

**Kode Rumpun Ilmu: 362/Bidang Kesehatan Umum
lain yang belum tercantum**

**LAPORAN HASIL
RISET PEMBINAAN TENAGA KESEHATAN**



**PENGARUH POLA MONITORING MENYIKAT GIGI
TERHADAP PENINGKATAN KEBERSIHAN GIGI & MULUT
MURID SDN 2 SELAT KECAMATAN SUSUT BANGLI
TAHUN 2016**

Tema: "Peningkatan Kebersihan Gigi dan Mulut"

OLEH:

Ni Ketut Ratmini (NIP: 196509091985032001).
I Made Budi Artawa (NIP 196807141989031001)
I Nyoman Gejir (NIP 196812311988031004)

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN GIGI
2016

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian : PENGARUH POLA MONITORING MENYIKAT GIGI TERHADAP PENINGKATAN KEBERSIHAN GIGI & MULUT MURID SDN 2 SELAT KECAMATAN SUSUT BANGLI TAHUN 2016

Peneliti Utama

Nama Lengkap : Ni Ketut Ratmini, S.Si.T, MDSc
NIP : 196509091985032001
Golongan/pangkat : Pembina muda/ IVA
Jabatan Fungsional : Lektor Kepala
Program Studi : D III Keperawatan Gigi
Nomor HP : 081338061902
Email : ratminijkg@yahoo.com

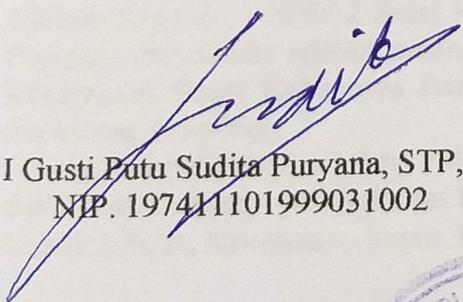
Anggota Peneliti

Nama Anggota Peneliti I : I Made Budi Artawa, S.Si.T, M.Kes
NIP : 196807141989031001
Program studi : D III Keperawatan Gigi
Nama Anggota Peneliti II : I Nyoman Gejir, S.Si.T, M.Kes
NIP : 196812311988031004
Program Studi : D III Keperawatan Gigi
Nama Institusi Mitra : SDN 2 Selat Bangli
Alamat Penanggung Jawab : Jl. P Moyo 33 Denpasar
Tahun Pelaksanaan Penelitian : 2016
Biaya Penelitian : Rp. 25.000.000,-

Denpasar, 24 Oktober 2016

Mengetahui
Kepala Unit Penelitian Poltekkes,

Ketua Peneliti,


I Gusti Putu Sudita Puryana, STP, MP
NIP. 197411101999031002


Ni Ketut Ratmini, S.Si.T, MDSc
NIP.196509091985032001

Mengesahkan
Direktur Poltekkes


Anak Agung Ngurah Kusumajaya, SP, MPH
NIP. 196911121992031003

PENGARUH POLA MONITORING MENYIKAT GIGI TERHADAP
PENINGKATAN KEBERSIHAN GIGI & MULUT MURID SDN 2 SELAT
BANGLI TAHUN 2016

Oleh

Ni Ketut Ratmini, I Made Budi Artawa, I Nyoman Gejir

RINGKASAN

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 melaporkan bahwa prevalensi penduduk Indonesia yang memiliki masalah kesehatan gigi sebesar 23,4%. Kabupaten Bangli memiliki proporsi terendah dalam penanganan perawatan, penambalan, dan pencabutan gigi, dan tercatat memiliki urutan kedua teratas dalam prevalensi masalah kesehatan gigi dan mulut, serta diketahui sebanyak 61,8% penduduk memiliki pengalaman karies (Depkes RI., 2008)

Status kesehatan gigi masyarakat yang optimal dapat dicapai dengan meningkatkan upaya promotif dan preventif sejak usia dini sampai dengan usia lanjut (Depkes RI, 1999). Upaya meningkatkan status kebersihan gigi dan mulut anak - anak, adalah dengan mengikutsertakan orang tua pada pendidikan kesehatan gigi, dapat dilakukan dengan: 1) memotivasi untuk memulai menggosok gigi; 2) menentukan frekuensi menggosok gigi yaitu dua kali tiap hari; 3) mendorong kerjasama lebih erat antara anak dengan ibunya sebagai pembimbing dalam menggosok gigi; 4) memotivasi anak agar bersikap positif terhadap upaya menyikat gigi; 5) anak diberi motivasi agar rajin menggosok gigi dengan bimbingan ibunya (Howard, 1969 dalam Budiharto, 2009).

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pola monitoring menyikat gigi terhadap peningkatan kebersihan gigi dan mulut anak Sekolah dasar negeri 2 Selat Kecamatan Susut Kabupaten Bangli Tahun 2016.

Desain penelitian adalah *pretest-posttest control group disign*, yang dilaksanakan di SDN 2 Selat Kecamatan Susut Kabupaten Bangli Tahun 2016. Populasi penelitian adalah seluruh murid sekolah dasar negeri (SDN) 2 Selat Kecamatan Susut Kabupaten Bangli dan sampel penelitian diambil secara acak (*randoom sampling*)

Hasil penelitian adalah, Pola monitoring menyikat gigi berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan kebersihan gigi dan mulut murid sekolah dasar negeri 2 Selat, Kecamatan Susut, Kabupaten Bangli tahun 2016.

Kata Kunci: Monitoring menyikat gigi, Kebersihan gigi dan mulut

THE INFLUENCE OF MONITORING PATTERN IN TOOTH BRUSHING
TOWARDS THE IMPROVEMENT OF DENTAL AND ORAL AMONG
STUDENTS OF STATE ELEMENTARY NUMBER 2 (SDN 2) OF SELAT
SELAT BANGLI IN 2016

By

Ni Ketut Ratmini, I Made Budi Artawa, I Nyoman Gejir

ABSTRACT

Basic Health Research Result (Hasil Riset Kesehatan Dasar/Riskesdas) in 2007 reported that the prevalence of the Indonesian population has dental health problem at 23,4%. Bangli Regency has the lowest proportion in term of handling treatment, dental fillings and dental extraction and is recorded to be the second top in the prevalence of dental and oral health as well as known to have 61,8% of the population with caries experience (Depkes RI., 2008)

The optimal community dental health status kesehatan gigi masyarakat can be achieved by improving the promotive and preventive efforts early until elderly age (Depkes RI, 1999). The efforts in improving children's dental and oral hygiene is by the involvement of parents in dental health education which can be done by: 1) motivating through tooth brushing; 2) determining the frequency of tooth brushing which is twice a day; 3) encouraging better cooperation between children and the mothers as the coaches in tooth brushing; 4) motivating children to behave positively towards tooth brushing efforts; 5) children are given motivation to be diligent in brushing teeth under the coach of the mothers (Howard, 1969 dalam Budiharto, 2009).

The objective of this study is to know the monitoring pattern of tooth brushing towards the improvement of dental and oral hygiene among school students of SDN 2 Selat Kecamatan Susut Kabupaten Bangli in 2016.

The design of this study is pretest-posttest control group design, which is conducted in SDN 2 Selat Kecamatan Susut Kabupaten Bangli in 2016. The population of this study is all students of sekolah dasar negeri (SDN) 2 Selat Kecamatan Susut Kabupaten Bangli and the samples of the study are taken randomly (random sampling)

The finding of this study is that the monitoring pattern of brushing teeth significantly influences the dental and oral hygiene of students of sekolah dasar negeri 2 Selat, Kecamatan Susut, Kabupaten Bangli in 2016.

Key words : Monitoring of tooth brushing, oral hygiene

PRAKATA

Puji dan Syukur kami panjatkan kehadapan Tuhan Yang Maha Esa/ Ida Sang Hyang Widhi Wasa, karena berkat rahmatNya laporan penelitian ini dapat diselesaikan tepat waktu. Judul penelitian ini adalah “Pengaruh Pola Moitoring Menggosok Gigi Terhadap Kebersihan Gigi dan Mulut Murid SDN 2 Selat Kecamatan Susut Kabupaten Bangli Tahun 2016. Laporan penelitian ini disusun sebagai pertanggungjawaban tugas dosen dalam melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi di bidang penelitian pada tahun akademik 2015/2016 genap dan 2016-2017 ganjil.

Kami menyadari sepenuhnya akan segala keterbatasan yang kami miliki, sehingga tidak akan dapat berbuat banyak tanpa bantuan, dukungan, maupun bimbingan dari semua pihak dalam laporan penelitian ini. Pada kesempatan yang baik ini kami mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Anak Agung Ngurah Kusumajaya, SP, M.PH., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Denpasar yang memberi kesempatan dan memfasilitasi penelitian ini.
2. Bapak Kepala sekolah dasar negeri 2 Selat, Kecamatan Susut Bangli yang memberikan fasilitas dan mendampingi pelaksanaan penelitian ini
3. Orang tua dan murid SDN 2 Selat, Kecamatan Susut Bangli yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
4. Teman-teman sejawat perawat gigi selaku pranata lab dan mahasiswa semester V yang membantu pelaksanaan penelitian ini serta teman-teman dosen yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu yang telah memotivasi dan memberikan ide penelitian ini.

Sebagai akhir kata, dengan segala kerendahan hati kami berharap agar para pembaca mau dengan tulus ikhlas memberi masukan serta saran demi kesempurnaan pelitian ini.

