



PENGARUH PEMBERIAN PENYULUHAN DAN LATIHAN MENYIKAT GIGI BERSAMA TERHADAP KEBERSIHAN RONGGA MULUT PADA SISWA KELAS IV DAN V SDN ARJASA I DAN II KECAMATAN ARJASA KABUPATEN JEMBER

**KARYA TULIS ILMIAH
(SKRIPSI)**

**Diajukan Guna Memenuhi Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran Gigi
Pada Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Jember**



al :	Hadiah	Klass
Test :	Fakultas	617.601
No. induk :		SUH
Pengkatalog :		P

Pembimbing :

- 1. drg. H. Ismoyo (DPU)
- 2. drg. Arief Setyoargo, M.Kes (MM.R) (DPA)

Oleh :

**NINIK SUHARTATIK
991610101018**

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS JEMBER
2005**

**PENGARUH PEMBERIAN PENYULUHAN DAN LATIHAN
MENYIKAT GIGI BERSAMA TERHADAP KEBERSIHAN
RONGGA MULUT PADA SISWA KELAS IV DAN V SDN
ARJASA I DAN II KECAMATAN ARJASA
KABUPATEN JEMBER**

KARYA TULIS ILMIAH
(SKRIPSI)

OLEH

NINIK SUHARTATIK
991610101018

Dosen Pembimbing Utama



drg. H Ismoyo
NIP.140 048 158

Dosen Pembimbing Anggota



drg. Arief Setyoargo, M. Kes (MMR)
NIP. 140 275 596

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS JEMBER**

2005

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi
Diterima oleh
Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Jember

Dipertahankan pada


Hari : Senin

Tanggal : 10 Januari 2005

Tempat : Ruang ujian Skripsi Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Jember

Dewan Penguji

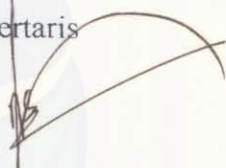
Ketua



drg. H. Ismoyo

NIP. 140 048 158

Sekretaris



drg. Kiswaluyo, M.Kes

NIP. 132 148 479

Anggota



drg. Arief Setyoargo, M.Kes (MM.R)

NIP. 140 275 596

Mengetahui

Dekan Fakultas Kedokteran Gigi

Universitas Jember



drg. Zahren Hamzan, M.S

NIP. 131 558 576

MOTTO

Apabila kamu telah selesai (dari suatu urusan), maka kerjakanlah (urusan yang lain) dengan sungguh-sungguh

(Alam Nasrah : 7)

Hidup penuh dengan cobaan, barang siapa mampu mengatasinya maka dialah yang menjadi seorang pemenang

(Penulis)



PERSEMBAHAN

Skripsi ini ku persembahkan kepada:

- ☺ *Bapakku Sa'i Wiyono (alm) dan Ibuku Sumiyatin, S.Pd, yang telah memberi dorongan berupa semangat lahir dan batin sehingga menjadi senjata ampuh bagiku.*
- ☺ *Kakakku tercinta Yayuk, Ruwaidah, S. Ked, terima kasih atas dorongan dan dukungannya.*
- ☺ *Adikku tercinta Andriya Syahriyatul M, terima kasih atas dukungannya.*
- ☺ *Guru-guruku tercinta yang telah mengantarkan aku ke dunia pendidikan yang lebih baik dan lebih berguna.*



KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Tujuan utama penulisan skripsi ini adalah untuk diajukan sebagai syarat memperoleh gelar sarjana Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember. Kendala dan kemudahan dalam penulisan skripsi ini adalah suatu pelajaran dan pengalaman yang sangat berharga yang nantinya akan dijadikan bahan koreksi untuk kesempurnaan skripsi ini.

Usaha dan do'a adalah suatu senjata ampuh dalam menjalankan aktifitas termasuk penulisan skripsi ini. Skripsi ini akan terwujud tanpa bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis menyampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. drg. Zahreni Hamzah, M.S, selaku dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember.
2. drg. Ismoyo, selaku dosen pembimbing utama yang telah membimbing penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.
3. drg. Arief Setyoargo, M. Kes (MM. R), selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan bimbingan dan arahan – arahan demi kesempurnaan skripsi ini.
4. drg. Happy Harmono, M. Kes, selaku dosen pembimbing akademik.
5. Bapak- bapak Kepala Sekolah SDN Arjasa I dan II Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember yang telah memberikan izin dan kesempatan kepada kami untuk melakukan penelitian disekolahnya.
6. Staf pengajar dan akademik pada Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember.
7. Kepala beserta staf perpustakaan pusat Universitas Jember dan staf koleksi Fakultas Kedokteran Gigi, atas bantuan dan referensinya.
8. Teman-teman Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember angkatan '99, atas dukungan dan motifasinya.

9. Teman- temanku yang telah memberikan dorongan dan selalu setia Zila dan Mas Dayatnya, Kiki ” 00 terima kasih atas canda tawanya serta kebersamaannya.
10. Pak Hamzah terima kasih atas pinjaman komputernya dan kesabarannya.

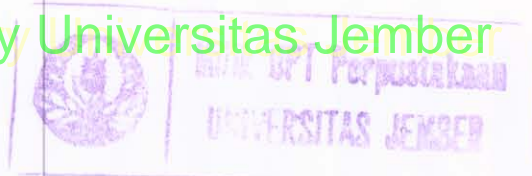
Demi kesempurnaan skripsi ini, penulis dengan senang dan rendah hati menerima segala kritik dan saran dari pembaca. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi penulis dan pembaca serta bagi perkembangan penelitian pendidikan dan kesehatan.

Jember, Desember 2005

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN MOTTO.....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
ABSTRAK.....	xii
BAB. I. PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang Masalah.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan Penelitian.....	3
1.4. Manfaat Penelitian.....	3
BAB. II. TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1. Kebersihan Rongga Mulut.....	4
2.1.1. Pengertian.....	4
2.1.2. Tujuan.....	4
2.1.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kebersihan rongga mulut.....	4
BAB. III. METODOLOGI PENELITIAN.....	21
3.1. Jenis Penelitian.....	21
3.2. Tempat dan Waktu Penelitian.....	21
3.3. Populasi dan sampel.....	22



3.4. Alat Dan Bahan.....	22
3.5. Identifikasi Variabel.....	22
3.5.1. Variabel bebas.....	22
3.5.2. Variabel terikat.....	23
3.5.3. Variabel berpengaruh.....	23
3.6. Kerangka Penelitian.....	24
3.7. Metode Pengukuran.....	24
3.8. Analisa Data.....	27
3.9. Alur Penelitian.....	28
BAB. IV. HASIL DAN ANALISA DATA.....	29
BAB. V. PEMBAHASAN.....	31
BAB.VI. KESIMPULAN DAN SARAN.....	34
6.1. Kesimpulan.....	34
6.2. Saran.....	34

DAFTAR TABEL

- Tabel 1. Hasil Pengukuran Kebersihan Rongga Mulut Kelas V
- Tabel 2. Tingkat Kebersihan Rongga Mulut Kelas V
- Tabel 3. Hasil Pengukuran Kebersihan Rongga Mulut Kelas IV
- Tabel 4. Tingkat Kebersihan Rongga Mulut Kelas IV
- Tabel 5. Distribusi Tingkat Pengetahuan Kesehatan Gigi Siswa Kelas V Kelompok Perlakuan
- Tabel 6. Distribusi Tingkat Pengetahuan Kesehatan Gigi Siswa Kelas IV Kelompok Perlakuan
- Tabel 7. Distribusi Tingkat Pengetahuan Kesehatan Gigi Siswa Kelas IV Kelompok Kontrol
- Tabel 8. Distribusi Tingkat Pengetahuan Kesehatan Gigi Siswa Kelas V Kelompok Kontrol
- Tabel 9. Pengaruh Pengetahuan Terhadap Kebersihan Rongga Mulut Kelas V
- Tabel 10. Hasil Pengaruh Penyuluhan Dan Latihan Menyikat Gigi Bersama Yang Diwujudkan Dalam Pengetahuan Tentang Kebersihan Rongga Mulut Kelas V
- Tabel 11. Pengaruh Pengetahuan Terhadap Kebersihan Rongga Mulu Kelas IV
- Tabel 12. Hasil Penyuluhan Dan Menyikat Gigi Bersama Yang Diwujudkan Dalam Pengetahuan Tentang Kebersihan Rongga Mulut Kelas IV

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Kuisisioner
- Lampiran 2. Surat Persetujuan
- Lampiran 3. Data sampel siswa SDN Arjasa I dan II tentang kebersihan rongga mulut
- Lampiran 4. Data sampel siswa SDN Arjasa I dan II tentang pengetahuan kesehatan gigi
- Lampiran 5. Analisa data uji *Independet t- test*

