

**PERBANDINGAN PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG
CARA MENYIKAT GIGI ANTARA METODE SIMULASI DAN
MENONTON VIDEO TERHADAP KETERAMPILAN MENYIKAT GIGI
PADA MURID TK B DI TK IT AS-SALAM KECAMATAN PALARAN,
KOTA SAMARINDA**

SKRIPSI

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan



DISUSUN OLEH

DWI RUSMA SARI

11.113082.3.0263

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2015

**PERBANDINGAN PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG
CARA MENYIKAT GIGI ANTARA METODE SIMULASI DAN
MENONTON VIDEO TERHADAP KETERAMPILAN MENYIKAT GIGI
PADA MURID TK B DI TK IT AS-SALAM KECAMATAN PALARAN,
KOTA SAMARINDA**

SKRIPSI

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan



DISUSUN OLEH

DWI RUSMA SARI

11.113082.3.0263

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2015

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dwi Rusma Sari

NIM : 11.113082.3.0263

Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

Judul Penelitian : Perbandingan Pengaruh Pendidikan Kesehatan
Tentang Cara Menyikat Gigi Antara Metode Simulasi
Dan Menonton Video Terhadap Keterampilan
Menyikat Gigi Pada Murid TK B Di TK IT As-Salam
Kecamatan Palaran, Kota Samarinda

Menyatakan bahwa penelitian yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa terdapat plagiat dalam penelitian ini, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan perundang-undangan (Permendiknas No. 17, tahun 2010).

Samarinda, 6 Agustus 2015

Materai 6000

Dwi Rusma Sari

NIM: 11.113082.3.0263

LEMBAR PERSETUJUAN

**PERBANDINGAN PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG
CARA MENYIKAT GIGI ANTARA METODE SIMULASI DAN
MENONTON VIDEO TERHADAP KETERAMPILAN MENYIKAT GIGI
PADA MURID TK B DI TK IT AS-SALAM KECAMATAN PALARAN,
KOTA SAMARINDA**

SKRIPSI PENELITIAN

DISUSUN OLEH :

DWI RUSMA SARI

NIM. 11.113082.3.0263

Disetujui untuk diujikan

Pada tanggal, Agustus 2015

Pembimbing I

Pembimbing II

Dr. Iwan M. Ramdan, S.Kp., M.Kes

Ns. Faried Rahman H, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0007097505

NIDN. 1112068002

Mengetahui,

Koordinator Mata Ajar Skripsi

Ns. Faried Rahman H, S.Kep., M.Kes

NIDN. 1112068002

LEMBAR PENGESAHAN

**PERBANDINGAN PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG
CARA MENYIKAT GIGI ANTARA METODE SIMULASI DAN
MENONTON VIDEO TERHADAP KETERAMPILAN
MENYIKAT GIGI PADA MURID TK B DI TK IT AS-SALAM
KECAMATAN PALARAN, KOTA SAMARINDA**

SKRIPSI

DISUSUN OLEH :

**DWI RUSMA SARI
NIM. 11.113082.3.0263**

**Diseminarkan dan Diujikan
Pada tanggal, Agustus 2015**

Penguji I

Penguji II

Penguji III

**Ns. Maridi M. D., M.Kep
NIDN. 1125037202**


**Dr. Iwan M. R., S.Kp., M.Kes
NIDN. 0007097505**

**Ns. Faried R. H., S.Kep., M.Kes
NIDN. 1112068002**

**Mengetahui,
Ketua
Program Studi S1 Keperawatan**

**Ns. Siti Khoiroh Muflikhatin, S. Pd, M. Kep
NIDN. 1115017703**

MOTTO



Karena HASIL tidak
pernah mendustai
PROSES...maka
TELITI dan
LURUSKANLAH...

**PERBANDINGAN PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG CARA
MENYIKAT GIGI ANTARA METODE SIMULASI DAN MENONTON VIDEO TERHADAP
KETERAMPILAN MENYIKAT GIGI PADA MURID TK B DI TK IT AS-SALAM
KECAMATAN PALARAN, KOTA SAMARINDA**

Dwi Rusma Sari¹, Iwan M. Ramdan², Faried Rahman Hidayat³

Intisari

Latar Belakang: Penyuluhan atau Pendidikan Kesehatan Gigi (PKG) adalah suatu proses belajar yang ditujukan kepada individu dan kelompok masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan gigi yang setinggi-tingginya. Menyikat gigi adalah salah satu cara yang efektif untuk membersihkan gigi dari sisa makanan dan kotoran. Pengetahuan penyikatan gigi sangat penting untuk diberikan kepada anak-anak.

Tujuan Penelitian: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbandingan pengaruh pendidikan kesehatan tentang cara menyikat gigi antara metode simulasi dan menonton video terhadap keterampilan menyikat gigi pada murid TK B di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda

Metode Penelitian: Penelitian ini menggunakan desain penelitian *Quasy Experiment Design* (eksperimen semu) dengan menggunakan rancangan *Non Equivallent Control Group*. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *total sampling*, dengan jumlah responden 17 anak pada Kelompok Simulasi dan 17 anak pada Kelompok Video. Teknik pengumpulan data menggunakan lembar observasi. Analisa data menggunakan uji *Paired T Test* dan uji T Independen, dengan CI= 95% dan $\alpha= 5\%$.

Hasil Penelitian: Hasil uji *Paired T Test* menunjukkan metode simulasi dan menonton video meningkatkan skor keterampilan menyikat gigi secara bermakna. Analisis sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan metode simulasi menunjukkan $p\text{-value}= 0.000 < 0.05$. Analisis sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan metode simulasi menunjukkan $p\text{-value}= 0.000 < 0.05$. sedangkan hasil analisa uji T Independen, pada metode simulasi dan menonton video menunjukkan $p\text{-value}= 0.048 < 0.05$.

Kesimpulan: Ada perbedaan yang bermakna rerata skor keterampilan menyikat gigi antara kelompok simulasi dan kelompok video.

Saran: Disarankan untuk mengaplikasikan ke 2 metode ini dalam melakukan pendidikan kesehatan khususnya untuk menyikat gigi.

Kata kunci: *Pendidikan Kesehatan, Keterampilan Menyikat Gigi, TK IT As-Salam*

¹Mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

²FKM Universitas Mulawarman Kalimantan Timur

³Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda

COMPARISON OF THE HEALTH EDUCATION INFLUENCE ABOUT TEETH BRUSHING BETWEEN SIMULATION METHOD AND VIDEO WATCHING METHOD TO TEETH BRUSHING SKILLS ON CLASS B STUDENTS OF AS-SALAM IT KINDERGARTEN PALARAN DISTRICT, SAMARINDA

Dwi Rusma Sari¹, Iwan M Ramdan², Faried Rahman Hidayat³

Abstract

Background: Counseling or Dental Health Education (DHE) is a learning process addressed to individuals and communities to achieve the highest dental health status. Brushing teeth is one of an effective way to clean teeth from leftover foods and plaque. Therefore tooth brushing education is essential given to the children.

Purpose: This research aimed to understand the comparison of health education influence about tooth brushing between simulation method and video watching method to tooth brushing skills on class B students of As-Salam IT kindergarten Palaran district, Samarinda.

Methods: This research used Quasy Experiment Design by using Non Equivalent Control Group draft. The sampling is done by total sampling technique with total respondents 17 kids as in simulation group and 17 kids as in video watching group. The data collecting technique is observation sheets. The data analyzed by Paired T test and Independent T test, with CI = 95% and $\alpha = 5\%$.

Results: The result from Paired T test showed that simulating and video watching can improve teeth brushing skills scores. Analysis before and after the administration of health education with simulation method showed $p\text{-value} = 0.000 < 0.05$. Analysis before and after the administration of health education with video watching method showed $p\text{-value} = 0.000 < 0.05$. while the result from Independent T test with both simulation and video watching method showed $p\text{-value} = 0.048 < 0.05$.

Conclusion: There was significant difference in tooth brushing skills scores between simulation group and video watching group.

Suggestion: It is highly recommended to apply both method in health education especially for tooth brushing.

Keywords: Health Education, Tooth Brushing Skills, As-Salam IT Kindergarten

¹Student of Nursing Bachelor in STIKES Muhammadiyah Samarinda

²FKM Universitas Mulawarman, East Kalimantan

³Lecturer of STIKES Muhammadiyah Samarinda

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya dan tidak lupa pula shalawat kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW yang telah membawa kita ke jalan yang lurus. Sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul "Perbandingan Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Cara Menyikat Gigi Antara Metode Simulasi Dan Menonton Video Terhadap Keterampilan Menyikat Gigi Pada Murid TK B Di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda". Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam program pendidikan sarjana di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda program studi S1 Ilmu Keperawatan. Skripsi ini mengacu pada literatur yang berkaitan dengan judul. Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis ingin mengungkapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Ghozali M. H, M.Kes. selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Samarinda.
2. Ibu Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, S.Kep., M.Kep. selaku Ketua Prodi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda.
3. Bapak Ns. Maridi M. Dirdjo, S.Kep., M.Kep selaku penguji 1 saya.

4. Bapak Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep., M.Kes. selaku koordinator mata ajar skripsi sekaligus pembimbing II dan penguji 3 saya, yang telah memberikan pengarahan, petunjuk dan saran dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Dr. Iwan M. Ramdan, S.Kp., M.Kes selaku pembimbing I yang telah memberikan pengarahan, petunjuk dan saran dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Ibu Binti Isro'i selaku Kepala TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda, yang telah memberikan informasi dan kesempatan kepada saya untuk dapat melakukan penelitian di tempat yang beliau pimpin.
7. Ayahanda Sarijan dan Ibunda Rokhamah tercinta yang selalu memberikan dukungan moriil dan materiil serta do'a yang tiada hentinya, semoga Ananda bisa membanggakan kalian dengan menyelesaikan studi saya saat ini. Serta kepada Kakakku Wahyuni Eka Sari dan Adikkku Wulan Tri Sari Tami yang selalu menjadi pemacu semangat dalam setiap fase kehidupan saya sebagai anggota keluarga, semangat berkompetisi selalu bangkit dengan adanya kehadiran kalian.
8. Sahabat-sahabatku Ipah Susanti, Mutmainah Larasati, Sitti Nurfaaiqah, Rohmania, Rusmiyanti, dan Yolanda Dwi Sukma Anggraini, yang selama ini selalu menjadi *support system* dalam masa

perkuliahan saya. Semoga hubungan yang baik dibangun dari awal perkenalan bisa terus kita bina hingga ada pewarisnya.

9. Seluruh teman-teman seangkatan Program Studi S1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda Tahun 2011.
10. Para dosen yang telah menyempatkan waktunya untuk membagi ilmu kepada saya sebagai mahasiswa di kampus.
11. Mbak Ratih Yeni Purwandari yang sangat membantu dalam pelaksanaan penelitian ini mulai dari awal sampai akhir.
12. Pihak-pihak yang tidak bisa disebutkan satu-persatu.

Akhirnya besar harapan penulis semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang berkepentingan, kritik dan saran yang bersifat membangun agar dapat memperbaiki kekurangan skripsi ini.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Samarinda, Maret 2015

Peneliti

Dwi Rusma Sari

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
MOTTO	v
INTISARI	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
E. Keaslian Penelitian	6
BAB II TINJAUAN TEORI	10
A. Telaah Pustaka	10
B. Penelitian Terkait	40
C. Kerangka Teori Penelitian	44
D. Kerangka Konsep Penelitian	46
E. Hipotesis Penelitian	47
BAB III METODE PENELITIAN	48
A. Rancangan Penelitian	48
B. Populasi dan Sampel	49
C. Waktu dan Tempat Penelitian	50

D. Definisi Operasional	51
E. Instrumen Penelitian	54
F. Uji Validitas dan Reabilitas	55
G. Teknik Pengumpulan Data	56
H. Teknik Analisa Data	56
I. Etika Penelitian	67
J. Jalannya Penelitian	68
K. Jadwal Penelitian	70
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	72
A. Hasil Penelitian	73
B. Pembahasan	81
C. Keterbatasan Penelitian	95
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	97
A. Kesimpulan	97
B. Saran	98
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Perencanaan Waktu Pelaksanaan Penelitian	51
Tabel 3.2	Definisi Operasional	52
Tabel 3.3	Jadwal Penelitian	71
Tabel 4.1	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Responden	73
Tabel 4.2	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	74
Tabel 4.3	Univariat Berdasarkan Skor Keterampilan Pada Kelompok Simulasi	74
Tabel 4.4	Univariat Berdasarkan Skor Keterampilan Pada Kelompok Video	75
Tabel 4.5	Uji Normalitas Data dengan Analisis <i>Saphiro-Wilk</i>	76
Tabel 4.6	Uji Normalitas Data dengan Metode Deskriptif	77
Tabel 4.7	Hasil Statistik Analisis Uji <i>Paired T Test</i> Pada Kelompok Simulasi	78
Tabel 4.8	Hasil Statistik Analisis Uji <i>Paired T Test</i> Pada Kelompok Video	79
Tabel 4.9	Hasil Statistik Uji T Independen Analisis Perbedaan Keterampilan Menyikat Gigi Antara kelompok Simulasi Dan Kelompok Video (<i>Post Test</i>)	79
Tabel 4.10	Efektifitas Antara Metode Simulasi dan Menonton Video	80

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerucut Edgar Dale	32
Gambar 2.2	Kerangka Teori Penelitian	45
Gambar 2.3	Kerangka Konsep Penelitian	46
Gambar 3.1	Rancangan Penelitian	48

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Biodata Peserta Ujian Hasil
Lampiran 2	Surat Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 3	Surat Pernyataan Bersedia Menjadi Responden
Lampiran 4	Instrumen Penelitian
Lampiran 5	Hasil Tabulasi SPSS
Lampiran 6	Hasil Uji Normalitas Deskriptif dan Analitik
Lampiran 7	Hasil Uji <i>Paired T Test</i>
Lampiran 8	Hasil Uji T Independen
Lampiran 9	Standar Prosedur Operasional Praktik Menyikat Gigi
Lampiran 10	Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Penyuluhan atau Pendidikan Kesehatan Gigi (PKG) adalah suatu proses belajar yang ditujukan kepada individu dan kelompok masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan gigi yang setinggi-tingginya. Pemilihan metode yang tepat dalam proses penyampaian materi penyuluhan sangat membantu pencapaian usaha mengubah tingkah laku sasaran. Secara garis besar, hanya ada dua jenis metode dalam penyuluhan kesehatan gigi, yaitu metode satu arah (*One Way Method*) yang menitikberatkan pendidik yang aktif sedangkan pihak sasaran tidak diberi kesempatan untuk aktif dan metode dua arah (*Two Way Method*) yang menjamin adanya komunikasi dua arah antara pendidik dan sasaran (Nurfalah, 2014).

Setiap penyuluhan kesehatan dibutuhkan alat bantu untuk merangsang indera dari para peserta penyuluhan, terutama anak-anak. Anak-anak memiliki kemampuan yang lebih baik dari pada orang dewasa dalam menyerap informasi yang diberikan. Sehingga penggunaan metode dan alat bantu yang tepat, merupakan hal yang sangat penting dalam merubah perilaku anak.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Bagian Kedokteran Gigi Anak Universitas Padjajaran tahun 2004 selama 6 bulan didapatkan bahwa sikat gigi bersama secara berkesinambungan di sekolah akan

berpengaruh terhadap peningkatan higiene oral murid yang akan berdampak terhadap penurunan nilai *Decay, Missing, Filling Tooth* (DMF-T). Pada penelitian tersebut didapatkan penurunan nilai DMF-T hingga mencapai 78,9 % dengan angka DMF-T sebesar 5,74. Hasil serupa juga didapatkan oleh Yayasan Kesehatan Gigi Indonesia yang melaporkan penurunan nilai DMF-T setelah anak-anak diberikan pengetahuan mengenai kesehatan gigi dan mulut dan dilakukan kegiatan gigi bersama (Darwita, 2011 dalam Novita Sari dkk., 2012). Pada penelitian Leal SC dkk. pada tahun 2002 di Brazil mengenai perbandingan efektifitas metode pengajaran cara menyikat gigi pada anak 3-6 tahun, pengajaran dengan menggunakan metode audiovisual ternyata dapat menurunkan indeks plak dengan baik, ini menunjukkan bahwa penyuluhan tersebut merupakan metode pengajaran cara menyikat gigi yang cukup efektif (Nurfalah, 2014).

Dari hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan peneliti pada tanggal 21 November 2014 dengan melakukan wawancara dengan Kepala TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, didapatkan data yaitu terdapat 2 rombongan belajar yang dibagi menjadi TK A dan TK B. Pada TK A terdiri dari 1 kelas yang berisi 16 murid golongan usia 4-5 tahun, sedangkan TK B terdiri dari 4 kelas yang masing-masing berisi 12 murid dengan golongan usia 6 tahun. Pada tahun ini, semua murid telah melalui Tema Gigi yang diberikan dari TK sendiri tepatnya pada minggu ke-2 di bulan Oktober 2014 dengan pemberian materi tentang anatomi dan fisiologi gigi, cara merawat gigi, serta dampak buruk akibat tidak menyikat

gigi. Materi-materi tersebut disampaikan melalui gambar, buku cerita, puzzle dan cerita langsung dari para guru. Peragaan menyikat gigi juga telah dilakukan dalam penyampaian materi, tetapi para guru melakukannya hanya menggunakan sikat gigi saja, tidak menggunakan alat bantu maupun alat peraga lainnya karena keterbatasan alat dan kurang memahami bahwa masih banyak media lain yang bisa dijadikan sebagai media pembelajaran.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang bertujuan mengetahui metode yang lebih berpengaruh dalam proses pengajaran pada murid TK dengan judul: Perbandingan Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Cara Menyikat Gigi Antara Metode Simulasi Dan Menonton Video Terhadap Keterampilan Menyikat Gigi Pada Murid TK B di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis merumuskan penelitian sebagai berikut :

Bagaimanakah perbandingan pengaruh pendidikan kesehatan tentang cara menyikat gigi antara metode simulasi dan menonton video terhadap keterampilan menyikat gigi pada murid TK B di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui perbandingan pengaruh pendidikan kesehatan tentang cara menyikat gigi antara metode simulasi dan menonton video terhadap keterampilan menyikat gigi pada murid TK B di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi data demografi responden.
- b. Mengidentifikasi keterampilan menyikat gigi sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode simulasi.
- c. Mengidentifikasi keterampilan menyikat gigi sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode menonton video.
- d. Menganalisis perbedaan skor sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode simulasi
- e. Menganalisis perbedaan skor sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode menonton video
- f. Menganalisis perbedaan skor sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode simulasi dan menonton video
- g. Menganalisis pendidikan kesehatan yang lebih baik untuk meningkatkan keterampilan menyikat gigi antara metode simulasi dan menonton video.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Diketahuinya perbandingan pengaruh pendidikan kesehatan tentang cara menyikat gigi antara metode simulasi dan menonton video terhadap keterampilan menyikat gigi pada murid TK B di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi TK IT As-Salam

Manfaat penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi untuk pemilihan pendidikan kesehatan dengan metode yang lebih efektif dan efisien tanpa mengesampingkan tujuan dari penerapannya.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memperkaya ilmu pengetahuan khususnya mengenai pelaksanaan pendidikan kesehatan bagi mahasiswa keperawatan, serta menjadi tambahan koleksi perpustakaan STIKES Muhammadiyah Samarinda sehingga bisa terus dijadikan bahan bacaan dan referensi bagi penelitian selanjutnya.

c. Bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti sendiri adalah untuk memberikan tambahan pengetahuan dalam penyusunan penelitian dan menggali potensi diri khususnya dalam mengaplikasikan teori

penelitian yang didapat tentang perbandingan pengaruh metode pendidikan kesehatan menggosok gigi.

d. Bagi Peneliti selanjutnya

Peneliti lain dapat menjadikan hasil dari penelitian ini sebagai bahan perbandingan dan pertimbangan untuk penelitian selanjutnya dengan memperhatikan sumber yang relevan, serta penggunaan variabel yang berbeda.

E. Keaslian Penelitian

1. Penelitian Novita Sari dkk (2012) yang meneliti tentang pengaruh pendidikan kesehatan metode simulasi menggosok gigi teknik modifikasi bass dengan keterampilan dan kebersihan gigi mulut pada anak MI At-Taufik kelas V Lakarsantri Surabaya.

Penelitian ini menggunakan metode pre-experimental design dan pengambilan sampel dari MI At-Taufik kelas V Lakarsantri Surabaya sebanyak 29 anak dengan teknik *probability sampling* yaitu *simple random sampling*. Berbeda dengan penelitian yang telah dilakukan yang menggunakan desain quasi eksperimen dan pengambilan sampel dari TK IT As-Salam Kecamatan Palaran Kota Samarinda sebanyak 34 anak murid TK B dengan teknik *non-probability sampling* yaitu *total sampling*. Variabel independen dan dependen dari penelitian ini jelas berbeda dengan penelitian yang akan dilakukan. Karena variabel independennya adalah pendidikan kesehatan metode simulasi menggosok gigi teknik modifikasi bass

dan variabel dependennya adalah keterampilan dan kebersihan gigi mulut. Sedangkan penelitian yang telah dilakukan variabel independennya adalah pendidikan kesehatan tentang cara menyikat gigi antara metode simulasi dan menonton video, serta variabel dependennya adalah keterampilan menyikat gigi.

Dari penelitian ini didapatkan hasil bahwa metode simulasi berpengaruh terhadap perubahan tindakan menggosok gigi serta berpengaruh terhadap perubahan indeks kebersihan gigi mulut.

2. Penelitian Nurfalah dkk (2014) yang meneliti tentang efektivitas metode peragaan dan metode video terhadap pengetahuan penyikatan gigi pada anak usia 9-12 tahun di SDN Keraton 7 Martapura. Variabel independen penelitian ini memiliki kemiripan yaitu efektivitas metode peragaan dan metode video, sedangkan penelitian yang telah dilakukan yaitu perbandingan pendidikan kesehatan antara metode simulasi dan menonton video. Variabel dependennya jelas memiliki perbedaan karena penelitian ini adalah pengetahuan penyikatan gigi, sedangkan peneliti ingin melihat tentang keterampilan menyikat gigi.

Metode penelitian yang digunakan sama dengan penelitian yang telah dilakukan yaitu quasi experimental. Sampel penelitian ini adalah anak usia 9-12 tahun dari SDN Keraton 7 Martapura sebanyak 60 anak dan pengambilan sampel dilakukan dengan *purposive sampling*, sedangkan penelitian yang telah dilakukan mengambil

sampel dari TK IT As-Salam Kecamatan Palaran Kota Samarinda sebanyak 34 anak murid TK B dengan teknik *total sampling*. Prosedur penelitian memiliki kesamaan dimulai dengan memberikan *pre test*, kemudian melakukan penyuluhan dengan metode simulasi dan metode video pada kelompok yang berbeda, selanjutnya diakhiri dengan *post test*.

Pada penelitian ini disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara kedua kelompok penyuluhan.

3. Penelitian Wibawa (2007) yang meneliti tentang perbedaan efektifitas metode demonstrasi dengan pemutaran video tentang pemberantasan DBD terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap anak SD di Kecamatan Wedarijaksa Kabupaten Pati. Variabel independen penelitian ini memiliki kemiripan yaitu perbedaan efektifitas metode demonstrasi dan pemutaran video, sedangkan penelitian yang telah dilakukan yaitu perbandingan pendidikan kesehatan antara metode simulasi dan menonton video. Variabel dependennya jelas berbeda karena penelitian ini menunjukkan pengetahuan dan sikap tentang pemberantasan DBD, sedangkan peneliti ingin melihat tentang keterampilan menyikat gigi. Metode penelitian yang digunakan sama dengan penelitian yang telah dilakukan yaitu quasi experimental dan rancangan *non equivalent control group design*.

Populasi penelitian ini murid kelas V dari SD Pagerharjo dan SD Tluwuk, 30 anak SD Pagerharjo sebagai kelompok sampel perlakuan I dengan metode demonstrasi dan 30 anak SD Tluwuk sebagai kelompok sampel perlakuan II dengan metode penayangan video, menggunakan teknik sampling *simple random allocation assignment*. Sedangkan penelitian yang telah dilakukan mengambil sampel dari TK IT As-Salam Kecamatan Palaran Kota Samarinda sebanyak 34 anak murid TK B dengan teknik *total sampling*. Prosedur penelitian memiliki kesamaan dimulai dengan memberikan *pre test*, kemudian melakukan penyuluhan dengan metode simulasi dan metode video pada kelompok yang berbeda, selanjutnya diakhiri dengan *post test*.