Denpasar, 24 Oktober 2016
Penulis,

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMBUT	
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
RINGKASAN PENELITIAN.....	iii
ABSTRACT.....	iv
PRAKATA	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	
Latar Belakang	1
Rumusan Masalah	4
Tujuan penelitian.....	5
Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
Kerangka Teori	
1. Monitoring	7
2. Kesehatan Pada Tatanan Sekolah.....	9
3. Perilaku.....	12
4. Kebersihan Gigi dan Mulut.....	15
5. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kebersihan Gigi dan Mulut.....	15
6. Cara Memelihara Kebersihan Gigi dan Mulut.....	17
7. Cara Mengukur Kebersihan Gigi dan Mulut.....	18
BAB III TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN	
A. Kerangka Pikir.....	22
B. Definisi Operasional Variabel	23

C. Hipotesis	24
--------------------	----

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian.....	25
B. Tempat dan Waktu Penelitian	26
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	26
D. Pengumpulan Data.....	27
E. Analisis Data.....	28

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian.....	29
B. Pembahasan	36

BAB V Kesimpulan dan Saran

A. Kesimpulan	40
B. Saran	41

DAFTAR PUSTAKA.....	41
---------------------	----

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel	1. Kriteria Debris Indeks	20
Tabel	2. Kriteria Calculus Indeks.....	21
Tabel	3 Definisi Operasional Variabel Penelitian	23
Tabel	4 Analisis Data Penelitian	28
Tabel	5 Data Subjek Penelitian Berdasarkan Umur Kelompok Perlakuan dan Kelompok control.....	30
Tabel	6 Data Hasil Pengisian Formulir Monitoring Menyikat Gigi Oleh Orang Tua Murid SD N 2 Selat Kecamatan Susut Kabupaten Bangli Tahun 2016.....	31
Tabel	7 Data Kebersihan Gigi dan Mulut pada Kelompok perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum dan sesudah Perlakuan Berdasarkan Kriteria Baik, Sedang, Buruk.....	32
Tabel	8 Rerata Kebersihan Gigi dan Mulut Responden dari <i>Pre-test</i> ke <i>Post-test</i> I, dari <i>Post-test</i> I ke <i>Post-test</i> II, dari <i>Pre-test</i> ke <i>Post-</i> <i>test</i> II pada Kelompok perlakuan I dan Kelompok kontrol.....	34
Tabel	9 Rangkuman Analisis Delta.....	35

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Kerangka Pikir Penelitian.....	22
Gambar 2. Analisis Perbedaan Status Kebersihan Gigi dan Mulut Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol ...	33

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Pengurusan ijin penelitian dari Direktur Poltekkes Denpasar
- Lampiran 2 Rekomendasi kepada Bupati Bangli cq Ka Badan Kesbang Polinmas kab. Bangli
- Lampiran 3 Personalia Tenaga Peneliti dan Biodata Peneliti
- Lampiran 4 Surat pernyataan ketua peneliti
- Lampiran 5 Format Pemeriksaan Status Kesehatan Gigi dan Mulut /*OHI-S*
- Lampiran 6 Formulir monitoring
- Lampiran 7 Surat Perjanjian Kontrak Pelaksanaan Penelitian
- Lampiran 8 Keputusan Kapusdik SDM Kesehatan
- Lampiran 9 Jadwal Penelitian
- Lampiran 10 Berita Acara Pendampingan Tim Pakar
- Lampiran 11 Koreksi Hasil Penelitian Oleh Tim Pakar
- Lampiran 12 Tabulasi data hasil penelitian
- Lampiran 13 Analisis uji bevariat

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit gigi dan mulut terutama karies dan penyakit periodontal masih banyak diderita oleh masyarakat Indonesia. Penyakit gigi dan mulut merupakan penyakit yang dapat dicegah. Gangguan kesehatan mulut akan berdampak pada kinerja seseorang, sebab kesehatan mulut penting bagi kesehatan dan kesejahteraan tubuh secara umum (Putri, dkk, 2011).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan prevalensi penduduk Indonesia yang memiliki masalah kesehatan gigi sebesar 23,4% (Depkes RI., 2008). Selanjutnya hasil Riskesdas 2013 menunjukkan prevalensi penduduk Indonesia yang memiliki masalah kesehatan gigi sebesar 25,9% (Kemenkes RI., 2014). Data prevalensi penduduk Indonesia yang memiliki masalah kesehatan gigi pada Riskesdas 2007 mengalami peningkatan 2,5% dibandingkan Riskesdas 2013.

Berdasarkan berbagai hasil penelitian mengenai plak, menunjukkan bahwa plak memegang peranan penting dalam etiologi dua penyakit gigi utama yaitu karies dan *gingivitis*. Karies adalah kerusakan jaringan keras gigi oleh karena proses demineralisasi pada struktur gigi. Karies dapat terjadi bila terdapat tiga faktor secara bersamaan, yaitu: 1) bakteri kariogenik dalam plak; 2) gigi yang rentan; 3) substrat atau sisa makanan. *Gingivitis* adalah peradangan pada gusi yang diakibatkan toxin yang dihasilkan oleh bakteri dalam plak. Sehingga tindakan yang paling penting dilakukan adalah mencegah atau mengurangi

pembentukan plak agar dapat mencegah terjadinya penyakit – penyakit tersebut di atas (Putri, dkk, 2011).

Plak merupakan endapan lunak yang melekat erat pada permukaan gigi, terdiri atas berbagai bakteri. Plak hanya dapat dibersihkan secara sempurna dengan cara mekanis. Tindakan mekanis untuk menghilangkan plak dengan menggunakan alat oral fisioterapi, berupa sikat gigi dan alat bantu sikat gigi. Alat bantu sikat gigi terdiri dari benang gigi, tusuk gigi, sikat *interdental*, *rubber tip*, dan *water irrigation* (Putri, dkk, 2011).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan 7,3 % masyarakat Indonesia menyikat gigi setelah sarapan pagi dan sebelum tidur malam. Keadaan ini diduga karena kurangnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kebersihan gigi dan mulut (Depkes RI., 2008). Hasil Riskesdas 2013 menunjukkan 2,3% masyarakat Indonesia menyikat gigi setelah sarapan pagi dan sebelum tidur malam dan (Kemenkes RI., 2014). Data tentang perilaku masyarakat Indonesia menyikat gigi pagi setelah sarapan dan malam sebelum tidur pada Riskesdas 2007 mengalami penurunan dibandingkan dengan data Riskesadas 2013.

Dalam sambutan Menteri Kesehatan RI pada peringatan Hari Kesehatan Nasional yang ke 51 dikatakan bahwa, melalui nawa cita butir 5, Kementerian Kesehatan berkomitmen untuk mewujudkan kualitas hidup manusia Indonesia melalui peningkatan kualitas pendidikan, kesejahteraan dan kesehatan, sehingga prioritas pembangunan kesehatan pada periode 2015-2019 melalui program Indonesia sehat dengan tiga pilar. Diantara salah satu pilar yang prioritas adalah paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam

pembangunan kesehatan serta penguatan promotif preventif dan pemberdayaan masyarakat. Upaya promotif dan preventif difokuskan pada empat program prioritas diantaranya memperhatikan penurunan prevalensi penyakit akibat infeksi dan pencegahan penyakit tidak menular melalui perubahan perilaku keluarga dan masyarakat, khususnya dalam pengenalan diri terhadap risiko penyakit (Menkes, 2015).

Usaha pendidikan usia sekolah sangat perlu dilakukan, sebab sangat efektif untuk merubah perilaku dan kebiasaan-kebiasaan tentang kesehatan (Effendi, 1998).

Pendidikan kesehatan gigi dan mulut pada usia sekolah penting dilakukan, sebab anak-anak dengan keadaan gigi dan mulut yang buruk akan terganggu belajar dan aktifitasnya sehari - hari (Sriyono, 2007). Anak usia sekolah merupakan sumber daya manusia masa depan yang akan meneruskan cita – cita pembangunan bangsa (Depkes, 2003).

Penelitian yang dilakukan Ratmini (2011) menunjukkan bahwa, monitoring yang dilakukan orang tua, efektif meningkatkan sikap, perilaku, dan status kebersihan gigi murid sekolah dasar pada SDN2 Sepang Kelod Buleleng Bali. Upaya meningkatkan status kebersihan gigi dan mulut anak-anak dengan mengikutsertakan orang tua pada pendidikan kesehatan gigi, dapat dilakukan dengan: 1) memotivasi untuk memulai menggosok gigi; 2) menentukan frekuensi menggosok gigi yaitu dua kali tiap hari; 3) mendorong kerjasama lebih erat antara anak dengan ibunya sebagai pembimbing dalam menggosok gigi; 4) memotivasi anak agar bersikap positif terhadap upaya menyikat gigi; 5) anak diberi motivasi

agar rajin menggosok gigi dengan bimbingan ibunya (Howard, 1969 dalam Budiharto, 2009).

Hasil Riskesdas Propinsi Bali (2007) menunjukkan Kabupaten Bangli memiliki proporsi terendah dalam penanganan perawatan, penambalan, dan pencabutan gigi. Kabupaten Bangli juga tercatat memiliki urutan kedua teratas dalam prevalensi masalah kesehatan gigi dan mulut, serta diketahui sebanyak 61,8% penduduk memiliki pengalaman karies (Depkes RI., 2008).

Kabupaten Bangli mempunyai empat kecamatan, yaitu: Kintamani, Susut, Tembuku, dan Bangli. Kecamatan Susut adalah kecamatan dengan kondisi sosial ekonomi yang kurang bila dibandingkan dengan tiga kecamatan lainnya yang ada di Kabupaten Bangli (Wikipedia).

Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat gigi yang bertugas di Puskesmas Susut kabupaten Bangli, SD N 2 Selat merupakan SD yang paling jarang mendapat pelayanan UKGS dibandingkan SD lainnya di wilayah Puskesmas Susut, mengingat letak geografi yang cukup jauh yaitu dengan jarak tempu sekitar 5 km dari Puskesmas. Selain itu, SD N 2 Susut kabupaten Bangli belum pernah dilakukan penelitian tentang kesehatan gigi dan belum pernah diberikan pelayanan asuhan kesehatan gigi. Berdasarkan latar belakang, maka peneliti ingin melakukan penelitian di SD N 2 Selat Kecamatan Susut Kabupaten Bangli.

B. Rumusan Masalah Penelitian

Berdasarkan latar belakang di atas, dapat disusun rumusan masalah penelitian sebagai berikut: “ Bagaimanakah Pengaruh Pola Monitoring Menyikat

Gigi Terhadap Kebersihan Gigi dan Mulut Murid SDN 2 Selat Kecamatan Susut Bangli Tahun 2016 “?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui pengaruh pola monitoring terhadap peningkatan kebersihan gigi dan mulut murid sekolah dasar negeri 2 Selat kecamatan Susut Bangli Tahun 2016.

