceramah), TV spot, quiz atau cerdas cermat, dan sebagainya.

2) Radio

Penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui radio juga dalam bentuk berbagai macam-macam antara lain obrolan (tanya jawab), sandiwara radio, ceramah, radio spot, dan sebagainya.

3) Video

Penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan dapat melalui video

a. Slide

Slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan atau informasi-informasi kesehatan.

b. Film strip

Juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

3. Media papan (Billboard)

Papan (billboard) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai dan diisi pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan disini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus atau taksi).

2.5 Pendidikan Kesehatan Gigi

2.5.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan Gigi

Pendidikan kesehatan gigi adalah usaha terencana dan terarah untuk menciptakan suasana agar seseorang atau kelompok masyarakat mau mengubah perilaku lama yang kurang menguntungkan untuk kesehatan gigi, menjadi lebih menguntungkan untuk kesehatan giginya (Budiharto, 2010)

Menurut Soemantri dalam Herijulianti (2002) menyatakan bahwa pendidikan kesehatan gigi adalah suatu usaha atau aktivitas yang mempengaruhi orang-orang sedemikian rupa sehingga baik untuk kesehatan pribadi maupun kesehatan masyarakat. Sedangkan Bastian dalam Herijulianti (2002) berpendapat bahwa pendidikan kesehatan gigi adalah semua aktivitas yang membantu menghasilkan penghargaan masyarakat akan kesehatan gigi dan memberikan pengertian akan cara-cara bagaimana memelihara kesehatan gigi dan mulut.

2.5.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan Gigi

Menurut Norr dalam Herijulianti (2002) adapun tujuan pendidikan kesehatan gigi adalah :

1. Meningkatkan pengertian dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut
2. Menghilangkan atau paling sedikit mengurangi penyakit gigi dan mulut, serta gangguan gigi dan mulut lainnya.

2.6 Konsep *Pop-Up Book*

Pop-up book atau buku pop up berdasarkan pengelompokan media, termasuk dalam media visual. Buku pop-up merupakan buku dengan efek bentuk 3 dimensi yang terdiri dari potongan, tempelan, dan lipatan suatu gambar/image yang diletakan di antara 2 lipatan buku. Efek 3 dimensi tersebut akan terlihat ketika buku dibuka (Karnadi, 2005). *Pop-up* adalah istilah yang digunakan bagi buku dan kartu ucapan yang berdimensi dan dapat digerakkan. Inti dari *Pop-up book* tampilan bergerak yang dihasilkannya.



Gambar 2.6 Desain Perancangan Buku *Pop-up* sebagai media pendidikan organisasi WWF-Indonesia (Asiyah, 2012)

Ann Montanaro 1993 dalam Dzuanda 2009 mendefinisikan *Pop-up Book* merupakan sebuah buku yang memiliki bagian yang dapat bergerak atau memiliki bagian yang dapat bergerak atau memiliki unsur tiga dimensi. *Pop-up Book* dapat digunakan sebagai contoh untuk menjelaskan konsep-konsep yang sangat abstrak dan memerlukan objek yang konkret pada beberapa mata pelajaran. *Pop-up Book* mempunyai kemampuan untuk memperkuat kesan yang ingin disampaikan dalam sebuah narasi sehingga dapat lebih terasa. Tampilan visual yang lebih berdimensi membuat narasi semakin terasa nyata ditambah lagi dengan kejutan yang diberikan dalam setiap halamannya. Gambar dapat secara tiba-tiba muncul dari balik halaman atau sebuah bangunan dapat berdiri megah di tengah-tengah halaman dengan cara pemvisualisasi ini, kesan yang ingin ditampilkan dapat tersampaikan (Dzuanda, 2009).

2.6.1 Teknik *Pop-Up Book*

Teknik yang dapat dijadikan dasar dalam pembuatan *Pop-Up Book*. Menurut Dzuanda (2009), jenis teknik *Pop-Up Book* sebagai berikut:

1. *Transformations*, yaitu bentuk tampilan yang terdiri dari potongan-potongan *pop-up* yang disusun secara vertical
2. *Volvelles*, yaitu bentuk tampilan yang menggunakan unsur lingkaran dalam pembuatannya.
3. *Peepshow*, yaitu tampilan yang tersusun dari serangkaian tumpukan kertas yang disusun bertumpuk menjadi satu sehingga menciptakan ilusi kedalaman dan perspektif

4. *Pull-tabs*, yaitu sebuah tab kertas geser atau bentuk yang ditarik dan didorong untuk memperlihatkan gerakan gambaran baru.
5. *Carousel*, yaitu teknik ini didukung dengan tali, pita atau kancing yang apabila dibuka dan dilipat kembali berbentuk benda yang kompleks
6. *Box and cylinder*, adalah gerakan sebuah kubus atau tabung yang bergerak naik dari tengah halaman ketika halaman dibuka