Hasil dari penelitian ini berarti bahwa, ada perbedaan efektifitas yang bermakna, dimana metode demonstrasi lebih efektif daripada metode pemutaran video.

Dari berbagai penelitian terdahulu, terlihat jelas bahwa tidak ada kesamaan judul dan tempat dengan penelitian yang telah dilakukan, serta pada hasil penelitian terjadi ketidakkonsistenan atau tidak ada kesamaan hasil, sehingga masalah ini masih perlu diteliti.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Keterampilan Menyikat Gigi

a. Pengertian Keterampilan

Keterampilan adalah kemampuan anak dalam melakukan berbagai aktivitas seperti motorik, berbahasa, sosial-emosional, kognitif, dan afektif (nilai-nilai moral). Keterampilan yang diajari dengan baik akan berkembang menjadi kebiasaan (Susiaty, 2008).

b. Pengertian Menyikat Gigi

Menyikat gigi adalah salah satu cara yang efektif untuk membersihkan gigi dari sisa makanan dan kotoran (Novita Sari dkk, 2012). Kegiatan menyikat gigi adalah tindakan preventif yang paling mudah dan murah dilakukan. Walaupun kegiatan pembersihan gigi secara mekanik ini dipandang mudah tetapi selama ini hasil yang maksimal sukar didapat, baik dari aspek kebersihan gigi dan faktor kerusakan lainnya (Praptiningsih, 2010).

Salah satu upaya pencegahan yang bisa dilakukan agar kebersihan gigi mulut tetap terjaga dengan rajin berkumur setiap kali selesai makan, dengan selalu berkumur setelah makan baik dengan obat kumur atau hanya dengan air putih biasa akan mengurangi debris atau sisa makanan yang berselip di antara gigi, jika tidak ada makanan yang terselip atau menempel pada gigi

maka akan mengurangi terbentuknya plak pada gigi sehingga dengan sendirinya dapat mengurangi risiko karies gigi.

c. Cara Menyikat Gigi

Menurut Sariningsih (2012) dan Agustina (2013), ada cara menyikat gigi yang benar yakni :

- 1) Setiap orang harus mempunyai sikat gigi sendiri supaya tidak tertular penyakit.
- 2) Siapkan sikat gigi yang kering dan pasta yang mengandung fluor.
- 3) Basahi sikat gigi dengan air.
- 4) Bubui sikat gigi dengan pasta gigi sebesar kacang polong.
- 5) Kumur-kumur dengan air sebelum menyikat gigi.
- 6) Pertama-tama rahang bawah dimajukan ke depan sehingga gigi-gigi rahang bawah dan gigi gigi rahang atas merupakan bidang datar. Kemudian sikatlah gigi-gigi rahang atas dan gigi-gigi rahang bawah dengan gerakan ke atas dan ke bawah, bukan ke samping.
- 7) Sikatlah semua dataran pengunyah gigi atas dan gigi bawah dengan gerakan maju mundur dan pendek-pendek. Menyikat gigi-gigi sedikitnya 8 kali gerakan untuk setiap permukaan gigi.
- 8) Sikatlah permukaan gigi depan rahang bawah yang menghadap lidah dengan arah sikat keluar dari rongga mulut.

- 9) Sikatlah permukaan gigi depan rahang atas yang menghadap ke langit-langit dengan arah sikat keluar dari rongga mulut.
- 10) Setelah semua permukaan gigi digosok kemudian berkumur-kumur.
- 11) Bersihkan sikat gigi dengan air.
- 12) Sikat gigi sehari 2 kali, pagi hari dan sebelum tidur.

Beberapa tip kesehatan gigi untuk anak menurut Sariningsih (2012) :

- 1) Mulailah anak menyikat gigi sejak anak berusia 1 tahun, sebelum waktu tersebut, agar ibu membersihkan gigi anaknya dengan menggunakan kassa steril.
- 2) Sikatlah gigi dan gusi anak secara teratur 2 kali sehari dengan pasta gigi yang mengandung fluoride untuk mencegah terjadinya plak.
- 3) Kegiatan menyikat gigi menjadi salah satu kenutuhan penting sehari-hari dan merupakan hal yang rutin.
- 4) Berikan contoh kepada anak, cara menyikat gigi dengan baik dan biarkan anak melihat cara orang tuanya menyikat gigi, kemudian anak diajak menyikat gigi bersama yang mendorong anak rajin membersihkan giginya.
- 5) Berikan pengertian pada anak mengenai manfaat menyikat gigi. Buat kegiatan menyikat gigi anak adalah hal yang menyenangkan.

- 6) Jangan menyerah jika anak malas menyikat gigi, orang tua agar memotivasi anak untuk menyikat gigi secara konsisten 2 kali sehari sesudah makan pagi dan sebelum tidur.
- 7) Berikan pujian pada anak setelah anak menyikat gigi dengan benar. Hal ini akan membuat anak senang menyikat gigi.
- 8) Anak agar dapat memilih sikat dan pasta gigi yang disukai dan sesuai dengan jenis sikat untuk anak.
- 9) Agar anak lebih mudah melihat cara menyikat giginya salah atau benar, pasang cermin di atas wastafel.
- 10) Berilah anak makanan yang sehat dan mengandung sumber kalsium yang memadai seperti buah segar, sayuran, daging, dan susu.
- 11) Biasakan anak langsung sikat gigi jika anak baru saja makan makanan manis yang bisa menempel pada gigi seperti coklat dan permen.
- 12) Jadikan jajanan yang biasanya disukai anak seperti coklat dan permen yang dapat merusak gigi anak hanya satu minggu sekali saja.
- 13) Orang tua perlu mengawasi kegiatan menyikat gigi sampai anak usia 7-8 tahun. Bahkan setelah waktu itu pun, orang tua juga masih terus memantau apabila anak enggan menyikat giginya.

14) Membiasakan pemeriksaan gigi anak yang dilakukan oleh orang tua setiap bulan sekali.

15) Membiasakan pemeriksaan gigi anak ke dokter gigi setiap 6 bulan sekali.

Dari beberapa penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa keterampilan menyikat gigi adalah kemampuan melakukan pembersihan gigi dari sisa makanan dan kotoran untuk mencegah terbentuknya plak dan mengurangi resiko karies gigi, menggunakan sikat gigi dan pasta gigi yang mengandung fluor, didahului dengan berkumur-kumur, kemudian menyikat seluruh permukaan gigi, dan diakhiri dengan berkumur kembali.

2. Konsep Pendidikan Kesehatan

a. Definisi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan atau aplikasi konsep pendidikan dan konsep sehat. Konsep sehat adalah konsep seseorang dalam keadaan sempurna baik fisik, mental, dan sosialnya serta bebas dari penyakit, cacat, dan kelemahannya (Herijulianti, 2002). Sedangkan, pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik, dan lebih matang pada diri individu, kelompok, atau masyarakat (Notoatmodjo, 2011).

Adapun konsep pendidikan kesehatan adalah proses belajar mengajar pada individu atau kelompok masyarakat tentang nilai-nilai kesehatan sehingga mereka mampu mengatasi masalah kesehatan. Beberapa pengertian pendidikan kesehatan yang dikutip oleh Tarsilah (1978) antara lain :

Menurut Tiglao, pendidikan kesehatan “bukan sekedar” memberitahukan kepada orang-orang bagaimana caranya untuk mempertinggi kesehatan tetapi mereka seharusnya menciptakan suatu keadaan untuk mendapatkan kesempatan untuk belajar, “dengan dan untuk” mereka sendiri. Akibatnya mereka dapat mengubah cara hidupnya yang kurang baik untuk kesehatan pribadinya dan untuk masyarakat dengan cara hidup sehat.

Nyswander mengatakan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri manusia yang ada hubungannya dengan tercapainya tujuan kesehatan perorangan dan masyarakat. Pendidikan kesehatan bukanlah sesuatu yang dapat diberikan oleh seseorang pada orang lain dan bukan pula suatu rangkaian tata laksana yang akan dilaksanakan ataupun hasil yang akan dicapai, melainkan suatu proses perkembangan yang selalu berubah secara dinamis, yang didalamnya seseorang dapat menerima atau menolak keterangan baru, sikap baru dan perilaku baru yang ada hubungannya dengan tujuan pendidikan.

Division of Health Education Department of Public Health (1990) berpendapat bahwa pendidikan kesehatan adalah alat yang digunakan untuk memberi penerangan yang baik kepada masyarakat supaya dapat bekerja sama dan mencapai apa yang diinginkan.

Menurut Stoll, pendidikan kesehatan adalah hasil usaha yang dilakukan suatu organisasi untuk menolong orang belajar hidup secara sehat.

Dari definisi-definisi tersebut dapat disimpulkan pendidikan kesehatan adalah sebagai berikut :

- 1) Alat bantu untuk mencapai taraf kesehatan setinggi mungkin, sedangkan orang yang dididik hendaknya diikutsertakan secara aktif.
- 2) Untuk mengubah sikap seseorang terhadap kesehatan pribadinya sebagai hasil pengalaman belajar, yang kemudian dilaksanakannya dalam kehidupan sehari-hari. Diakui pula bahwa pendidikan kesehatan itu penting untuk menunjang program kesehatan. Selanjutnya perilaku sehat akan berpengaruh terhadap peningkatan indikator kesehatan masyarakat sebagai keluaran (output) dari pendidikan kesehatan (Herijulianti, 2002).

b. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Secara umum, tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat di bidang kesehatan (WHO, 1945). Akan tetapi, perilaku mencakup hal yang luas sehingga perilaku perlu dikategorikan secara mendasar sehingga rumusan tujuan pendidikan kesehatan dapat dirinci sebagai berikut.

- 1) Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat. Oleh sebab itu, pendidik kesehatan bertanggung jawab mengarahkan cara-cara hidup sehat menjadi kebiasaan hidup masyarakat sehari-hari.
- 2) Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
- 3) Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada. Ada kalanya, pemanfaatan sarana pelayanan yang ada dilakukan secara berlebihan atau justru sebaliknya, kondisi sakit, tetapi tidak menggunakan sarana kesehatan yang ada dengan semestinya (Maulana, 2009).

c. Sasaran

1) Sasaran Primer

Sasaran primer adalah kelompok masyarakat yang akan dirubah perilakunya. Masyarakat umum yang mempunyai latar belakang heterogen seperti disebutkan di atas, merupakan sasaran primer dalam pelaksanaan promosi kesehatan. Akan tetapi dalam praktik promosi kesehatan, sasaran primer ini dikelompokkan menjadi kelompok kepala keluarga, ibu hamil, ibu menyusui, ibu dan anak balita, anak sekolah, remaja, pekerja di tempat kerja, masyarakat di tempat-tempat umum, dan sebagainya.

2) Sasaran Sekunder

Tokoh masyarakat setempat (formal maupun informal) dapat digunakan sebagai jembatan untuk mengefektifkan pelaksanaan promosi kesehatan terhadap masyarakat (sasaran primer). Oleh sebab itu, tokoh masyarakat dapat dijadikan sasaran sekunder dengan cara memberikan kemampuan untuk menyampaikan pesan-pesan bagi masyarakat, di samping mereka sendiri dapat menjadi contoh perilaku sehat bagi masyarakat di sekelilingnya.

3) Sasaran Tersier

Seperti telah disebutkan di atas bahwa masyarakat memerlukan faktor pemungkin (*enabling*) untuk berperilaku

sehat, yakni sarana dan prasarana untuk terwujudnya perilaku tersebut. Untuk itu perlu dukungan dari penentu atau pembuat keputusan di tingkat lokal, utamanya misalnya lurah, camat, bupati, atau pejabat pemerintah setempat. Misalnya di daerah yang sangat kekurangan air bersih, padahal masyarakatnya tidak mampu mengadakan sarana air bersih tersebut. Oleh sebab itu, kegiatan promosi kesehatan dapat menjadikan para pejabat setempat ini sebagai sasaran tersier (Notoatmodjo, 2007).

d. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya, dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Dari dimensi sasarannya, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi tiga, yakni :

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

Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat atau tatanan dengan sendirinya sasarannya berbeda pula, misalnya:

- 1) Pendidikan kesehatan di dalam keluarga (rumah)..
- 2) Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid.
- 3) Pendidikan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan (dilakukan di rumah sakit, dengan sasaran pasien atau keluarga pasien, di Puskesmas, dan sebagainya).
- 4) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.
- 5) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat umum (TTU).

Dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) dari *Leavel and Clark*, sebagai berikut :

- 1) Promosi kesehatan (*health promotion*)

Dalam tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan, hygiene perorangan, dan sebagainya.

- 2) Perlindungan khusus (*specific protection*)

Dalam program imunisasi sebagai bentuk pelayanan perlindungan khusus ini pendidikan kesehatan sangat diperlukan terutama di negara-negara berkembang. Hal ini karena kesadaran masyarakat tentang pentingnya imunisasi sebagai perlindungan terhadap penyakit pada dirinya maupun pada anak-anaknya masih rendah.

3) Diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*)

Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka sulit mendeteksi penyakit-penyakit yang terjadi dalam masyarakat. Bahkan kadang-kadang, masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya. Hal ini akan menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan sangat diperlukan dalam tahap ini.

4) Pembatasan cacat (*disability limitation*)

Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit, maka sering masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Dengan kata lain, mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komplit terhadap penyakitnya. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan cacat atau mengalami ketidakmampuan. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan pada tahap ini.

5) Rehabilitasi (*rehabilitation*)

Setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadang-kadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan cacatnya tersebut

kadang-kadang diperlukan latihan tertentu. Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran orang tersebut, ia tidak atau segan melakukan latihan-latihan yang dianjurkan. Di samping itu, orang yang cacat setelah sembuh dari penyakit, kadang-kadang malu untuk kembali ke masyarakat. Sering terjadi pula masyarakat tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal. Oleh sebab itu, jelas, pendidikan kesehatan diperlukan bukan saja untuk orang yang cacat tersebut, tetapi juga perlu pendidikan kesehatan kepada masyarakat (Notoatmodjo, 2011).

e. Jenis Metode

Pendidikan kesehatan pada hakekatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok, atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut, masyarakat, kelompok, atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Akhirnya pengetahuan tersebut diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilakunya. Dengan kata lain, dengan adanya pendidikan tersebut dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku sasaran.

1) Metode pendidikan individual (perorangan)

Dalam pendidikan kesehatan, metode pendidikan yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau

seseorang yang telah mulai tertarik pada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Misalnya, seorang ibu yang baru saja menjadi akseptor atau seorang ibu hamil yang sedang tertarik terhadap imunisasi TT karena baru saja memperoleh/mendengarkan penyuluhan kesehatan. Pendekatan yang digunakan agar ibu tersebut menjadi akseptor lestari atau ibu hamil tersebut segera minta imunisasi, maka harus didekati secara perorangan. Perorangan di sini tidak hanya berarti kepada ibu-ibu yang bersangkutan, tetapi mungkin juga kepada suami atau keluarga dari ibu tersebut. Dasar digunakannya pendekatan individual ini disebabkan karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat, serta membantunya maka perlu menggunakan metode (cara ini).

Metode atau pendekatan individual ini adalah :

Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

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

Sebelum dilakukan konseling didahului dengan wawancara. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk

menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, ia tertarik atau belum menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu belum mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2) Metode pendidikan kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektifitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

a) Kelompok Besar :

Yang dimaksud kelompok besar di sini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 20 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar itu, antara lain :

(1) Ceramah : Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah :

(a) Persiapan

Ceramah akan berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi dari yang akan

diceramahkan. Untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri dengan :

- Mempelajari materi dengan sistematika yang baik, lebih baik kalau disusun dalam diagram atau skema.
- Menyiapkan alat-alat bantu pengajaran misalnya makalah singkat, slide, transparan, sound system, dan sebagainya.

(b) Pelaksanaan

Kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah tersebut dapat menguasai sasaran ceramah. Untuk dapat menguasai sasaran (dalam arti psikologis), penceramah dapat melakukan hal-hal sebagai berikut :

- Sikap dan penampilan yang meyakinkan, tidak boleh bersikap ragu-ragu, dan gelisah.
- Suara hendaknya cukup keras dan jelas.
- Pandangan harus tertuju ke seluruh peserta ceramah.
- Berdiri di depan (di pertengahan), tidak boleh duduk.

- Menggunakan alat-alat bantu lain/*Audio Visual Aids (AVA)* semaksimal mungkin.

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

b) Kelompok Kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 20 orang biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil ini antara lain :

(1) Diskusi Kelompok

Dalam diskusi kelompok agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi, maka formasi duduk para peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadap-hadapan atau saling memandang satu sama lain, misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pimpinan diskusi/penyuluh juga duduk di antara peserta, sehingga tidak menimbulkan kesan ada yang lebih tinggi. Tepatnya mereka dalam taraf yang sama, sehingga tiap anggota kelompok ada

kebebasan/keterbukaan untuk mengeluarkan pendapat.

(2) Curah Pendapat (*Brain Storming*)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya pada permulaan, pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah, kemudian tiap peserta memberikan jawaban-jawaban atau tanggapan (curah pendapat). Tanggapan atau jawaban-jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya, tidak boleh diberi komentar oleh siapapun. Baru setelah semua anggota mengeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari, dan akhirnya terjadilah diskusi.

(3) Bola Salju (*Snow Balling*)

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

pasangan lainnya dan demikian seterusnya akhirnya menjadi diskusi seluruh kelas.

(4) Kelompok Kecil-kecil (*Buzz Group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil (*buzz group*) kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama/tidak dengan kelompok lain dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dan dicari kesimpulannya.

(5) *Role Play* (Memainkan Peran)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peran, misalnya sebagai dokter Puskesmas, sebagai perawat atau bidan, dan sebagainya, sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka meragakan misalnya bagaimana interaksi/komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

(6) Permainan Simulasi (*Simulation Game*)

Metode ini merupakan gambaran antara *role play* dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli. Cara memainkannya persis

seperti bermain monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (penunjuk arah), selain beberan atau papan main. Beberapa orang menjadi pemain dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber (Notoatmodjo, 2011).

3) Metode pendidikan massa (*public*)

Metode pendidikan (pendekatan) massa untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik, maka cara yang paling tepat adalah pendekatan massa. Oleh karena sasaran pendidikan ini bersifat umum dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut.

Pada umumnya bentuk pendekatan (cara) massa ini tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa. Beberapa contoh metode ini, antara lain :

(a) Ceramah Umum (*public speaking*)

Pada acara tertentu, misalnya pada Hari Kesehatan Nasional, Menteri Kesehatan atau pejabat lainnya berpidato dihadapan massa untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

- (b) Pidato-pidato dan diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio, pada hakikatnya adalah bentuk pendidikan kesehatan massa.
- (c) Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio juga merupakan pendekatan pendidikan kesehatan massa.
- (d) Sinetron 'Dokter Sartika' dalam acara TV tahun 1990-an juga merupakan bentuk pendekatan pendidikan kesehatan massa.
- (e) Tulisan-tulisan di majalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab/konsultasi tentang kesehatan antara penyakit juga merupakan bentuk pendekatan pendidikan kesehatan massa.
- (f) *Billboard*, yang dipasang dipinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya juga bentuk pendidikan kesehatan massa (Notoatmodjo, 2011).

Secara garis besar, metode dibagi menjadi dua, yaitu metode didaktif dan metode sokratik.

Metode didaktif. Metode ini didasarkan atau dilakukan secara satu arah atau *one way method*. Tingkat keberhasilan metode didaktif sulit dievaluasi karena peserta didik bersifat pasif dan hanya pendidik yang aktif (misalnya, ceramah, film, leaflet, buklet,

poster, dan siaran radio, kecuali siaran radio yang bersifat interaktif, dan tulisan di media cetak).

Metode sokratik. Metode ini dilakukan secara dua arah atau *two ways method*. Dengan metode ini, kemungkinan antara pendidik dan peserta didik bersikap aktif dan kreatif, misalnya diskusi kelompok, debat, panel, forum, *buzzgroup*, seminar, bermain peran, sosiodrama, curah pendapat (*brain storming*), demonstrasi, studi kasus, lokakarya, dan penugasan perorangan (Maulana, 2009).

f. Media atau alat peraga

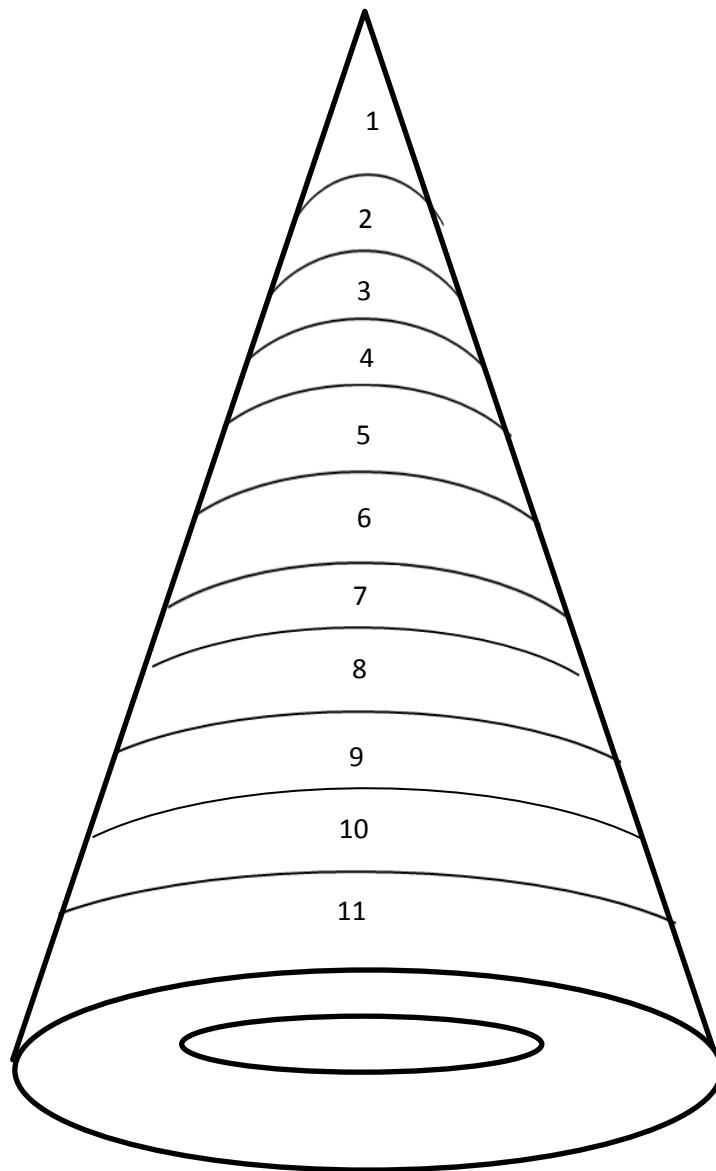
1) Pengertian

Media adalah alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran. Media pendidikan kesehatan disebut juga sebagai alat peraga karena berfungsi membantu dan memeragakan sesuatu dalam proses pendidikan atau pengajaran.

Keberadaan alat peraga dimaksudkan mengerahkan indera sebanyak mungkin pada suatu objek sehingga memudahkan pemahaman (Maulana, 2009).

Seseorang atau masyarakat di dalam proses pendidikan dapat memperoleh pengalaman/pengetahuan melalui berbagai macam alat bantu pendidikan. Tetapi masing-masing alat mempunyai intensitas yang berbeda-beda dalam membantu

persepsi seseorang. Edgar Dale membagi alat peraga tersebut menjadi 11 macam, dan sekaligus menggambarkan tingkat intensitas tiap-tiap alat tersebut dalam suatu kerucut.



Gambar 2.1

Kerucut Edgar Dale

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. Kata-kata | 6. Pameran |
| 2. Tulisan | 7. Field trip |

3. Rekaman, radio
4. Film
5. Televisi
8. Demonstrasi
9. Sandiwara
10. Benda tiruan
11. Benda asli

Dari gambar kerucut dapat dilihat bahwa lapisan yang paling dasar adalah benda asli dan yang paling atas adalah 'kata-kata'. Hal ini berarti bahwa dalam proses pendidikan, benda asli mempunyai intensitas yang paling tinggi untuk mempersepsi bahan pendidikan/pengajaran. Sedangkan penyampaian bahan yang hanya dengan kata-kata saja sangat kurang efektif atau intensitasnya paling rendah. Jelas bahwa menggunakan alat peraga adalah salah satu prinsip proses pendidikan (Notoatmodjo, 2011).

2) Manfaat alat peraga

Secara rinci, manfaat alat peraga adalah sebagai berikut.