2. Tujuan khusus

- a. Mengukur nilai *Oral Hygiene Index – Simplipayed (OHI-S)* anak sekolah dasar negeri 2 Selat kecamatan Susut, Kabupaten Bangli tahun 2016 sebelum monitoring.
- b. Mengukur nilai *Oral Hygiene Index – Simplipayed (OHI-S)* anak sekolah dasar negeri 2 Selat kecamatan Susut Kabupaten Bangli tahun 2016 sesudah monitoring.
- c. Mengidentifikasi pola monitoring yang paling mudah diterima oleh orang tua murid sekolah dasar negeri 2 Selat kecamatan Susut Kabupaten Bangli tahun 2016.
- d. Menganalisis perbedaan nilai *Oral Hygiene Index – Simplipayed (OHI-S)* sebelum dan sesudah monitoring pada murid sekolah dasar negeri 2 Selat kecamatan Susut Kabupaten Bangli tahun 2016.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah:

1. Sebagai masukan kepada pengelola program UKGS di Kabupaten Bangli.
2. Sebagai masukan untuk bahan mengajar di Jurusan Keperawatan Gigi Poltekkes Denpasar.
3. Sebagai masukan bagi penelitian lebih lanjut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori- Teori

1. Monitoring

Monitoring (bahasa Indonesia: pemantauan) adalah pemantauan yang dapat dijelaskan sebagai kesadaran (*awareness*) tentang apa yang ingin diketahui. Pemantauan berkadar tingkat tinggi dilakukan agar dapat membuat pengukuran melalui waktu yang menunjukkan pergerakan ke arah tujuan atau menjauh dari tujuan. Monitoring akan memberikan informasi tentang status dan kecenderungan, bahwa pengukuran dan evaluasi yang diselesaikan berulang dari waktu ke waktu. Pemantauan umumnya dilakukan untuk tujuan tertentu, untuk memeriksa terhadap proses berikut objek atau untuk mengevaluasi kondisi atau antara lain tindakan untuk mempertahankan manajemen yang sedang berjalan (Kamus Bahasa Indonesia, 2009).

Monitoring menurut *Webste's New Collegiate Dictionary* (1981, *cit.*, Soekartawi, 2009) adalah, kegiatan yang dilakukan untuk mengecek penampilan dari aktifitas yang sedang dikerjakan. Monitoring agak sulit dibedakan dengan evaluasi, karena istilah monitoring dan evaluasi sering dilakukan dalam waktu yang bersamaan. Monitoring cenderung bersifat pengawasan, yaitu melakukan kegiatan pengawasan terhadap jalannya proyek. Menurut Azwar (1996), pengawasan adalah suatu proses untuk mengukur penampilan suatu program yang kemudian dilanjutkan dengan mengarahkannya sedemikian rupa, sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat tercapai. Untuk dapat melakukan

pekerjaan pengawasan dengan baik, ada tiga hal yang harus diperhatikan: 1) objek pengawasan, yaitu hal-hal yang harus diawasi dari pelaksanaan suatu rencana kerja; 2) metoda pengawasan, yaitu cara melakukan pengawasan terhadap objek pengawasan yang telah ditetapkan; 3) proses pengawasan, yaitu langkah-langkah yang harus dilakukan sedemikian rupa, sehingga pengawasan tersebut dapat dilakukan. Untuk mendapatkan hasil pengawasan yang baik, maka pengawasan harus mudah dilaksanakan dan hasil pengawasan harus mudah dimengerti serta dapat dimanfaatkan. Pengawasan yang sering dilakukan untuk program kesehatan, adalah pengawasan terhadap mutu dari pelayanan kesehatan. Agar pengawasan berjalan dengan baik, perlu diciptakan mekanisme umpan balik (*feed back mechanism*) yang lengkap, misalnya: 1) melalui laporan khusus dan hasil analisis yang dilakukan terhadap laporan tersebut; 2) melalui obeservasi personal yang dilakukan oleh pimpinan terhadap kegiatan proyek yang dilakukan, karena dengan monitoring akan diketahui kegiatan mana yang menyimpang dan kegiatan mana yang sesuai dengan rencana yang telah dibuat sebelumnya (Soekartawi, 2009).

Menurut Saefulloh (2007), monitoring adalah rangkaian pengamatan terhadap berbagai kegiatan untuk memastikan bahwa strategi dan langkah yang telah ditempuh telah sesuai prosedur. Monitoring dilakukan dengan maksud agar pelaksanaan kegiatan dapat dilakukan sesuai dengan *input* dan proses yang telah ditentukan untuk mencapai sasaran *output* dan *outcome*, sehingga memberikan manfaat yang nyata. Pelaksanaan monitoring yang dilakukan sejak awal, rutin pada proses, dan di akhir pelaksanaan program, akan memberikan peningkatan

efisiensi, efektivitas, produktifitas serta secara akuntabilitas dapat dipertanggung jawabkan

2. Kesehatan pada Tatanan Sekolah

Sekolah merupakan perpanjangan tangan pendidikan kesehatan bagi keluarga. Sekolah, terutama guru pada umumnya lebih dipatuhi oleh murid – muridnya, oleh sebab itu lingkungan sekolah, baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosial yang sehat berpengaruh terhadap perilaku sehat anak-anak (murid). Kunci pendidikan kesehatan di sekolah adalah guru, oleh sebab itu perilaku guru harus dikondisikan, melalui pelatihan-pelatihan kesehatan, seminar, lokakarya dan sebagainya (Notoatmodjo, 2003a).

Menurut Effendy (1998), pendidikan kesehatan di sekolah adalah upaya membina dan mengembangkan kebiasaan hidup sehat yang dilakukan secara terpadu melalui program pendidikan dan pelayanan kesehatan di sekolah, untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat dan derajat kesehatan anak didik serta menciptakan lingkungan sehat, sehingga memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan anak yang harmonis dan optimal dalam rangka pembentukan manusia Indonesia seutuhnya.

Anak usia sekolah merupakan sumber daya manusia masa depan yang akan meneruskan cita-cita pembangunan bangsa, perlu diupayakan lingkungan yang kondusif untuk menunjang proses pendidikan dan pembelajaran melalui upaya-upaya secara langsung dari orang tua siswa, sekolah, pemerintah, instansi dan lembaga lain (Depkes RI, 2003). Nasution (1993) mengatakan, bahwa anak masa usia sekolah dasar mulai dari usia 6 s/d 12 tahun, pada usia ini

ditandai dengan mulainya anak masuk sekolah dasar dan dimulainya sejarah baru dalam kehidupannya yang kelak akan mengubah sikap dan tingkah lakunya. Menurut Djamarah (2002), masa anak umur antara 6 s/d 12 tahun sudah termasuk dalam tahap perkembangan intelektual. Pada tahap ini anak sudah dapat berpikir atau mencapai hubungan berfikir secara logis serta membuat keputusan tentang apa yang dilakukannya, pada masa ini anak juga sudah dapat menerima pendidikan dan pengajaran.

Menurut Piaget (1980, *cit.*, Hadis 1996), siswa sekolah dasar berada pada tahap operasional kongkrit, pada tahap ini anak mengembangkan pemikiran logis, masih sangat terikat pada fakta-fakta perseptual, artinya anak mampu berfikir logis, tetapi masih terbatas pada objek-objek kongkrit, dan mampu melakukan konservasi. Bertitik tolak pada perkembangan intelektual dan psikososial siswa sekolah dasar, hal ini menunjukkan bahwa mereka mempunyai karakteristik sendiri dalam proses berfikirnya, mereka belum dapat dipisahkan dari dunia kongkrit atau hal-hal yang faktual, sedangkan perkembangan psikososial anak usia sekolah dasar masih berpijak pada prinsip yang sama, mereka tidak dapat dipisahkan dari hal-hal yang dapat diamati, karena mereka sudah diharapkan pada dunia pengetahuan.

Oswald Kroh (*cit.*, Kartono 2007) mengatakan, adanya empat periode dalam perkembangan fungsi pengamatan anak yaitu: 1) Periode *sintese fantastis*, 7-8 tahun; 2) Periode *realisme naif*, 8-10 tahun; 3) Periode *realisme-kritis*, 10-12 tahun; 4) *Fase subjektif*, 12-14 tahun. Pada periode *realisme-kritis*, 10 – 12 tahun, pengamatannya bersifat realistis dan kritis. Anak sudah bisa mengadakan sintese logis, karena munculnya pengertian, *insight*/wawasan dan

akal yang sudah mencapai taraf kematangan. Anak kini bisa menghubungkan bagian-bagian menjadi satu kesatuan atau menjadi satu struktur.

Effendy (1998) mengatakan bahwa, upaya pendidikan usia sekolah sangat perlu dilakukan, karena: 1) Anak usia sekolah merupakan kelompok umur yang rawan terhadap masalah kesehatan; 2) Pada usia sekolah sangat peka untuk menanamkan pengertian dan kebiasaan; 3) Sekolah merupakan institusi masyarakat yang terorganisir; 4) Keadaan kesehatan anak sangat berpengaruh terhadap prestasi belajar; 5) Pendidikan kesehatan melalui anak-anak sekolah sangat efektif untuk merubah perilaku dan kebiasaan-kebiasaan tentang kesehatan.

Sriyono (2007) menyatakan, bahwa pentingnya pendidikan kesehatan gigi dan mulut pada usia sekolah, karena beberapa hal yaitu: 1) Anak-anak dengan keadaan gigi dan mulut buruk akan mengganggu aktifitas sehari-hari dan belajar;

2) Sekolah merupakan tempat yang efektif dan efisien untuk meningkatkan kesehatan; 3) Pada masa anak-anak biasanya daya menerima akan lebih baik, karena semakin dini kebiasaan didapatkan akan semakin lama dampaknya menetap. 4) Masa sekolah merupakan masa anak-anak dan remaja, masa ini yang paling berpengaruh dalam kehidupan manusia.