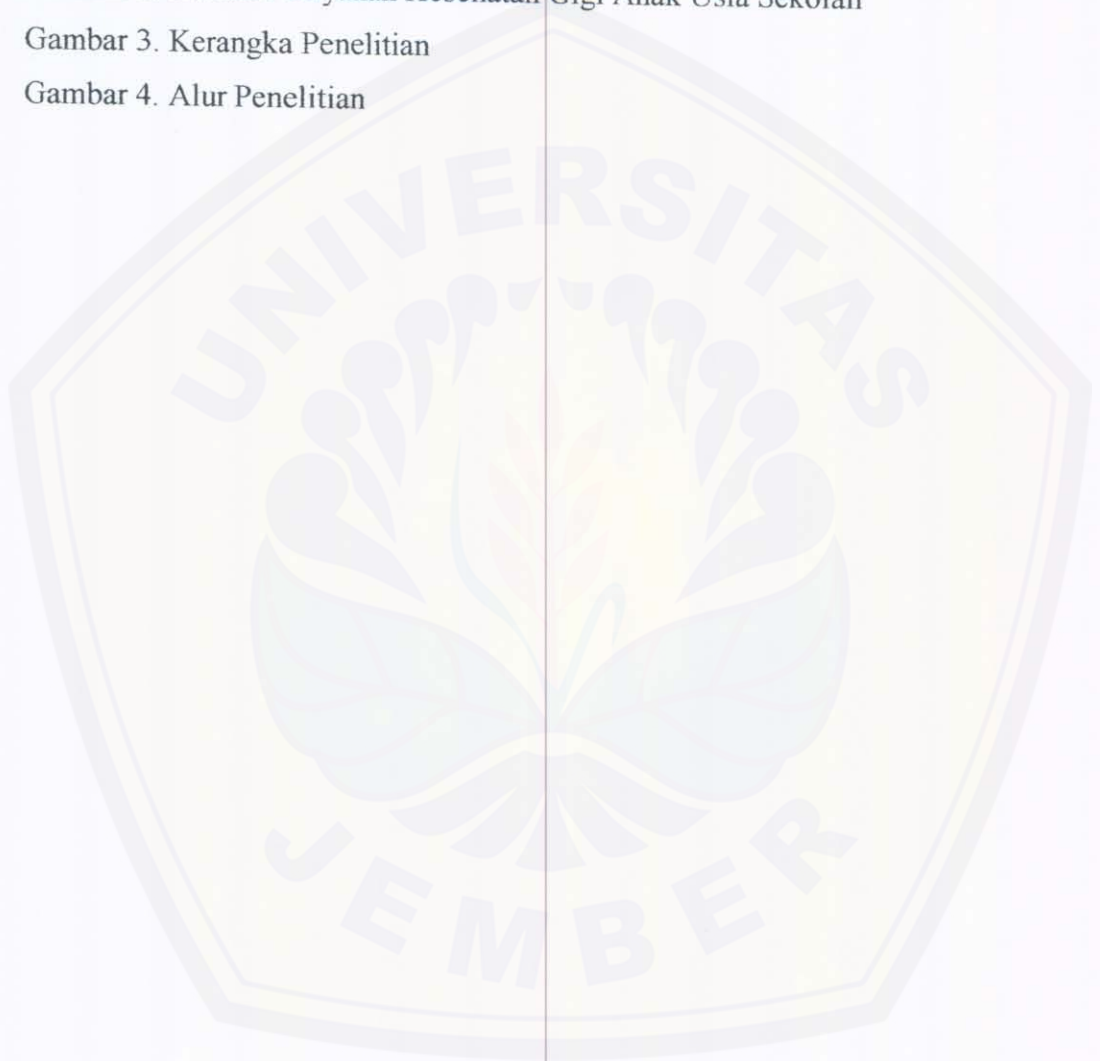
DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Anatomi Gigi

Gambar 2. Skema Pelayanan Kesehatan Gigi Anak Usia Sekolah

Gambar 3. Kerangka Penelitian

Gambar 4. Alur Penelitian



ABSTRAK

Nama, Ninik S. 2004. Pengaruh Penyuluhan dan Latihan Menyikat Gigi Bersama Terhadap Kebersihan Rongga Mulut Pada Siswa Kelas IV dan V SDN Arjasa I dan II Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember. Skripsi, Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember. Pembimbing Utama drg. Ismoyo, pembimbing anggota drg. Arief Setyoargo, M.Kes (M. M. R).

Penyuluhan dan Latihan Menyikat Gigi Bersama termasuk faktor yang mempengaruhi kebersihan rongga mulut. Pengaruh faktor ini dapat diketahui dengan mengukur kebersihan rongga mulut setiap sampel dan menyebar kuisioner. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efek dari penyuluhan dan latihan menyikat gigi bersama terhadap kebersihan rongga mulut pada siswa kelas IV dan V SDN Arjasa I dan II Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember dan mengetahui tingkat perubahan kebersihan rongga mulut pada siswa kelas IV dan V SDN Arjasa Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember. Hasil Penelitian ini diharapkan agar perlu diselenggarakan penyuluhan dan latihan menyikat gigi bersama di SDN Arjasa I dan II mengenai cara pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut serta meningkatkan pengetahuan dan kesadaran memelihara kesehatan rongga mulut. Kebersihan rongga mulut adalah suatu kondisi atau keadaan dimana gigi terbebas dari *plak*, *debris*, *kalkulus*. Penyuluhan adalah suatu penerangan yang menekankan pada suatu objek tertentu dan hasilnya diharapkan suatu perubahan perilaku individu atau sekelompok orang. Menyikat gigi adalah suatu kegiatan yang berupa membersihkan gigi dengan sikat gigi dan disertai dengan pemijatan gusi. Penelitian ini dilakukan di SDN Arjasa I dan II kelas IV dan V Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember pada bulan Maret, April, Mei, Juni 2004. Jenis penelitian adalah survey dengan metode *kohort*. Analisa yang digunakan *Independent t-test*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh antara penyuluhan dan latihan menyikat gigi bersama terhadap kebersihan rongga mulut dengan derajat kemaknaan 5% ($p < 0,05$). Selain itu juga ada pengaruh antara pengetahuan dengan kebersihan rongga mulut SDN Arjasa I dan II dengan derajat kemaknaan 5 % ($p < 0,05$).

Kata Kunci: Kebersihan Rongga Mulut, Penyuluhan, Menyikat Gigi.

I. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Program kesehatan gigi dan mulut telah dilaksanakan sejak Pelita I sampai dengan Pelita IV. Diharapkan pada tahun 2000, setiap orang baik dipertanian maupun dipedesaan memperoleh pemeliharaan kesehatan yang memadai sehingga mereka dapat hidup produktif, secara sosial dan ekonomi. Dengan demikian, berarti masyarakat harus mampu memelihara dan meningkatkan kemandirian di bidang kesehatan. Hal ini berbeda dengan keadaan pelayanan kesehatan gigi dan mulut, angka kesakitan penyakit gigi dan mulut cenderung terus meningkat (Herijullianti, 2002).

Berdasarkan hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) pada tahun 1995, penyakit gigi dan mulut ditemukan berkisar penyakit yang menyerang jaringan keras gigi (karies) dan penyakit periodontal, dinyatakan bahwa 63 % penduduk Indonesia menderita kerusakan gigi aktif (kerusakan gigi yang belum ditangani). Pengalaman karies perorangan rata- rata (DMF-T : Decay Missing Filling-Teeth) berkisar antara 6,44 dan 7,8 yang berarti telah melebihi indeks DMF-T yang telah ditetapkan oleh WHO, yaitu 3. Adapun prevalensi penyakit periodontal 42,8 % (Herijullianti, 2002).

Sedangkan prevalensi karies gigi pada kelompok usia 12 tahun yang merupakan masa kritis menurut WHO, mengalami peningkatan dari 69,74 % pada tahun 1978 menjadi 76,92 % pada tahun 1995. Angka DMF-T pada anak usia 12 tahun meningkat dari 2,3 pada tahun 1980-an menjadi 2,7 pada tahun 1995. Demikian pula pada penyakit periodontal terlihat dari 68,9 % menjadi 89,1 % pada usia 14 tahun (Astoeti dan Boesro, 2002).

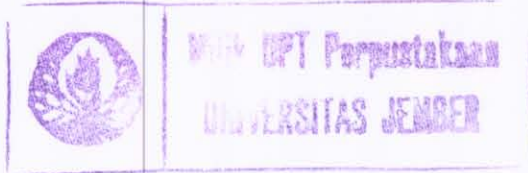
Pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut telah mencakup berbagai macam aspek umur baik dewasa maupun anak usia Sekolah Dasar. Usaha pencegahan dan perawatan kesehatan gigi yang paling efektif dimulai pada usia anak-anak. Karena pada anak-anak terjadi suatu pembentukan tingkah laku yang merupakan bagian utama untuk mendefinisikan suatu seri langkah-langkah pada jalur menuju tingkah

laku yang diinginkan dan kemudian maju selangkah demi langkah menuju ketujuannya (Gunarsa, 1997). Usia anak Sekolah Dasar merupakan usia yang paling efektif dalam menerima pengetahuan dan perawatan kesehatan gigi (Priyono dan Hendartini, 2001). Penyuluhan kesehatan gigi pada anak usia Sekolah Dasar 6-12 tahun adalah sangat penting karena pada usia tersebut adalah masa kritik baik bagi pertumbuhan gigi geliginya juga perkembangan jiwanya, sehingga penyuluhan kesehatan gigi pada usia Sekolah Dasar memerlukan berbagai metode untuk dapat menghasilkan pengetahuan, sikap dan perilaku yang sehat secara umum dan khususnya kesehatan gigi dan mulut (Gondhoyowono, 2001).

Sedangkan menurut Susenas (Survey Sosial Ekonomi Nasional) 1998 menyatakan bahwa anak-anak belum menyadari pentingnya pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut. Hal ini dapat terlihat dari 22,8 % tidak menyikat gigi dan dari 77,2 % yang menyikat gigi hanya 8,1 % yang menyikat tepat waktu. Oleh karena itu penyuluhan dan menyikat gigi merupakan suatu program untuk memelihara kesehatan gigi dan mulut sejak dini (Herijullianti, 2002)

Selain itu perawatan yang baik akan mencegah penyakit gigi dan mulut, yaitu antara lain membersihkan gigi dan mulut dari sisa-sisa makanan yang biasanya tertinggal antara pit dan fisur gigi. Mulut sebenarnya sudah mempunyai system pembersihan sendiri yaitu air ludah, tapi makanan modern kita sekarang, pembersih alam tidak lagi dapat berfungsi dengan baik. Oleh karena itu, kita juga harus menggunakan sikat gigi sebagai alat bantu untuk membersihkan gigi dan mulut (Tarigan, 1995).