- a) Menimbulkan minat sasaran,
- b) Mencapai sasaran yang lebih banyak,
- c) Membantu mengatasi banyak hambatan,
- d) Merangsang sasaran untuk meneruskan pesan pada orang lain,
- e) Memudahkan penyampaian informasi,
- f) Memudahkan penerimaan informasi oleh sasaran,
- g) Menurut penelitian, organ yang paling banyak menyalurkan pengetahuan adalah mata. Lebih kurang 75%-87%

pengetahuan manusia diperoleh atau disalurkan melalui mata, dan 13-25% lainnya tersalurkan melalui indera lain. Oleh sebab itu, dalam aplikasi pembuatan media, disarankan lebih banyak menggunakan alat-alat visual karena akan mempermudah cara penyampaian dan penerimaan informasi oleh masyarakat.

- h) Mendorong keinginan untuk mengetahui, mendalami, dan mendapat pengertian yang lebih baik.
- i) Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh, yaitu menegakkan pengetahuan yang telah diterima sehingga apa yang diterima lebih lama tersimpan dalam ingatan.

g. Macam alat bantu

1) Pembagian alat peraga secara umum

Alat bantu lihat (*visual aids*). Alat ini digunakan untuk membantu menstimulasi indera penglihatan pada saat proses pendidikan. Terdapat dua bentuk alat bantu lihat.

- a) Alat yang diproyeksikan (misalnya *slide*, *overhead projector/OHP*, dan film strip).
- b) Alat yang tidak diproyeksikan (misalnya dua dimensi, seperti gambar, peta, dan bagan. Termasuk alat bantu cetak atau tulis, misalnya leaflet, poster, lembar balik, dan buklet. Termasuk tiga dimensi, seperti bola dunia dan boneka.

Alat bantu dengar (*audio aids*). Alat ini digunakan untuk menstimulasi indera pendengaran (misalnya piringan hitam, radio, tape, CD).

Alat bantu dengar dan lihat (*audio visual aids*) seperti TV, film, dan video.

2) Pembagian alat peraga berdasarkan fungsinya

a) Media cetak

- (1) Buklet. Media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.
- (2) Leaflet. Bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat berupa kalimat, gambar atau kombinasi.
- (3) *Flyer* (selebaran), bentuk seperti leaflet tapi tidak dilipat.
- (4) *Flip chart* (lembar balik), biasanya dalam bentuk buku, setiap lembar (halaman) berisi gambar yang diinformasikan dan lembarbaliknya (belakangnya) berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut.
- (5) Rubrik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.

- (6) Poster. Bentuk media yang berisi pesa-pesan atau informasi kesehatan yang biasanya ditempel di dinding, tempat-tempat umum, atau kendaraan umum. Biasanya isinya bersifat pemberitahuan dan propaganda.
- (7) Foto yang mengungkap informasi kesehatan.

b) Media elektronik

Jenis-jenis media elektronik yang dapat digunakan sebagai media pendidikan kesehatan, antara lain adalah sebagai berikut.

- (1) Televisi. Penyampaian pesan kesehatan melalui media televisi dapat berbentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi, pidato (ceramah), TV spot, dan kuis atau cerdas cermat.
- (2) Radio. Bentuk penyampaian informasi di radio dapat berupa obrolan (tanya jawab), konsultasi kesehatan, sandiwara radio, dan radio spot.
- (3) Video. Penyampaian informasi kesehatan melalui video.
- (4) *Slide*. *Slide* dapat digunakan untuk menyampaikan informasi kesehatan.
- (5) Film strip.

c) Media papan (*billboard*)

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

d) Media hiburan

Penyampaian informasi kesehatan dapat dilakukan melalui media hiburan, baik di luar gedung (panggung terbuka) maupun dalam gedung, biasanya dalam bentuk dongeng, sosiodrama, kesenian tradisional, dan pameran (Maulana, 2009).

Agar metode yang dipilih dapat dilihat secara spesifik, berikut disajikan penjelasan mengenai batasan-batasan kelebihan dan kekurangan dari metode simulasi dan menonton video, untuk dapat membandingkan metode pendidikan kesehatan yang lebih berpengaruh. Menurut Syaefuddin (2002, dalam Veronica, 2009), pada metode simulasi terdapat beberapa kelemahan dan kelebihan. Adapun kelemahannya, yaitu:

- 1) Kurang efektif menyampaikan informasi umum.
- 2) Kurang efektif untuk kelas yang besar, karena umumnya akan lebih efektif bila dilakukan untuk perorangan atau group yang kecil.

- 3) Memerlukan fasilitas khusus yang mungkin sulit untuk disediakan di tempat latihan, karena diperlukan banyak alat bantu.
- 4) Dibutuhkan waktu yang lama, bila semua pembelajar harus melakukannya.
- 5) Media berlatih yang merupakan situasi buatan tidak selalu sama dengan situasi sebelumnya, baik dalam hal kecanggihan alat, lingkungan dan sebagainya.
- 6) Memerlukan waktu dan biaya yang lebih banyak.

Sedangkan kelebihan metode simulasi, yaitu:

- 1) Menguasai keterampilan tanpa membahayakan dirinya atau orang lain dan tanpa menanggung kerugian.
- 2) Melibatkan pembelajar secara aktif; dan memberikan kesempatan kepada pembelajar secara langsung terlibat dalam kegiatan belajar dan melakukan eksperimen tanpa takut-takut terhadap akibat yang mungkin timbul di dalam lingkungan yang sesungguhnya.
- 3) Meningkatkan berfikir secara kritis, karena pembelajar dilibatkan secara aktif dalam proses pembelajaran.
- 4) Belajar mengalami suatu kegiatan tertentu.
- 5) Dapat meningkatkan motivasi pembelajar.
- 6) Bermanfaat untuk tugas-tugas yang memerlukan praktek tetapi lahan praktek tidak memadai.

- 7) Memberi kesempatan berlatih mengambil keputusan yang mungkin tidak dapat dilakukan dalam situasi nyata.
- 8) Dapat membentuk kemampuan menilai situasi dan membuat pertimbangan berdasarkan kemungkinan yang muncul.
- 9) Dapat meningkatkan disiplin dan meningkatkan sikap kehati-hatian.

Metode video yang dianggap lebih mudah penggunaannya juga memiliki batasan kelebihan dan kekurangannya. Menurut Ronald Anderson (1987, dalam Utaminingtyas, 2012) media video memiliki kelebihan, antara lain :

- 1) Dengan menggunakan video (disertai suara atau tidak), kita dapat menunjukkan kembali gerakan tertentu.
- 2) Dengan menggunakan efek tertentu dapat diperkokoh baik proses belajar maupun nilai hiburan dari penyajian itu.
- 3) Dengan video, informasi dapat disajikan secara serentak pada waktu yang sama di lokasi (kelas) yang berbeda dan dengan jumlah penonton atau peserta yang tak terbatas dengan jalan menempatkan monitor di setiap kelas.
- 4) Dengan video siswa dapat belajar secara mandiri.

Sedangkan keterbatasan penggunaan media video, antara lain :

- 1) Biaya produksi video sangat tinggi dan hanya sedikit orang yang mampu mengerjakannya.

- 2) Layar monitor yang kecil akan membatasi jumlah penonton, kecuali jaringan monitor dan sistem proyeksi video diperbanyak
- 3) Ketika akan digunakan, peralatan video harus sudah tersedia di tempat penggunaan.
- 4) Sifat komunikasinya bersifat satu arah dan harus diimbangi dengan pencarian bentuk umpan balik yang lain.

B. Penelitian Terkait

1. Penelitian Novita Sari dkk (2012) yang meneliti tentang pengaruh pendidikan kesehatan metode simulasi menggosok gigi teknik modifikasi bass dengan keterampilan dan kebersihan gigi mulut pada anak MI At-Taufik kelas V Lakarsantri Surabaya.

Penelitian ini menggunakan metode *pre-experimental design* dan pengambilan sampel dari MI At-Taufik kelas V Lakarsantri Surabaya sebanyak 29 anak dengan teknik *probability sampling* yaitu *simple random sampling*.

Variabel independennya adalah pendidikan kesehatan metode simulasi menggosok gigi teknik modifikasi bass dan variabel dependennya adalah keterampilan dan kebersihan gigi mulut.

Responden saat sebelum diberikan intervensi pendidikan kesehatan simulasi diperoleh data ketrampilan 17 anak memiliki ketrampilan cukup. Saat setelah diberikan intervensi 25 anak memiliki ketrampilan baik. Nilai OHIS anak sekolah sebelum dilakukan pendidikan kesehatan metode simulasi menunjukkan 1

anak memiliki nilai kurang dan 23 anak tingkat sedang. Nilai OHIS anak sekolah sebelum dilakukan pendidikan kesehatan metode simulasi menunjukkan 15 anak memiliki tingkat baik.

Berdasarkan hasil pengolahan data didapatkan perbedaan yang signifikan pada responden antara sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan simulasi . Perubahan nilai ketrampilan dan indeks OHIS menunjukkan efektifitas pendidikan kesehatan metode simulasi sangat baik dalam merubah perilaku seseorang. Hal ini ditunjukkan dengan uji statistik menggunakan *wilcoxon signed rank test* adalah $p=0,000$, sehingga $p \leq 0,05$ maka H_0 ditolak artinya pendidikan kesehatan dengan metode simulasi berpengaruh terhadap perubahan tindakan menggosok gigi. Kebersihan gigi mulut menggunakan hasil uji statistik *wilcoxon signed rank test* adalah $p=0,002$, sehingga $p \leq 0,05$ maka H_0 ditolak artinya pendidikan kesehatan dengan metode simulasi berpengaruh terhadap perubahan indeks kebersihan gigi mulut.

2. Penelitian Nurfalah dkk (2014) yang meneliti tentang efektifitas metode peragaan dan metode video terhadap pengetahuan penyikatan gigi pada anak usia 9-12 tahun d SDN Keraton 7 Martapura. Variabel independen penelitian yaitu efektifitas metode peragaan dan metode video, sedangkan variabel dependennya adalah pengetahuan penyikatan gigi.

Metode penelitian yang digunakan yaitu quasi experimental. Sampel penelitian ini adalah anak usia 9-12 tahun dari SDN Keraton 7 Martapura sebanyak 60 anak dan pengambilan sampel dilakukan dengan *purposive sampling*. Prosedur penelitian dimulai dengan memberikan *pre test*, kemudian melakukan penyuluhan dengan metode peragaan dan metode video pada kelompok yang berbeda, selanjutnya diakhiri dengan *post test*.

Uji T berpasangan dilakukan untuk mengetahui apakah ada perbedaan antara pre test dan post test dalam peningkatan pengetahuan pada kedua metode penyuluhan. Hasil uji T berpasangan pada metode peragaan diperoleh nilai $p = 0,001$ ($p < 0,05$) dan metode video diperoleh nilai $p = 0,001$ ($p < 0,05$) yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara hasil *pre test* dan hasil *post test* pada metode peragaan dan metode video. Hasil uji T tidak berpasangan yang didapatkan nilai $p = 0,365$ ($p > 0,05$), dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara kedua kelompok penyuluhan.

3. Penelitian Wibawa (2007) yang meneliti tentang perbedaan efektifitas metode demonstrasi dengan pemutaran video tentang pemberantasan DBD terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap anak SD di Kecamatan Wedarijaksa Kabupaten Pati. Variabel independen penelitian perbedaan efektifitas metode demonstrasi dan pemutaran video, serta variabel dependennya pengetahuan

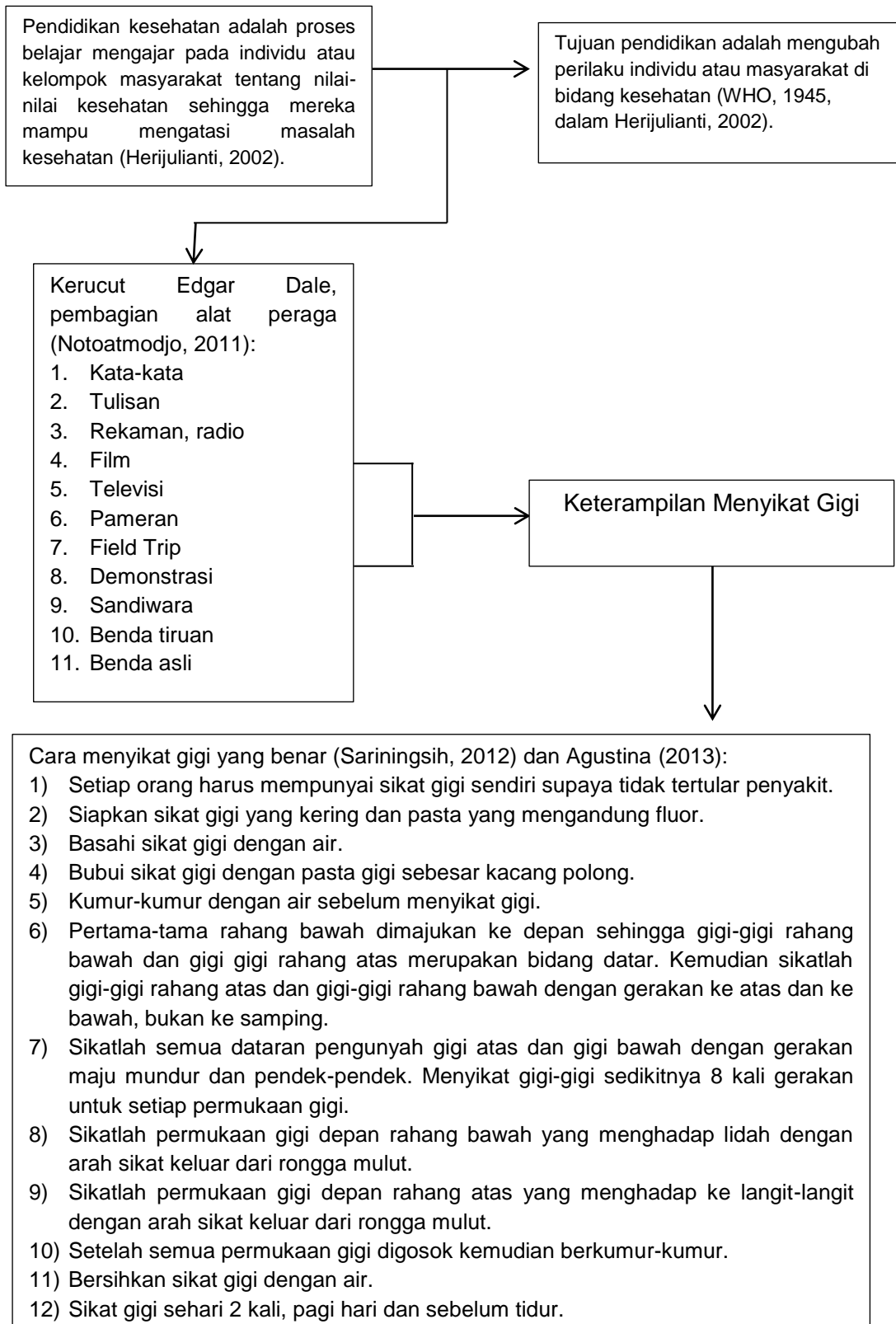
dan sikap tentang pemberantasan DBD. Metode penelitian quasi experimental dan rancangan *non equivalent control group design*.

Populasi penelitian ini murid kelas V dari SD Pagerharjo dan SD Tluwuk, 30 anak SD Pagerharjo sebagai kelompok sampel perlakuan I dengan metode demonstrasi dan 30 anak SD Tluwuk sebagai kelompok sampel perlakuan II dengan metode penayangan video, menggunakan teknik sampling *simple random allocation assignment*. Dari hasil pengolahan data dapat dikatakan bahwa peningkatan pengetahuan dan perbaikan sikap terhadap penyakit DBD yang paling baik, didapatkan responden setelah mendapatkan perlakuan dengan melaksanakan demonstrasi, yang dibuktikan dengan persentase peningkatan yang lebih besar yaitu 58,97% dan 29,68, dibandingkan dengan peningkatan pengetahuan dan perbaikan sikap dengan menggunakan metode pemutaran video yang hanya 24,19% dan 19,71. Selain itu, dengan menggunakan metode demonstrasi penurunan retensi lebih kecil yaitu 4,25% untuk pengetahuan dan 4,42% untuk sikap, dibandingkan dengan menggunakan metode pemutaran video yang mengalami penurunan retensi lebih besar yaitu 7,05% untuk pengetahuan dan 8,63% untuk sikap. Pemberian pengetahuan dan sikap mengenai penyakit DBD yang diberikan dengan metode demonstrasi dapat lebih tahan lama di memori responden, dibandingkan dengan menggunakan metode pemutaran video.

Dengan demikian hasil dari penelitian ini berarti bahwa, ada perbedaan efektifitas yang bermakna, dimana metode demonstrasi lebih efektif daripada metode pemutaran video, terlihat dari hasil pengukuran tingkat pengetahuan dan sikap masing-masing responden beberapa saat setelah diberikan perlakuan, bahkan tingkat pengetahuan dan sikap responden (retensi) setelah rentang waktu 1 (satu) bulan sesudah pemberian perlakuan.

C. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori yang disusun oleh peneliti berdasarkan uraian landasan teori di atas adalah :

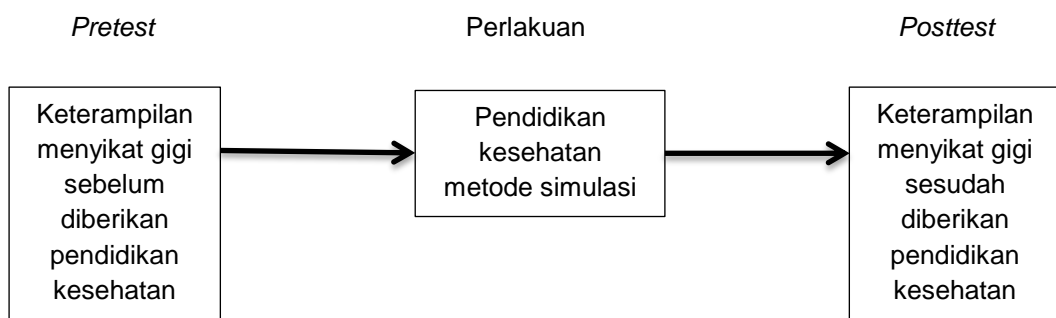


Gambar 2.2
Kerangka Teori Penelitian

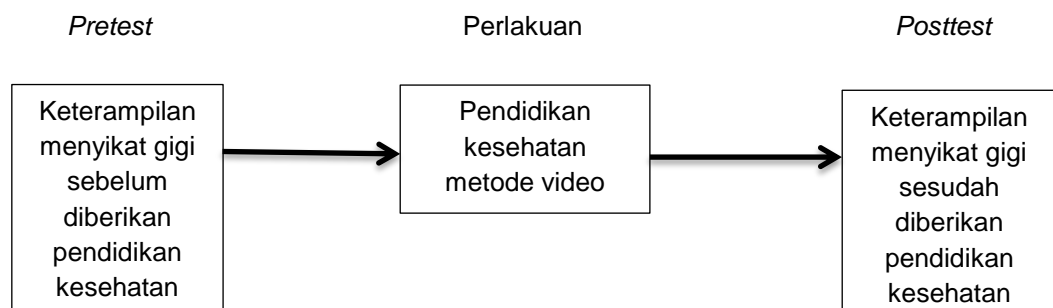
D. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep digunakan sebagai dasar untuk melakukan penelitian dan menjawab permasalahan yang ada. Berdasarkan kerangka teori di atas, maka dapat digambarkan kerangka konsep penelitian sebagai berikut :

Kelompok Simulasi :



Kelompok Video :



Gambar 2.3

Kerangka Konsep Penelitian

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah suatu jawaban sementara dari pertanyaan penelitian (Notoatmodjo, 2010). Dapat disimpulkan hipotesis dari penelitian ini adalah :

Ha(1) : Ada perbedaan rerata keterampilan sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan dengan metode simulasi

Ha(2) : Ada perbedaan rerata keterampilan sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan dengan metode menonton video

Ha(3) : Ada perbedaan rerata skor antara metode simulasi dan menonton video

H0(1) : Tidak ada perbedaan rerata keterampilan sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan dengan metode simulasi

H0(2) : Tidak ada perbedaan rerata keterampilan sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan dengan metode menonton video

H0(3) : Tidak ada perbedaan rerata skor antara metode simulasi dan menonton video.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan penelitian

Menurut Nursalam (2011), rancangan penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal, beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil. Dapat digunakan peneliti sebagai petunjuk dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian untuk mencapai suatu tujuan atau menjawab suatu pertanyaan penelitian dan merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan sebagaimana suatu penelitian bisa diterapkan. Penelitian ini menggunakan design penelitian *Quasy Experiment Design* (eksperimen semu) dengan menggunakan rancangan *Non Equivallent Control Group*. Rancangan ini berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok control di samping kelompok eksperimental (Nursalam, 2011).

Bentuk rancangan ini adalah sebagai berikut :

	<i>Pretest</i>	Perlakuan	<i>Posttest</i>
Kelompok 1	O1	X1 Simulasi	O2
Kelompok 2	O1	X2 Video	O2

Gambar 3.1 : Rancangan Penelitian

Keterangan :

1. O1 : *Pre test* untuk mengetahui keterampilan menyikat gigi sebelum dilakukannya intervensi.

2. X : Perlakuan (pemberian simulasi dan video terhadap kelompok eksperimen).
3. O2 : *Post test* untuk mengetahui keterampilan menyikat gigi setelah dilakukannya intervensi.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Menurut Notoatmodjo (2012), populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang akan diteliti. Populasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah murid TK B di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran yang berjumlah 48 responden.

2. Sampel

Menurut Arikunto (2010), sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti. Sampel adalah terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling. Sedangkan sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2011).

Pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan teknik *total sampling* dimana peneliti mengambil seluruh murid TK B di TK IT As-Salam untuk dijadikan sampel dalam penelitian (Nursalam, 2011). Untuk membantu mengurangi bias hasil penelitian, peneliti menentukan kriteria pemilihan sampel, yaitu kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel. Sedangkan kriteria eksklusi ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012). Kriteria sampel yang diambil oleh peneliti adalah sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

- 1) Murid TK B di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda
- 2) Murid yang orangtuanya menyatakan bersedia anaknya menjadi responden.
- 3) Murid TK B yang hadir selama proses penelitian

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Murid TK B di TK IT As Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda yang sakit, tidak hadir
- 2) Murid TK B IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda yang memiliki kelainan (autisme).

Setelah dilakukan pemilihan sampel melalui kriteria inklusi dan eksklusi, peneliti berhasil mendapatkan total 34 responden yang kemudian dibagi menjadi 2 kelompok dengan jumlah masing-masing 17 anak yang diberikan peragaan simulasi (Kelompok Simulasi) dan 17 anak yang diberikan perlakuan menonton video (Kelompok Video).

C. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan selama 2 hari pada bulan Mei 2015. Pada hari pertama, dilakukan penelitian secara keseluruhan proses dari metode simulasi yang dimulai dari *pre test* praktik menyikat gigi, istirahat, pemberian pendidikan kesehatan, istirahat kembali, kemudian diakhiri dengan *post test* praktik menyikat gigi. Begitupun pada hari kedua sebagai keseluruhan proses dari metode menonton video.

Tabel 3.1 Perencanaan Waktu Pelaksanaan Penelitian

	<i>Pre test</i> *	Istirahat	intervensi	Istirahat	<i>Post test</i> *
Metode simulasi	5 menit	10 menit	20 menit	15 menit	5 menit
Metode menonton video	5 menit	10 menit	20 menit	15 menit	5 menit

Keterangan: * (tiap responden)

Penelitian ini dilaksanakan di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran.

D. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang bahasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2012). Definisi operasional ini bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen (alat ukur). Definisi operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

Tabel 3.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Variabel Independen a. Metode Simulasi	Pendidikan kesehatan tentang cara menyikat gigi yang benar kepada murid TK B di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda dalam ruangan kelas, dengan cara demonstrasi dan verbalisasi secara langsung oleh peneliti, menggunakan alat peraga yaitu phantom gigi, sikat gigi, dan pasta gigi, yang diberikan setelah <i>pre test</i> praktik menyikat gigi	Standar Prosedur Operasional		
	b. Menonton Video	Pendidikan kesehatan tentang cara menyikat gigi yang benar kepada murid TK B di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda dengan demonstrasi menggunakan alat peraga yaitu phantom gigi, sikat gigi, dan pasta gigi dan verbalisasi oleh peneliti melalui video (gambar bergerak), yang diberikan setelah <i>pre test</i> praktik menyikat gigi	Standar Prosedur Operasional		

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil UKur	Skala
2.	Variabel Dependen: Keterampilan Menyikat Gigi murid TK B sebelum (<i>pre test</i>) diberikan pendidikan kesehatan tentang menyikat gigi pada Kelompok Simulasi	Kemampuan murid TK B di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda dalam aspek motorik pada praktik menyikat gigi. Keterampilan diukur dengan lembar observasi praktik menyikat gigi, 15 menit sebelum diberikan pendidikan kesehatan tentang cara menyikat gigi yang benar melalui metode simulasi.	Lembar Observasi	Mean= 7.82 Median= 7.00 SD= 1.510 SE= 0.366 CI 95%= 7.05- 8.60	Rasio
3.	Variabel Dependen: Keterampilan Menyikat Gigi murid TK B setelah (<i>post test</i>) diberikan pendidikan kesehatan tentang menyikat gigi pada Kelompok Simulasi	Kemampuan murid TK B di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda dalam aspek motorik pada praktik menyikat gigi. Keterampilan menyikat gigi diukur dengan lembar observasi praktik menyikat gigi, 15 menit setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang cara menyikat gigi yang benar melalui metode simulasi.	Lembar Observasi	Mean= 9.47 Median= 9.00 SD= 1.125 SE= 0.273 CI 95%= 8.89- 10.05	Rasio
4.	Variabel Dependen: Keterampilan Menyikat Gigi murid TK B setelah (<i>pre test</i>) diberikan pendidikan	Kemampuan murid TK B di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda dalam aspek motorik pada praktik menyikat gigi. Keterampilan	Lembar Observasi	Mean= 8.76 Median= 9.00 SD= 0.903 SE= 0.219 CI 95%= 8.30- 9.23	Rasio

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
	kesehatan tentang menyikat gigi pada Kelompok Video	menyikat gigi diukur dengan lembar observasi praktik menyikat gigi, 15 menit sebelum diberikan pendidikan kesehatan tentang cara menyikat gigi yang benar melalui metode menonton video.	Lembar Observasi		Rasio
5	Variabel Dependen: Keterampilan Menyikat Gigi murid TK B setelah (<i>post test</i>) diberikan pendidikan kesehatan tentang menyikat gigi pada Kelompok Video	Kemampuan murid TK B di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda dalam aspek motorik pada praktik menyikat gigi. Keterampilan menyikat gigi diukur dengan lembar observasi praktik menyikat gigi, 15 menit setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang cara menyikat gigi yang benar melalui metode menonton video.	Lembar Observasi	Mean= 9.71 Median= 10.00 SD= 0.985 SE= 0.239 CI 95%= 9.20- 10.21	Rasio

E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2012). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi yang telah dibuat oleh peneliti. Instrumen dalam penelitian ini terdiri dari 3 bagian, yaitu:

1. Instrumen A

Instrumen ini berisi data demografi responden yang terdiri dari usia dan jenis kelamin responden.

2. Instrumen B

Instrumen ini untuk melihat apakah murid melakukan cara menyikat gigi yang benar sesuai teori, menggunakan skala Guttman. Instrumen ini terdiri dari 11 point observasi, pilihan jawaban terdiri dari YA dan TIDAK, serta diisi oleh peneliti.

F. Uji Validitas dan Reabilitas

1. Mengukur validitas

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrumen (Arikunto, 2010). Uji validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrumen dalam pengumpulan data. Instrumen harus dapat mengukur apa yang seharusnya diukur (Nursalam, 2011).

2. Mengukur Reabilitas

Reabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukuran dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Notoatmodjo, 2012).

Pada penelitian ini tidak dilakukan uji validitas dan reabilitas karena lembar observasi yang dibuat telah disesuaikan dari teori yang diperoleh sebelumnya.

G. Teknik Pengumpulan Data

Menurut sumbernya data penelitian digolongkan sebagai data primer dan data sekunder.

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari subyek penelitian dengan menggunakan alat pengukuran atau alat pengambilan data langsung pada subyek sebagai sumber informasi yang dicari (Azwar, 2009). Data primer ini adalah lembar observasi yang diisi peneliti dan asisten penelitian pada saat *pre test* dan *post test*.

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh melalui pihak lain, tidak langsung diperoleh oleh peneliti dari subyek penelitiannya. Data sekunder biasanya berwujud data dokumentasi atau data laporan yang telah tersedia (Azwar, 2009). Data sekunder penelitian ini didapatkan dari Kepala Sekolah TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda.

H. Teknik Analisa Data

Menurut Nursalam (2011) analisa data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan pokok penelitian, yaitu menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian yang mengungkap fenomena. Dalam proses pengolahan data pada penelitian ini langkah-langkah yang ditempuh, di antaranya:

1. Pengkodean data (*Data Coding*)

Data Coding merupakan salah satu proses penyusunan secara sistematis dan mentah ke dalam bentuk yang mudah dibaca oleh mesin pengolah data seperti computer. Pengkodean dalam penelitian ini adalah murid TK B di TK IT As Salam Kecamatan Palaran

2. Pemindahan data (*Data Entering*)

Data Entering adalah memindahkan data yang telah diubah menjadi kode ke dalam mesin pengolah data dengan menggunakan program computer.

3. Pembersihan data (*Data Cleaning*)

Data Cleaning adalah memastikan seluruh data yang telah dimasukkan ke dalam mesin pengolah data sudah sesuai dengan yang sebenarnya.

4. Penyajian data (*Data Output*)

Data Output adalah hasil pengolahan data. Bentuk pengolahan data tersebut adalah sebagai berikut berupa numerik-numerik (angka) dan grafik atau gambar.

5. Analisa data (*Data Analyzing*)

Data Analyzing merupakan sebuah proses lanjutan pengolahan data untuk melihat bagaimana menginterpretasikan data, kemudian menganalisis data dari hasil yang sudah ada pada tahap hasil pengolahan data. Penelitian ini menggunakan dua tahap

analisis data yaitu Univariat dan Bivariat, serta didahului dengan melakukan uji normalitas data.

a. Uji Normalitas Data

Untuk mengetahui distribusi data mempunyai distribusi normal atau tidak normal dapat menggunakan uji Saphiro-Wilk untuk sampel yang sedikit (kurang atau sama dengan dari 50) (Sopiyudin, 2013).

Rumus uji Saphiro-Wilk :

$$W = \frac{\left[\sum_{i=1}^n a_n - 1 + 1(x_{(n-i+1)} - x_i) \right]}{\sum_{i=1}^n (x_i -)}$$

Sedangkan untuk mengetahui distribusi data mempunyai distribusi normal dapat menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov untuk sampel yang jumlahnya banyak (lebih dari 50) (Sopiyudin, 2013).

Pada penelitian ini akan digunakan rumus uji Saphiro-Wilk, karena sampel yang digunakan kurang dari 50, yaitu berjumlah 34 sampel.

b. Analisis Univariat

Uji statistik univariat adalah suatu analisis yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase tiap variabel penelitian. Bentuk analisis univariat tergantung jenis datanya.

Misalnya nilai proporsi atau persentase pada analisis univariat biasanya hanya cocok untuk menjelaskan jenis data kategorik (Notoatmodjo, 2012).

- 1) Untuk menghitung distribusi frekuensi dari karakteristik responden digunakan rumus:

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

Keterangan :

P = *Persentase* yang dicari

f = frekuensi sampel/responden untuk setiap pertanyaan

n = Jumlah keseluruhan sampel/responden.

- 2) Rata-rata hitung (*Mean*)

Rata-rata hitung atau disingkat dengan (*mean*).

Penggunaan rata-rata hitung untuk sampel bersimbol (\bar{x} dibaca: eks bar atau eks garis) dan populasi μ (dibaca: myu atau mu). Perhitungan mean dibagi dua yaitu: mean tunggal dan mean data kelompok. Data yang dipakai untuk menghitung mean tunggal hanya sedikit jumlahnya, perhitungannya dengan cara menunjukkan semua nilai data dibagi banyak data dijabarkan dengan rumus:

$$\bar{x} = \frac{\sum X_i}{n}$$

Keterangan:

\bar{x} = *Mean*

n = Jumlah data

$\sum X_i$ = Jumlah tiap data

3) Median

Median (Me) ialah nilai tengah dari gugusan data yang telah diurutkan (disusun) dari data terkecil sampai data terbesar atau sebaliknya dari data terbesar sampai data terkecil. Median dibagi menjadi dua perhitungan, yaitu median data tunggal dan median data kelompok. Mencari median data tunggal dengan cara mengurutkan data tersebut dari data terkecil sampai data terbesar atau sebaliknya dari data terbesar sampai data terkecil, kemudian posisi median dicari dengan menggunakan rumus:

$$Me = 1/2(n + 1)$$

Keterangan:

N = Jumlah data

4) Simpangan baku (*Standar Deviasi*)

Standar deviasi ialah suatu nilai yang menunjukkan tingkat (derajat) variasi kelompok data atau ukuran standar penyimpangan dari meannya. Simbol standar deviasi populasi (σ_n atau σ) sedangkan simbol sampel (σ_{n-1} , *Sd* atau *s*).

Rumus Standar Deviasi yaitu:

a) Standar Deviasi (s) Sampel untuk data tunggal:

$$\sigma_{n-1} = \sqrt{\frac{\sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{n}}{n-1}} \quad \text{atau} \quad s = \sqrt{\frac{\sum X^2}{n-1}}$$

b) Standar Deviasi (s) Populasi untuk data tunggal:

$$\sigma_n = \sqrt{\frac{\sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{n}}{n}} \quad \text{atau} \quad \sigma = \sqrt{\frac{\sum X^2}{n}}$$

5) Standar *Error of Estimate* (SY $X_1 X_2$)

Untuk menghitung *Standard Error of Estimate* terlebih dahulu dibuat tabel berisikan harga Y, Yc, Y-Yc dan (Y-Yc)².

Kemudian jumlah harga (Y-Yc) dimasukkan dalam rumus:

$$SY.X_1.X_2 = \sqrt{\frac{\sum(Y.Yc)^2}{n-m}}$$

6) *Confidece interval*

Confidence interval rentang antara dua nilai dimana nilai suatu *sample mean* tepat berada di tengah-tengahnya. Nilai sebuah *confidence interval* dapat dinyatakan dengan kemungkinan (*probability*).

$$z = (X - \text{sample mean})/s$$

c. Analisa Bivariat

Setelah data terkumpul maka hasil data diolah dan dianalisa oleh peneliti. Hasil juga dianalisa dengan menggunakan uji statistik untuk menentukan hipotesa diterima

atau ditolak sehingga kesimpulan dapat dipertanggungjawabkan. Seperti dalam uji tanda, teknik ini digunakan untuk menguji signifikan hipotesis komparatif dua sampel berkorelasi bila datanya berbentuk ordinal/berjenjang (Sugiyono, 2010).

1) Jika data berdistribusi normal maka analisa bivariat yang digunakan adalah *paired t test* dan *t independent* :

a) *Paired t test*

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Analisis ini bertujuan untuk mengetahui perbandingan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode simulasi dan menonton video terhadap keterampilan menggosok gigi pada murid TK B di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran. Analisis bivariat digunakan untuk mencari hubungan dan membuktikan hipotesis dua variabel. Uji statistik yang digunakan adalah : *Paired t test*.

Paired t test digunakan untuk menguji efektifitas suatu perlakuan terhadap suatu besaran variabel yang ingin ditentukan. Metode ini menggambarkan bahwa responden akan diukur tes keterampilannya sebelum pendidikan kesehatan (nilai *pre test*), selanjutnya nilai masing-masing responden dibandingkan antara sebelum pendidikan

kesehatan atau *pre test* dengan setelah dilakukan pendidikan kesehatan (nilai *post test*). Pada penelitian ini, peneliti ingin mengetahui perbedaan antara sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan tentang menyikat gigi. Adapun rumus *paired t test* yang digunakan adalah :

$$t = \frac{-d}{S_d \sqrt{n}}$$

Keterangan :

t = selisih/beda antara nilai *pre* dan *post*

d = rata-rata nilai beda antara *pre* dan *post*

Sd= simpangan baku dari d

N = banyaknya sampel

Uji t dependen : $t = \frac{d}{SD_d / \sqrt{n}}$

Keterangan :

T = data hasil pengukuran

D = rata-rata deviasi / selisih sampel 1 dan sampel 2

SD_d = standar deviasi dari deviasi / selisih sampel 1 dan sampel 2

N = jumlah sampel

b) Uji t independen

Analisa dengan menggunakan uji t independen terlebih dahulu dilakukan uji homogenitas varian, dengan rumus :

$$F = \frac{s_1^2}{s_2^2}$$

$$df_1 = n_1 - 1$$

$$df_2 = n_2 - 1$$

Jika varian sama, rumusnya adalah :

$$T = \frac{X_1 - X_2}{S_p \sqrt{\left(\frac{1}{n_1}\right) + \left(\frac{1}{n_2}\right)}}$$

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

$$Df = n_1 + n_2 - 2$$

Jika varian berbeda, maka rumusnya :

Uji T Independen

$$T = \frac{X_1 - X_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

Keterangan :

T = data hasil pengukuran

X1 X2 = jumlah populasi kelompok 1 dan kelompok 2

S1 S2 = standar deviasi sampel kelompok 1 dan 2

N1 N2 = jumlah sampel kelompok 1 dan 2

- 2) Jika data tidak berdistribusi normal, maka analisa bivariat yang bisa digunakan sebagai alternatifnya adalah uji *Wilcoxon* sebagai pengganti *paired t test* dan uji *Mann Whitney* sebagai pengganti uji t independen.

a) Uji *Wilcoxon*

Uji *Wilcoxon* (uji nonparametrik) merupakan uji alternatif jika *paired t test* (uji parametrik) tidak memenuhi syarat (Sopiyudin, 2013). Teknik ini merupakan penyempurnaan dari uji tanda (*sign test*). Kalau dalam uji tanda, besarnya selisih nilai angka antara positif dan negatif tidak diperhitungkan. Sedangkan dalam uji *Wilcoxon* ini diperhitungkan (Sugiyono, 2010). Untuk menggunakan uji ini, mula-mula kita mengurutkan selisih-selisih menurut peringkat berdasarkan nilai mutlaknya masing-masing. Kemudian kita memberikan tanda-tanda selisih (beda) yang semula kepada peringkat-peringkat yang dihasilkan dan setelah itu melakukan dua penjumlahan, yakni penjumlahan peringkat-peringkat bertanda positif (Riwidikdo, 2013).

Uji *Wilcoxon* juga mengandaikan bahwa sampelnya memenuhi asumsi-asumsi ini, kesimpulan-kesimpulan mengenai median pupolasi tersebut berlaku pula untuk nilai rata-ratanya (rata-rata populasi).

Adapun asumsi dari uji *Wilcoxon* :

- (1) Sampel yang tersedia untuk analisis adalah sampel acak berukuran dari suatu populasi dengan median yang belum diketahui.
- (2) Variabelnya berbentuk kontinyu.
- (3) Populasi yang diambil sampelnya simetrik.
- (4) Skala pengukuran yang digunakan sekurang-kurangnya interval (Riwidikdo, 2013).

Rumus uji *Wilcoxon* :

$$Z = \frac{T - \left[\frac{n(n+1)}{4} \right]}{\sqrt{\frac{n(n+1)(2n+1)}{24}}}$$

b) Uji *Mann Whitney*

Setelah membandingkan antara *pre* dan *post*, kemudian peneliti menggunakan uji *Mann Whitney* (uji beda dua kelompok independen). Tujuan dari uji ini adalah untuk mengetahui apakah ada perbedaan dari suatu parameter dari dua sampel yang independen (tidak terikat antara satu kelompok dengan kelompok yang kedua). Populasi-populasi yang diminati bisa termasuk salah satu dari dua tipe populasi yang ada, yaitu nyata dan hipotetik (Riwidikdo, 2013).

Asumsi-asumsi uji *Mann-Whitney* :

- (1) Data merupakan sampel acak hasil pengamatan X_1, X_2, \dots, X_n dari populasi 1 dan sampel acak hasil pengamatan Y_1, Y_2, \dots, Y_n dari populasi 2.
- (2) Kedua sampel tidak saling berhubungan.
- (3) Variabel yang diminati adalah variabel acak kontinyu.
- (4) Skala pengukuran yang dipakai sekurang-kurangnya ordinal (Riwidikdo, 2013).

Rumus uji *Mann-Whitney* adalah :

$$T = S - \frac{n_1(n_1 + 1)}{2}$$

I. Etika Penelitian

Penelitian ini berpegang teguh pada standar penelitian yang berlaku yaitu responden berhak untuk ikut maupun tidak ikut dalam keinginan penelitian dan tidak dilakukan pemaksaan baik secara langsung maupun tidak langsung, bebas dari penderitaan maupun kerahasiaan, perlu surat persetujuan. Dalam melakukan penelitian, peneliti mendapat rekomendasi dari institusinya dari pihak lain, mengajukan permohonan izin kepada institusi/lembaga setempat penelitian.

Setelah mendapat persetujuan, barulah melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi:

1. *Informed Consent*

Lembar persetujuan penelitian diberikan kepada responden yang diteliti sesuai kriteria inklusi dan disertai judul penelitian dan manfaat penelitian tersebut, responden diharapkan membaca terlebih dahulu. Tujuannya adalah agar responden tahu maksud dan tujuan penelitian serta dampak selama pengumpulan data. Responden yang berpartisipasi, maka menandatangani lembar persetujuan. Jika responden menolak, maka peneliti tidak berhak memaksakan dan tetap menghormati hak-hak responden.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden, tetapi lembar tersebut diberikan kode.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi responden dijamin peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

J. Jalannya Penelitian

1. Menentukan judul penelitian melalui koordinator mata ajar skripsi sebanyak dua judul untuk selanjutnya ditentukan satu judul sebagai judul proposal penelitian dan dikonsulkan ke pembimbing pada bulan September 2014.
2. Mengajukan surat permohonan studi pendahuluan pada Kepala TK IT As-Salam Kecamatan Palaran pada bulan Oktober 2014.

3. Menyusun proposal penelitian yang terdiri dari tiga bab berdasarkan literatur dari berbagai sumber, studi pendahuluan dan penelitian lain yang terkait dengan proposal penelitian pada bulan Oktober 2014 sampai Februari 2015.
4. Setelah penyusunan materi proposal penelitian disetujui untuk disidangkan oleh para pembimbing. Sidang proposal penelitian dilaksanakan pada bulan Maret 2015.
5. Mengajukan permohonan surat izin penelitian kepada pihak kepala sekolah TK IT As Salam pada bulan April 2015.
6. Melakukan penelitian pada bulan Mei 2015.
7. Menentukan responden menjadi dua kelompok, yaitu kelompok simulasi (Kelompok 1) sebanyak 17 anak murid TK B dan kelompok video (Kelompok 2) sebanyak 17 anak murid TK B.
8. Melakukan *pre test* pada kedua kelompok dengan praktik menyikat gigi sekaligus peneliti dan asisten penelitian mengisi lembar observasi. Responden tidak harus bisa melakukan langkah-langkah menyikat gigi yang tepat sesuai pada lembar observasi, namun semua point observasi harus terisi jawaban. Tiap responden diberikan batasan waktu menyikat gigi selama 5 menit.
9. Sebelum pemberian intervensi, responden diberikan waktu istirahat setelah *pre test* praktik menyikat gigi selama 10 menit.
10. Memberikan intervensi berupa pemberian pendidikan kesehatan tentang cara menyikat gigi yang benar melalui metode simulasi

pada Kelompok 1 dan metode menonton video pada Kelompok 2.

Kedua intervensi memiliki durasi waktu sebanyak 20 menit.

11. Setelah pemberian intervensi, responden diberikan waktu 15 menit untuk istirahat sebelum memulai *post test*.
12. Melakukan *post test* pada kedua kelompok setelah intervensi dilakukan dengan praktik menyikat gigi sekaligus peneliti dan asisten penelitian mengisi lembar observasi. Semua point observasi harus terisi jawaban. Pada kegiatan ini, responden diberikan batasan waktu selama 5 menit.
13. Pembuatan laporan penelitian segera dilaksanakan setelah data penelitian terkumpul.
14. Data yang terkumpul lalu dianalisa, setelah hasil analisa secara statistik selesai dan dibuat laporan hasil penelitian dilanjutkan dengan sidang skripsi untuk mempresentasikan hasil penelitian dihadapan penguji skripsi.

K. Jadwal Penelitian

Dalam pembuatan proposal peneliti membuat jadwal penelitian karena dapat memberikan rencana secara jelas dalam proses penelitian. Jadwal penelitian ini meliputi kegiatan persiapan, pelaksanaan, dan penyusunan laporan penelitian yang dapat digunakan dalam tabel (Hidayat, 2010).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini, peneliti akan menguraikan hasil penelitian dan pembahasan tentang perbandingan pengaruh pendidikan kesehatan tentang cara menyikat gigi antara metode simulasi dan menonton video terhadap keterampilan menyikat gigi pada murid TK B di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda.

TK IT As-Salam Kecamatan Palaran beralamat di Jalan Irigasi Kelurahan Rawa Makmur, Kecamatan Palaran. Terdapat 2 rombongan belajar yang dibagi menjadi TK A dan TK B. Pada TK A terdiri dari 1 kelas yang berisi 16 murid golongan usia 4-5 tahun, sedangkan TK B terdiri dari 4 kelas yang masing-masing berisi 12 murid dengan golongan usia 6 tahun.

Penelitian ini dilaksanakan selama 2 hari yaitu pada tanggal 8 Mei 2015 untuk Kelompok Simulasi dan 21 Mei 2015 untuk Kelompok Video dengan total jumlah responden 34 anak yang dibagi menjadi 2 yaitu 17 anak pada kelompok simulasi dan 17 anak pada kelompok video. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan tekstual, yang didasarkan pada analisis univariat dan bivariat.

A. Hasil Penelitian

1. Analisa Univariat

Analisis ini bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik responden mengenai keterampilan murid TK dalam menyikat gigi Berdasarkan kuesioner data demografi responden dan lembar observasi yang telah diisi oleh peneliti, didapatkan hasil sebagai berikut:

a. Usia Responden

Distribusi usia responden pada kelompok simulasi dan kelompok video sebagai berikut:

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Responden

Usia	Kelompok Simulasi		Kelompok Video	
	Frekuensi	%	Frekuensi	%
6 Tahun	14	82.4	12	70.6
7 Tahun	3	17.6	5	29.4
Total	17	100.0	17	100.0

Sumber data: Data Sekunder 2014

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan bahwa usia responden pada kelompok simulasi yang terbanyak adalah usia 6 tahun yaitu sebanyak 14 responden (82.4%), sedangkan yang paling sedikit adalah usia 7 tahun yaitu sebanyak 3 responden (17.6%). Pada kelompok video, usia terbanyak adalah usia 6 tahun yaitu sebanyak 12 responden (70.6%), dan yang paling sedikit adalah usia 7 tahun yaitu sebanyak 5 responden (29.4%).

b. Jenis Kelamin

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Kelompok Simulasi		Kelompok Video	
	Frekuensi	%	Frekuensi	%
Laki-laki	9	52.9	11	64.7
Perempuan	8	47.1	6	35.3
Total	17	100.0	17	100.0

Sumber data: Data Sekunder 2014

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa jenis kelamin pada kelompok simulasi yang terbanyak adalah laki-laki yaitu sebanyak 9 responden (52.9%), dan perempuan sebanyak 8 responden (47.1%). Pada kelompok video, jenis kelamin terbanyak yaitu laki-laki sebanyak 11 responden (64.7%), dan perempuan sebanyak 6 responden (35.5%).

c. Keterampilan Menyikat Gigi Pada Kelompok Simulasi

Tabel 4.3 Univariat Berdasarkan Skor Keterampilan Pada Kelompok Simulasi

Keterampilan Menyikat Gigi	N	Mean	Median	SD	SE	Minimal Maksimal	CI 95%
<i>Pre Test</i>	17	7.82	7.00	1.510	0.366	6 11	7.05- 8.60
<i>Post Test</i>		9.47	9.00	1.125	0.273	8 11	8.89- 10.05

Sumber data: Data Primer 2015

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa keterampilan murid TK B pada kelompok simulasi sebelum (*pre test*) mendapatkan pendidikan kesehatan menyikat gigi sebagian besar murid memiliki skor rata-rata 7.82, dengan skor keterampilan menyikat gigi 7 sebanyak 8 responden. Berdasarkan hasil tersebut, estimasi interval dengan tingkat kepercayaan sebesar 95% diyakini bahwa

keterampilan menyikat gigi pada kelompok simulasi mempunyai skor antara 7.05-8.60. Kemudian pada saat sesudah (*post test*), sebagian besar murid memiliki peningkatan skor rata-rata 9.47, dengan skor keterampilan menyikat gigi 9 sebanyak 8 responden. Berdasarkan hasil tersebut, estimasi interval dengan tingkat kepercayaan sebesar 95% diyakini bahwa keterampilan menyikat gigi pada kelompok simulasi mempunyai skor antara 8.89-10.05.

d. Keterampilan Menyikat Gigi Pada Kelompok Video

Tabel 4.4 Univariat Berdasarkan Skor Keterampilan Pada Kelompok Video

Keterampilan Menyikat Gigi	N	Mean	Median	SD	SE	Minimal Maksimal	CI 95%
<i>Pre Test</i>	17	8.76	9.00	0.903	0.219	7 11	8.30- 9.23
<i>Post Test</i>		9.71	10.00	0.985	0.239	8 11	9.20- 10.21

Sumber data: Data Primer 2015

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa keterampilan murid TK B pada kelompok video sebelum (*pre test*) mendapatkan pendidikan kesehatan menyikat gigi sebagian besar murid memiliki skor rata-rata 8.76, dengan skor keterampilan menyikat gigi 9 sebanyak 9 responden. Berdasarkan hasil tersebut, estimasi interval dengan tingkat kepercayaan sebesar 95% diyakini bahwa keterampilan menyikat gigi pada kelompok video mempunyai skor antara 8.30-9.23. Kemudian pada saat sesudah (*post test*), sebagian besar murid memiliki skor rata-rata 9.71, dengan keterampilan menyikat gigi 10 sebanyak 6 responden. Berdasarkan hasil tersebut, estimasi interval dengan tingkat kepercayaan

sebesar 95% diyakini bahwa keterampilan menyikat gigi pada kelompok video mempunyai skor antara 9.20-10.21.