Faktor eksternal yang berpengaruh terhadap belajar anak sekolah dapat dikelompokkan menjadi 3 (tiga) faktor yaitu: faktor keluarga, faktor sekolah, faktor masyarakat. Faktor keluarga antara lain: cara orang tua mendidik, relasi antara anggota keluarga, suasana dalam rumah tangga dan keadaan ekonomi keluarga. Cara orang tua mendidik anaknya besar pengaruhnya terhadap belajar anak, karena anak belajar perlu dorongan dan pengertian orang tua. Dorongan

orang tua dalam membantu anak belajar dapat berupa monitoring secara rutin, hal ini dipertegas oleh Sutjipto Wirowidjojo dengan pernyataannya yang menyatakan bahwa keluarga adalah lembaga pendidikan yang pertama. Keluarga yang sehat besar artinya untuk pendidikan dalam ukuran kecil, tetapi bersifat menentukan untuk pendidikan dalam ukuran besar yaitu pendidikan bangsa, negara dan dunia (Susilo, 2006).

Menurut Idris dan Jamal (1992, *cit*, Supriyanto, 2010), peranan orang tua bagi pendidikan anak adalah memberikan dasar pendidikan, sikap, dan ketrampilan dasar seperti mematuhi peraturan-peraturan, dan menanamkan kebiasaan-kebiasan. Selain itu peranan keluarga adalah mengajarkan nilai-nilai dan tingkah laku yang sesuai dengan yang diajarkan di sekolah, dengan kata lain ada kontinuitas antara materi yang diajarkan di rumah dan materi yang diajarkan di sekolah. Menurut Depdiknas (2006), mengikutsertakan orang tua dan masyarakat sekitar dalam pemeliharaan, pembinaan dan pelestarian lingkungan sekolah yang sehat perlu diupayakan. Pihak sekolah harus mengupayakan agar orang tua dapat berperan serta secara optimal dalam membantu para guru dan siswa memelihara, membina dan melestarikan lingkungan sekolah sehat. Peranan itu akan timbul dan berfungsi apabila kepala sekolah beserta guru dan pengawas/tenaga sekolah memberikan tuntunan dan mengadakan pendekatan.

3. Perilaku

Perilaku merupakan hasil segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Perilaku merupakan respon atau tindakan terhadap stimulus yang

berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Sarwono, 2007). Menurut Bloom (*cit.*, Notoatmodjo, 1997), ada tiga (3) macam bentuk perilaku yaitu pengetahuan, sikap dan psikomotor. Bentuk perilaku *kognitif* dapat diukur dari pengetahuan, *afektif* dapat diukur dari sikap dan tanggapan, bentuk perilaku psikomotor dapat diukur melalui praktek. Pada dasarnya faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan).

Menurut Roger (1974, *cit.*, Budiaharjo, 2009), seseorang akan mengikuti atau menganut perilaku baru melalui beberapa tahapan yaitu; a) sadar (*awareness*), seseorang sadar akan adanya informasi baru, misalnya menggosok gigi dapat menghilangkan plak gigi, dan mencegah radang gusi serta karies gigi; b) tertarik (*interest*), pada tahapan ini orang mulai tertarik untuk mengetahui lebih lanjut mengenai manfaat menggosok gigi sehingga orang tersebut mencari informasi lebih lanjut pada orang lain yang dianggap tahu, membaca atau mendengarkan dari sumber yang dianggap tahu; c) evaluasi (*evaluation*), pada tahapan ini orang tersebut mulai menilai, apakah akan mulai menggosok gigi atau tidak, dengan mempertimbangkan berbagai sudut misalnya, kemampuan membeli sikat gigi, pasta gigi, atau melihat orang lain yang rajin menggosok gigi; d) mencoba (*trial*), orang tersebut mulai mencoba menggosok gigi; e) adopsi (*adoption*), pada tahap ini orang yakin dan telah menerima bahwa informasi baru berupa menggosok gigi memberi keuntungan bagi dirinya sehingga menggosok gigi menjadi kebutuhan.

Notoatmojo (2003b) mengasumsikan, perilaku manusia merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak,

minat, motivasi, persepsi, dan sikap. Menurut Mantra (1997), perilaku manusia adalah respon individu terhadap stimulasi, baik yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Perilaku manusia merupakan suatu yang unik dan khusus, artinya dia tidak sama antar dan inter manusia, baik dalam hal kepandaian, bakat, sikap, minat maupun kepribadian. Menurut Azwar (2008), komponen perilaku atau komponen konatif dalam struktur sikap menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya. Sikap tidaklah merupakan determinan satu-satunya bagi perilaku, oleh karena itu tidaklah tepat anggapan yang mengira komponen tendensi perilaku dalam struktur sikap merupakan komponen yang paling mudah untuk diukur atau diungkap.

WHO (*cit.*, Notoatmodjo, 2003b) menganalisis, bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena adanya pemikiran dan perasaan dalam bentuk: 1) Pengetahuan, yaitu yang diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain; 2) Kepercayaan, yaitu keyakinan yang sering atau diperoleh dari orang tua, kakek, atau nenek; 3) Sikap, yaitu yang menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap suatu objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau menjauhi orang lain atau objek lain; 4) orang penting sebagai referensi, yaitu perilaku seseorang banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Seseorang akan cenderung untuk mencontoh perilaku orang-orang yang dianggapnya penting untuknya. Kelompok referensi ini antara lain, guru, alim ulama, kepala adat (suku), orang tua, kepala desa dan sebagainya; 5) Sumber-sumber daya, yaitu mencakup fasilitas-fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya; 6) Perilaku normal, yaitu

kebiasaan-kebiasaan, nilai-nilai, dan penggunaan sumber-sumber di dalam suatu masyarakat yang akan menghasilkan suatu pola hidup, yang pada umumnya disebut kebudayaan.

Pendapat Feshbein dan Ajzen (1975, *cit.*, Ruminem, 2005) tentang kaitan antara sikap dan perilaku yaitu, apabila pola sikap positif telah terbentuk, maka timbul niat untuk melaksanakan suatu hal tersebut, namun demikian untuk sampai pada pelaksanaannya sangat tergantung pada beberapa hal seperti; tersedianya sarana, kemudahan-kemudahan lain, serta pandangan orang lain di sekitarnya (tokoh masyarakat, ayah, teman, dan lain-lain). Menurut Karefa (1969, *cit.*, Budiharto, 2009), pendidikan kesehatan gigi yang disampaikan kepada seseorang atau masyarakat mengenai kesehatan gigi diharapkan mampu mengubah perilaku kesehatan gigi individu atau masyarakat.

4. Kebersihan Gigi dan Mulut

Menurut Be (1987) mulut dikatakan bersih apabila gigi-gigi yang terdapat di dalamnya bebas dari *plaque* dan *calculus*. *Plaque* akan selalu terbentuk pada gigi dan meluas keseluruh permukaan gigi apabila mengabaikan kebersihan gigi dan mulut. Timbulnya *plaque* tersebut karena keadaan mulut yang selalu basah, gelap dan lembab yang sangat mendukung untuk pertumbuhan dan perkembangan bakteri.

5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kebersihan Gigi dan Mulut

Kebersihan gigi dan mulut dipengaruhi oleh faktor menyikat gigi dan makanan (Suwelo, 1992).

a. Menyikat gigi

Mulut sebenarnya sudah memiliki sistem pembersihan sendiri (*self cleansing*) yaitu air ludah, tetapi dengan makanan modern seperti sekarang, pembersihan alami ini tidak lagi dapat berfungsi dengan baik, untuk menjaga agar gigi dan mulut tetap dalam keadaan bersih diperlukan bantuan sikat gigi dan bahan-bahan lainnya (Tarigan, 1989).

b. Jenis makanan

Menurut Tarigan (1990) makanan yang mempengaruhi dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut diantaranya:

- 1). Makanan yang bersifat membersihkan gigi yaitu: makanan yang berserat dan berair seperti sayur-sayuran dan buah-buahan.
- 2) Makanan yang dapat merusak ξ yaitu: makanan yang manis dan mudah melekat (kariogenik) pada gigi seperti: coklat, permen, biskuit, dan lain-lain.

c. Merokok

Merokok mempunyai dampak yang besar bagi kebersihan gigi dan mulut antara lain pewarnaan pada gigi (*stain*) dan karang gigi (*calculus*) (Enciclopedia, 2012).

1). Pewarnaan pada gigi (*Stain*)

Rokok mengandung tar dan nikotin yang dapat mengendap di permukaan gigi dan menimbulkan pewarnaan coklat kehitam-hitaman. Pewarnaan ini tidak bisa dihilangkan dengan menyikat gigi biasa sehingga menjadi masalah estetika (mengganggu penampilan).

2). Karang gigi (*Calculus*)

Plaque yang menumpuk pada gigi perokok, jika tidak dilakukan pengendalian *plaque*, maka timbunan bakteri di dalam *plaque* akan semakin banyak dan *plaque* mengalami penambahan massa, kemudian berlanjut dengan pengerasan yang disebut dengan karang gigi (*calculus*). Karang gigi berwarna coklat kehitaman dan berbau. Karang gigi tidak bisa dihilangkan dengan menyikat gigi biasa.

d. Cara Memelihara Kebersihan Gigi dan Mulut

Cara memelihara kebersihan gigi dan mulut dengan kontrol *plaque* dan *Scaling*.

1). Kontrol *plaque*

Mengontrol *plaque* merupakan bagian yang sangat penting untuk pencegahan penyakit karies gigi dan bagi kesehatan gigi yang baik. *Plaque* gigi disebut sebagai suatu ukur variabel yang sangat khusus yang dibentuk oleh kolonisasi rangkaian mikroorganisme pada permukaan gigi, sehingga mengontrol *plaque* merupakan cara untuk menghilangkan *plaque* dan mencegah akumulasinya, untuk mengontrol *plaque* ada dua cara yaitu secara mekanis dan kimiawi (Srigupta, 2004).