Menurut laporan dan data dari Puskesmas Arjasa seluruh SDN di wilayah kerja Puskesmas Arjasa Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember telah mendapatkan materi UKGS yang berupa penyuluhan dan latihan menyikat gigi bersama oleh petugas kesehatan kecuali SDN Arjasa I dan II. Oleh karena itu kami mengambil SDN Arjasa I dan II khususnya kelas IV dan V karena telah mewakili SDN tersebut dan diharapkan agar dapat meningkatkan kesadaran untuk memelihara kesehatan giginya sendiri dengan menyikat gigi secara benar dan secara umum dapat menjaga kebersihan rongga mulutnya sejak dini.



1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan pemikiran diatas maka dapat diambil suatu rumusan masalah yaitu:

- a. Apakah ada pengaruh dari penyuluhan dan latihan menyikat gigi bersama terhadap kebersihan rongga mulut pada kelas IV dan V SDN Arjasa I dan II Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember.
- b. Seberapa besar perubahan yang terjadi pada kebersihan rongga mulut pada siswa kelas IV dan V SDN Arjasa I dan II Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember.

1.3. Tujuan Penelitian

- a. Mengetahui efek dari penyuluhan dan latihan menyikat gigi bersama terhadap kebersihan rongga mulut pada kelas IV dan V SDN Arjasa I dan II Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember.
- b. Mengetahui tingkat perubahan kebersihan rongga mulut pada siswa kelas IV dan V SDN Arjasa I dan II Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember.

1.4. Manfaat Penelitian

- a. Dapat terlaksananya program UKGS bagi siswa kelas IV dan V SDN Arjasa I dan II Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember.
- b. Dapat memberikan informasi betapa pentingnya penyuluhan dan latihan menyikat gigi bersama dalam mempengaruhi tingkat kebersihan rongga mulut yang dapat dijadikan sebagai suatu kegiatan pokok yang efektif untuk dilaksanakan.

II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kebersihan Rongga Mulut

2.1.1. Pengertian

Kebersihan rongga mulut adalah suatu kondisi atau keadaan dimana gigi terbebas dari *plak*, *debris*, *kalkulus*. *Oral Hygiene* adalah perawatan gigi dan mulut yang benar untuk mempertahankan dan mencegah penyakit (Kamus Kedokteran Dorlan, 1996).

2.1.2. Tujuan

Untuk menghilangkan plak secara teratur agar plak tidak terakumulasi sehingga menimbulkan kerusakan jaringan (Tan dalam Houwink *et al*, 1996).

2.1.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kebersihan rongga mulut

a. Plak

Plak gigi merupakan lapisan bakteri yang lunak, tidak terklasifikasi, menumpuk dan melekat pada gigi dan obyek lain didalam mulut seperti restorasi dan gigi tiruan. Plak berbentuk lapisan tipis pada umumnya tidak terlihat dan hanya dapat dilihat dengan bantuan bahan *disclosing*. Sedangkan dalam bentuk lapisan tebal plak terlihat sebagai deposit kekuningan atau keabu-abuan dan tidak dapat dilepas dengan kumur-kumur atau irigasi, tetapi dapat dihilangkan dengan penyikatan gigi. Jarang terletak pada permukaan oklusal gigi kecuali bila gigi tersebut tidak berfungsi sehingga terdapat deposit yang luas. Plak terbentuk lebih cepat dalam keadaan tidur daripada setelah tidur karena terdapat aksi mekanis dari pengunyahan makanan ditambah dengan aliran yang terstimulir dan akan mengalami suatu deposisi. Gerak mastikasi yang kuat akan menghasilkan keausan alami dari gigi pada permukaan oklusal dan interproksimal yang mengurangi deposisi plak (Manson dan Eley, 1993).

b. *Food Debris*

Food debris merupakan sisa-sisa makanan yang menempel pada

permukaan gigi setelah sebagian besar sisa-sisa makanan dilarutkan oleh enzim bakterial dan dibersihkan dari rongga mulut dalam waktu lima menit. Kecepatan pembersihan makanan dipengaruhi oleh saliva, kerja mekanis lidah, pipi dan bibir serta bentuk dan susunan gigi geligi dalam lengkung rahang, hal tersebut juga dipengaruhi oleh jenis makanan yang dikonsumsi individu dimana makanan cair lebih mudah dibersihkan daripada makanan dalam bentuk padat (Carranza, 1996).

c. *Stain*

Adalah suatu endapan terpigmentasi pada permukaan gigi. *Stain* ditemukan bervariasi dalam hal warna dan bersifat melekat pada permukaan gigi yang muncul akibat pigmentasi bakteri kromogenik, makanan dan bahan-bahan kimia (Carranza, 2002). Selain disebabkan oleh hal-hal tersebut, *stain* juga terjadi setelah atau pada saat terjadinya karies gigi. Permukaan gigi yang porus akibat proses karies menyebabkan benda asing masuk ke dalam gigi sehingga warna gigi menjadi berubah (Carranza, 1996).

d. Susunan Gigi Geligi

Gigi geligi

Fungsi gigi geligi menurut Dep Kes RI (1993) antara lain:

- 1). mengunyah makanan
- 2). membentuk makanan
- 3). berbicara
- 4). melisankan kata-kata
- 5). merangsang pertumbuhan rahang

Kalau diperhatikan sebuah gigi diluar mulut maka dapat kita bagi gigi tersebut menjadi tiga bagian yaitu:

- 1). mahkota gigi
- 2). akar gigi
- 3). leher gigi yang terletak diantara kedua bagian tersebut diatas.

Pada keadaan normal, hanya mahkota gigi sajalah merupakan bagian yang kelihatan di dalam mulut. Bagian-bagian lain yang tertutup oleh gusi dan

tertanam dalam tulang rahang (Tarigan, 1995).

Selain gigi didukung oleh jaringan gigi yaitu:

1). Jaringan keras terdiri dari:

a. dentin

adalah jaringan yang dijumpai pada bagian dalam mahkota dan akar gigi (Tarigan, 1995)

b. *Cementum*

Menurut Liebgott (1995) sementum adalah lapisan tipis seperti tulang yang bagian luar menutupi permukaan *radix dentis*. Merupakan bahan yang menopang serabut-serabut *kolagen ligamen periodontium*.

c. *Enamel*

Menurut Liebgott (1995) *enamel* adalah bahan yang sangat keras tetapi rapuh (bila tidak tertopang) yang membungkus dan menutupi *dentinum corona dentis*. Terdiri dari prisma atau *rod kalsifikasi* yang sangat padat.

2). Jaringan lunak terdiri atas:

a. Pulpa

Pulpa gigi berisi urat-urat saja, tapi sebenarnya disamping urat-urat saraf, disini dijumpai juga pembuluh darah dan pembuluh *limfe*. Dan bertambahnya umur, ruang pulpa semakin mengecil (Tarigan, 1995).

Menurut Carranza (2002) jaringan periodontium terbagi menjadi:

1. *Ginggiva*

Merupakan penutup tulang *alveolar*, *gingival* yang sehat berwarna *pink*, mengkilap, merah, dan tidak berkeratinisasi.

2. *Ligamen periodontium*

Memegang (menahan) gigi pada tulang rahang. Kedalaman *ligamen periodontium* normal antara 0,1 dan 0,25 mm.

3. Tulang *alveolar*

Bagian tulang yang merupakan tempat tertanamnya gigi.

4. *Cementum*

Cementum menutupi permukaan akar gigi. Bagian tebal sementum yaitu *cemento enamel junction* berukuran 50 mikro meter pada umur 10-20 tahun dan

akan menebal pada umur 70 tahun mencapai 130 mikrometer. Ketebalan sementum pada daerah *apical* mencapai 200 mikrometer pada umur 11-20 tahun dan pada umur 70 tahun akan bertambah 500 mikrometer.

b. *Papila*

Merupakan bagian mukosa yang menonjol diantara gigi-gigi (Tarigan, 1995).

Jenis Gigi dan Peranannya

Menurut Dep Kes RI (1993) dalam kehidupan manusia terdapat dua macam gigi yaitu:

a. Gigi sulung atau gigi anak-anak

Gigi sulung terdapat pada anak-anak dan tumbuh mulai bayi berumur sekitar enam bulan dan selesai dibentuk pada umur kurang lebih tiga tahun. Gigi sulung mulai pada umur enam tahun satu persatu diganti oleh gigi tetap sampai umur dua belas tahun, pada usia ini umumnya semua gigi sulung diganti oleh gigi tetap. Dalam keadaan lengkap, gigi sulung berjumlah dua puluh buah.

b. Gigi tetap atau gigi permanen

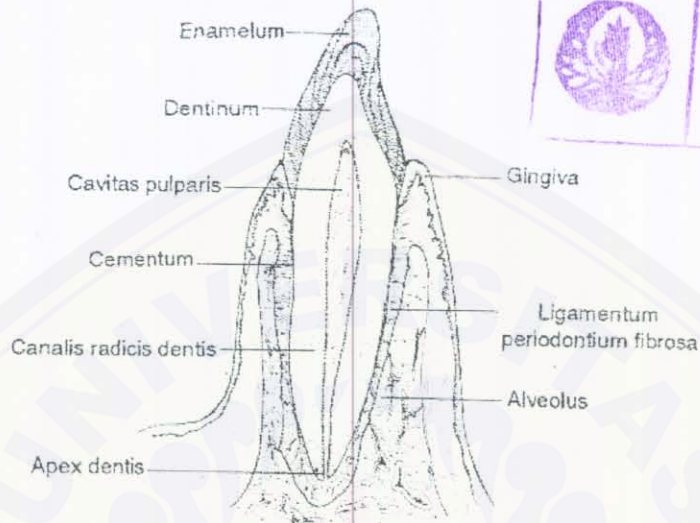
Gigi permanen yang pertama kali tumbuh pada umur enam tahun dan berakhir pada usia kurang lebih delapan belas sampai dua puluh tahun. Dalam keadaan lengkap gigi tetap berjumlah tiga puluh dua.