2. Analisa Bivariat

Pada bagian ini, peneliti terlebih dahulu melakukan uji normalitas data guna menentukan uji statistik yang digunakan. Selanjutnya akan diperlihatkan perbandingan pengaruh pendidikan kesehatan tentang menyikat gigi pada murid TK B dengan bantuan *software* setelah data terkumpul dan diolah, kemudian di analisis oleh peneliti. Berdasarkan uji analitis *Shapiro-Wilk* dan didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.5 Uji Normalitas Data dengan Analisis *Saphiro-Wilk*

Variabel	Nilai p	Kesimpulan Distribusi Data
Skor <i>Pre Test</i> Kelompok Simulasi	0.006	Tidak Normal
Skor <i>Post Test</i> Kelompok Simulasi	0.003	Tidak Normal
Skor <i>Pre Test</i> Kelompok Video	0.017	Tidak Normal
Skor <i>Post Test</i> Kelompok Video	0.043	Tidak Normal

Sumber: Data primer 2015

Dari tabel 4.5, dapat dilihat bahwa masing-masing variabel memiliki nilai $p < 0.05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa semua variabel data berdistribusi tidak normal karena kriteria data berdistribusi normal yaitu $p > 0.05$. Sedangkan untuk menilai distribusi data menggunakan metode deskriptif, didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.6 Uji Normalitas Data dengan Metode Deskriptif

Variabel	Koefisien Variansi	Rasio Skewness	Rasio Kurtosis	Histogram	Box Plot	Normal Q-Q Plot	Detrended Normal Q-Q Plot
Skor <i>Pre Test</i> Kelompok Simulasi	19.3 %	1.96	0.43	ada data yang terlalu tinggi	Whisker tidak simetris, garis median rapat di bawah	Sebagian besar data menyebar di sekitar garis	Data menyebar jauh dari garis
Skor <i>Post Test</i> Kelompok Simulasi	11.87 %	0.59	-1.19	Histogram normal, terbentuk lonceng	Whisker hanya ada di bawah, median rapat pada garis bawah	Data menyebar di sekitar garis	Data menyebar jauh dari garis
Skor <i>Pre Test</i> Kelompok Video	10.3 %	0.95	1.54	Histogram normal, terbentuk lonceng	Ada data outlier/ nilai ekstrim	Sebagian besar data menyebar pada garis	Sebagian besar data menyebar jauh dari garis
Skor <i>Post Test</i> Kelompok Video	10.14 %	0.38	-0.76	Histogram normal, terbentuk lonceng	Garis median rapat pada garis atas	Data menyebar di sekitar garis	Semua data menyebar jauh dari garis

Sumber Data: Data Primer 2015

Berdasarkan tabel 4.6, dapat dilihat bahwa data tersebut ada beberapa dikatakan normal dan tidak normal. Terdapat 7 kategori untuk menilai distribusi data normal atau tidak normal. Variabel Skor *Pre Test* Kelompok Simulasi disimpulkan 4 dari 7 kategori distribusi data dinyatakan bahwa distribusi data normal. Sedangkan variabel Skor *Post Test* Kelompok Simulasi, Skor *Pre Test* Kelompok Video, serta Skor *Post Test* Kelompok Video, disimpulkan 5 dari 7 kategori distribusi data dinyatakan bahwa distribusi data normal. Berdasarkan hasil uji normalitas di atas,

disimpulkan bahwa data berdistribusi normal. Maka keputusan uji statistik yang digunakan oleh peneliti adalah uji parametrik yaitu uji *Paired T Test* untuk sampel yang berpasangan, dan uji *T Independent* untuk sampel yang tidak berpasangan.

Uji *Paired T Test* untuk melihat perbandingan *pre test* dan *post test* pada masing-masing kelompok simulasi dan kelompok video. Sedangkan uji *T Independent* digunakan untuk melihat perbandingan *post test* pada kelompok simulasi dan kelompok video. Uji ini berfungsi sebagai uji hipotesis perbedaan dua variabel yang tidak mempunyai pengaruh yaitu keterampilan menyikat gigi *post test* pada kelompok simulasi dan kelompok video. Hasil outputnya dapat dilihat sebagai berikut:

a. Perbedaan Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan pada Kelompok Simulasi

Tabel 4.7 Hasil Statistik Analisis Uji *Paired T Test* Pada Kelompok Simulasi

	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>P-value</i>	N
Sebelum	7.82	1.510	0.366	0.000	17
Sesudah	9.47	1.125	0.273		

Sumber data: Data Primer 2015

Berdasarkan tabel 4.7 didapatkan rata-rata (*mean*) keterampilan menyikat gigi murid TK IT As-Salam sebelum pendidikan kesehatan menyikat gigi adalah 7.82, sedangkan rata-rata (*mean*) keterampilan menyikat gigi murid TK IT As-Salam sesudah pendidikan kesehatan menyikat gigi adalah 9.47. Sehingga dapat disimpulkan terjadi peningkatan yang bermakna pada keterampilan menyikat gigi dengan selisih nilai mean sebesar -1.65. Nilai *p-value*

0.000 < 0.05, sehingga $H_0(1)$ ditolak yang berarti ada perbedaan rerata keterampilan yang signifikan sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan dengan metode simulasi.

b. Perbedaan Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan pada Kelompok Video

Tabel 4.8 Hasil Statistik Analisis Uji *Paired T Test* Pada Kelompok Video

	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>P-value</i>	<i>N</i>
Sebelum	8.76	0.903	0.219	0.000	17
Sesudah	9.71	0.985	0.239		

Sumber data: Data Primer 2015

Berdasarkan tabel 4.8 didapatkan rata-rata (*mean*) keterampilan menyikat gigi murid TK IT As-Salam sebelum pendidikan kesehatan menyikat gigi adalah 8.76, sedangkan rata-rata (*mean*) keterampilan menyikat gigi murid TK IT As-Salam sesudah pendidikan kesehatan menyikat gigi adalah 9.71. Sehingga dapat disimpulkan terjadi peningkatan yang bermakna pada keterampilan menyikat gigi dengan selisih nilai mean sebesar -0.95. Nilai *p-value* 0.000 < 0.05 sehingga $H_0(2)$ ditolak yang berarti ada perbedaan rerata keterampilan yang signifikan sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan dengan metode video.

c. Perbedaan Keterampilan Menyikat Gigi Antara kelompok Simulasi Dan Kelompok Video

Tabel 4.9 Hasil Statistik Uji *Independent T Test* Analisis Perbedaan Keterampilan Menyikat Gigi Antara kelompok Simulasi Dan Kelompok Video (*Post Test*)

Kelompok	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>P-value</i>	<i>N</i>
Simulasi	9.47	1.125	0.273	0.048	17
Video	9.71	0.985	0.239		

Sumber data: Data Primer 2015

Berdasarkan tabel 4.9 didapatkan hasil analisis yang menunjukkan beda mean yang tidak signifikan antara kelompok simulasi dan kelompok video setelah (*post test*) diberikan pendidikan kesehatan tentang menyikat gigi, yaitu nilai *mean* 9.47 pada kelompok simulasi, dan nilai *mean* 9.71 pada kelompok video. Dari hasil *mean* sesudah (*post test*) pendidikan kesehatan menyikat gigi pada kelompok simulasi dan kelompok video didapatkan selisih nilai -0.24. Nilai *p-value*= 0.048 < 0.05, sehingga dapat disimpulkan bahwa $H_0(3)$ ditolak dan $H_a(3)$ diterima yang berarti ada perbedaan bermakna rerata skor keterampilan menyikat gigi pada kelompok simulasi dan kelompok video.

Setelah menganalisis perbedaan rerata skor keterampilan menyikat gigi, untuk menganalisis efektifitas antara metode simulasi dan menonton video, peneliti menyajikan data sebagai berikut:

Tabel 4.10 Efektifitas Antara Metode Simulasi dan Menonton Video

Kelompok	Hasil <i>Paired T Test</i>		N
	<i>P-value</i>	Selisih <i>mean</i>	
Simulasi	0.000 < 0.05	-1.65	17
Video	0.000 < 0.05	-0.95	17

Sumber Data: Data Primer 2015

Berdasarkan tabel 4.10 menunjukkan *p-value* Kelompok Simulasi = Kelompok Video. Kemudian selisih mean Kelompok Simulasi > Kelompok Video.

Nilai *p-value* Kelompok Simulasi dan Kelompok Video yang sama besarnya, yaitu 0.000 = 0.000. sehingga kesimpulan dapat dilihat dari selisih nilai mean, dimana -1.65 > -0.95. Dapat diambil

kesimpulan bahwa pendidikan kesehatan menyikat gigi dengan metode simulasi lebih baik digunakan dalam mencapai hasil yang optimal untuk meningkatkan keterampilan menyikat gigi pada murid TK B, dibandingkan dengan metode menonton video.

B. Pembahasan

Bab ini membahas dan menjelaskan tentang hasil penelitian serta membandingkan dengan teori penelitian terkait, mendiskusikan hasil penelitian yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, menjelaskan keterbatasan penelitian dan implikasi penelitian untuk keperawatan. Penelitian ini merupakan penelitian tentang perbandingan pengaruh pendidikan kesehatan tentang menyikat gigi antara metode simulasi dan menonton video terhadap keterampilan menyikat gigi pada murid TK B di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah murid TK B yang berjumlah 34 responden.

1. Analisa Univariat

a. Usia Responden

Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia murid TK B terbanyak pada kelompok simulasi yaitu usia 6 tahun sebanyak 14 responden (82.4%), dan kelompok video sebanyak 12 responden (70.6%), dari total keseluruhan 34 responden (100.0%).

Masa kanak-kanak pertengahan 6-12 tahun sering disebut sebagai masa-masa yang rawan, karena pada masa itulah gigi susu mulai tanggal satu persatu dan gigi permanen pertama mulai

tumbuh (usia 6-8 tahun). Dengan adanya variasi gigi susu dan gigi permanen bersama-sama di dalam mulut, menandai masa gigi campuran pada anak. Gigi yang baru tumbuh tersebut belum matang sehingga rentan terhadap kerusakan (Darwita, 2011 dalam Novita Sari, 2012).

Pada penelitian yang telah dilakukan Soeyoso dkk (2009) tentang prevalensi dan risiko karies gigi murid sekolah dasar, ditemukan bahwa pada usia 6-9 tahun terjadi karies gigi dengan prevalensi 100%. Usia mempengaruhi perilaku seseorang sehingga mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya.

Asumsi peneliti, keseluruhan responden masih dalam rentang usia 6-12 tahun pada masa kanak-kanak pertengahan, di mana anak mengalami kejadian yang sama mengenai pertumbuhan gigi serta fase di mana anak harus mempelajari cara menjaga kebersihan diri secara mandiri, khususnya menyikat gigi. Dengan mempersiapkan anak pada usia ini, diharapkan anak mampu mengandalkan dirinya sendiri dan paham tentang kewajiban menjaga kebersihan dan kesehatan gigi, serta matang dalam menerima materi pelajaran ketika telah memasuki sekolah dasar.

b. Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jenis kelamin dengan proporsi terbanyak adalah laki-laki pada kelompok simulasi sebanyak 9 responden (52.9%), dan 11 responden (64.7%) pada kelompok video.

Anak perempuan lebih terampil dalam tugas yang bersifat praktis, khususnya dalam tugas motorik halus dibandingkan dengan anak laki-laki (Patmonodewo, 2008 dalam Novita Sari, 2012). Anak perempuan memang lebih cepat dewasa daripada anak laki-laki. Di usia yang sama, anak perempuan seolah lebih dewasa 2-3 tahun. Anak perempuan cenderung tekun, sedangkan anak laki-laki cenderung kreatif, aktif tidak bisa diam, bermain lebih banyak, tidur lebih malam, dan bangun lebih siang (Wijanarko, 2005).

Anak cepat belajar bahwa penerimaan lingkungan akan bergantung pada kemampuan seseorang melakukan sesuatu seperti sebayanya. Dengan pemahaman ini, anak menjadi ingin cepat menguasai sesuatu yang juga dikuasai sebayanya (Ibung, 2008). Dalam penelitian Novita Sari dkk (2012) tentang pengaruh pendidikan kesehatan metode simulasi menggosok gigi teknik modifikasi bass dengan ketrampilan dan kebersihan gigi mulut, didapatkan hasil bahwa jenis kelamin responden tidak berpengaruh pada hasil akhir peningkatan keterampilan menggosok gigi.

Menurut peneliti, pada penelitian ini proporsi jenis kelamin anak laki-laki lebih banyak dari pada perempuan, namun tidak terlalu jauh perbandingannya. Pandangan orang tua pada masa ini sudah sangat jauh lebih baik tentang pendidikan bagi anak. Sebelum memasuki sekolah dasar, anak terlebih dulu dimasukkan ke taman kanak-kanak dengan maksud memberikan lingkungan yang lebih nyaman untuk permainan yang tertata dan mengenalkan anak tentang sistem belajar-mengajar. Anak diajarkan untuk mampu mencapai suatu keberhasilan belajar maupun dalam bermain. Tidak ada perbedaan yang mencolok antara murid laki-laki dan perempuan, baik pada saat melakukan penyikatan gigi maupun pada hasil peningkatan keterampilan. Anak laki-laki dan perempuan sama-sama memiliki keinginan yang kuat dalam bersaing. Dalam hal ini, secara tidak langsung peneliti memfasilitasi anak untuk mampu menunjukkan kemampuannya dalam memperhatikan penyampaian pendidikan kesehatan dan praktik menyikat gigi.

c. Keterampilan Menyikat Gigi Pada Kelompok Simulasi

Berdasarkan data univariat variabel keterampilan murid TK B pada kelompok simulasi sebelum (*pre test*) mendapatkan pendidikan kesehatan menyikat gigi sebagian besar murid memiliki skor rata-rata 7.82, dengan skor keterampilan menyikat gigi 7 sebanyak 8 responden. Berdasarkan hasil tersebut, estimasi interval dengan tingkat kepercayaan sebesar 95% diyakini bahwa

keterampilan menyikat gigi pada kelompok simulasi mempunyai skor antara 7.05-8.60. Kemudian pada saat sesudah (*post test*), sebagian besar murid memiliki peningkatan skor rata-rata 9.47, dengan skor keterampilan menyikat gigi 9 sebanyak 8 responden. Berdasarkan hasil tersebut, estimasi interval dengan tingkat kepercayaan sebesar 95% diyakini bahwa keterampilan menyikat gigi pada kelompok simulasi mempunyai skor antara 8.89-10.05.

Menurut Notoatmodjo (2007), setelah orang mengetahui stimulus atau objek, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahuinya, proses selanjutnya diharapkan dia akan mampu melakukan atau mempraktikkan apa yang diketahuinya. Dengan adanya simulasi yang tertata dapat mempengaruhi proses belajar dan memperoleh pengetahuan yang dapat mengubah sikap serta perilaku (Budiharjo, 1996 dalam Soeratno, 2004 dalam Novita Sari, 2012).

Dari data di atas, peneliti berpendapat bahwa peningkatan keterampilan pada kelompok simulasi disebabkan oleh pemberian pendidikan kesehatan menyikat gigi dengan metode simulasi. Karena responden memiliki minat yang lebih ketika bisa berbicara dan mendengarkan langsung dengan objek yang nyata, serta sebagai pengalaman yang menyenangkan saat melihat dan menyentuh langsung phantom gigi yang digunakan untuk peragaan menyikat gigi. Sehingga pada saat *post test* praktik menyikat gigi,

responden membuktikan bahwa mereka mampu mengingat dengan baik cara menyikat gigi yang telah disampaikan.

d. Keterampilan Menyikat Gigi Pada Kelompok Video

Berdasarkan data univariat variabel keterampilan murid TK B pada kelompok video sebelum (*pre test*) mendapatkan pendidikan kesehatan menyikat gigi sebagian besar murid memiliki skor rata-rata 8.76, dengan skor keterampilan menyikat gigi 9 sebanyak 9 responden. Berdasarkan hasil tersebut, estimasi interval dengan tingkat kepercayaan sebesar 95% diyakini bahwa keterampilan menyikat gigi pada kelompok video mempunyai skor antara 8.30-9.23. Kemudian pada saat sesudah (*post test*), sebagian besar murid memiliki skor rata-rata 9.71, dengan keterampilan menyikat gigi 10 sebanyak 6 responden. Berdasarkan hasil tersebut, estimasi interval dengan tingkat kepercayaan sebesar 95% diyakini bahwa keterampilan menyikat gigi pada kelompok video mempunyai skor antara 9.20-10.21.

Pemberian pengalaman yang bersumber dari pengetahuan, maka diharapkan praktik atau tindakan yang sudah diadopsi telah terpelihara (Notoadmodjo, 2007).

Menurut peneliti, keterampilan menyikat gigi pada responden kelompok video pada saat *pre test* sudah lebih baik dibandingkan kelompok simulasi. Peningkatan skor keterampilan pada saat *post test* terjadi karena responden telah mendapatkan pendidikan

kesehatan tentang menyikat gigi. Televisi sebagai media penyampaian video masih sangat diminati anak-anak, sehingga mereka terlihat antusias ketika di TK mereka masih bisa dengan nyaman menonton televisi seperti di rumah.

2. Analisa Bivariat

a. *Pre Test* dan *Post Test* pada Kelompok Simulasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata (*mean*) keterampilan pada *pre test* adalah 7.82, sedangkan hasil observasi pada saat *post test* didapatkan nilai rata-rata (*mean*) yaitu 9.47, dengan *p-value*= 0.000 < 0.05 sehingga mengartikan adanya pengaruh bermakna pemberian pendidikan kesehatan tentang menyikat gigi dengan metode simulasi terhadap peningkatan keterampilan menyikat gigi pada murid TK B.

Metode simulasi terjadi interaksi dua arah yaitu antara pendidik dan anak didik, sehingga anak dapat konsentrasi dan perhatian anak tidak teralih karena pendidik dapat menguasai lingkungan didik, dengan dirangsangnya stimulus anak sekolah untuk aktif mengamati, memperhatikan, dan mempraktikkan cara menggosok gigi yang benar secara langsung maka ketrampilan anak meningkat (Novita Sari, 2012).

Menurut Syaefuddin (2002, dalam Veronica, 2009), kelebihan metode simulasi adalah melibatkan pembelajar secara aktif, dan memberikan kesempatan kepada pembelajar secara langsung

terlibat dalam kegiatan belajar dan melakukan eksperimen tanpa takut-takut terhadap akibat yang mungkin timbul di dalam lingkungan yang sesungguhnya.

Pendidikan simulasi ini dapat mengurangi kesalahan-kesalahan bila dibandingkan dengan hanya membaca atau mendengarkan, karena murid mendapatkan gambaran yang jelas dari hasil pengamatan, beberapa persoalan yang menimbulkan pertanyaan atau keraguan dapat diperjelas waktu proses pendidikan kesehatan berlangsung. Sehingga *output* yang dihasilkan sangat baik, dilihat dari peningkatan skor keterampilan dan nilai *mean* yang meningkat. Murid terlibat secara aktif dan frontal pada saat simulasi dilakukan, suasana terasa lebih nyata serta menimbulkan semangat dan minat belajar yang segar ketika peneliti sebagai objek nyata pendidikan kesehatan.

b. *Pre Test* dan *Post Test* pada Kelompok Video

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa nilai rata-rata (*mean*) keterampilan pada *pre test* adalah 8.76, dan pada saat *post test* menjadi 9.71, dengan *p-value*= 0.000 < 0.05 yang berarti ada pengaruh bermakna pemberian pendidikan kesehatan tentang menyikat gigi dengan metode menonton video terhadap peningkatan keterampilan menyikat gigi pada murid TK B.

Metode video dapat menyajikan apa yang tidak dapat dialami langsung oleh siswa dan memungkinkan terjadinya interaksi

langsung antara anak dengan lingkungannya, hal ini karena media audio visual menghadirkan situasi nyata dari informasi yang disampaikan untuk menimbulkan kesan yang mendalam. Selain mempercepat proses belajar dengan bantuan media audio visual mampu meningkatkan taraf kecerdasan dan mengubah sikap pasif dan statis ke arah sikap aktif dan dinamis. Media pengajaran yang dapat memotivasi minat dan tindakan anak adalah media pengajaran yang direalisasikan dengan teknik hiburan seperti metode video, oleh karena itu metode video dapat meningkatkan pengetahuan anak karena mampu meningkatkan motivasi minat dan tindakan anak ketika penyuluhan berlangsung (Nurfalah dkk, 2014).

Rangkaian gambar dan kata-kata yang apabila digabungkan ternyata lebih efektif untuk mempertahankan ingatan daripada hanya menggunakan gambar atau kata-kata saja, menurut Mills dan Mc Mullan tahun 2009 dalam penelitiannya tentang memori jangka pendek yang didapat dari gambar, kata, dan gabungan gambar dan kata (Novita Sari, 2012).

Peneliti berpendapat bahwa responden pada kelompok simulasi mengalami peningkatan skor yang cukup signifikan dilihat dari nilai *mean pre test* dan *post test*. Metode pendidikan kesehatan audio visual yang digunakan peneliti, yaitu video adalah hal yang menarik untuk memfokuskan perhatian. Video penyikatan gigi pada

penelitian ini dibuat dengan menyajikan gabungan gambar dan kata-kata yang dapat dipahami oleh anak. Dengan kata lain, informasi tentang cara penyikatan gigi yang benar yang disampaikan melalui video mampu diingat oleh anak serta dapat meningkatkan kecerdasan anak. Dibuktikan dengan peningkatan skor dan peningkatan nilai *mean*.

c. Perbedaan Keterampilan Menyikat Gigi Antara kelompok Simulasi Dan Kelompok Video

Hasil analisis keterampilan menyikat gigi responden kelompok simulasi dan kelompok video pada *post test* menunjukkan *p-value*= $0.048 < 0.05$, artinya ada perbedaan bermakna rerata skor keterampilan menyikat gigi pada kelompok simulasi dan kelompok video.

Notoatmodjo (1990, dalam Wibawa, 2007) menyatakan bahwa dengan media promosi kesehatan, yaitu semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, elektronika, maupun media luar ruang, dapat meningkatkan pengetahuan yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Nurfalah dkk (2014) tentang efektivitas metode peragaan dan metode video terhadap pengetahuan penyikatan gigi

pada anak usia 9-12 tahun di SDN Keraton 7 Martapura. Di mana pada metode peragaan dan metode video dapat memberikan hasil yang signifikan dalam meningkatkan pengetahuan penyikatan gigi yang dinilai dari hasil rerata *pre test* dan *post test* dan hasil uji T berpasangan. Namun pada hasil uji T tidak berpasangan didapatkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara metode peragaan dan metode video dalam peningkatan pengetahuan penyikatan gigi dengan nilai *p-value* = 0,365 > 0,05.