2). Cara mekanis

Mengontrol *plaque* secara mekanis meliputi menyikat gigi dan membersihkan gigi bagian dalam dengan menggunakan bantuan *dental floss*, tusuk gigi, mencuci mulut dan pencegahan penyakit dari dokter gigi.

3). Cara kimiawi

Mengontrol *plaque* secara kimiawi dilakukan dengan menggunakan bermacam-macam bahan kimia, alat-alat generasi pertama seperti: antibiotik, antiseptik, phenil dan alat-alat generasi kedua yang biasanya digunakan adalah *chlorhexadine* atau *alexadine*. Mengontrol *plaque* secara kimiawi hanya digunakan sebagai tambahan pada cara mekanis dan bukan sebagai penggantinya.

4). *Scaling*

Scaling menurut Be (1987) adalah membersihkan karang gigi dengan cara mengorek atau menyisik dengan alat yang disebut *scaler*. *Scaling* dimaksudkan untuk menghilangkan bahan-bahan yang melekat pada permukaan gigi, terutama *plaque*, *calculus*, dan bahan-bahan lain, sehingga diperoleh permukaan gigi yang licin, bersih, dan sehat serta menghilangkan jaringan-jaringan mati disekitar *calculus* sebagai akibat proses pembentukan *calculus* dan penyakit periodontal.

e. Cara Mengukur Kebersihan Gigi dan Mulut

Kebersihan gigi dan mulut seseorang dapat dinilai dari *index*. *Index* adalah angka yang menyatakan angka klinis yang didapat pada waktu melakukan pemeriksaan, karena angka ini diperoleh berdasarkan penilaian yang objektif, maka cara penilain ini lebih dapat diterima dari pada hanya menilai kebersihan gigi dan mulut secara subjektif dengan kata-kata baik, sedang dan buruk (Be, 1987).

Untuk mengukur kebersihan gigi dan mulut digunakan suatu *index* yang dikenal dengan *Oral Hygiene Index Simplified (OHI-S)* dari Green dan Vermilion. Nilai *OHI-S* diperoleh dari hasil penjumlahan *debris index* dan *calculus index* atau $OHI-S = Debris Index (DI) + Calculus Index (CI)$. *Debris Index* adalah skor (nilai) dari endapan lunak yang terjadi karena adanya sisa makanan yang melekat

pada gigi. *Calculus Index* adalah skor (nilai) dari endapan keras (karang gigi) terjadi karena *debris* yang mengalami pengapuran yang melekat pada gigi (Depkes RI, 1995). Untuk memperoleh penilaian *debris index* dan *calculus index* yang tepat dan seragam perlu dilakukan pemeriksaan yang terarah dan sistematis yaitu:

1). *Gigi index*

Menurut Green dan Vermillion (dalam Be, 1987) pemeriksaan untuk dapat mengetahui banyaknya *debris* dan *calculus* dilakukan pemeriksaan pada gigi tertentu dan permukaan tertentu dari gigi-gigi tersebut yaitu:

- a). *Molar* permanen satu kanan atas permukaan *buccal*.
- b). *Incisive* permanen satu kanan atas permukaan *labial*.
- c). *Molar* permanen satu kiri atas permukaan *buccal*.
- d). *Molar* permanen satu kiri bawah *lingual*.
- e). *Incisive* permanen satu kiri bawah permukaan *labial*.
- d). *Molar* permanen satu kanan bawah permukaan *lingual*.

Menentukan kriteria *debris score* dan *calculus score* serta *OHI-S score*, dapat dilihat sebagai berikut (Putri, Herijulianti, dan Nurjannah, 2012):

- a. Untuk *debris score* dan *calculus score*:

Baik bila berada antara	:	0 – 0,6
Sedang bila berada antara	:	0,7 – 1,8
Buruk bila berada antara	:	1,9 – 3,0

- b. Untuk *OHI-S score*:

Baik bila berada antara	:	0 – 1,2
Sedang bila berada antara	:	1,3 – 3,0

Buruk bila berada antara : 3,1 – 6,0

1. Kriteria *debris index* dan *calculus index*

a. Kriteria *debris index*

Tabel 1
Kriteria *Debris Index*

No.	Kriteria	Nilai
1	Pada permukaan gigi yang terlihat, tidak ada <i>debris</i> dan tidak ada pewarnaan ekstrinsik.	0
2a.	Pada permukaan gigi yang terlihat, ada <i>debris</i> lunak yang menutupi 1/3 permukaan gigi atau kurang dari	1
b.	1/3 permukaan dihitung dari <i>cervical</i> . Pada permukaan gigi yang terlihat, tidak ada <i>debris</i> lunak tetapi ada pewarnaan ekstrinsik yang menutupi permukaan gigi sebagian / seluruhnya.	1
3	Pada permukaan gigi yang terlihat, ada <i>debris</i> lunak yang menutupi permukaan gigi lebih dari 1/3 sampai dengan 2/3 permukaan gigi dihitung dari <i>cervical</i> .	2
4	Pada permukaan gigi yang terlihat, ada <i>debris</i> yang menutupi lebih dari 2/3 permukaan gigi dihitung dari <i>cervical</i> atau menutupi seluruh permukaan gigi.	3

$$\text{Debris Index} = \frac{\text{Jumlah penilaian debris}}{\text{Jumlah gigi yang diperiksa}}$$

b. Kriteria *calculus index*

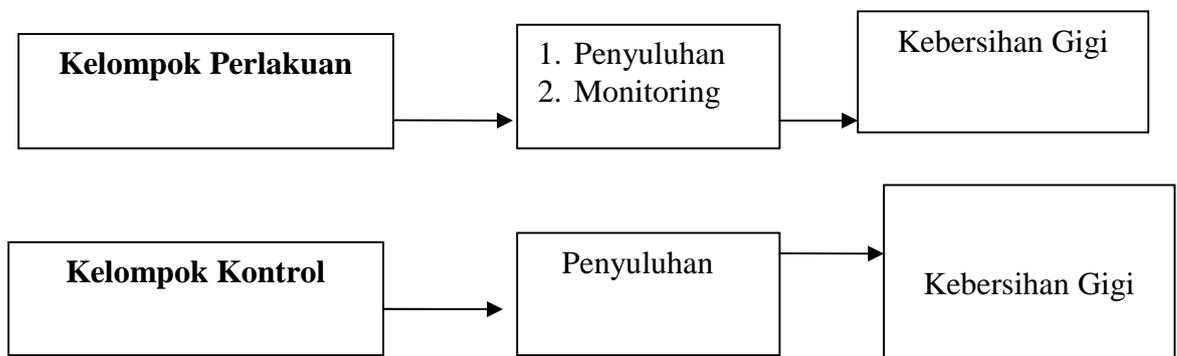
Tabel 2
Kriteria *Calculus Index*

No.	Kriteria	Nilai
1	Tidak ada <i>calculus</i>	0
2	Pada permukaan gigi yang terlihat, terdapat <i>supra gingival calculus</i> yang menutupi 1/3 permukaan gigi atau kurang dari 1/3 permukaan gigi dihitung dari <i>cervical</i> .	1
3a.	Pada permukaan gigi yang terlihat, terdapat <i>supra gingival calculus</i> yang menutupi lebih dari 1/3 sampai dengan 2/3 permukaan gigi dihitung dari <i>cervical</i> .	2
b.	Pada <i>cervical</i> gigi terdapat sedikit <i>sub gingival calculus</i>	2
4a.	Pada permukaan gigi yang terlihat, terdapat <i>supra gingival calculus</i> menutupi lebih dari 2/3 dihitung dari <i>cervical</i> atau menutupi seluruh permukaan gigi.	3

BAB III
KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Pikir

Berdasarkan penelusuran pustaka, maka dapat dibuat kerangka konsep penelitian sebagai berikut:



Gambar 1

Kerangka Pikir Penelitian Pengaruh Pola Monitoring Menggosok Gigi
Terhadap Peningkatan Kebersihan Gigi dan Mulut Murid SD N 2 Selat
Kecamatan Susut Kabupaten Bangli Tahun 2016

B. Variabel dan Definisi Operasional Penelitian

Variabel dan definisi operasional penelitian dapat dilihat pada tabel 3

Tabel 3

Definisi Operasional Variabel Penelitian

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala
Variabel Bebas				
1.	Pola Monitoring	kontrol yang dilakukan oleh orang tua/wali responden melalui sebuah kartu/formulir yang berisikan tentang waktu menggosok gigi di rumah setiap hari dan cara menggosok gigi diberi kode oleh orang tua/ wali responden.	Kartu monitoring	Nominal
Variabel Terikat				
2.	Kebersihan gigi & mulut	keadaan kebersihan gigi dan mulut pada waktu dilakukan pemeriksaan yang diukur dengan menggunakan <i>Oral Hygiene Index Simplified (OHI-S)</i> dari Green dan Vermilion. Nilai <i>OHI-S</i> diperoleh dari hasil penjumlahan <i>debris index</i> dan <i>calculus index</i> atau $OHI-S = Debris Index (DI) + Calculus Index (CI)$	Kartu pemeriksaan diukur dengan menggunakan <i>Oral Hygiene Index Simplified (OHI-S)</i> dengan Kategori: kurang, cukup, baik	Interval

C. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah, Monitoring menyikat gigi berpengaruh terhadap peningkatan kebersihan gigi dan mulut murid sekolah dasar negeri 2 Selat kecamatan Kabupaten Bangli tahun 2016.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain eksperimental semu atau *quasi experimental design* dengan rancangan penelitian *pretest- posttest design* (Campbell and Stanley, 1966, *cit.* Arikunto, 2006). Subjek penelitian dibagi dalam dua kelompok yaitu: kelompok perlakuan adalah responden kelas I-VI SDN 2 Selat dengan nomor absen ganjil yang diberi penyuluhan kesehatan gigi disertai monitoring menyikat gigi oleh orang tua, kelompok kontrol adalah responden kelas I-VI SDN 2 Selat dengan nomor absen genap yang diberi penyuluhan kesehatan gigi tanpa dimonitoring oleh orang tua di rumah, dengan rancangan penelitian sebagai berikut:

Kelompok O1, ---- Xa+M₁,---- O2, ---- Xb+M₂, ---- O3
Perlakuan

Kelompok O4, ---- Xc, ---- O5, ---- Xd, ---- O6
Kontrol

Keterangan: Cara Penelitian

- O1 Pemeriksaan *OHI-S* awal (*pretest*) pada Kelompok perlakuan sebelum diberikan penyuluhan kesehatan gigi dan monitoring orang tua, untuk mengetahui kebersihan gigi dan mulut responden.
- O2 Pemeriksaan *OHI-S* (*posttest* I) pada Kelompok perlakuan setelah diberikan penyuluhan kesehatan gigi dan monitoring orang tua, (dua minggu setelah intervensi).