Peranan gigi menurut Dep Kes RI (1993) antara lain:

1. Gigi *insisivus*/gigi seri
 - memiliki pinggiran yang tajam dan tipis, mereka bertugas untuk memotong makanan;
2. Gigi *caninus*/gigi taring
 - yang letaknya disebelah gigi insisiv, berfungsi mencabik makanan menjadi bagian yang lebih kecil;
3. Gigi *premolar*/gigi geraham kecil
 - meneruskan pekerjaan daripada gigi taring yaitu menghancurkan makanan;
4. Gigi *molar*/gigi geraham

- mempunyai bentuk dengan luas permukaan yang besar, berfungsi menggiling makanan.

Gambar 1. Anatomi gigi



Penyakit Gigi dan Periodontal

Penyakit Gigi

Penyakit gigi yang dijumpai antara lain:

1). Karies Gigi

Karies Gigi adalah proses demineralisasi yang disebabkan oleh suatu interaksi antara (produk-produk) mikroorganisme, ludah, bagian-bagian yang berasal dari makanan dan email (Houwink, 1993).

Bentuk penampilan khusus karies:

a. Karies sika (*sica*)

Pada gigi-gigi sulung sering terlihat bahwa *bukal* gigi-gigi depan dan gigi-gigi *molar* setelah jatuhnya dinding kavitas mempunyai sedikit retensi plak.

Meskipun biasanya menyangkut kerusakan besar, pasien tidak merasakan rasa sakit. Ini terutama merupakan suatu masalah estetik.

b. Karies botol

Merupakan karies yang berkembang sangat cepat pada anak-anak

balita yang selalu minum susu atau minuman manis lainnya (ditempat tidur) dari botol. Biasanya banyak elemen yang terserang.

c. Karies tukang roti

Merupakan salah satu kelainan didalam mulut yang timbul akibat pekerjaannya yang hanya sedikit dijumpai.

d. Karies *sementum* atau karies leher

Ini terjadi apabila gingival terletak pada batas email-sementum dan adalah suatu bentuk karies yang timbul pada usia 40-50 tahun terutama permukaan *bukal*, sedang pada orang tua juga banyak dilihat pada permukaan *aproksimal* (Houwink,1993).

2). *Hiperemi pulpa*

Yaitu keadaan dimana sirkulasi darah didalam pulpa bertambah (Walton dan Torrabinejad, 1997).

3). *Pulpitis akut serous*

Yaitu suatu peradangan pulpa yang akut, rasa nyeri berulang-ulang sampai terus menerus(Walton dan Torrabinejad,1997).

4). *Pulpitis akut supuratif/purulenta*

Yaitu peradangan pulpa yang sangat nyeri oleh karena terjadi abses didalam pulpa (Walton dan Torrabinejad, 1997).

5). *Pulpitis Supuratif*

Yaitu peradangan pulpa yang dimana terjadi *perforasi* atap pulpa yang terlihat atau tidak.

Pulpitis kronis hiperplasi

Yaitu peradangan pulpa kronik pada pulpa terbuka dan terjadi penonjolan jaringan *granulasi* yang berasal dari pulpa yang masuk dalam *kavitas* (Walton dan Torabinejad, 1997).

6). *Nekrosis Pulpa*

Pulpa mati tanpa invasi kuman (Walton dan Torabinejad, 1997).

7). *Gangren Pulpa*

Yaitu jaringan pulpa dalam keadaan busuk karena invasi kuman.

8). *Granuloma*

Yaitu jaringan *granulasi* sekitar apeks gigi sebagai reaksi pertahanan tubuh terhadap infeksi saluran akar dan berbentuk bulat (Walton dan Torrabinejad, 1997).

9). *Kista*

Yaitu suatu tumor jinak dimana bila tidak terawat dapat membesar terus sehingga terkadang dapat menekan bagian-bagian lain disekitar muka (Tarigan, 1995).

Penyakit Periodontal

Penyakit periodontal yang sering dijumpai antara lain:

1. *Gingivitis Marginalis Kronis*

Adalah suatu peradangan gingiva yang bersifat kronis dan terletak pada margin gingiva.

Gingivitis marginalis kronis sering dijumpai pada anak-anak. Kondisi ini muncul 18% pada anak-anak berusia 5 tahun, 40% pada anak-anak usia 15 tahun (Andlaw dan Rock, 1992)

2. *Gingivitis Artefakta*

Merupakan *lesi* yang terjadi paling sering pada *margin gingiva* atau *papilla*, biasanya terjadi karena kuku jari. *Lesi* dapat berupa *ulser* atau berkerutnya *margin gingiva* setempat dari gigi yang memperlihatkan permukaan akar (Andlaw dan Rock, 1992).

3. *Resesi Gingiva*

Resesi gingiva setempat pada anak-anak terlihat paling sering pada permukaan *labial insisivus* rahang bawah dan kadang-kadang dikenal sebagai "*Stillman's cleft*". *Resesi gingiva* kadang-kadang dihubungkan dengan *frenulum labialis* yang melekat tinggi ke dalam *margin gingiva* bebas, yang dapat ditarik menjauhi gigi selama pergerakan normal dari bibir. Perlekatan *frenulum* yang tinggi juga menyulitkan anak untuk menjaga *margin gingiva* tetap bersih dengan sikat gigi (Andlaw dan Rock, 1992).

4. *Hiperplasi gingiva* yang berhubungan dengan terapi *penitoin*

Hiperplasi gingiva sering terlihat pada anak-anak yang menderita *epilepsi* dan menerima obat *penitoin* (*epanutin*). *Penitoin* tidak langsung menyebabkan reaksi *hiperplastik*; sebab utamanya adalah *plak* gigi tetapi obat tersebut nampaknya memperbesar respon jaringan penghubung didalam jaringan *gingiva* (Andalw dan Rock, 1992).

5. *Periodontitis*

Adalah suatu peradangan jaringan periodontal.

Dikenal dua keadaan klinis yaitu:

- a. *periodontitis prapubertas*
- b. *juvenile periodontitis*

Juvenile periodontitis mengenai gigi tetap beberapa tahun setelah *erupsi*. Bentuk lokal ditemukan secara khas mengenai gigi insisivus dan molar pertama. Penyakit ini paling sering nampak pada masa remaja tetapi dapat pula ditemukan pada anak-anak usia 10-12 tahun. Endapan-endapan *plak* sedikit dan gingiva dapat tampak normal, tetapi kantong periodontal yang dalam akan berdarah pada sondasi. Gigi-gigi yang parah terkenanya, akan goyang (Andlaw dan Rock, 1992).

Menurut Tarigan (1990), ras tertentu dengan rahang yang sempit, sehingga gigi-gigi pada rahang sering tumbuh tidak teratur, tentu dalam keadaan tersebut akan mempersukar pembersihan gigi.

e. Perilaku Menjaga kebersihan Gigi

1). DHE (Dental Health Education/ Pendidikan Kesehatan Gigi)

a.1. Pengertian

Pendidikan Kesehatan Gigi atau *DHE* merupakan pendidikan non formal yang merupakan proses pendidikan yang terencana, terarah dan berkesinambungan dalam merubah perilaku yang menguntungkan terhadap kesehatan gigi dan mulut. Perubahan yang dimaksud adalah perubahan tingkah laku individu atau kelompok yang meliputi perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan yang mengarah kepada upaya hidup sehat. Perilaku adalah respon individu terhadap stimulasi, baik yang berasal dari luar maupun dari dirinya

(Astoeti dan Boesro, 2002).

a.2. Tujuan DHE

Tujuan *Dental Health Education* menurut Astoeti dan Boesro (dalam Wang, 1974) adalah individu atau masyarakat:

1. memiliki rasa tanggung jawab terhadap kesehatan dirinya, keselamatan lingkungan dan masyarakat,
2. melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan melalui rehabilitasi yang disebabkan penyakit gigi dan mulut,
3. memiliki pengertian yang lebih baik tentang eksistensi dan perubahan-perubahan sistem dan cara memanfaatkannya dengan efisien dan efektif, dan
4. mempelajari apa yang dia dapat, dia lakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu minta pertolongan kepada system pelayanan kesehatan gigi yang formal.

a.3. Sasaran PKG atau DHE

Sasaran untuk *Dental Health Education* atau Pendidikan Kesehatan Gigi menurut Herrijulianti (2002) secara umum dapat dibedakan menjadi:

- a. Masyarakat umum dengan orientasi masyarakat pedesaan sesuai dengan orientasi kebijakan pembangunan.
- b. Masyarakat sekolah, sebagai masyarakat yang mudah dicapai, meliputi sekolah umum, sekolah kejuruan terutama yang menghasilkan tenaga kelas yang bertugas dalam pembinaan masyarakat.
- c. Kelompok masyarakat tertentu, misalnya kader kesehatan yang membantu menggerakkan dan menyebarkan informasi.

a.4. Penyelenggaraan PKG dan Kesehatan Gigi dan Mulut

Suatu program kesehatan gigi dan mulut terlaksana, penyelenggaraan pelayanan kesehatan gigi dan mulut dapat dilaksanakan melalui program Puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Swasta.