2.6.2 Manfaat *Pop-Up Book*

Dalam penggunaannya, *Pop-Up Book* memberikan manfaat kepada si pembaca. Menurut Dzuanda (2009) manfaat *Pop-Up Book* yaitu:

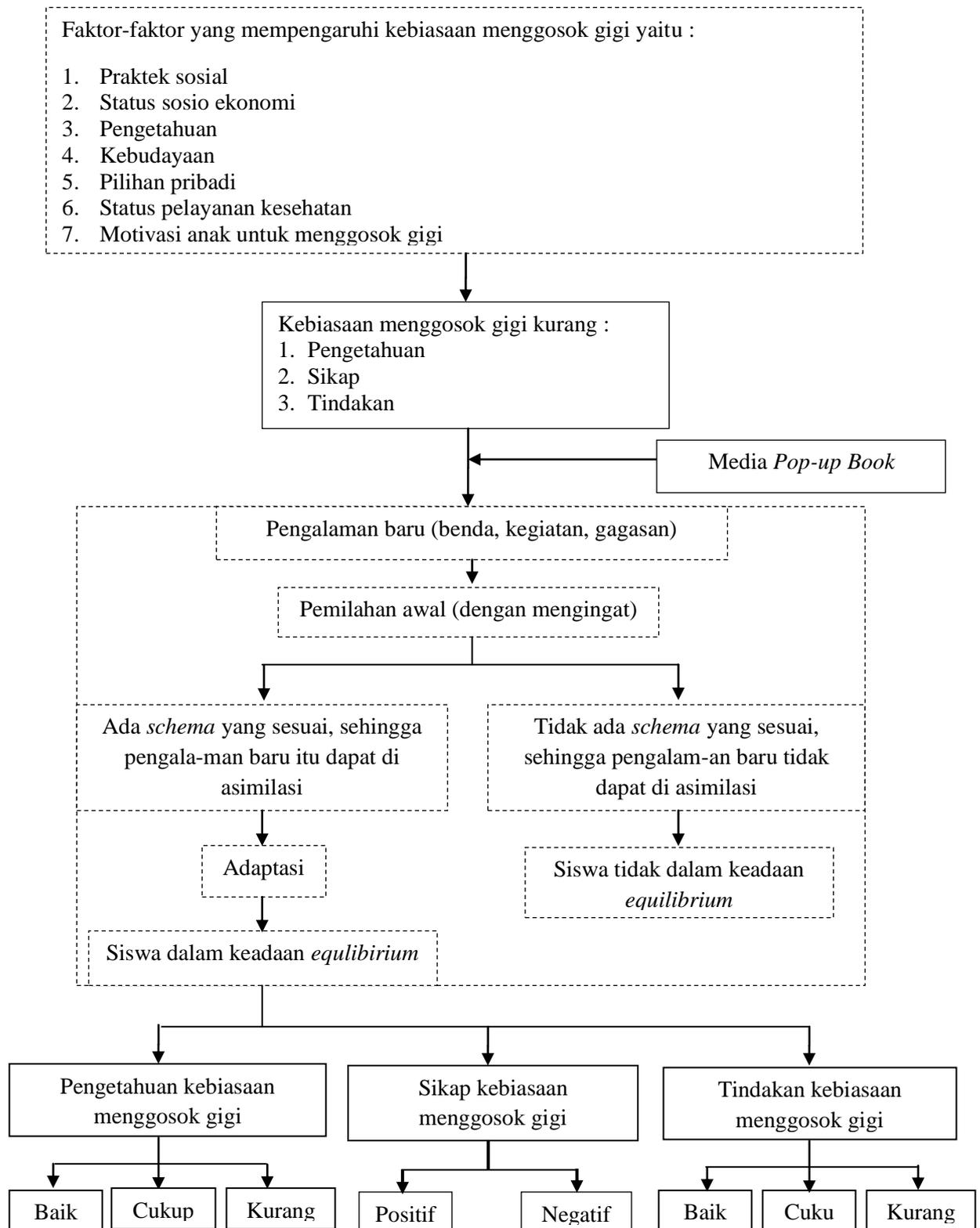
1. Mengajarkan anak untuk lebih menghargai buku dan memperlakukannya dengan lebih baik
2. Mendekatkan anak dengan orang tua karena *Pop-Up Book* memiliki bagian yang halus sehingga memberikan kesempatan untuk orang tua untuk duduk bersama dengan putra-putri mereka dan menikmati cerita (mendekatkan hubungan antara orang tua dan anak)
3. Mengembangkan kreatifitas anak
4. Merangsang imajinasi anak
5. Menambah pengetahuan hingga memberikan penggambaran bentuk suatu benda (pengenalan benda)
6. Dapat digunakan sebagai media untuk menanamkan kecintaan anak terhadap membaca.