- O3 Pemeriksaan *OHI-S* akhir (*Posttest* II) pada Kelompok perlakuan setelah diberikan penyuluhan kesehatan gigi dan monitoring (4 minggu setelah intervensi 1).
- O4 Pemeriksaan *OHI-S* awal (*pretest*) pada kelompok kontrol sebelum diberikan penyuluhan kesehatan gigi untuk mengetahui kebersihan gigi dan mulut responden.
- O5 Pemeriksaan *OHI-S* (*posttest* I) pada kelompok kontrol setelah diberikan penyuluhan kesehatan gigi, (Dua minggu setelah intervensi).
- O6 Pemeriksaan *OHI-S* akhir (*Posttest* II) pada kelompok kontrol setelah diberikan penyuluhan kesehatan gigi (4 minggu setelah intervensi 1).
- Xa,b Intervensi I dan II yang diberikan pada Kelompok perlakuan yaitu penyuluhan kesehatan gigi, monitoring orang tua dan pemeriksaan *OHI-S*
- Xc,d. Intervensi I dan II yang diberikan pada kelompok kontrol yaitu penyuluhan kesehatan gigi dan pemeriksaaan *OHI-S*

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di SD N 2 Selat Kecamatan Susut Kabupaten Bangli pada bulan Juni s/d Agustus tahun 2016.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian adalah seluruh murid di sekolah dasar negeri (SDN) 2 Selat Kecamatan Susut Kabupaten Bangli yang berjumlah 150 orang.

Besar sampel penelitian adalah 71 orang dengan kriteria inklusi: bersedia dijadikan sampel penelitian, orang tua dapat membaca dan menulis, memiliki gigi indeks. Kriteria elksklusi: sakit rawat inap, pindah domisili.

D. Pengumpulan Data

Data Nilai *OHI-S* dikumpulkan melalui kartu hasil pemeriksaan.

1. Instrumen pengumpul data

Pengumpulan data *OHI-S* menggunakan alat diagnostik gigi, *disclosing agent* dan dicatat pada lembar pemeriksaan.

2. Cara pengumpulan data

Pengumpulan data nilai *OHI-S* dilakukan secara berkala sebagai berikut:

- a. Pengumpulan data awal pemeriksaan *OHI-S* kelompok perlakuan dan kelompok control (*pre test*)
- b. Pengumpulan data pemeriksaan *OHI-S* 1 setelah monitoring pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol (*post test 1*)
- c. Pengumpulan data pemeriksaan *OHI-S* 2 setelah monitoring pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol (*post test 2*)

E. Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan data

Pengolahan data dilakukan melalui tahapan: a) *Editing*, yaitu melakukan pengecekan kelengkapan data; b) *Koding*, yaitu melakukan pemberian kode untuk memudahkan pengelompokan data; c) *Scoring*, yaitu melakukan pemberian skor terhadap aitem-aitem yang perlu diberikan skor; d) *Tabulating*, yaitu

mengelompokkan data sesuai dengan variabel yang diteliti; e) *Entry*, memasukkan data ke dalam program Komputer`

2. Analisis data

Analisis data yang akan digunakan adalah seperti tabel 4

Tabel 4
Analisis Data Penelitian

<i>Paired simple t-test</i>	Untuk mengetahui peningkatan kebersihan gigi dan mulut pada Kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, yaitu dari: <ul style="list-style-type: none">➤ <i>pretest</i> ke <i>posttest</i> I,➤ <i>posttest</i> I ke <i>posttest</i> II➤ <i>pretest</i> ke <i>posttest</i> II
<i>Independent t-test</i>	Untuk mengetahui perbedaan peningkatan kebersihan gigi antar Kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan program komputer dengan pengujian hipotesis berdasarkan taraf signifikan $p < 0,05$ (Nazir, 1999).

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Subjek Penelitian.

Penelitian ini dilaksanakan di SDN 2 Selat Kecamatan Susut Kabupaten Bangli. Subyek pada penelitian ini adalah seluruh murid dari kelas 1 sampai dengan kelas VI yang berjumlah 141 orang. Subjek penelitian dibagi dalam dua kelompok, yaitu: 1) Kelompok perlakuan adalah murid SDN 2 selat dari kelas 1 sampai dengan kelas VI dengan nomor absen ganjil yang diberikan penyuluhan kesehatan gigi serta dimonitoring menggosok giginya oleh orang tuanya di rumah. 2) kelompok kontrol adalah murid SDN 2 selat kelas 1 sampai dengan kelas VI dengan nomor absen genap yang diberikan penyuluhan tentang kesehatan gigi tetapi tidak dimonitoring menggosok giginya oleh orang tuanya di rumah. Karakteristik subjek penelitian dapat dideskripsikan pada tabel 5.

Tabel 5 menunjukkan bahwa, karakteristik responden berdasarkan umur pada Kelompok perlakuan, hampir sama jumlah sebaran umurnya dibandingkan kelompok kontrol.

Tabel 5.
Data Subjek Penelitian Berdasarkan Umur
Pada Kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Umur (Th)	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
	n	%	n	%
6-8	25	35,7	31	43,7
9-10	22	31,4	21	29,6
11-12	23	32,9	19	26,7
Total	70	100	71	100

Tabel 5 menunjukkan bahwa, karakteristik responden berdasarkan umur pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol mayoritas berumur 6-8 tahun. Karakteristik umur responden menunjukkan tidak jauh berbeda antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol.

Analisis Data Penelitian

Analisis data pada penelitian ini menggunakan statistik parametrik dengan teknik uji t (*Paired t-test*), uji t (*Independent t-test*) dan analisis delta.

Analisis Bivariat.

Analisis bivariat pada penelitian ini dimaksudkan untuk menguji hipotesis pada penelitian ini, yaitu: status kebersihan gigi dan mulut murid sekolah dasar. Hipotesis tersebut diuji dengan teknik uji t: 1) perbedaan antar kelompok perlakuan (*Independent t-test*); 2) perbedaan peningkatan dalam kelompok

(*Paired Simple t-test*) dan 3) analisis delta (perbedaan selisih peningkatan/penurunan) antar kelompok.

Analisis data hasil monitoring orang tua dapat dilihat pada tabel 7

Tabel 7

Data Hasil Pengisian Formulir Monitoring Menyikat Gigi Oleh Orang Tua Murid SD N 2 Selat Kecamatan Susut Kabupaten Bangli Tahun 2016

Tahap Monitoring	Pengisian Monitoring Waktu Menyikat Gigi		Pengisian Monitoring Gerakan Menyikat gigi	
	Jumlah (orang)	%	Jumlah (orang)	%
1. Tahap 1	71	100	34	47,88
2. Tahap II	71	100	25	35.21

Tabel 7 menunjukkan bahwa formulir monitoring yang dibagikan kepada responden sebanyak 71 orang telah diisi semua pada kegiatan monitoring waktu menggosok gigi dan monitoring gerakan menggosok gigi hanya sebagian yang mengisi.

1) Analisis Perbedaan Antar Kelompok (*Independent t-test*)

Analisis Univariat

Analisis univariat pada penelitian ini dilakukan melalui pemeriksaan kebersihan gigi dengan *OHI-S*. Hasil analisis data kebersihan gigi dapat dilihat pada tabel 8

Tabel 8.

Data Kebersihan Gigi dan Mulut pada Kelompok perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum dan sesudah Perlakuan Berdasarkan Kriteria Baik, Sedang, Buruk

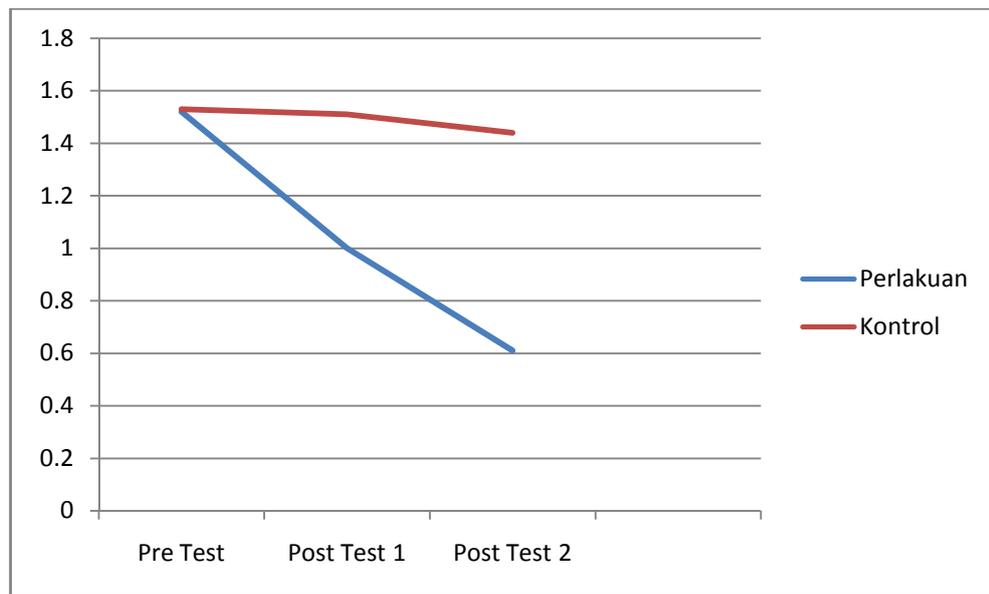
Kriteria OHI-S	Perlakuan		Kontrol	
	Jumlah	%	Jumlah	%
3. OHI-S 1 (Pre Test)				
Baik	22	31.4	28	39.4
Sedang	48	68.6	42	59.2
Buruk	0	0	1	1.4
4. OHI-S 2 (Post Test 1)				
Baik	39	55.7	25	35.2
Sedang	31	54.3	45	64.8
Buruk	0	0	0	0
3. OHI-S 3 (Post Test 2)				
Baik	66	92.9	21	30
Sedang	5	7.1	49	40
Buruk	0	0	0	0

Tabel 8 menunjukkan, kebersihan gigi dan mulut *pretest* berada pada kategori sedang, yaitu 68,6% pada Kelompok perlakuan dan 59,2% pada kelompok kontrol, artinya angka yang diperoleh pada kedua kelompok sebelum

mendapatkan penyuluhan kesehatan gigi menunjukkan status kebersihan gigi dan mulut murid SD 2 Selat berada pada kategori sedang.