a.4.1. Pelayanan Kesehatan Gigi di Puskesmas

Pelayanan kesehatan gigi sebagai salah satu program puskesmas ditujukan

kepada seluruh keluarga dan masyarakat diwilayah kerjanya. Oleh karena itu pelayanan kesehatan gigi dapat dilaksanakan digedung puskesmas maupun diluar gedung Puskesmas seperti disekolah dan Posyandu. Upaya kesehatan gigi sampai saat ini belum berjalan dengan optimal oleh karena adanya berbagai kendala, baik sarana, tenaga, biaya operasional maupun kondisi sosial ekonomi masyarakat. Mengingat kendala-kendala diatas telah dikembangkan suatu model pelayanan berlapis (*level care*) sesuai dengan sumber daya yang ada meliputi *Primary oral health care* dan system rujukan yang berjenjang. Tujuan pelayanan berlapis adalah untuk memberikan pelayanan yang menyeluruh dengan tingkat-tingkat pelayanan yang dikaitkan dengan sumber daya yang ada di masyarakat dan institusi pelayanan. Hal ini berarti bahwa institusi pelayanan darurat dasar yang tersebar seluas mungkin dengan melibatkan tenaga kader kesehatan dan kesehatan lainnya (bidan, perawat, dll). Diharapkan seluruh unit pelayanan kesehatan, khususnya kesehatan lebih mengembangkan misi Puskesmas, yaitu "Puskesmas yang responsive, efektif, dan proaktif" (Dep Kes RI, 2002).

a.4.2. Kendala-Kendala Pelayanan Di Puskesmas

Departemen Kesehatan menyatakan faktor-faktor yang menjadi kendala (Ditsegi, 1994) adalah:

1. Kesadaran siswa untukelihara diri (*self care*) dalam kesehatan gigi dan mulut masih kurang,
2. Belum meratanya penyebaran tenaga dan peralatan kesehatan gigi tiap-tiap propinsi,
3. teknologi pengobatan menggunakan bur listrik, yang melibatkan terbatasnya jangkauan,
4. masih melemahnya menagement program UKGS berbagai jenjang serta kurangnya biaya operasional.

a.4.3. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di Puskesmas

Pelaksanaan pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas pada dasarnya diselenggarakan dalam bentuk kegiatan sebagai berikut:

Pembinaan atau pengembangan kemampuan dan peran serta masyarakat dalam upayaelihara diri (*self care*), melalui pengembangan upaya kesehatan

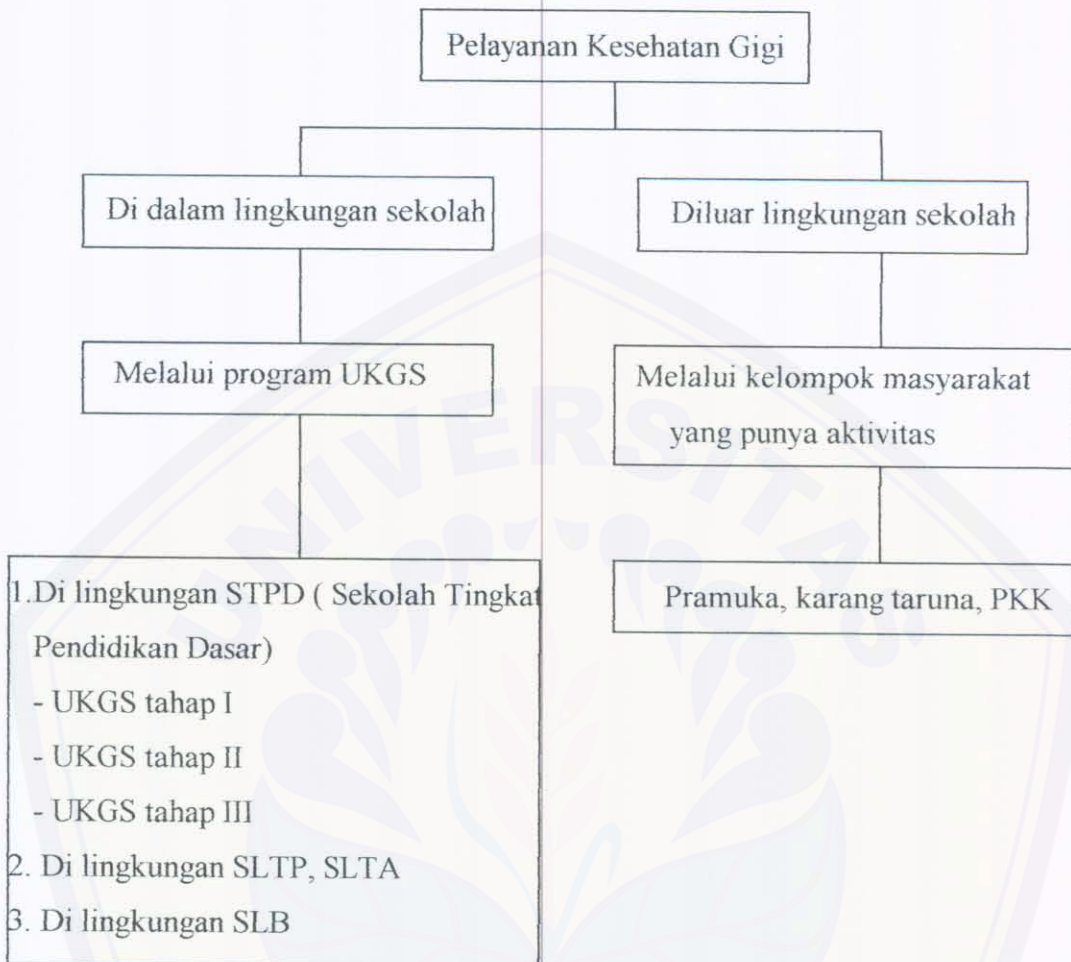
yang bersumber pada otoaktivitas masyarakat dengan pendekatan UKGM (Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat).

Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat (UKGM) adalah suatu pendekatan *edukatif* yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dan peran serta masyarakat dalam pemeliharaan kesehatan gigi, dengan mengintegrasikahn upaya promotif, preventif kesehatan gigi pada berbagai upaya kesehatan yang bersumber daya masyarakat dan berlandaskan pendekatan *primary health care* (posyandu, bina keluarga balita, polindes, ponstren, taman kanak-kanak dsb (Herijullianti, 2002).

2. Pelayanan Kesehatan Gigi Anak Usia Sekolah

Pada garis besarnya upaya pelayanan kesehatan pada anak usia sekolah dapat digambarkan sebagai berikut:

Menurut Herijullianti (2002) Upaya Pelayanan Kesehatan Gigi pada anak usia sekolah dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2. Skema Pelayanan Kesehatan Gigi Anak Usia Sekolah

Melalui Jalur Di Luar Lingkungan Sekolah

a. Melalui jalur pramuka

Dilakukan kerjasama antara kwartir pramuka dan Jenderal Pembinaan kesehatan masyarakat / Dinkesmas, yaitu sejak tahun 1983 dibentuk satuan karya pramuka bakti husada / saka bakti husada ini adalah satuan karya pramuka yang merupakan wadah kegiatan untuk pengetahuan dan keterampilan praktis dalam bidang kesehatan (Herijullianti, 2002).

b. Melalui karang taruna

Upaya kesehatan gigi dan mulut melalui jalur karang taruna, PKK terutama ditujukan pada anak-anak putus sekolah. Pada dasarnya merupakan



sebagian dari sarana upaya kesehatan gigi dengan pendekatan PKMD / UKGMD (Herijullianti, 2002).

Upaya Kesehatan Gigi Melalui Jalur Sekolah

Usaha Kesehatan Gigi Sekolah adalah bagian integral dari usaha kesehatan gigi (UKS) yang melaksanakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut secara terencana, pada para siswa, terutama siswa Sekolah Tingkat Dasar (STD) dalam kurun waktu tertentu, diselenggarakan secara berkesinambungan melalui paket UKS yaitu paket minimal, paket standart dan paket optimal. UKGS dilingkungan STD mempunyai sasaran semua anak sekolah tingkat pendidikan dasar (6 – 14 thn) (Herijullianti, 2002).

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut diberikan pada anak usia sekolah dengan maksud agar mendapatkan generasi yang sehat dan bangsa yang kuat, seperti diharapkan oleh pemerintah yang dituangkan dalam undang-undang pokok kesehatan bab 1 pasal 3 ayat 1 yang berbunyi “ Pertumbuhan anak sempurna dalam lingkungan hidup yang sehat dan bangsa yang kuat” (Herijullianti, 2002).

a.4.4. Kegiatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada anak usia sekolah antara lain:

a. Penyuluhan yang disesuaikan dengan kurikulum Diknas

a.1. Pengertian penyuluhan

Menurut Danamik dan Sinaga (dalam Gondoyowono, 1997) penyuluhan adalah suatu penerangan yang menekankan pada suatu objek tertentu dan hasil yang diharapkan suatu perubahan perilaku individu atau sekelompok orang. Sedangkan penyuluhan kesehatan gigi adalah suatu pendidikan non formal yang diberikan pada masyarakat dan bertujuan menambah pengetahuan mengenai kesehatan gigi dan mulut, meningkatkan sikap dan motivasi kedisiplinan terhadap kesehatan gigi dan mulutnya serta meningkatkan ketrampilan menyikat gigi dan kumur-kumur dengan baik dan benar (Gondoyowono dan Badri, 2002).

a.2. Penyuluhan kesehatan gigi di sekolah-sekolah

Penyuluhan mempunyai efek terhadap anak-anak yang disuluh sehingga diharapkan akan terjadi perubahan perilaku yang meliputi aspek kognitif, efektif dan psikomotor (Gondoyowono, 1997).

Tahap-tahap untuk merubah tingkah laku antara lain:

1. tingkat kesadaran
2. tingkat perhatian
3. tingkat evaluasi
4. tingkat percobaan
5. tingkat adopsi

Selain itu penyuluhan yang dilakukan didukung oleh peragaan-peragaan model dan poster. Selain melihat dan mendengarkan anak-anak juga diajarkan secara langsung berupa latihan yang diharapkan mereka sadar akan tingkah lakunya yang baru, tertarik, menilai dan mencoba dan pada akhirnya mereka menganut tingkah laku yang baru dalam menjaga kebersihan gigi dan mulutnya (Danamik dan Sinaga, 2002).

a.3. Materi penyuluhan kesehatan gigi antara lain:

1). Bagaimana supaya gigi terawat dengan baik

- a. Pengertian menyikat gigi
- b. Tujuan

Tujuannya adalah membersihkan semua sisa-sisa makanan dari permukaan gigi serta pemijatan gusi (Tarigan, 1995).

c. Cara penyikatan gigi

Ada beberapa cara penyikatan gigi yang baik, sehingga dapat diajarkan kepada pasien menurut Andlaw dan Rock (1992) yaitu:

1. Cara "*Rolling Stroke*"

Cara ini dianjurkan kepada mereka yang mempunyai gusi yang sehat dan normal.