Dari beberapa fakta di atas, peneliti berkeyakinan bahwa pendidikan kesehatan dengan metode simulasi dan metode menonton video mampu meningkatkan keterampilan menyikat gigi. Serta hasil penelitian ini membuktikan penemuan baru tentang adanya perbedaan rerata skor keterampilan menyikat gigi antara metode simulasi dan menonton video. Namun tidak terlepas dari kemungkinan adanya penelitian lain yang mengemukakan hasil penelitian yang serupa dengan penelitian ini.

Hasil analisis efektifitas pendidikan kesehatan antara metode simulasi dan menonton video membuktikan bahwa metode simulasi adalah metode pendidikan kesehatan yang lebih baik digunakan untuk meningkatkan keterampilan menyikat gigi pada murid TK B di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran. Hal tersebut dapat dilihat antara kelompok simulasi dan kelompok video, dimana selisih nilai *mean* -1,65 > -0,95.

Metode pembelajaran yang lebih sesuai adalah cara belajar anak-anak, yaitu proses belajar yang terjadi hanya satu arah saja (pedagogik). Demonstrasi dan pemutaran video merupakan salah satu upaya pedagogik, karena konsep pendidikan kesehatan adalah juga konsep pendidikan yang diaplikasi pada bidang kesehatan (Dale, 1969 dalam Wibawa, 2007).

Jika kita mengacu pada hasil uji *Paired T Test*, kelompok video memiliki selisih mean yang tidak bermakna antara sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan, yaitu -0.95. Peneliti meyakini hal tersebut berarti bahwa sebenarnya pendidikan kesehatan dengan metode menonton video tidak memberikan pengaruh untuk meningkatkan keterampilan menyikat gigi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan Wibawa (2007) yang meneliti tentang perbedaan efektifitas metode demonstrasi dengan pemutaran video tentang pemberantasan DBD terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap anak SD di Kecamatan Wedarijaksa Kabupaten Pati. Di mana pemberian pengetahuan dan sikap mengenai penyakit DBD yang diberikan dengan metode demonstrasi dapat lebih tahan lama di memori responden, dibandingkan dengan menggunakan metode pemutaran video. Dilihat dari hasil pengukuran tingkat pengetahuan dan sikap masing-masing responden beberapa saat setelah diberikan perlakuan, bahkan tingkat pengetahuan dan sikap

responden (retensi) setelah rentang waktu 1 (satu) bulan sesudah pemberian perlakuan.

Hal tersebut juga didukung oleh teori kerucut Edgar Dale (lihat halaman 32) di mana dalam proses pendidikan, benda asli mempunyai intensitas yang paling tinggi untuk mempersepsi bahan pendidikan/pengajaran. Pada penelitian ini, metode simulasi dimasukkan pada kategori demonstrasi, sedangkan metode menonton video dimasukkan dalam kategori televisi karena peneliti menggunakan televisi sebagai media pemutaran video. Demonstrasi berada pada urutan kedelapan dan televisi pada urutan kelima, yang mengartikan bahwa metode demonstrasi memiliki intensitas yang lebih tinggi dengan penampang lebih lebar karena semakin ke bawah.

Pada bulan Oktober 2014, pihak Puskesmas Palaran telah pendidikan kesehatan tentang gigi termasuk cara menyikat gigi pada TK B di TK IT As-Salam. Pendidikan kesehatan dilakukan dengan berbagai metode dan alat bantu, dan salah satu metode pendidikan kesehatan yang menjadi andalan Puskesmas adalah dengan metode simulasi atau demonstrasi. Hal tersebut bukan dengan tanpa alasan, karena kita mengetahui bahwa Puskesmas adalah tempat tujuan pertama untuk konsultasi masalah kesehatan di masyarakat, serta sumber pemberdayaan kesehatan untuk masyarakat.

Keberadaan hipotesis merupakan ciri dari penelitian kuantitatif. Hipotesis memberi arah penelitian yang dilakukan agar tidak menyimpang dari tujuan penelitian (Subana, 2011 dalam Wasis, 2008). Sumber dalam penetapan hipotesis dapat mengacu pada literature yang berkaitan, pengalaman klinis, dan diskusi ilmiah. Keterpaduan ketiga sumber tersebut tentu saja saling berpihak (tidak saling kontroversi) (Wasis, 2008).

Kesalahan tipe I, penolakan hipotesis nol padahal sebenarnya harus diterima, juga disebut kesalahan alfa. Kesalahan tipe II, penerimaan hipotesis nol padahal sebenarnya harus ditolak, disebut juga kesalahan beta (Dempsey, 1997). Peneliti yakin bahwa hasil uji *Paired T Test* pada kelompok video mengalami kesalahan hipotesis tipe I, atau bisa disebut kesalahan alfa. Di mana pada selisih nilai mean sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan dengan metode menonton video adalah -0.95, yang berarti peningkatannya tidak signifikan. Sehingga bisa disebut tidak ada pengaruh bermakna pemberian pendidikan kesehatan tentang menyikat gigi dengan metode menonton video terhadap peningkatan keterampilan menyikat gigi pada murid TK B.

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini tidak luput dari kelemahan-kelemahan yang disebabkan karena keterbatasan peneliti, di antaranya:

1. Pengambilan Jumlah Responden

Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh murid TK B TKIT As-Salam Kecamatan Palaran yang berjumlah total 48 anak. Setelah dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, jumlah responden menjadi 34 anak yang dibagi menjadi 2 kelompok. Dalam hal ini masing-masing kelompok simulasi dan kelompok video memiliki jumlah 17 responden. Maksud dari peneliti, jumlah responden yang sedikit itulah yang menyebabkan distribusi data menjadi tidak normal, dilihat dari hasil olahan SPSS.

2. Jalannya Penelitian

Peneliti telah merancang jalannya penelitian pada saat penyusunan proposal penelitian, sebagai panduan dalam melakukan penelitian, dimulai dari proses penyusunan proposal hingga pada saat penelitian dilakukan. Keterbatasan yang dialami peneliti adalah pada saat sebelum melakukan penelitian, peneliti telah menjelaskan kepada Kepala TK secara sistematis, tetapi pada saat penelitian dilakukan peneliti masih harus mengulangi penjelasan tersebut pada para guru pendamping di dalam kelas, sehingga banyak waktu yang terbuang dan melebihi target dari waktu penelitian. Hal tersebut terjadi karena Kepala TK kurang mengkomunikasikan informasi yang diberikan oleh

peneliti. Selain itu, pada saat pemutaran video menyikat gigi, sebagian besar murid pada kelompok video tidak mampu memfokuskan perhatian pandangan dan pendengaran pada televisi, karena suasana yang bising, ruangan yang terlalu banyak lubang angin, sehingga suara murid-murid dari kelas yang lain terdengar lebih kuat dibanding suara dari televisi.

3. Variabel Pengganggu

Penelitian ini dilakukan dalam 1 hari pada masing-masing metode pendidikan kesehatan tanpa ada intervensi lain. Sehingga peneliti menyadari bahwa pada penelitian ini tidak bisa sepenuhnya mengendalikan variabel pengganggu dari luar yang dapat mempengaruhi hasil akhir penelitian. Contohnya seperti responden mungkin telah diajarkan oleh orangtuannya di rumah tentang cara menyikat gigi yang benar, menonton acara TV tentang menyikat gigi, ingatan tentang pendidikan kesehatan yang pernah didapatkan sebelumnya, dan lain-lain.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah melakukan analisis data dan pembahasan, maka peneliti menyimpulkan hasil penelitian sebagai berikut:

1. Data demografi responden yang didapatkan yaitu sebagian besar responden yang mengikuti penelitian ini berusia 6 tahun, pada kelompok simulasi sebanyak 14 anak (82.4%), dan kelompok video sebanyak 12 anak (70.6%), jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki, pada kelompok simulasi sebanyak 9 anak (52.9%), dan kelompok video sebanyak 11 anak (64.7%).
2. Rata-rata (*mean*) keterampilan murid TK B sebelum (*pre test*) mendapatkan pendidikan kesehatan menyikat gigi pada kelompok simulasi adalah 7.82, dan setelah (*post test*) mendapatkan pendidikan kesehatan menyikat gigi adalah 9.47.
3. Rata-rata (*mean*) keterampilan murid TK B sebelum (*pre test*) mendapatkan pendidikan kesehatan menyikat gigi pada kelompok video adalah 8.76, dan setelah (*post test*) mendapatkan pendidikan kesehatan menyikat gigi adalah 9.71.
4. Ada perbedaan yang signifikan rerata keterampilan sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan dengan metode simulasi, dengan nilai *p-value* = 0.000 < 0.05.

5. Ada perbedaan yang signifikan rerata keterampilan sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan dengan metode video, dengan nilai $p\text{-value} = 0.000 < 0.05$.
6. Ada perbedaan yang bermakna rerata skor keterampilan menyikat gigi antara kelompok simulasi dan kelompok video, dengan nilai $p\text{-value} = 0.048 < 0.05$.
7. Pendidikan kesehatan dengan metode simulasi lebih baik digunakan dalam meningkatkan keterampilan menyikat gigi dibandingkan dengan metode menonton video, dengan selisih nilai $mean -1.65 > -0.95$.

B. Saran

Adapun saran-saran yang dapat peneliti berikan sebagai berikut:

1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti berharap, penelitian ini dapat dilanjutkan dengan memperbaiki beberapa hal yang belum mampu dicapai. Sebaiknya jumlah responden lebih banyak, kemudian memperhatikan setting penelitian yang digunakan, dan jika memungkinkan untuk mengkomunikasikan alur penelitian tidak hanya berfokus pada pimpinan tertinggi tetapi bersama-sama dengan para staf guru yang akan membantu proses penelitian di lapangan secara langsung. Hal tersebut dilakukan untuk mendapatkan hasil penelitian yang baik dan proses yang mudah serta sesuai target.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Hendaknya para tenaga kesehatan, khususnya tenaga perawat komunitas dan mahasiswa keperawatan, perlu untuk mengaplikasikan metode-metode lain untuk pendidikan kesehatan khususnya menyikat gigi. Penggabungan beberapa metode pendidikan kesehatan justru akan menambah efek dari materi yang disampaikan, karena semakin banyak indera yang digunakan maka penerima pendidikan kesehatan akan mampu menyerap dengan baik serta menambah minat untuk belajar, kemudian hasil yang diharapkan dari pendidikan kesehatan juga akan lebih memuaskan.

3. Bagi TK IT As-Salam

Seiring dengan usia, murid-murid TK sangat antusias untuk melakukan hal yang bersifat praktik, salah satu contohnya adalah menyikat gigi. Terbukti bahwa pendidikan kesehatan dengan metode simulasi dan menonton video dapat meningkatkan keterampilan menyikat gigi. Sehingga kedua metode ini dianjurkan dalam memberikan pendidikan kesehatan. Selain itu juga diharapkan pihak yayasan mampu untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang menyikat gigi dengan cara yang lebih ringan, bisa dengan memasang gambar-gambar tentang himbauan menyikat gigi dan juga memperbaiki sarana yang digunakan murid-murid untuk menyikat gigi. Tujuannya

agar informasi yang diberikan mampu diingat para murid bahkan sampai mereka tiba di rumah, serta menumbuhkan kecintaan terhadap kebersihan bagi anak-anak pada saat di TK maupun di rumah.

DAFTAR PUSTAKA

Agustina, S. (2013). *Pengaruh Metode Simulasi Cara Menggosok Gigi Yang Benar Terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa SD 03 Sendangmulyo Kedungmundu*. Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan: Universitas Muhammadiyah Semarang. <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/146/jtptunimus-gdl-senjaagust-7265-3-babii.pdf>. Diperoleh tanggal 10 Maret 2015.

Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.

Azwar, S. (2009). *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Pustaka Pijar.

Dahlan, S. (2013). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Dempsey, P.A & Arthur D. Dempsey. (1997). *Riset Keperawatan: Buku Ajar Dan Latihan Edisi 4*. Jakarta: EGC.

Herijulianti dkk. (2002). *Pendidikan Kesehatan Gigi*. Jakarta: EGC.

Hidayat, AA. (2010). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.

Ibung, D. (2008). *Stres Pada Anak (Usia 6-12 Tahun)*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

Maulana, H. (2009). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC.

Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo. (2007). *Promosi Kesehatan Teori Komunikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo. (2011). *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.

Novita Sari, dkk. (2012). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Simulasi Menggosok Gigi Teknik Modifikasi Bass Dengan Ketrampilan Dan Kebersihan Gigi Mulut Pada Anak MI At-Taufik Kelas V*. Fakultas Keperawatan: Universitas Airlangga, Indonesia. <http://journal.unair.ac.id/filerPDF/Sekar%20Arum.docx>. Diperoleh tanggal 25 September 2014.

Nurfalah, dkk. (2014). *Efektifitas Metode Peragaan Dan Metode Video Terhadap Pengetahuan Penyikatan Gigi Pada Anak Usia 9-12 Tahun di SDN Keraton 7 Martapura*. Fakultas Kedokteran: Universitas

Lambung Mangkurat, Banjarmasin.
<http://eprints.unlam.ac.id/264/1/jurnal%20full.pdf>. Diperoleh tanggal 25 September 2014.

Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.

Praptiningsih. (2010). *Pengaruh Metode Menggosok Gigi Sebelum Makan Terhadap Kuantitas Bakteri Dan Ph Saliva*. Fakultas Kedokteran Gigi: Universitas Islam Sultan Agung, Indonesia.
<http://jurnal.unissula.ac.id/index.php/majalahilmiahsultanagung/article/view/26/22>. Diperoleh tanggal 4 Maret 2015.

Ramadhan. (2010). *Serba-Serbi Kesehatan Gigi Dan Mulut*. Jakarta Selatan: Bukune.

Riwidikdo, H. (2013). *Statistik Kesehatan*. Jogjakarta: Mitra Cendekia Press.

Sariningsih. (2012). *Merawat Gigi Anak Sejak Usia Dini*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

Soeyoso, dkk. (2009). *Prevalensi dan Faktor Risiko Karies Gigi Murid Sekolah Dasar Kelas III-IV Negeri 161 Kota Palembang Tahun 2009*. Program Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat: STIK Bina Husada Palembang, Sumatera Selatan.
[http://eprints.unsri.ac.id/741/3/prefalensi dan faktor resiko karies gigi murid sekolah dasar kelas III-IV negeri 161 kota plembang tahun 2009.pdf](http://eprints.unsri.ac.id/741/3/prefalensi%20dan%20faktor%20resiko%20karies%20gigi%20murid%20sekolah%20dasar%20kelas%20III-IV%20negeri%20161%20kota%20plembang%20tahun%202009.pdf). Diperoleh tanggal 30 Juli 2015.

Sugiyono. (2010). *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta

Susiati, M. (2008). *Keterampilan Keperawatan Dasar Paket 1*. Jakarta: Gelora Aksara Pratama.

Utamingtyas, S. (2012). *Pengaruh Penggunaan Media Video Terhadap Kemampuan Menyimak Dongeng Pada Mata Pelajaran Bahasa Indonesia Siswa SD Negeri Panjatan, Panjatan, Kulon Progo*. Fakultas Ilmu Pendidikan. Universitas Negeri Yogyakarta, Indonesia.
<http://eprints.uny.ac.id/9809/3/BAB%202%20-08108244022.pdf>. Diperoleh tanggal 12 Maret 2015.

Veronica, J. (2009). *Pengaruh Metode Simulasi Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Guru Tentang Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja Di Sekolah Menengah Umum Dan Sekolah Menengah Kejuruan Swasta Pencawan Medan tahun 2009*. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat: Universitas Sumatera Utara, Indonesia.
<http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/6910/10E00588.pdf>

<f;jsessionid=9C4F4825F8A2F8ADB68CCD3338FF7367?sequence=1>.

Diperoleh tanggal 12 Maret 2015.

Wasis. (2008). *Pedoman Riset Praktis untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC.

Wibawa, C. (2007). *Perbedaan Efektifitas Metode Demonstrasi Dengan Pemutaran Video Tentang Pemberantasan DBD Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap Anak SD Di Kecamatan Wedarijaksa Kabupaten Pati*. Puskesmas Wedarijaksa: Pati <http://ejournal.undip.ac.id/index.php/jpki/article/download/2553/2263>.

Diperoleh tanggal 2 April 2015.

Wijanarko, J. (2005). *Mendidik Anak Untuk Meningkatkan Kecerdasan Emosional Dan Spiritual*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.

BIODATA PENELITI



A. Data Peneliti

Nama : Dwi Rusma Sari
Tempat, tgl lahir : Samarinda, 9 Juli 1993
Alamat : Jalan Argopuro RT 20, Kelurahan Rawa
Makmur, Kecamatan Palaran, Kota
Samarinda

B. Riwayat Pendidikan

Tamat SD : Tahun 2005 di SD Negeri 005 Kecamatan
Palaran
Tamat SMP : Tahun 2008 di SMP Negeri 14 Samarinda
Tamat SMA : Tahun 2011 di SMA Negeri 6 Samarinda

LEMBAR PERMOHONAN RESPONDEN

Kepada Yth
Bapak/ Ibu Responden
Di Tempat

Saya yang bertandatangan di bawah ini adalah mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda, saat ini sedang melakukan penelitian tentang Perbandingan Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Cara Menyikat Gigi Antara Metode Simulasi Dan Menonton Video Terhadap Keterampilan Menyikat Gigi Pada Murid TK B Di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda. Penelitian ini merupakan salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir di Program Studi Sarjana Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.

Nama : Dwi Rusma Sari

Nim : 11.113082.3.0263

Untuk keperluan tersebut saya mohon kesediaan bapak/ ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Penelitian ini tidak akan berdampak buruk pada anak Anda. Jika bersedia, silahkan menandatangani lembar persetujuan ini sebagai bukti kesukarelaan.

Partisipasi bapak/ ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela, sehingga bebas mengundurkan diri setiap saat tanpa sanksi apapun. Identitas pribadi bapak/ibu serta anak dan semua informasi yang bapak/ ibu berikan akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian ini.

Terimakasih atas partisipasi bapak/ ibu dalam penelitian ini.

Samarinda,,2015

Responden

Peneliti

(.....)

(Dwi Rusma Sari)

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Setelah mendapatkan penjelasan, saya bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian dengan judul “Perbandingan Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Cara Menyikat Gigi Antara Metode Simulasi Dan Menonton Video Terhadap Keterampilan Menyikat Gigi Pada Murid TK B Di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda”, yang dilakukan oleh mahasiswi STIKES Muhammadiyah Samarinda.

Nama : Dwi Rusma Sari

Nim : 11.113082.3.0263

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif pada saya dan anak saya.

Berdasarkan semua penjelasan diatas, maka dengan ini saya menyatakan secara sukarela bersedia menjadi responden dan berpartisipasi aktif dalam penelitian ini.

Samarinda,2015

Responden

(.....)

INSTRUMEN PENELITIAN

PERBANDINGAN PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG CARA MENYIKAT GIGI ANTARA METODE SIMULASI DAN MENONTON VIDEO TERHADAP KETERAMPILAN MENYIKAT GIGI PADA MURID TK B DI TK IT AS-SALAM KECAMATAN PALARAN, KOTA SAMARINDA

KODE RESPONDEN : (diisi peneliti)

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

Usia : Tahun

Jenis Kelamin :
Laki-laki Perempuan

**LEMBAR OBSERVASI CARA MENYIKAT GIGI YANG BENAR PADA
MURID TK B DI TK IT AS SALAM KECAMATAN PALARAN, KOTA
SAMARINDA**

Berilah tanda checklist (√) pada kolom YA, jika responden melakukan point dengan benar !

Berilah tanda checklist (√) pada kolom TIDAK, jika responden tidak melakukan point dengan benar !

No.	Cara Menyikat Gigi Yang Benar	YA	TIDAK
1.	Masing-masing murid harus mempunyai sikat gigi sendiri.		
2.	Menyiapkan sikat gigi yang kering dan pasta yang mengandung fluor.		
3.	Membasahi sikat gigi dengan air.		
4	Membubui sikat gigi dengan pasta gigi sebesar kacang polong		
5.	Kumur-kumur dengan air sebelum menyikat gigi.		
6.	Rahang bawah dimajukan ke depan sehingga gigi-gigi rahang bawah dan gigi gigi rahang atas merupakan bidang datar. Kemudian menyikat gigi-gigi rahang atas dan gigi-gigi rahang bawah dengan gerakan ke atas dan ke bawah, bukan ke samping.		
7.	Menyikat semua dataran pengunyah gigi atas dan gigi bawah dengan gerakan maju mundur dan pendek-pendek. Menyikat gigi-gigi sedikitnya 8 kali gerakan untuk setiap permukaan gigi.		
8.	Menyikat permukaan gigi depan rahang bawah yang menghadap lidah dengan arah sikat keluar dari rongga mulut.		
9.	Menyikat permukaan gigi depan rahang atas yang menghadap ke langit-langit dengan arah sikat keluar dari rongga mulut.		
10.	Setelah semua permukaan gigi digosok kemudian berkumur-kumur.		
11.	Membersihkan sikat gigi dengan air.		

Distribusi Frekuensi

1. Usia

Statistics

		Usia Kelompok Simulasi	Usia Kelompok Video
N	Valid	17	17
	Missing	0	0
Mean		6.18	6.29
Std. Error of Mean		.095	.114
Median		6.00	6.00
Std. Deviation		.393	.470
Kurtosis		1.665	-1.166
Std. Error of Kurtosis		1.063	1.063
Range		1	1
Minimum		6	6
Maximum		7	7

Frequency Table

Usia Kelompok Simulasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6	14	82.4	82.4	82.4
	7	3	17.6	17.6	100.0
Total		17	100.0	100.0	

Usia Kelompok Video

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6	12	70.6	70.6	70.6
	7	5	29.4	29.4	100.0
Total		17	100.0	100.0	

2. Jenis Kelamin

Statistics

		Jenis Kelamin Simulasi	Jenis Kelamin Video
N	Valid	17	17
	Missing	0	0
Mean		1.47	1.35
Std. Error of Mean		.125	.119
Median		1.00	1.00
Std. Deviation		.514	.493
Kurtosis		-2.267	-1.766
Std. Error of Kurtosis		1.063	1.063
Range		1	1
Minimum		1	1
Maximum		2	2

Frequency Table

Jenis Kelamin Simulasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	9	52.9	52.9	52.9
	Perempuan	8	47.1	47.1	100.0
Total		17	100.0	100.0	

Jenis Kelamin Video

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	11	64.7	64.7	64.7
	Perempuan	6	35.3	35.3	100.0
Total		17	100.0	100.0	

3. Skor Pre test dan Post test Kelompok Simulasi

		Skor Pre test Kelompok Simulasi	Skor Post test Kelompok Simulasi
N	Valid	17	17
	Missing	0	0
	Mean	7.82	9.47
	Std. Error of Mean	.366	.273
	Median	7.00	9.00
	Std. Deviation	1.510	1.125
	Kurtosis	.465	-1.274
	Std. Error of Kurtosis	1.063	1.063
	Range	5	3
	Minimum	6	8
	Maximum	11	11

Frequency Table

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6	2	11.8	11.8	11.8
	7	8	47.1	47.1	58.8
	8	2	11.8	11.8	70.6
	9	3	17.6	17.6	88.2
	11	2	11.8	11.8	100.0
	Total	17	100.0	100.0	

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8	3	17.6	17.6	17.6
	9	8	47.1	47.1	64.7
	10	1	5.9	5.9	70.6
	11	5	29.4	29.4	100.0
	Total	17	100.0	100.0	

4. Skor Pre test dan Post test Kelompok Video

Statistics			
		Skor Pre test Kelompok Video	Skor Post test Kelompok Video
N	Valid	17	17
	Missing	0	0
	Mean	8.76	9.71
	Std. Error of Mean	.219	.239
	Median	9.00	10.00
	Std. Deviation	.903	.985
	Kurtosis	1.638	-.811
	Std. Error of Kurtosis	1.063	1.063
	Range	4	3
	Minimum	7	8
	Maximum	11	11

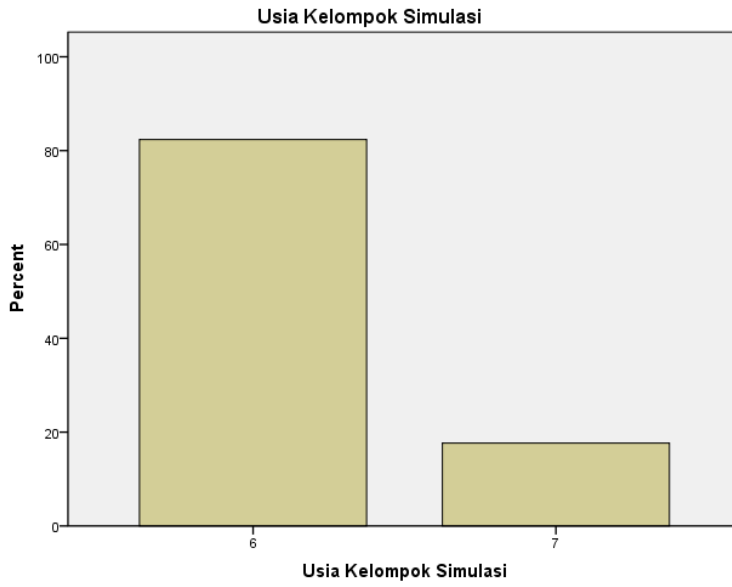
Frequency Table

Skor Pre test Kelompok Video					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7	1	5.9	5.9	5.9
	8	5	29.4	29.4	35.3
	9	9	52.9	52.9	88.2
	10	1	5.9	5.9	94.1
	11	1	5.9	5.9	100.0
	Total	17	100.0	100.0	