Status Kebersihan Gigi dan Mulut

Hasil analisis perbedaan rerata status kebersihan gigi dan mulut responden pada *pre-test*, *post-test* I dan *post-test* II antara Kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol dapat dilihat pada gambar 2:



Gambar 2. Analisis Perbedaan Rerata Status Kebersihan Gigi dan Mulut Responden pada *Pre-test*, *Post-test* I dan *Post-test* II antara Kelompok Perlakuan dengan Kelompok Kontrol

Gambar 2 menunjukkan perbedaan rerata skor plak pada *pre-test*, *post test* I dan *post test* II dengan hasil analisis Kelompok perlakuan (1,52) dan Kelompok kontrol (1,53), artinya nilai skor plak kelompok perlakuan lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Kedua kelompok menunjukkan rerata skor plak responden sebelum perlakuan berada pada kategori sedang. Berdasarkan analisis statistik, tidak ada perbedaan yang signifikan rerata skor plak responden

sebelum perlakuan (*pre-test*) antara Kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol ($t=0,764$, $p>0,05$).

Rerata skor plak *post test* I, Kelompok perlakuan (1,00) lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol (1,51). Kelompok perlakuan menunjukkan rerata skor plak berada pada kategori baik, dan kelompok kontrol berada pada kategori sedang. Berdasarkan analisis statistik menunjukkan ada perbedaan yang signifikan nilai OHI-S kelompok perlakuan dibandingkan dengan kelompok kontrol dapat dilihat dari ($t= 0,00$, $p<0,05$).

Rerata skor plak pada *post-test II*, Kelompok perlakuan (0,61) lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol (1,44). Secara statistik menunjukkan ada perbedaan yang signifikan rerata skor plak responden antara Kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol ($t=0,00$, $p<0,05$).

b. Analisis (*Paired Sample t-test*)

Tabel 9.

Rerata Kebersihan Gigi dan Mulut Responden dari *Pre-test* ke *Post-test* I, dari *Post-test* I ke *Post-test* II, dari *Pre-test* ke *Post-test* II pada Kelompok perlakuan I dan Kelompok control

Data	Kelompok perlakuan		Kelompok Kontrol	
	rerata	p	rerata	p
Status Keb Gigi				
<i>Pre-test</i> ke				
<i>Post-test</i> I	0.52	0,00*	0,02	0,00*
<i>Post-test</i> I ke				
<i>Post-test</i> II	0.39	0,00*	0,07	0,00*
<i>Pre-test</i> ke				
<i>Post-test</i> II	0.91	0,00*	0,09	0,00*

Hasil analisis rerata kebersihan gigi dan mulut dari *pre-test* ke *post-test* I dari *post-test* I ke *post-test* II dan dari *pre-test* ke *post-test* II, menunjukkan Kelompok perlakuan lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol, yaitu terjadi peningkatan rerata kebersihan gigi dan mulut dari *pre-test* ke *post-test* I dengan rerata selisih 0.52, dari *post-test* I ke *post-test* II dengan rerata selisih 0,39 dan dari *pre-test* ke *post-test* II dengan rerata selisih 0,91 Pada kelompok kontrol terjadi peningkatan rerata status kebersihan gigi dan mulut dari *pre-test* ke *post-test* I dengan rerata selisih 0,02, *post-test* I ke *post-test* II dengan rerata selisih 0,07 dan dari *pre-test* ke *post-test* II dengan rerata selisih 0,09. Secara statistik menunjukkan terjadi peningkatan status kebersihan gigi dan mulut yang signifikan dari *pre-test* ke *post-test* I, dari *post-test* I ke *post-test* II, dan *pre-test* ke *post-test* II pada kedua Kelompok ($p < 0,05$).

c. Analisis delta (Perbedaan peningkatan/penurunan).

Analisis delta dilakukan untuk melihat perbedaan peningkatan/penurunan dari *pre-test* ke *post-test* II status kebersihan gigi dan mulut antara Kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol, dapat dilihat pada tabel 5:

Tabel 10.

Rangkuman Hasil Analisis Delta dari *Pre-test* ke *Post-test* II Kebersihan Gigi dan Mulut Responden Kelompok Perlakuan Dan Kelompok kontrol

Variabel	Rerata (<i>Mean</i>)		p	Keterangan
	Perlakuan	Kontrol		
Status kebersihan gigi	0,91	0,09	0,000	Signifikan

Tabel 10 menunjukkan bahwa peningkatan rerata status kebersihan gigi dan mulut *pre-test* ke *post-test* II pada Kelompok perlakuan ; 0,91 dan kelompok kontrol 0,09, terdapat selisih; 0,82 Kelompok perlakuan lebih tinggi selisihnya dibandingkan dengan kelompok kontrol. Secara statistik ada perbedaan yang signifikan peningkatan rerata status kebersihan gigi dan mulut antara Kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol ($p < 0,05$).

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil analisis awal karakteristik responden pada Kelompok perlakuan dan kelompok kontrol (pengaruh monitoring menyikat gigi terhadap peningkatan kebersihan gigi dan mulut murid SD N Selat Kecamatan Susut Kabupaten Bangli Tahun 2016), tidak terdapat perbedaan yang signifikan atau sebanding (tabel 1; lamp 1). Distribusi frekuensi status kebersihan gigi dan mulut responden berdasarkan hasil pengukuran awal (*pre-test*) antara Kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol, menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan yang artinya tingkat kebersihan gigi dan mulut berada pada karakteristik yang sama.

Laporan hasil monitoring yang dilakukan oleh orang tua responden dalam penelitian ini secara rinci dapat dilihat pada tabel 3. Hasil analisis pada tabel 3, menunjukkan bahwa semua formulir monitoring telah diisi oleh orang tua responden dan jumlah formulir yang telah terkumpul kembali sesuai dengan jumlah formulir yang dibagikan. Semua orang tua sudah mengisi kartu monitoring sesuai dengan petunjuk untuk memonitoring anaknya dalam menyikat gigi di rumah (71 lembar) yang artinya orang tua sudah memonitoring anaknya

dalam menyikat gigi, namun dalam pengisian formulir monitoring, yang diberi tanda secara penuh hanya pada kolom waktu menyikat gigi, sedangkan pada kolom gerakan menyikat gigi, sampai akhir pelaksanaan monitoring, dari 71 responden hanya 25 orang yang mengisi dengan lengkap pada kolom waktu dan gerakan menyikat gigi. Pengumpulan kartu monitoring dilakukan oleh orang tua melalui anaknya yang dikumpulkan pada kepala sekolah.

Hasil analisis ini membuktikan bahwa kepatuhan dalam pengisian kartu monitoring yang merupakan dukungan positif dalam penelitian ini dapat mempengaruhi efektivitas penelitian, meskipun dalam hal monitoring gerakan menyikat gigi tidak semua mematuhi sesuai dengan petunjuk. Ketidak patuhan tersebut mungkin disebabkan oleh karena orang tua tidak sempat terlalu sering menunggu anaknya dalam menyikat gigi. Monitoring yang dilakukan oleh orang tua menunjukkan kepatuhan, sehingga hasil penelitian ini mendukung pendapat Saefulloh (2007) yang menyatakan bahwa, pelaksanaan monitoring yang dilakukan sejak awal, rutin pada proses dan di akhir pelaksanaan program, akan memberikan peningkatan efisiensi, efektivitas, produktifitas serta secara akuntabilitas dapat dipertanggung jawabkan. Menurut *Webster's New Collegiate Dictionary* (1981, *cit.*, Soekartawi, 2009). Monitoring cenderung bersifat pengawasan, yaitu melakukan kegiatan pengawasan terhadap jalannya proyek. Menurut Azwar (1996), Untuk dapat melakukan pekerjaan pengawasan dengan baik, maka hal yang harus diperhatikan adalah objek. Objek pengawasan dalam penelitian ini adalah monitoring menyikat gigi.

Hasil analisis perbedaan rerata status kebersihan gigi dan mulut pada awal pemeriksaan (*pre-test*) menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan rerata

status kebersihan gigi dan mulut responden antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol ($p > 0,05$). Setelah diberikan perlakuan (*post test* I dan pada *post-test* II) terdapat perbedaan yang signifikan rerata status kebersihan gigi dan mulut responden antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol ($p < 0,05$).

Hasil analisis peningkatan rerata status kebersihan gigi dan mulut pada masing-masing Kelompok perlakuan, menunjukkan adanya peningkatan rerata yang signifikan dari *pre-test* ke *post-test* I, dari *post-test* I ke *post-test* II, dan dari *pre-test* ke *post test* II pada kedua kelompok ($p < 0,05$). Adanya peningkatan status kebersihan gigi dan mulut yang signifikan pada kedua kelompok, disebabkan karena responden setelah mendapat penyuluhan kesehatan gigi mulai termotivasi untuk memperbaiki cara menggosok gigi melalui penyuluhan kesehatan gigi yang telah diberikan dan mengajak menyikat gigi bersama. Menyikat gigi bersama yang dilakukan di sekolah dapat menghasilkan perubahan yang bermakna. Hasil penelitian ini mendukung pendapat Howard (1969, *cit.*, Budiharto, 2009) yang mengatakan, latihan khusus mengenai cara membersihkan gigi yang benar akan menghasilkan perubahan yang bermakna pada status kebersihan gigi dan mulut individu atau masyarakat.