Keuntungan dari cara ini menurut Harris and Gordoy (1999) antara lain:

- a. Digunakan pada masa geligi pergantian dan geligi tetap
- b. Merangsang kesehatan jaringan gingiva
- c. Efektif membersihkan debris dan plak.

2. Cara "*Stillman*"

Cara ini mementingkan pemijatan (*mesasase*) dari bagian interdental, sehingga sikat diputar kearah servikal ke oklusal.

3. Cara “*Charter*”

Cara ini mementingkan terapi periodontal dan pijatan gusi.

4. Cara “*Hirsch Fold*”

Cara ini mementingkan pembersihan bagian dari servikal gigi.

5. Cara “*Scrub Brush*”

Mementingkan menggosok gigi bagian oklusal ke arah mesial dan distal

6. Cara “*Fone*”

Cara ini banyak digunakan anak-anak kecil yang belum dapat menyikat giginya sendiri.

Caranya:

- gigi anak harus dalam keadaan oklusi
- sikat diletakkan antara pipi dan gigi pada gigi posterior kiri dan sikatlah dengan arah sirkuler dan kemuka sampai bagian anterior
- dilanjutkan sebelah kanan
- selanjutnya mulutnya dibuka, sikat bagian palatinal, lingual dan oklusal pada gigi rahang atas dan rahang bawah.

7. Cara “*Bass*”

Arah bulu sikat pada margin gingival dan mengarah ke apikal kira-kira 45 derajat dengan sumbu panjang gigi, getaran sikat dengan tidak merubah posisi bulu sikat.

d. Waktu Menggosok Gigi

Menggosok gigi sebaiknya dua kali sehari, sehabis makan, dan yang paling baik adalah pada waktu malam hari ketika mau tidur. Menggosok gigi sehabis makan karena terkait dengan pembentukan asam, derajat asam akan turun dalam waktu lima menit pertama (Tarigan, 1995). Selain itu pada malam hari pembersih alam kita yaitu air ludah sekresinya akan turun dan pH-nya akan menjadi rendah. Keadaan ini yang akan menimbulkan karies (Suwelo, 1992).

e. Cara Memilih Sikat Gigi

Sikat gigi manual yang dipakai dipasaran berbagai macam dan mempunyai banyak perbedaan yaitu:

- bentuk dan besarnya tungkai kepala sikat

- posisi kepala sikat terhadap tangkainya
- kekuatan dan kelenturan sikat gigi
- bentuk permukaan bulu sikat yang dibedakan atas lurus dan datar, cekung, *zig-zag* dan saling-silang
- posisi bulu sikat (Lina dan Dewi, 2002).

Sedangkan sikat gigi untuk anak-anak menurut Wilson (1996) harus memiliki syarat-syarat sebagai berikut:

- kepala sikat kecil (1 inchi sampai 1 ¼ inchi)
- bulu lunak
- pegangan lurus
- rata.

Beberapa penulis berkesimpulan bahwa besarnya kepala tidak memperlihatkan beda efek, tetapi sebagian besar senang dengan sikat berkepala pendek, sebab dengan sikat macam ini dapat mencapai tempat-tempat yang ruangnya terbatas. Sehubungan dengan jenis bulu yang digunakan pada sikat gigi pada umumnya orang berpendapat bahwa bulu tiruan lebih disenangi berdasarkan pertimbangan kesehatan, bekerjanya abrasif, kemungkinan standarisasi atau sifat fisik lainnya (Houwink, 1993).

Beberapa pendapat menyatakan bahwa sikat gigi yang permukaan bulu sikatnya rata seperti yang dianjurkan ADA cukup baik membersihkan gigi secara umum, tapi kurang cocok untuk permukaan cekung atau cembung, sedangkan peneliti lain menganggap permukaan sikat gigi *zig-zag* dapat membersihkan daerah proksimal yang jauh lebih baik (Lina dan Dewi, 2002).

f. Alat pembersih gigi yang lain

1. Interdental *Flossing*

Penggunaan dental *floss* memungkinkan plak dihilangkan dari permukaan aproksimal gigi yang tidak terjangkau oleh sikat gigi. Oleh karenanya, *flossing* harus diperkenalkan pada anak dengan teknik yang mudah dan efisien sebagai bagian dari prosedur menggosok gigi dan antusiasme. Teknik *flossing* yang salah dapat mengakibatkan banyak kerusakan daripada perbaikan yang didapat.

Nasehat yang diberikan pada anak dan orang tua tentang teknik *flossing*

antara lain:

1. Gunakan floss yang *unwaxed* (tidak dilapisi lilin). *Floss* yang *waxed* (dilapisi lilin), dapat meninggalkan lapisan *wax* (lilin) pada permukaan gigi yang menghambat penyerapan flour dari pasta gigi atau pemberian topikal.
2. Potong *floss* kira-kira 30-40 cm panjangnya dan dengan ringan diputar ujungnya sekitar jari tengah.
3. Ujung jari/ibu jari tempat *floss* tidak lebih dari 2 cm jaraknya, supaya dapat mengendalikan *floss* dengan baik.
4. Lewatkan *floss* perlahan-lahan melalui titik kontak dengan menggerakkan *floss* ke arah *buko-lingual* sampai masuk perlahan-lahan. Hindari pemaksaan yang kasar karena dapat membuat trauma pada papila interdental.
5. Setelah melakukan *flossing* semua gigi-gigi, kumur mulut dengan kuat untuk mengeluarkan plak dan debris pada ruang interdental (Andlaw dan Rock, 1992).

Sedangkan untuk pasien anak-anak akan menggunakan dental *floss* apabila memiliki masalah *dexterity*, *arthritis* atau masalah-masalah kesehatan lainnya. Anak-anak mungkin akan lebih mudah menggunakan dental *floss* jika mereka memulainya dengan *floss* yang pendek (12 inchi), diikatkan secara bersama-sama dengan seperempat lilitan sampai membentuk kancing, dililitkan pada tangan antara jari tengah, jari manis, jari kelingking dan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk sebagai petunjuk penempatan *floss* (Wilson, 1996).

g. Diet

1. Pengertian diet

Menurut kamus kedokteran (2003) diet adalah aturan makan khusus untuk kesehatan dan sebagainya (biasanya atas petunjuk dokter).

Berdasarkan uraian tersebut, maka kebersihan mulut maupun diet makanan yang banyak mengandung karbohidrat merupakan faktor yang paling menentukan (Suwelo, 1992).

2). Pesan Penyuluhan Kesehatan Gigi Masyarakat

Agar dapat dimengerti, pesan-pesan kesehatan gigi harus sederhana. Umumnya pesan-pesan tersebut meliputi 4 hal berikut:

1. Hindari kudapan manis, lengket, diantara waktu makan,
2. Gosok gigi secara menyeluruh sekurang-kurangnya dua kali sehari dengan pasta gigi yang mengandung flour,
3. Flouridasi air minum,
4. Perikasakan gigi secara teratur (Andlaw dan Rock, 1992).

b. Pelatihan sikat gigi bersama

Teknik latihan menyikat gigi bersama menurut Danamik dan Sinaga (2002) yaitu:

- a. Setiap murid diinstruksikan menyikat gigi dengan metode roll;
- b. Kumur-kumur dengan air bersih;
- c. Setiap murid ditetesi larutan pewarna plak untuk mengetahui apakah giginya sudah bersih atau tidak pada bagian ujung lidahnya kemudian disapukan keseluruh permukaan gigi;
- d. Kumur-kumur kembali dengan air bersih;
- e. Setiap murid disuruh melihat giginya dicermin, apakah masih terdapat warna merah pada giginya;
- f. Jika masih ada murid-murid disuruh menyikat kembali giginya sampai warna merah hilang;
- g. Murid-murid dianjurkan melakukannya dirumah sehingga secara individual cara penyikatan terlatih.

III. METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Penelitian yang akan dilakukan adalah penelitian survey dengan metode *Kohort*. Survey *kohort* merupakan penelitian dengan pendekatan waktu secara longitudinal. Dasar penelitian *kohort* adalah unsur sebab akibat terdapat waktu masa depan. Karakter subyek yang diobservasi bukan hanya status pada saat dilakukan penelitian, tetapi dilihat perkembangannya pada periode tertentu, baik ke depan (*prospektif*).

3.2. Tempat dan Waktu penelitian

3.2.1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di SDN Arjasa I dan II kelas IV dan V di Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember dan berada di wilayah kerja Puskesmas Arjasa Kabupaten Jember.

3.2.2. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan Maret, April, Mei, Juni 2004.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah siswa SDN Arjasa I dan II Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember yang berjumlah 154 siswa.

3.3.2. Sampel

a. Kriteria sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah populasi yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Siswa terdaftar di SDN Arjasa I dan II kecamatan Arjasa Kabupaten Jember;
2. Siswa duduk di kelas IV dan V yang berada di SDN Arjasa I dan II

Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember;

3. Berumur 9 sampai 11 tahun
4. Tidak memakai alat ortodonsia

b. Cara pengambilan sampel

Sampel diambil dengan cara *proporsional simple random sampling*. Untuk kelas V sebanyak 15 orang dan kelas IV sebanyak 15 orang pada SDN Arjasa I yang merupakan kelompok perlakuan. Sedangkan untuk SDN Arjasa II sebanyak orang yang terdiri dari 15 kelas V dan 15 kelas IV yang sekaligus merupakan kelompok tanpa perlakuan atau kontrol.

c. Besar Sampel

Menurut Oetoyo (1993) bahwa besar sample 20% dari jumlah sample yaitu 154 yang mewakili populasi.