2.6.3 Kelebihan *Pop-Up Book*

Menurut Hardiyanti (2015), *Pop-up book* memiliki kelebihan mulai dari tampilan visual yang memiliki dimensi, gambar yang dapat bergerak jika halaman bukunya dibuka atau digeser, bagian yang dapat berubah bentuk, juga dapat menampilkan tekstur seperti benda aslinya, bahkan ada beberapa yang dapat mengeluarkan bunyi. *Pop up book* akan memberikan visualisasi yang lebih menarik dan indah dibandingkan buku-buku lainnya dan dapat memberikan kejutan yang mengundang ketakjuban pembaca. Jenis-jenis cerita yang dapat disampaikan dalam buku cerita pop-up beragam, mulai dari ilmu pengetahuan seperti pengenalan hewan, geografis, kebudayaan, sejarah, kegiatan manusia, sampai cerita imajiner seperti dongeng, fable, mitos, cerita rakyat, dan legenda.

Pop-up book mempunyai kemampuan untuk memperkuat kesan yang diinginkan dalam sebuah cerita sehingga dapat lebih terasa. Gambar dapat tiba-tiba muncul dibalik halaman atau sebuah bangunan dapat berdiri megah di tengah-tengah halaman dengan cara pemvisualisasian seperti ini, kesan yang ingin disampaikan dapat diterima oleh pembaca.

2.7 Kerangka Konseptual



Gambar 2.7 Kerangka Konseptual Pengaruh *Pop-up Book* Terhadap Pengetahuan, Sikap dan Tindakan tentang Kebiasaan Menggosok Gigi Pada Anak Usia Sekolah berdasarkan Teori Piaget

Keterangan kerangka :

Menurut Potter dan Perry (2005), faktor-faktor yang mempengaruhi kebiasaan menggosok gigi adalah praktek sosial, status sosio ekonomi, pengetahuan, pilihan pribadi, kebudayaan, status pelayanan kesehatan dan motivasi anak untuk menggosok gigi. Faktor-faktor tersebut bisa mempengaruhi perilaku kebiasaan menggosok gigi pada anak-anak. Upaya yang dapat dilakukan untuk memperbaiki perilaku siswa sekolah dasar salah satunya dengan pemberian pendidikan kesehatan melalui *pop-up book*. Melalui *pop-up book* penyampaian pesan dalam bentuk buku ini sesuai dengan tumbuh kembang anak usia sekolah. *Pop-up Book* adalah hasil pemikiran kreatif sebagai inovasi yang memodifikasi buku berupa buku tiga dimensi dengan memasukkannya gambar dan materi kesehatan gigi dan mulut pada setiap halaman serta adanya permainan di dalam buku tersebut. Teori Piaget menyebutkan bahwa organisme hidup dan lahir dengan dua kecenderungan yang fundamental. Kemudian terjadi pengolahan informasi yang meliputi skema (penyesuaian diri terhadap lingkungan secara intelektual), asimilasi (pengintegrasian informasi baru), akomodasi (penyesuaian struktur kognitif kedalam situasi yang baru), dan equilibrasi (penyesuaian kesinambungan antara asimilasi dan akomodasi). Dari proses tersebut media pendidikan kesehatan *pop-up book* mampu mengembangkan imajinasi anak, menarik perhatian dan meningkatkan minat belajar anak. Kemudian terjadi perubahan perilaku yang membentuk suatu pengetahuan, pembentukan sikap dan pembentukan tindakan. Melalui ketiga proses tersebut dapat meningkatkan perilaku kebiasaan menggosok gigi pada anak usia sekolah, baik pengetahuan maupun sikap dalam kebiasaan menggosok gigi. Tahap pengetahuan adalah tahap seseorang belum

memiliki informasi mengenai perilaku kebiasaan menggosok gigi, sehingga informasi mengenai kebiasaan menggosok gigi disampaikan melalui pendidikan kesehatan agar pengetahuan siswa dapat meningkat. Pengetahuan siswa yang meningkat mengenai kebiasaan menggosok gigi dapat berdampak pada sikap siswa dalam kebiasaan menggosok gigi. Sikap siswa tentang kebiasaan menggosok gigi dapat ditunjukkan dengan mencari informasi detail dan membuat keputusan untuk melakukan tindakan dalam menggosok gigi dipagi hari. Melalui ketiga proses tersebut kebiasaan menggosok gigi akan meningkat. Dengan adanya pendidikan kesehatan ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan tentang kebiasaan menggosok gigi pada anak usia sekolah.

2.8 Hipotesis Penelitian

- 1) Ada pengaruh *pop-up book* terhadap pengetahuan tentang kebiasaan menggosok gigi pada anak usia sekolah MI Romly Tamim Surabaya.
- 2) Ada pengaruh pengaruh *pop-up book* terhadap sikap tentang kebiasaan menggosok gigi pada anak usia sekolah MI Romly Tamim Surabaya.
- 3) Ada pengaruh *pop-up book* terhadap tindakan tentang kebiasaan menggosok gigi pada anak usia sekolah MI Romly Tamim Surabaya.