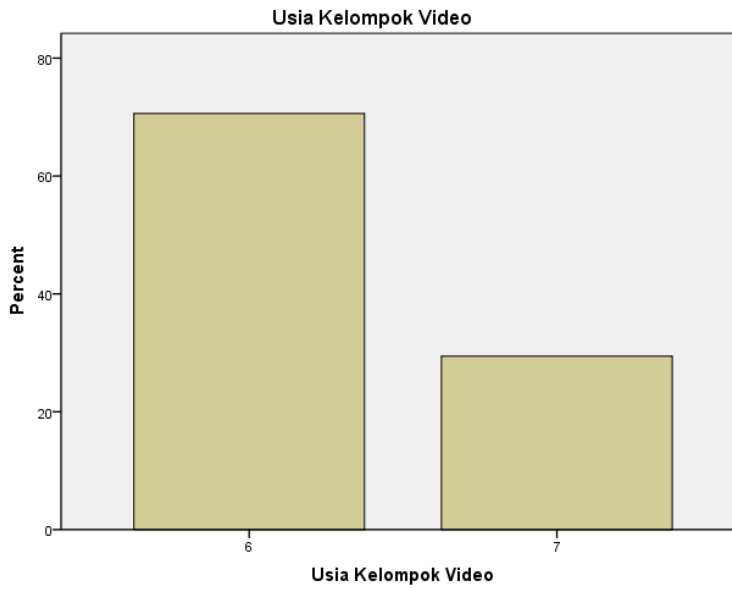
Skor Post test Kelompok Video					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8	2	11.8	11.8	11.8
	9	5	29.4	29.4	41.2
	10	6	35.3	35.3	76.5
	11	4	23.5	23.5	100.0
	Total	17	100.0	100.0	

Bar Chart

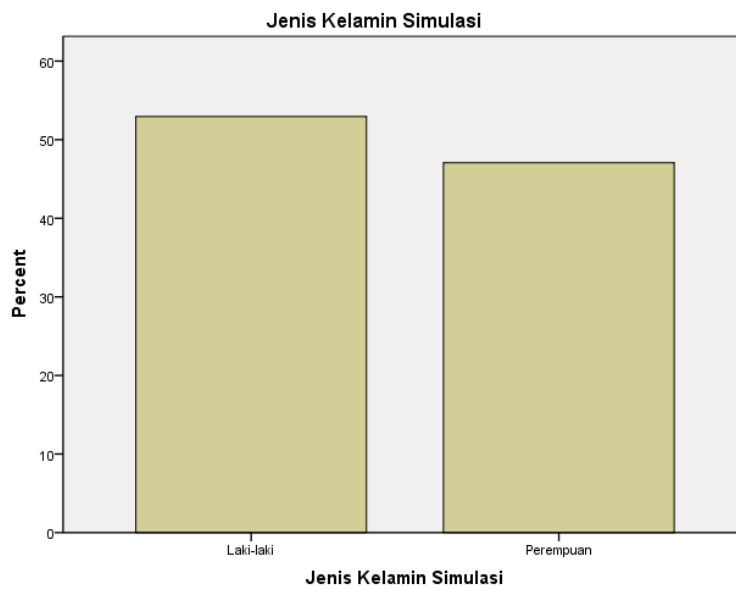
1. Usia Kelompok Simulasi



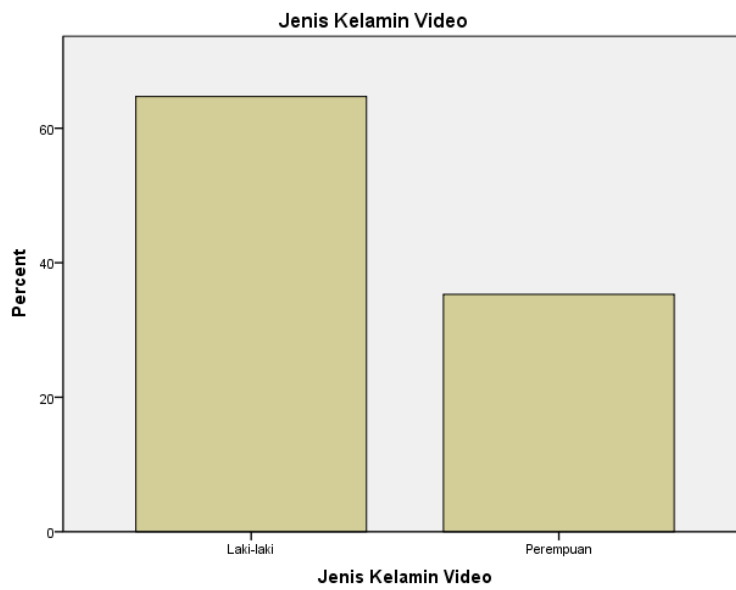
2. Usia Kelompok Video



3. Jenis Kelamin Kelompok Simulasi



2. Jenis Kelamin Kelompok Video



Uji Normalitas Data

1. Skor Pre test Kelompok Simulasi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Skor Pre test Kelompok Simulasi	17	100.0%	0	.0%	17	100.0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Skor Pre test	Mean		7.82	.366
Kelompok Simulasi	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7.05	
		Upper Bound	8.60	
	5% Trimmed Mean		7.75	
	Median		7.00	
	Variance		2.279	
	Std. Deviation		1.510	
	Minimum		6	
	Maximum		11	
	Range		5	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		1.079	.550
	Kurtosis		.465	1.063

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Skor Pre test Kelompok Simulasi	.296	17	.000	.834	17	.006

a. Lilliefors Significance Correction

2. Skor Post test Kelompok Simulasi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Skor Post test Kelompok Simulasi	17	100.0%	0	.0%	17	100.0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Skor Post test Kelompok Simulasi	Mean		9.47	.273
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	8.89 10.05	
	5% Trimmed Mean		9.47	
	Median		9.00	
	Variance		1.265	
	Std. Deviation		1.125	
	Minimum		8	
	Maximum		11	
	Range		3	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		.382	.550
	Kurtosis		-1.274	1.063

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Skor Pre test Kelompok Video	.280	17	.001	.864	17	.017

a. Lilliefors Significance Correction

3. Skor Pre test Kelompok Video

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Skor Pre test Kelompok Video	17	100.0%	0	.0%	17	100.0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Skor Pre test	Mean		8.76	.219
Kelompok Video	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	8.30	
		Upper Bound	9.23	
	5% Trimmed Mean		8.74	
	Median		9.00	
	Variance		.816	
	Std. Deviation		.903	
	Minimum		7	
	Maximum		11	
	Range		4	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		.523	.550
	Kurtosis		1.638	1.063

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Skor Pre test Kelompok Video	.280	17	.001	.864	17	.017

a. Lilliefors Significance Correction

4. Skor Post test Kelompok Video

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Skor Post test Kelompok Video	17	100.0%	0	.0%	17	100.0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Skor Post test Kelompok Video	Mean		9.71	.239
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	9.20 10.21	
	5% Trimmed Mean		9.73	
	Median		10.00	
	Variance		.971	
	Std. Deviation		.985	
	Minimum		8	
	Maximum		11	
	Range		3	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-.212	.550
	Kurtosis		-.811	1.063

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Skor Post test Kelompok Video	.206	17	.054	.888	17	.043

a. Lilliefors Significance Correction

Uji Normalitas Data

1. Skor Pre test Kelompok Simulasi

a. Koefisien varian

$$\frac{SD}{Mean} \times 100\% = \frac{1.510}{7.82} \times 100\% = 19.3\%$$

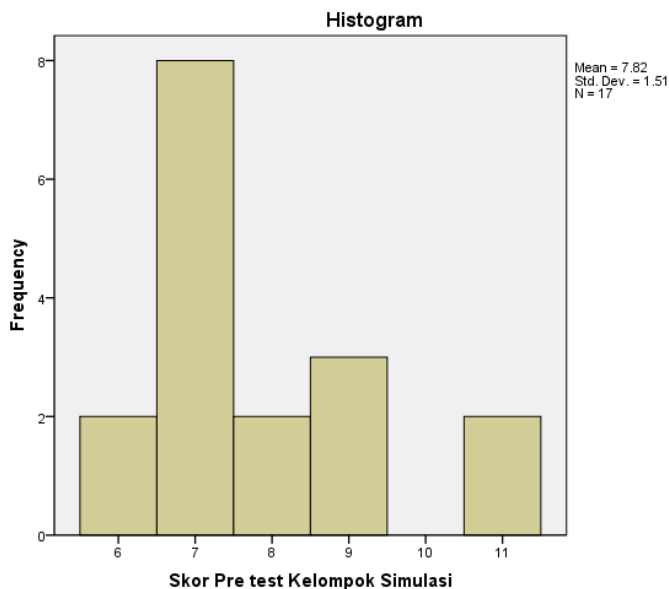
b. Rasio skewness

$$\frac{Skewness}{Standard\ error\ of\ skewness} = \frac{1.079}{0.550} = 1.96$$

c. Rasio kurtosis

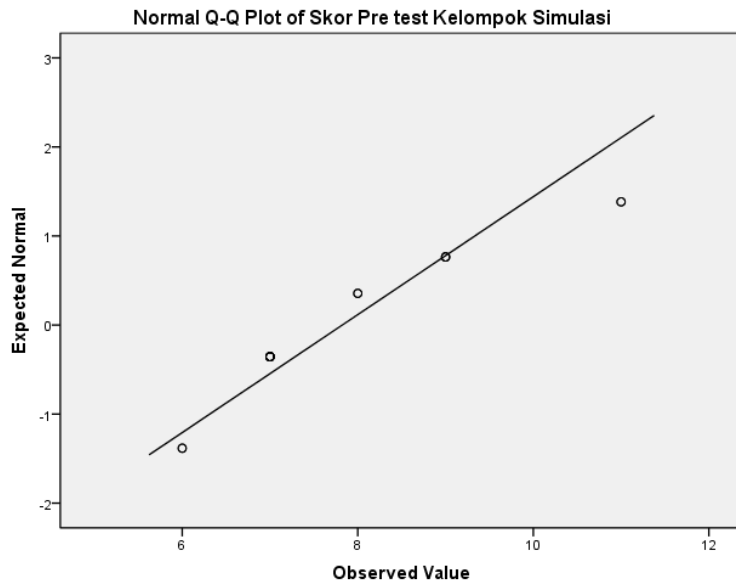
$$\frac{Kurtosis}{Standard\ error\ of\ kurtosis} = \frac{0.465}{1.063} = 0.43$$

d. Melihat histogram



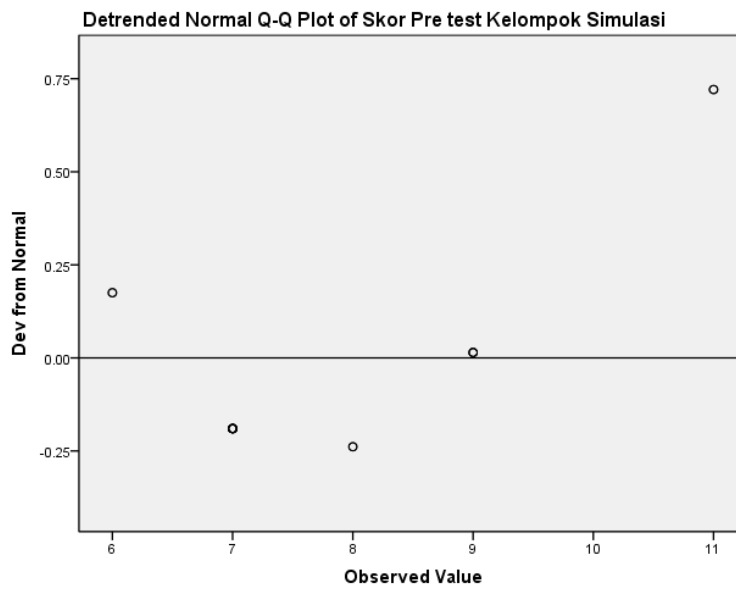
Histogram tidak simetris, ada data yang terlalu tinggi

e. Melihat Normal Q-Q plot



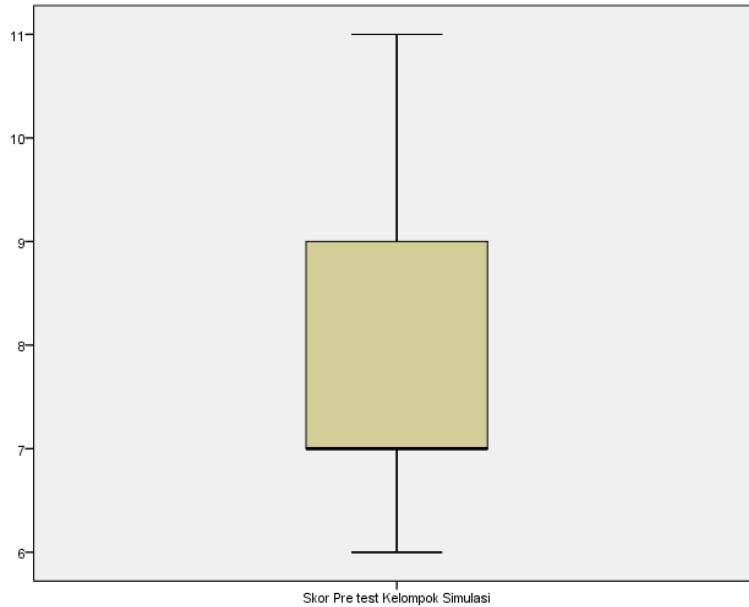
Sebagian besar data menyebar di sekitar garis

f. Melihat Detrended Normal Q-Q plot



Data menyebar jauh dari garis

g. Melihat box plot



Whisker tidak simetris, garis median rapat di bawah

h. Saphiro-Wilk

$p\text{-value} = 0.006 < 0.05$

2. Skor Post test Kelompok Simulasi

a. Koefisien varian

$$\frac{SD}{Mean} \times 100\% = \frac{1.125}{9.47} \times 100\% = 11.87\%$$

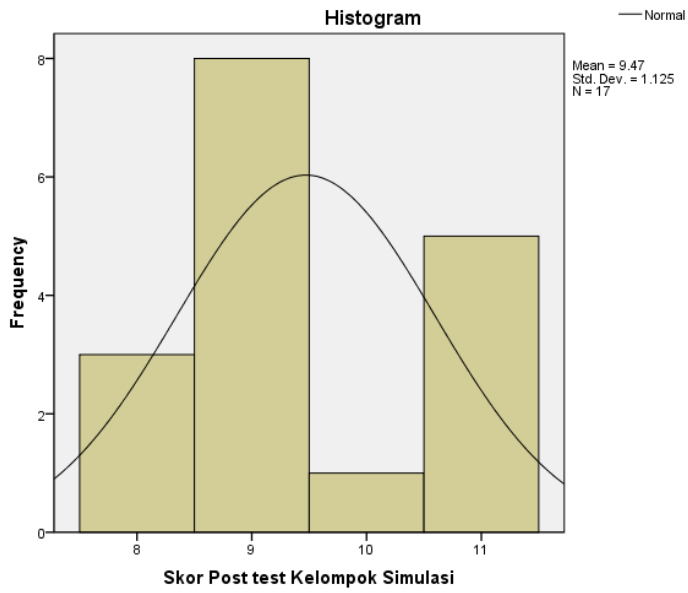
b. Rasio skewness

$$\frac{Skewness}{Standard\ error\ of\ skewness} = \frac{0.382}{0.550} = 0.59$$

c. Rasio kurtosis

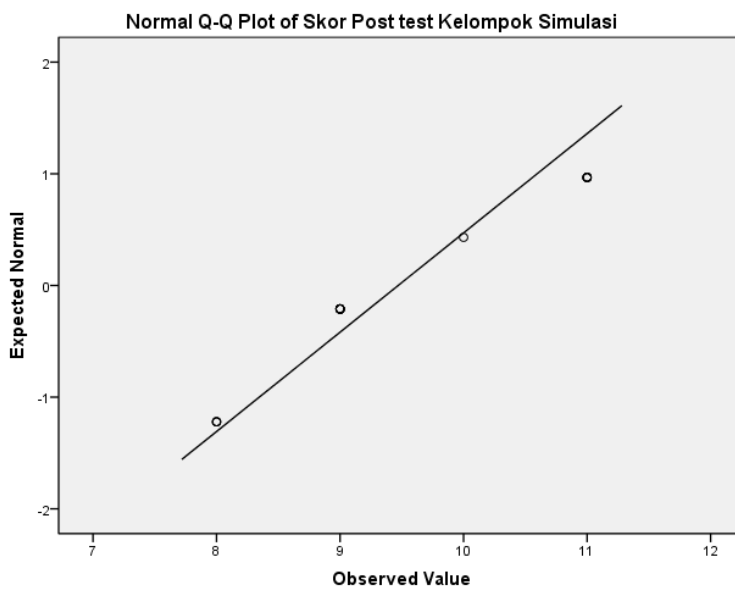
$$\frac{Kurtosis}{Standard\ error\ of\ kurtosis} = \frac{-1.274}{1.063} = -1.19$$

d. Melihat histogram



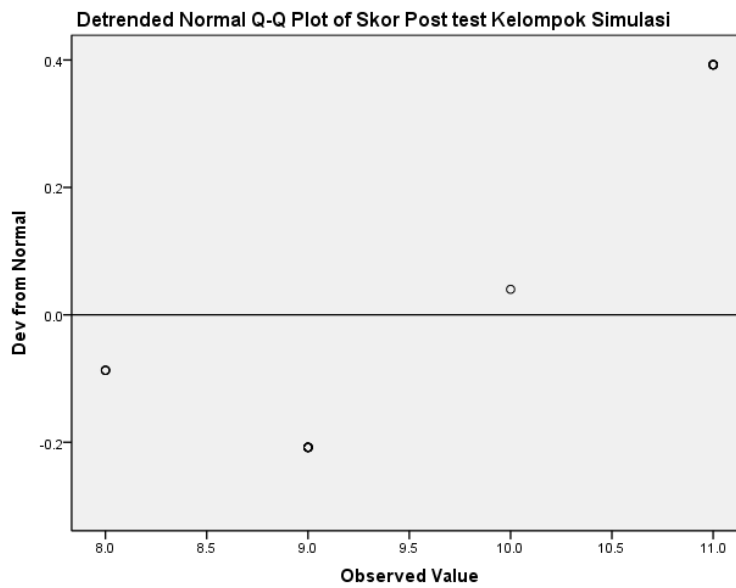
Histogram normal, terbentuk lonceng

e. Melihat Normal Q-Q plot



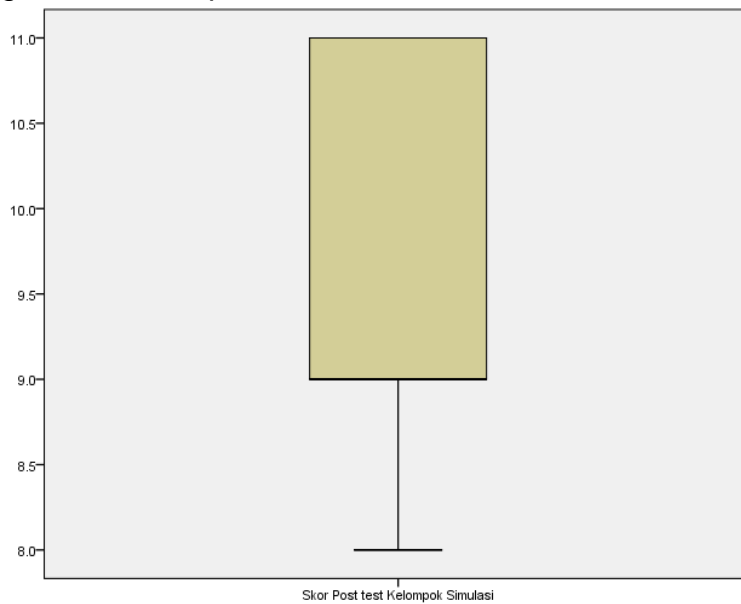
Data menyebar di sekitar garis

f. Melihat Detrended Normal Q-Q plot



Data menyebar jauh dari garis

g. Melihat box plot



Whisker hanya ada di bawah, median rapat pada garis bawah

h. Saphiro-Wilk

$p\text{-value} = 0.003 < 0.05$

3. Skor Pre test Kelompok Video

a. Koefisien varian

$$\frac{SD}{Mean} \times 100\% = \frac{0.903}{8.76} \times 100\% = 10.3\%$$

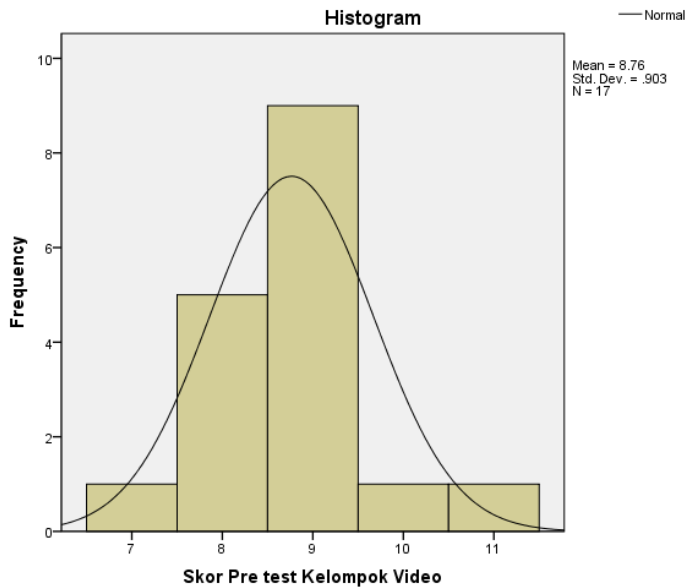
b. Rasio skewness

$$\frac{\text{Skewness}}{\text{Standard error of skewness}} = \frac{0.523}{0.550} = 0.95$$

c. Rasio kurtosis

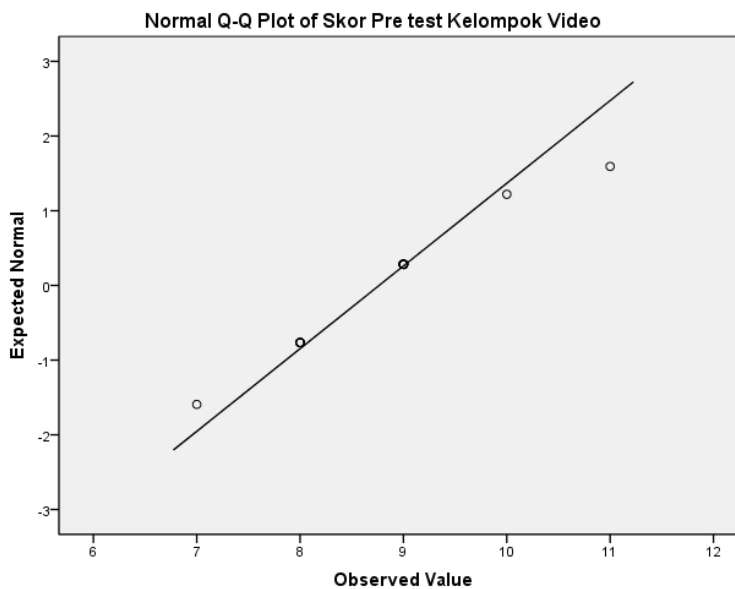
$$\frac{\text{Kurtosis}}{\text{Standard error of kurtosis}} = \frac{1.638}{1.063} = 1.54$$