1.4. Alat – alat Dan Bahan

1.4.1. Alat – alat kedokteran Gigi

1. Kaca Mulut
2. Pinset
3. Sonde
4. Alkohol 70 %
5. *Disclosing agent*
6. *Neerbeken*
7. Kapas
8. Alat Peraga berupa poster

1.4.1. Kuisisioner

Metode : angket

1.5. Identifikasi Variabel

1.5.1. Variabel Bebas

Varriabel bebas dalam penelitian ini antara lain:

a. Penyuluhan

Definisi Operasional : Suatu penerangan yang menekankan pada suatu

obyek tertentu dan hasilnya yang diharapkan suatu perubahan perilaku individu atau sekelompok orang.

Metode pengukuran : responden diminta untuk mendengarkan dan menerapkannya dalam kehidupan sehari – hari.

Alat ukur : Kuisisioner

b. Menyikat gigi

Definisi operasional : Suatu kegiatan yang berupa membersihkan gigi tanpa memperhitungkan teknik, jenis sikat gigi, waktu, lamanya menyikat gigi, dengan atau tanpa pasta.

Metode pengukuran : Responden diminta mengisi kuisisioner dengan didampingi oleh peneliti.

Alat Ukur : Kuisisioner

1.5.2. Variabel terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini antara lain:

Kebersihan rongga mulut

Definisi operasional : Suatu kondisi atau keadaan dimana gigi terbebas dan plak, kalkulus dan debris.

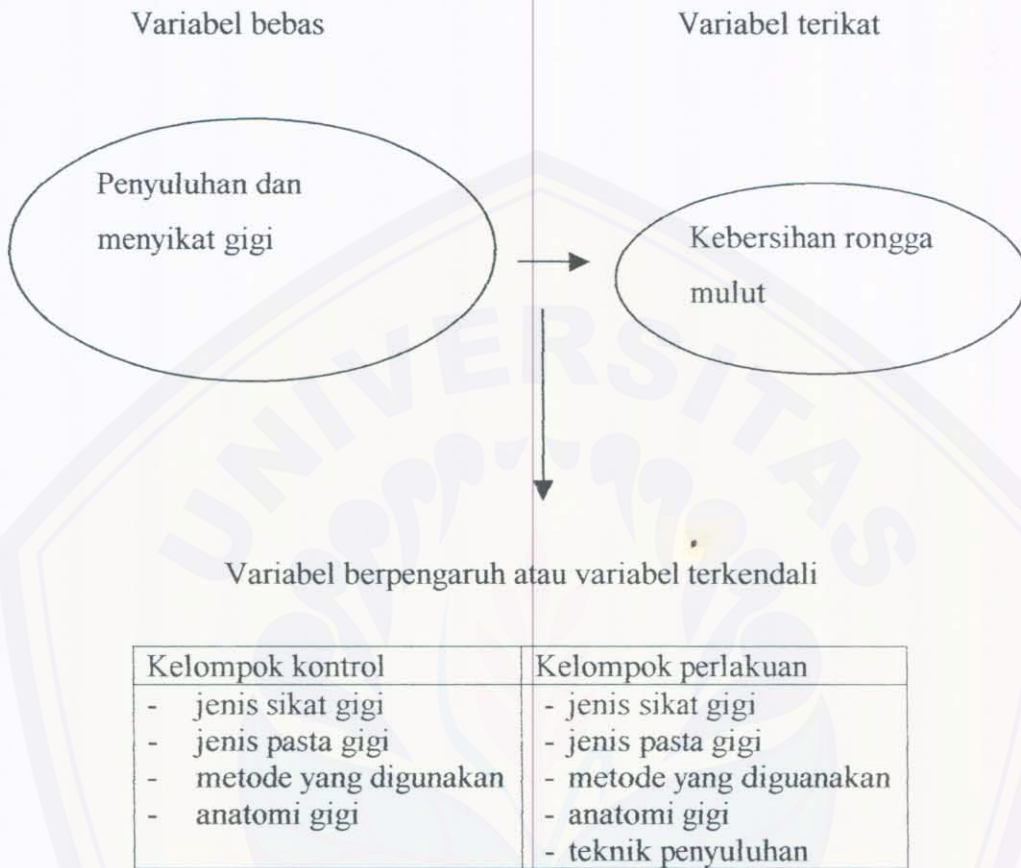
Metode pengukuran : Melakukan pemeriksaan langsung kebersihan rongga mulutnya dengan menggunakan OHI – s dari Green dan Vermillion.

Alat ukur : OHI-s dari Green dan Vermillion

1.5.3. Variabel berpengaruh atau terkontrol

1. jenis sikat gigi
2. jenis pasta gigi
3. metode yang digunakan
4. anatomi gigi
5. teknik penyuluhan

1.6. Kerangka Penelitian



Gambar 3. Kerangka Penelitian

1.6. Metode Pengukuran

1.6.1. Pengukuran Kebersihan Rongga Mulut

Menurut Carranza (1996) pengukuran data hasil penelitian dengan menggunakan OHI-s (*Oral Hygiene Index- simplified*). OHI-s sendiri terdiri dari dua komponen yaitu :

1. DI – s (Debris Index – s)
2. CI – s (Calculus Index – s)

Yang diperiksa enam permukaan dari enam gigi yaitu :

- permukaan fasial $\frac{6 \quad 1 \quad 6}{- \quad | \quad -}$
- permukaan lingual $\frac{\quad \quad \quad}{6 \quad | \quad 6}$



Bila tidak ada gigi- gigi tersebut diganti dengan gigi sebelahnya, misalnya :



Kriteria gigi yang diukur adalah :

- gigi yang sudah erupsi sempurna
- gigi dengan mahkota tiruan yang besar dan karies tidak diperiksa

Debris Index – s

Caranya adalah dengan menggunakan sonde yang ditempatkan pada *incisal third*

Gigi yang kemudian digerakkan kearah *gingival third*.

Kriteria penilaian :

- 0 = tidak ada debris atau stain
- 1 = debris menutupi mahkota gigi kurang dari atau sama dengan permukaan gigi atau terdapat stain menutupi permukaan gigi.
- 2 = debris menutupi lebih dari sepertiga permukaan gigi tetapi kurang dari dua pertiga
- 3 = debris lebih dari dua pertiga permukaan gigi

<p>Rumus DI-s</p> $\frac{\text{Jumlah skor gigi}}{\text{Jumlah gigi yang diperiksa}}$

Calculus Index – s

Cara mengukurnya adalah sonde dimasukkan *sulkus gingiva* dan digerakkan ke mesial ke distal.

Kriteria :

1 = *supragingival calculus* menutupi mahkota kurang dari sepertiga permukaan gigi

2 = *supra gingival calculus* menutupi sepertiga gigi tetapi kurang dari dua pertiga atau adanya bintik kalkulus subgingiva atau keduanya

3 = *supra gingival calculus* lebih dari dua pertiga gigi atau kalkulus yang melingkar di subgingiva atau keduanya.

$$\text{Rumus CI – s} = \frac{\text{Jumlah skor kalkulus}}{\text{Jumlah gigi yang diperiksa}}$$

Kriteria klinis yang didapat:

Nilai	Kriteria klinis
0,0 – 1,2	Baik
1,3 – 3,0	Sedang
3,1 – 6,0	Buruk

1.6.2. Pengetahuan Tentang Kesehatan Gigi

Pengukuran pengetahuan tentang kesehatan gigi dapat diketahui melalui kuisisioner yang bersifat tertutup diminta mengisi kuisisioner tersebut. Untuk menghitung persentase pengetahuan kesehatan siswa tentang kesehatan gigi digunakan skala 0 – 100.

Kemudian tingkat pengetahuan kesehatan gigi siswa dimasukkan dalam kategori sebagai berikut :