Hasil analisis delta dari *pre-test* ke *post-test* II pada kedua kelompok menunjukkan adanya perbedaan peningkatan rerata status kebersihan gigi yang signifikan. Rerata status kebersihan gigi kelompok perlakuan; 0,91 dan kelompok kontrol; 0,09, terdapat selisih; 0, 82, Kelompok perlakuan memperoleh selisih peningkatan rata rata nilai lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Secara statistik ada perbedaan yang signifikan peningkatan rerata status kebersihan gigi dan mulut antara Kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol

($p < 0,05$). Hasil analisis ini membuktikan bahwa pada Kelompok perlakuan yang diberi penyuluhan dan dimonitoring oleh orang tuanya dalam menggosok gigi, memberikan peningkatan status kebersihan gigi dan mulut yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol yang diberi penyuluhan kesehatan gigi tanpa dimonitoring oleh orang tuanya dalam menggosok gigi di rumah.

Adanya peningkatan rerata status kebersihan gigi dan mulut yang lebih tinggi antara Kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol, disebabkan karena pada Kelompok perlakuan yang mendapatkan monitoring oleh orang tua di rumah, mereka dapat menerapkan pelaksanaan menyikat gigi secara teratur sesuai dengan waktu yang dianjurkan, yaitu pagi setelah sarapan dan malam sebelum tidur serta mendapat pengawasan tentang gerakan menyikat gigi yang benar, sehingga menjadi kebiasaan yang menetap. Hasil penelitian ini mendukung pendapat Feshbein dan Ajzen (1975, *cit.*, Ruminem, 2005), tentang kaitan antara sikap dan perilaku yaitu, apabila pola sikap positif telah terbentuk, maka timbul niat untuk melaksanakan suatu hal tersebut, namun demikian untuk sampai pada pelaksanaannya sangat tergantung pada beberapa hal seperti; tersedianya sarana, kemudahan-kemudahan lain, serta pandangan orang lain di sekitarnya (tokoh masyarakat, ayah, teman, dan lain-lain).

Hipotesis yang menyatakan monitoring menyikat gigi berpengaruh terhadap peningkatan kebersihan gigi dan mulut murid SDN 2 Selat Kecamatan Susut Kabupaten Bangli Tahun 2016 dapat diterima.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Nilai *Oral Hygine Index – Simplipayed (OHI-S)* murid sekolah dasar negeri 2 Selat kecamatan Kabupaten Bangli tahun 2016 pada *pretest* berada pada karakteristik yang sama (kategori sedang).
2. Nilai *Oral Hygine Index – Simplipayed (OHI-S)* murid sekolah dasar negeri 2 Selat kecamatan Susut Kabupaten Bangli tahun 2016 sesudah *posttest* terjadi peningkatan yang bermakna pada kelompok perlakuan.
3. Pola monitoring yang paling mudah diterima oleh orang tua murid sekolah dasar negeri 2 Selat kecamatan Kabupaten Bangli tahun 2016 adalah pola monitoring waktu menyikat gigi dibandingkan dengan monitoring gerakan menyikat gigi.
4. Nilai *Oral Hygine Index – Simplipayed (OHI-S)* sebelum dan sesudah monitoring pada murid sekolah dasar negeri 2 Selat kecamatan Kabupaten Bangli tahun 2016 menunjukkan perbedaan yang signifikan, dilihat dari hasil uji statistik menunjukkan nilai $p < 0,05$.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, pembahasan dan kesimpulan, dapat disarankan sebagai berikut ini:

1. Bagi Murid Sekolah Dasar.
 - a). Meningkatkan pengetahuan, dan perilaku terhadap pemeliharaan kesehatan gigi untuk mencapai status kebersihan gigi dan mulut yang optimal.
 - b). Status kebersihan gigi dan mulut yang optimal diharapkan kepada semua murid SD melalui bantuan orang tua berupa monitoring menyikat gigi.
2. Tenaga Kesehatan Puskesmas
 - a). Memonitoring kegiatan UKGS dan membuat pelatihan dokter kecil ke lapangan agar dapat dilaksanakan untuk meningkatkan status kebersihan gigi dan mulut yang saat ini berada pada kategori sedang menjadi kategori baik.
 - b). Meningkatkan pelayanan kesehatan gigi melalui kegiatan UKGS dan pelatihan dokter kecil.
3. Dinas Kesehatan agar memberikan dukungan dana untuk kegiatan UKGS dan pelatihan dokter kecil, agar kegiatan dapat berjalan sesuai tujuan.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, S., 2003, *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*, Edisi kedua, Cetakan VII, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Arikunto, S., 2009, *Manajemen Penelitian*, Edisi Revisi IV, Rineka Cipta, Jakarta.
- Be, K., N., 1987, *Preventive Dentistry*, Bandung, Yayasan Kesehatan Gigi Indonesia.
- Budiharto, 2009, *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan dan Pendidikan Kesehatan Gigi*, EGC, Jakarta.
- Depkes RI, 1995, *Penyelenggaraan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah*, Offset, Jakarta
- 2003, *Model Pendayagunaan Dokter Gigi dan Perawat Gigi di Sekolah*, Jakarta.
- 2008, *Riset Kesehatan Dasar*, Jakarta.
- 2008, *Riset Kesehatan Dasar Provinsi Bali Tahun 2007*, Jakarta.
- Depdiknas, 2006, *Pedoman Pelatihan Pembina dan Pelaksana UKS di SD dan MI*, Pusat Pengembangan Kualitas Jasmani, Yogyakarta.
- Djamarah, S.B. , 2002, *Psikologi Belajar*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Efendi, N., 1998, *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, Ed 2, EGC, Jakarta.
- Hadis, F.A, 1996, <http://www.96147.com/perkembangan>, 17-5- 2009.
- Kamus, 2009, Monitoring, <http://id.wikipedia.org>.23 Oktober 2009.
- Kartono, K., 2007, *Psikologi Anak (Psikologi Perkembangan)*, Mandar Maju, Bandung.
- Kemenkes RI. 2014, *Riset Kesehatan Dasar*, Jakarta
- Nasution, 1993, *Psikologi Belajar*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, S., 1997, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.

- Putri, M.H, Herijulianti, E., Nurjannah N, 2002, *Ilmu Pencegahan Penyakit Jaringan Keras dan Jaringan Pendukung Gigi*, EGC, Jakarta
- Ratmini, N. K., 2011, Perbedaan Pendidikan Kesehatan Gigi Metode Ceramah Dan Demonstrasi Disertai Monitoring Dengan Tanpa Monitoring Terhadap Pengetahuan, Sikap, Perilaku dan Status Kebersihan Gigi dan Mulut Murid SDN Singaraja Bali, Tahun 2010. *Tesis*, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- _____, 2013, Strategi Merubah Perilaku Untuk Mencegah Penyakit Gigi dan Mulut, *Prosiding*, Simposium SDM Kesehatan Dies Natalis XII, Poltekkes Denpasar.
- Saefulloh, A., 2007, Monitoring dan Evaluasi PPK IPM Kab.Sukabumi, <http://www.pkipm.sukabumi.net.google>, 26-12-2007.
- Soekartawi, 2009, Monitoring dan Evaluasi Proyek Pendidikan, Pustaka Jaya, Jakarta.
- Sriyono, N. W., 2007, *Pengantar Ilmu Kedokteran Gigi Pencegahan*, Medika Fakultas Kedokteran, Yogyakarta.
- Supriyanto, 2010. <http://www.student.fkip.uns.ac.id/tag/pendidikan.01-02-2011>
- Susilo, M.J., 2006, *Gaya Belajar Menjadikan Makin Pintar*, Pinus, Yogyakarta.
- Suwelo. I.S., 1992, *Karies Gigi Pada Anak Dengan Pelbagai Faktor*, EGC, Jakarta.
- Suwelo, I. S., 1992, *Karies Gigi Pada Anak Dengan Pelbagai Faktor Etiologi*, EGC, Jakarta.
- Tarigan, R., 1991, *Kesehatan Gigi dan Mulut*, EGC, Jakarta.
- Wikipedia, id.wikipedia.org/wiki/Kabupaten_Bangli, 20 Mei 2015

LAMPIRAN

SURAT PERNYATAAN KETUA PENELITI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

N a m a : Ni Ketut Ratmini,S.Si.T, MDSc

NIP : 19650909 198503 2 001

Pangkat/Gol : Pembina/ IVa

Jabatan : Lektor Kepala

Dengan ini menyatakan bahwa penelitian saya dengan judul:

PENGARUH POLA MONITORING MENYIKAT GIGI TERHADAP PENINGKATAN KEBERSIHAN GIGI & MULUT MURID SDN 2 SELAT KECAMATAN SUSUT BANGLI TAHUN 2016, yang diusulkan dalam penelitian hibah bersaing untuk tahun anggaran 2016 bersifat original dan belum pernah dibiayai oleh lembaga sumber dana lain.

Bilamana dikemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia dituntut dan diproses dengan ketentuan yang berlaku dan mengembalikan seluruh biaya penelitian yang sudah diterima ke kas negara.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dengan sebaaar-benarnya.

Denpasar, 24 Oktober 2016

Mengetahui
Kepala Unit Penelitian Poltekkes,

Ketua Peneliti,

I Gusti Putu Sudita Puryana, STP, MP
NIP. 197411101999031002

Ni Ketut Ratmini, S.Si.T, MDSc
NIP.196509091985032001

Mengesahkan
Direktur Poltekkes

Anak Agung Ngurah Kusumajaya, SP, MPH
NIP. 196911121992031003