d. Melihat histogram



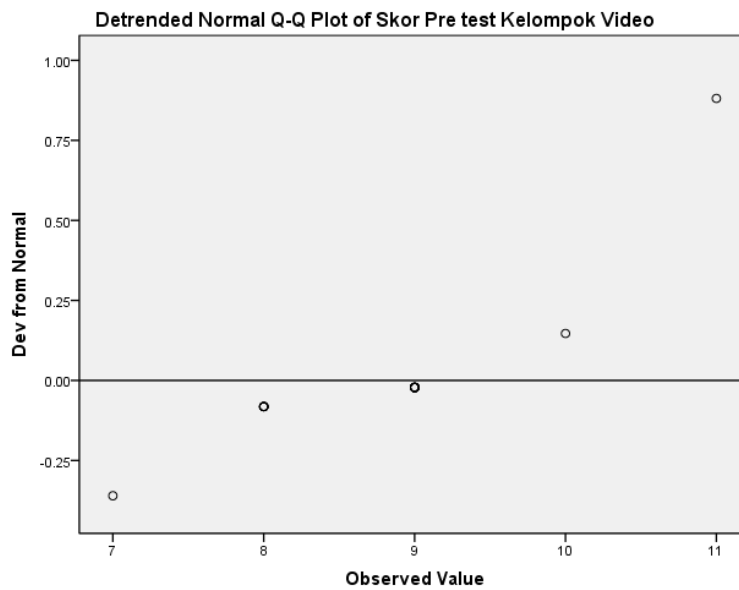
Histogram normal, terbentuk lonceng

e. Melihat Normal Q-Q plot



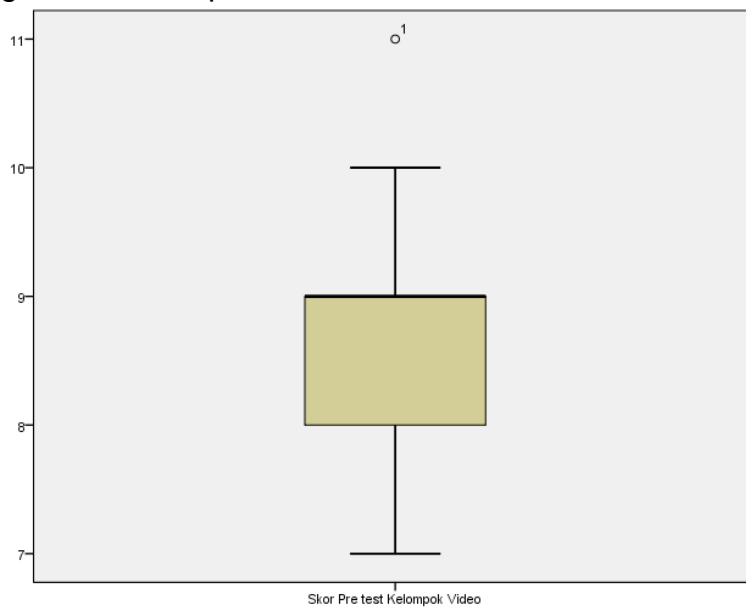
Sebagian besar data menyebar pada garis

f. Melihat Detrended Normal Q-Q plot



Sebagian besar data menyebar jauh dari garis

g. Melihat box plot



Ada data outlier/ nilai ekstrim

h. Saphiro-Wilk

$p\text{-value} = 0.017 < 0.05$

4. Skor Post test Kelompok Video

a. Koefisien varian

$$\frac{SD}{Mean} \times 100\% = \frac{0.985}{9.71} \times 100\% = 10.14\%$$

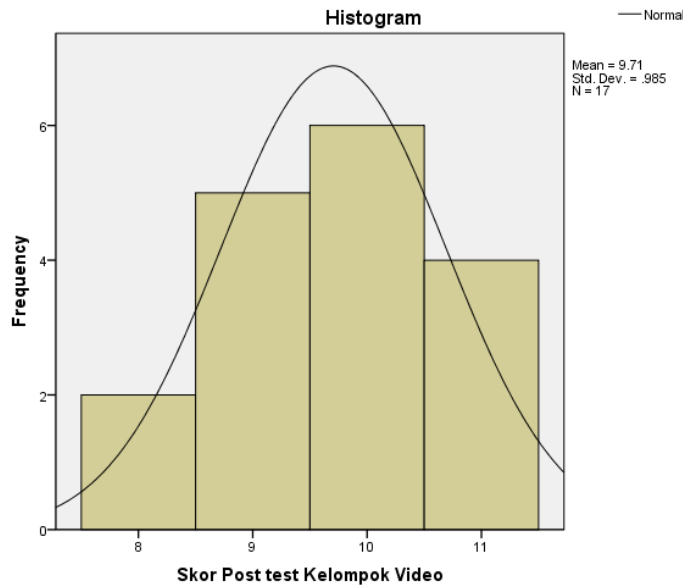
b. Rasio skewness

$$\frac{\text{Skewness}}{\text{Standard error of skewness}} = \frac{-0.212}{0.550} = 0.38$$

c. Rasio kurtosis

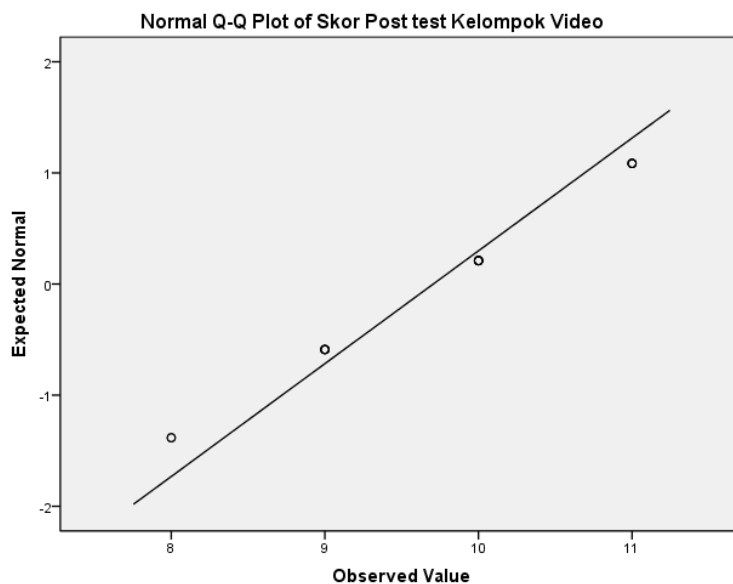
$$\frac{\text{Kurtosis}}{\text{Standard error of kurtosis}} = \frac{-0.811}{1.063} = -0.76$$

d. Melihat histogram



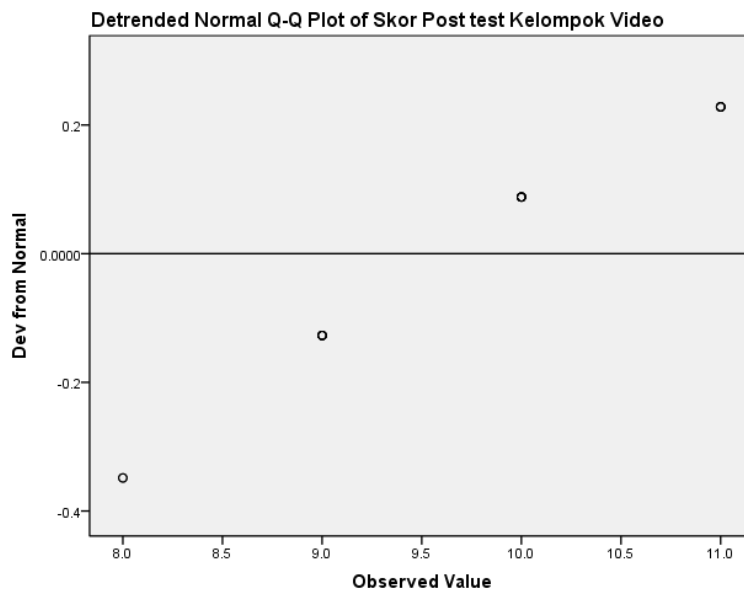
Histogram normal, terbentuk lonceng

e. Melihat Normal Q-Q plot



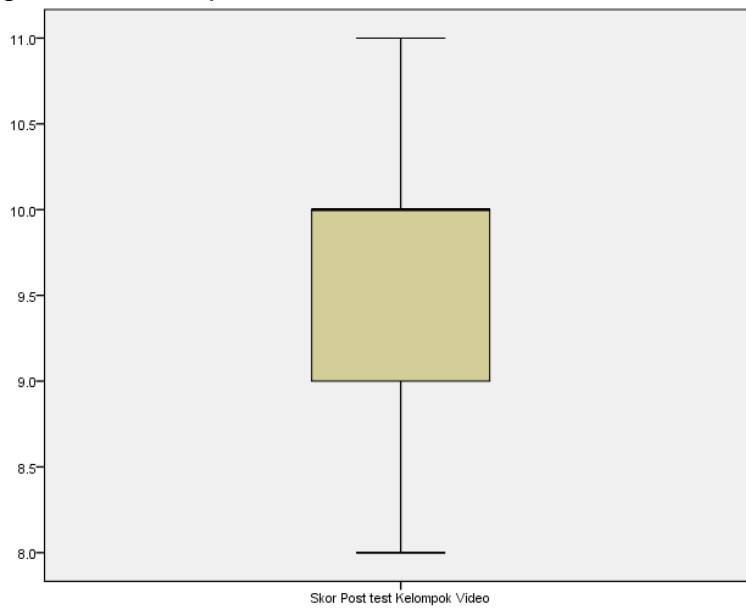
Data menyebar di sekitar garis

f. Melihat Detrended Normal Q-Q plot



Semua data menyebar jauh dari garis

g. Melihat box plot



Garis median rapat pada garis atas

h. Saphiro-Wilk

$p\text{-value} = 0.043 < 0.05$

Uji Bivariat

Perbandingan Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Cara Menyikat Gigi Antara Metode Simulasi Dan Menonton Video Terhadap Keterampilan Menyikat Gigi Pada Murid TK B di TK IT As-Salam Kecamatan Palaran, Kota Samarinda

Paired T Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Skor Pre test Kelompok Simulasi	7.82	17	1.510	.366
	Skor Post test Kelompok Simulasi	9.47	17	1.125	.273
Pair 2	Skor Pre test Kelompok Video	8.76	17	.903	.219
	Skor Post test Kelompok Video	9.71	17	.985	.239

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Skor Pre test Kelompok Simulasi & Skor Post test Kelompok Simulasi	17	.715	.001
Pair 2	Skor Pre test Kelompok Video & Skor Post test Kelompok Video	17	.620	.008

Paired Samples Test

	Paired Differences					T	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Skor Pre test Kelompok Simulasi - Skor Post test Kelompok Simulasi	-1.647	1.057	.256	-2.191	-1.104	-6.424	16	.000
Pair 2 Skor Pre test Kelompok Video - Skor Post test Kelompok Video	-.941	.827	.201	-1.366	-.516	-4.693	16	.000

Independent T Test

Group Statistics


	Kode Responden	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
selisih skor	Simulasi	17	-1.59	1.004	.243
	Video	17	-.94	.827	.201

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
selisih skor	Equal variances assumed	.767	.388	-2.052	32	.048	-.647	.315	-1.290	-.005
	Equal variances not assumed			-2.052	30.870	.049	-.647	.315	-1.290	-.004

SPO (STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL) SIMULASI

PRAKTIK MENYIKAT GIGI

	Prodi S1 Keperawatan	Nomor	00
	Instruksi Kerja Praktik Menyikat Gigi	Revisi ke	01
		Tanggal berlaku	

Pengertian : Menyikat gigi adalah salah satu cara yang efektif untuk membersihkan gigi dari sisa makanan dan kotoran. Kegiatan menyikat gigi adalah tindakan preventif yang paling mudah dan murah dilakukan. Walaupun kegiatan pembersihan gigi secara mekanik ini dipandang mudah tetapi selama ini hasil yang maksimal sukar didapat, baik dari aspek kebersihan gigi dan faktor kerusakan lainnya.

A. Pra Interaksi

1. Menyiapkan alat-alat:
 - a. Phantom gigi, sikat gigi, pasta gigi
 - b. Pengeras suara

B. Pelaksanaan

1. Tahap Orientasi

- a. Mengucapkan salam
- b. Memperkenalkan diri
- c. Menjelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya kegiatan pada responden dan minta responden untuk bekerjasama
- d. Menanyakan kesiapan responden sebelum kegiatan dilakukan
- e. Memberi kesempatan kepada responden untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan.

2. Tahap Kerja

Cara menyikat gigi menurut Sariningsih (2012) dan Agustina (2013):


- a. Jelaskan bahwa setiap orang harus mempunyai sikat gigi sendiri supaya tidak tertular penyakit.
- b. Siapkan sikat gigi yang kering dan pasta yang mengandung fluor.
- c. Basahi sikat gigi dengan air.
- d. Bubui sikat gigi dengan pasta gigi sebesar kacang polong.
- e. Kumur-kumur dengan air sebelum menyikat gigi.
- f. Pertama-tama rahang bawah dimajukan ke depan sehingga gigi-gigi rahang bawah dan gigi-gigi rahang atas merupakan bidang datar. Kemudian sikatlah gigi-gigi rahang atas dan gigi-gigi rahang bawah dengan gerakan ke atas dan ke bawah, bukan ke samping.
- g. Sikatlah semua dataran pengunyah gigi atas dan gigi bawah dengan gerakan maju mundur dan pendek-pendek. Menyikat gigi-gigi sedikitnya 8 kali gerakan untuk setiap permukaan gigi.
- h. Sikatlah permukaan gigi depan rahang bawah yang menghadap lidah dengan arah sikat keluar dari rongga mulut.
- i. Sikatlah permukaan gigi depan rahang atas yang menghadap ke langit-langit dengan arah sikat keluar dari rongga mulut.
- j. Setelah semua permukaan gigi digosok kemudian berkumur-kumur.
- k. Bersihkan sikat gigi dengan air.

3. Tahap Terminasi

- a. Evaluasi hasil kegiatan
- b. Berikan reinforcement positif pada responden
- c. Bereskan alat-alat
- d. Ucapkan salam dan sampaikan terima kasih

SPO (STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL) VIDEO

PRAKTIK MENYIKAT GIGI

	Prodi S1 Keperawatan	Nomor	00
	Instruksi Kerja Praktik Menyikat Gigi	Revisi ke	00
		Tanggal berlaku	

A. Pra Interaksi

1. Menyiapkan alat-alat:
 - a. Phantom gigi, sikat gigi, pasta gigi
 - b. LCD/proyektor atau televisi
 - c. Pengeras suara

B. Pelaksanaan

1. Tahap Orientasi
 - a. Mengucapkan salam

“Assalamu’alaikum Wr. Wb. Selamat pagi adik-adik saya yang soleh dan solehah. Bagaimana kabarnya hari ini? Sudah sarapan semua. Sudah mandi semua. Saya beri dua jempol ya.”

- b. Memperkenalkan diri

“Perkenalkan nama saya Kak Rusma”

- c. Menjelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya kegiatan pada responden dan minta responden untuk bekerjasama

“Siapa yang belum bisa menyikat gigi, angkat tangan! Apa? Masih ada yang belum angkat tangan? Oh sudah banyak yang bisa menyikat gigi sendiri? Siapa yang sudah menyikat gigi di rumah tadi? Alhamdulillah. Pagi ini kita akan bersama-sama belajar cara menyikat gigi yang benar. Saya akan memperagakan duluan dan adik-adik harus memperhatikan. Sebelumnya saya ada satu permintaan, selama saya memperagakan, adik-adik harus fokus dan tidak berbicara dengan teman di sebelah kanan, kiri, depan, dan belakang, hanya melihat ke sini ya! Ingat ya! Fokus! Fokus! Setelah saya suruh mengikuti, adik-adik baru boleh mempraktikkan cara menyikat gigi bersama-sama. Letakkan sikat gigi di depan masing-masing! Tapi jangan disentuh! Ingat ya! Fokus!”

d. Menanyakan kesiapan responden sebelum kegiatan dilakukan
“Mana sikat giginya? Oke, sudah di depan semua? Sekali lagi, fokus ya! Apa sudah siap semuanya? Kalau sudah siap, mari kita awali dengan membaca bismillah bersama-sama (Bismillahirrohmaanirrohiim).”

2. Tahap Kerja

Cara menyikat gigi menurut Sariningsih (2012) dan Agustina (2013):

a. Jelaskan bahwa setiap orang harus mempunyai sikat gigi sendiri supaya tidak tertular penyakit.

“Kita harus mempunyai sikat gigi sendiri. Tidak boleh meminjam sikat gigi kakak, ayah, ibu, ataupun sikat gigi milik teman. Kenapa? Ada yang tau sebabnya?(Murid-murid mungkin ada yang menjawab) Ya, jawabannya sudah banyak yang benar. Adik-adik ini memang cerdas! Kita harus

mempunyai sikat gigi sendiri agar tidak terkena kuman dari orang lain yang tertinggal di sikat giginya. Jika kita terular, gigi kita bisa terkena infeksi dan membusuk. Maka dari itu saya menyuruh adik-adik meletakkan sikat gigi masing-masing.”

b. Siapkan sikat gigi yang kering dan pasta yang mengandung fluor.

“Menyikat gigi yang baik dengan menggunakan pasta gigi yang mengandung fluoride. Apa itu fluoride? Ada yang tau? (Murid-murid mungkin ada yang menjawab) Fluoride itu adalah bahan dalam pasta gigi yang berguna untuk menjaga gigi kita menjadi kuat, tidak mudah terkikis. Karena kalau gigi sudah terkikis, kita bisa kesulitan menggigit makanan, tidak bagus untuk dilihat, dan bisa berlubang. Gigi yang berlubang akan terasa sakit, sangat sakit, sampai bisa menangis karena tidak tahan sakitnya. Maka dari itu, mintalah pasta gigi pada ayah, ibu, atau kakak adik-adik di rumah, yang ada fluoridenya, supaya gigi adik-adik kuat dan tidak gampang terkikis.”

c. Basahi sikat gigi dengan air.

“Ambil sikat gigi, kemudian basahi dengan sedikit air.”

d. Bubui sikat gigi dengan pasta gigi sebesar kacang polong.

“Beri pasta gigi sebesar kacang pada ujung bulu sikat!”

e. Kumur-kumur dengan air sebelum menyikat gigi.

“Mulai dengan berkumur-kumur dengan air bersih agar mulut tidak lengket dan gigi mudah disikat”

f. Pertama-tama rahang bawah dimajukan ke depan sehingga gigi-gigi rahang bawah dan gigi-gigi rahang atas merupakan bidang datar. Kemudian sikatlah gigi-gigi rahang atas dan gigi-gigi rahang bawah dengan gerakan ke atas dan ke bawah, bukan ke samping.

“Pertama-tama, gigi dirapatkan seperti ini (model memeragakan). Sikat gigi dari depan ke kiri seperti ini, ke atas ke bawah, ke atas ke bawah, kemudian pindah ke kanan, sama ke atas ke bawah ke atas ke bawah sampai gigi yang belakang.”

g. Sikatlah semua dataran pengunyah gigi atas dan gigi bawah dengan gerakan maju mundur dan pendek-pendek. Menyikat gigi-gigi sedikitnya 8 kali gerakan untuk setiap permukaan gigi.

“Sekarang mulutnya di buka lebar-lebar, sikat gigi maju-mundur pendek-pendek ya seperti ini(model memeragakan) dari gigi bawah dulu yang kanan maju-mundur maju-mundur, pindah ke kiri maju-mundur maju-mundur. Sekarang sikatnya dibalik, sikat gigi yang atas kanan duluan maju-mundur maju-mundur, yang kiri maju-mundur maju-mundur. Cukup.”

h. Sikatlah permukaan gigi depan rahang bawah yang menghadap lidah dengan arah sikat keluar dari rongga mulut.

“Masih dibuka ya mulutnya. Sekarang sikat gigi depan, tapi yang bagian belakangnya. Sikatnya dijungkirkan(model memeragakan) seperti ini. Mulai gigi bawah dulu, sikat-sikat keluar mulut (model memeragakan).”

i. Sikatlah permukaan gigi depan rahang atas yang menghadap ke langit-langit dengan arah sikat keluar dari rongga mulut.

“Sekarang gigi yang atas, sikat-sikat keluar(model memeragakan).”

j. Setelah semua permukaan gigi digosok kemudian berkumur-kumur.

“Sudah disikat semua, ludahkan busa dari mulut. Lalu berkumurlah hingga bersih sisa-sisa pasta giginya dan supaya segar mulutnya.”

k. Bersihkan sikat gigi dengan air.

“Jangan lupa sikat gigi kita harus dibersihkan dengan air yang bersih.”

3. Tahap Terminasi

a. Evaluasi hasil kegiatan

“Bagaimana perasaannya adik-adik saya yang soleh dan solehah?

Apakah senang setelah tau cara menyikat gigi yang benar? Baik,

sekarang pegang sikat giginya masing-masing. Adik-adik coba peragakan

menyikat gigi yang benar, sambil memperhatikan ke sini semua ya. Ingat

ya! Fokus! Jangan mengobrol dengan teman. Fokus! Kita coba praktik

dengan sikat gigi saja dulu ya. Ayo kita mulai. Pertama-tama, gigi

dirapatkan seperti ini (model memeragakan). Sikat gigi dari depan ke kiri

seperti ini, ke atas ke bawah, ke atas ke bawah, kemudian pindah ke

kanan, sama ke atas ke bawah ke atas ke bawah sampai gigi yang

belakang. Sekarang mulutnya di buka lebar-lebar, sikat gigi maju-mundur

pendek-pendek ya seperti ini(model memeragakan) dari gigi bawah dulu

yang kanan maju-mundur maju-mundur, pindah ke kiri maju-mundur maju-


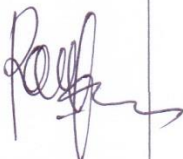

mundur. Sekarang sikatnya dibalik, sikat gigi yang atas kanan duluan

maju-mundur maju-mundur, yang kiri maju-mundur maju-mundur. Cukup.

Masih dibuka ya mulutnya. Sekarang sikat gigi depan, tapi yang bagian

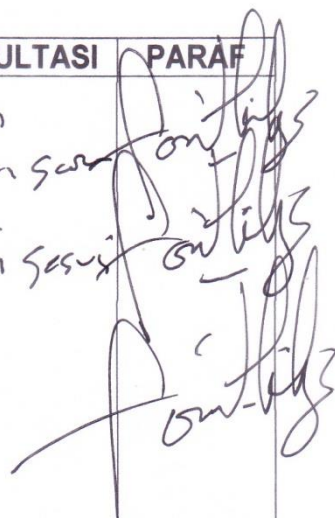
LEMBAR KONSULTASI

Nama : Dwi Rusma Sari
NIM : 11.113082.3.0263
Pembimbing I : Dr. Iwan M. Ramdan, S.Kp., M.Kes
NIDN : 0007097505

NO.	TANGGAL	KONSULTASI	HASIL KONSULTASI	PARAF
1.	3/8-15	BAB IV & V	perbaiki bab IV & V perbaiki literasi	
2.	4/8-15	BAB I sd V	ace. buat literasi & Abstract	
3.	4/8-15	literasi Abstract	ace perbaiki	

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Dwi Rusma Sari
NIM : 11.113082.3.0263
Pembimbing II : Ns. Faried Rahman H, S.Kep., M.Kes
NIDN : 1112068002

NO.	TANGGAL	KONSULTASI	HASIL KONSULTASI	PARAF
1.	28 Juli 2015	bah ukv abiotode acc yon	Perubahan sesuai saran Perbaikan sesuai saran	



YAYASAN PENDIDIKAN DA'WAH DAN SOSIAL AS-SALAM

TAMAN KANAK-KANAK ISLAM TERPADU (TKIT)

AS-SALAM

Jl. Irigasi RT.13 no. 53 Kelurahan Rawa Makmur Kecamatan Palaran, Samarinda

Nomor : 421/065/TK.IT-AS /SJB/IV/2015

Lamp. : -

Perihal : Perijinan Penelitian

Kepada :

Ykh. Ketua Prodi S1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah

di-

Tempat

Bismillahirrahmanirrahim,

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas limpahan Rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Shalawat dan salam semoga tercurah kepada junjungan kita Rasulullah SAW beserta keluarga, sahabat dan ummatnya hingga kelak.

Sehubungan dengan surat permohonan saudari tentang Izin Penelitian, maka dengan ini kami memberikan ijin kepada :

Nama : Dwi Rusma Sari

NIM : 11.11.3082.3.0263

Program Studi : S1 Keperawatan

Judul Skripsi : Perbandingan pengaruh pendidikan kesehatan tentang cara menyikat gigi antara metode simulasi dan menonton video terhadap keterampilan menyikat gigi pada murid TK B di TKIT As-Salam Kecamatan Palaran Kota Samarinda.

Untuk melakukan kegiatan penelitian di lembaga TKIT Assalam

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, 10 April 2015

Kepala TKIT,