80 – 100 : golongan A yaitu golongan terbaik

70 – 79 : golongan B yaitu golongan baik

60 – 69 : golongan C yaitu golongan sedang

0 – 59 : golongan D yaitu golongan buruk

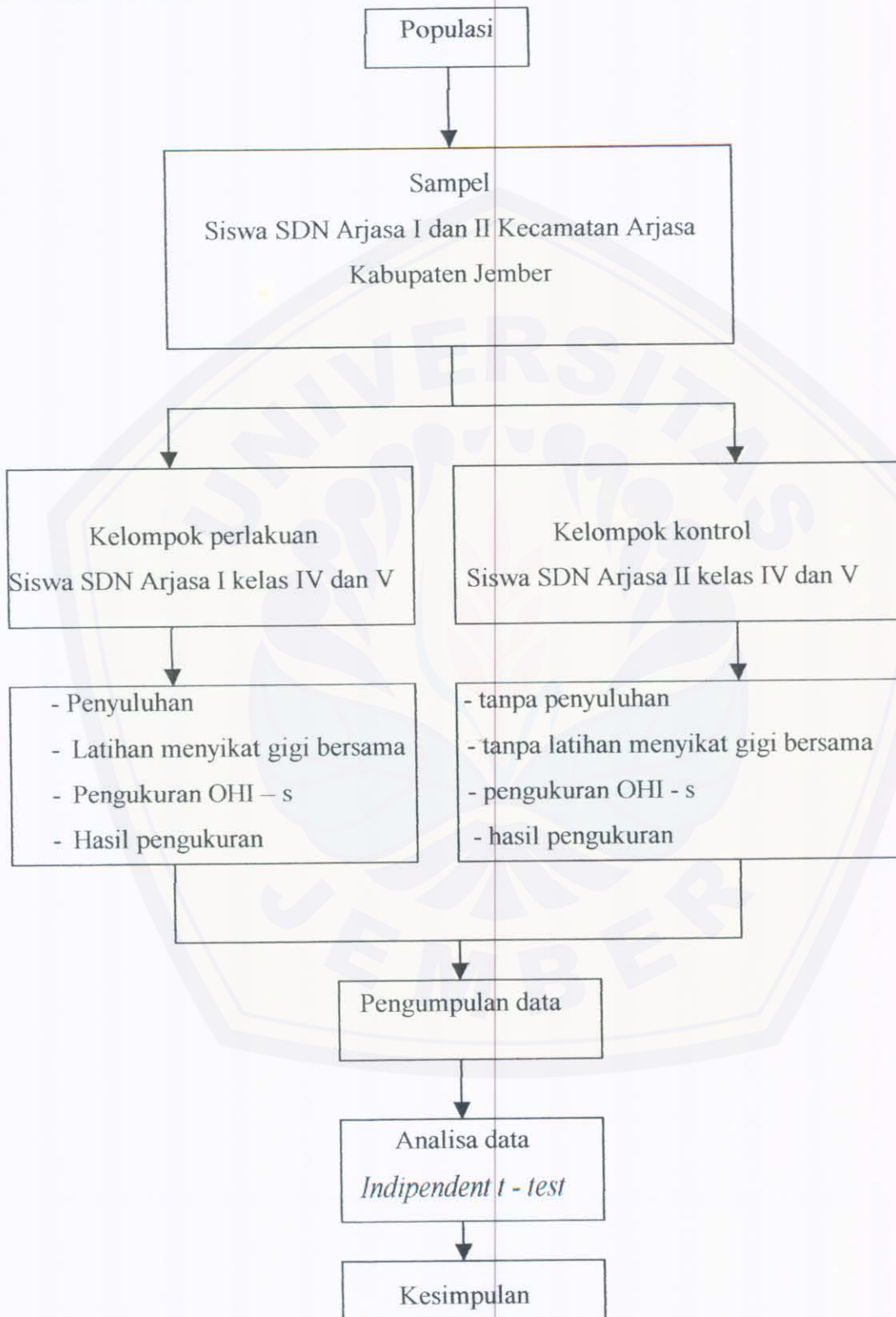
(Marwan, 1985)

1.7. Analisa Data

Data yang diperoleh berdasarkan hasil penelitian selanjutnya dilakukan uji secara statistik dengan menggunakan uji *independent t – test*.



3.9. Alur Penelitian



Gambar 4. Alur Penelitian

IV. HASIL PENELITIAN

4.1. Tingkat Kebersihan Rongga Mulut

Penelitian tentang pengaruh penyuluhan dan latihan menyikat gigi bersama terhadap kebersihan rongga mulut dilakukan dengan analisa metode *Independent T- test*. Pengukuran kebersihan rongga mulut ini menggunakan OHI-s yang terdiri dari penjumlahan antara kalkulus indeks (CI-S) dan debris indeks (DI-S). Setelah dilakukan penelitian dan pengukuran terhadap kebersihan rongga mulut pada bulan Maret, April, Mei, Juni 2004 didapatkan suatu perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Untuk kelompok perlakuan kelas V didapatkan suatu tingkat kebersihan rongga mulut yang semakin baik. Hal ini dapat dilihat pada tabel satu yaitu untuk tahap pertama didapatkan OHI-s sebesar 2, untuk tahap kedua didapatkan 1,5, tahap ketiga didapatkan 1 dan tahap keempat didapatkan 0,5. Sedangkan untuk kelompok kontrol didapatkan pada tahap pertama yaitu 2,5, tahap kedua 2, tahap ketiga didapatkan 1,6, dan tahap keempat didapatkan 1 (tabel. 1). Hal ini menunjukkan bahwa kebersihan rongga mulutnya dari tahap ke tahap semakin baik. Sedangkan rata-rata untuk kelompok perlakuan kelas V 1,5750 dengan standart deviasi 0,4349 dan dengan angka probabilitas 0,031 ($p < 0,05$). Dan rata-rata yang didapatkan setelah dilakukan uji analisa yaitu 2,2500 dengan standart deviasi 0,2082 yang mana angka probabilitasnya adalah 0,045 ($p < 0,05$) (tabel. 2).

Tabel. 1. Hasil Pengukuran Kebersihan Rongga Mulut Kelas V

	OHI-s Pertahap			
	Tahap 1	Tahap 2	Tahap 3	Tahap 4
Kelompok Perlakuan	2	1,5	1	0,5
Kelompok Kontrol	2,5	2	1,6	1

Sumber: Data Primer Terolah

Tabel 2. Tingkat Kebersihan Rongga mulut Kelas V

	Mean OHI-s	Std. Deviation	p
Kelompok perlakuan	1,5750	0,4349	0,031
Kelompok kontrol	2,2500	0,2082	0,045

Sedangkan rata-rata OHI-s kelas IV kelompok perlakuan pertahap didapatkan yaitu untuk tahap pertama 2, tahap kedua yaitu 1,9, tahap ketiga 1,6, tahap keempat 1,2 (tabel. 3). Sedangkan rata-rata yang didapat setelah dilakukan uji analisa adalah 1,6750 dengan standart deviasi 0,3594 dan angka probabilitasnya adalah 0,014 ($p < 0,05$) untuk kelompok perlakuan (tabel. 4). Sedangkan untuk kelompok kontrol OHI-s yang didapat pertahap yaitu untuk tahap pertama 2,7, tahap kedua 2,4 tahap ketiga 2,3, tahap keempat 2,2 (tabel. 3). Sedangkan setelah diuji dengan uji *independent t-test* didapatkan 2,4000 dengan standart deviasi 0,2160 dan probabilitas 0,019 ($p < 0,05$) (tabel. 4).

Tabel 3. Hasil Pengukuran Tingkat Kebersihan Rongga Mulut Kelas IV

	OHI-s Pertahap			
	Tahap 1	Tahap 2	Tahap 3	Tahap 4
Kelompok Perlakuan	2	1,9	1,6	1,2
Kelompok Kontrol	2,7	2,4	2,3	2,2

Sumber: Data Primer Terolah

Tabel 4. Tingkat Kebersihan Rongga Mulut Kelas IV

	Mean OHI-s	Std. Deviation	p
Kelompok perlakuan	1,6750	0,3594	0,014
Kelompok kontrol	2,4000	0,2160	0,019

4.2. Tingkat Pengetahuan Kesehatan Gigi

Pengetahuan kesehatan gigi siswa diukur menggunakan sistem skor yang

telah diperoleh dari kuisioner yang ada (terlampir), kemudian pembagian interval skor seperti yang ada dalam metodologi penelitian dengan tujuan membedakan tingkat pengetahuan kesehatan rongga mulut siswa.

Tabel 5. Distribusi Tingkat Pengetahuan Kesehatan Gigi Siswa Kelas V Kelompok Perlakuan

No	Pengetahuan Kesehatan Gigi	Jumlah Pertahap				Persentase (%) Pertahap			
		1	2	3	4	1	2	3	4
1	Terbaik	2	2	3	5	13,3	13,3	20	33,3
2	Baik	3	10	10	8	20	66,7	66,7	53,3
3	Sedang	10	3	2	2	66,7	20	13,3	13,7
4	Buruk	-	-	-	-	-	-	-	-
		15	15	15	15	100	100	100	100

Sumber : Data Primer Terolah

Pengetahuan kesehatan gigi kelas V kelompok perlakuan antara tahap 1 sampai 4 mengalami kenaikan yang cukup berarti. Hal ini dapat dilihat dari skor diatas 60 (kategori sedang, baik dan terbaik) adalah 100 % yaitu seluruh sampel 15 orang. Dan yang mendapatkan skor buruk tidak ada.

Tabel 6. Distribusi Tingkat Pengetahuan Kesehatan Gigi Siswa Kelas IV Kelompok Perlakuan

No	Pengetahuan Kesehatan Gigi	Jumlah Pertahap				Persentase (%) Pertahap			
		1	2	3	4	1	2	3	4
1	Terbaik	5	5	6	5	33,3	33,3	40	33,3
2	Baik	5	5	9	10	33,3	33,3	60	66,7
3	Sedang	5	5	-	-	33,3	33,3	-	-
4	Buruk	-	-	-	-	-	-	-	-
		15	15	15	15	100	100	100	100

Sumber : Data Primer Terolah

Pengetahuan kesehatan gigi kelas IV kelompok perlakuan antara tahap 1 sampai 4 mengalami kenaikan yang cukup berarti. Hal ini dapat dibuktikan dari skor yang didapat yaitu diatas 60 dalam kategori (terbaik, baik, sedang) sebanyak 100 % yaitu 15 orang atau seluruh sampel. Sedangkan yang mendapatkan skor buruk tidak ada.

Tabel 7. Distribusi Pengetahuan Kesehatan Gigi Kelas IV Kelompok Kontrol

No	Pengetahuan Kesehatan Gigi	Jumlah Pertahap				Persentase (%) Pertahap			
		1	2	3	4	1	2	3	4
1	Terbaik	-	4	4	6	-	26,7	26,7	40
2	Baik	-	6	6	8	-	40	40	53,3
3	Sedang	15	5	5	1	100	33,3	33,3	6,7
4	Buruk	-	-	-	-	-	-	-	-
		15	15	15	15	100	100	100	100

Sumber : Data Primer Terolah

Pengetahuan kesehatan gigi kelas IV kelompok kontrol mengalami suatu kenaikan yang cukup berarti meskipun tidak mendapatkan penyuluhan. Hal ini dapat terlihat dari jumlah skor yang didapat yaitu diatas 60 dalam berbagai macam kategori kecuali kategori buruk. Kategori buruk tidak didapatkan dalam data tersebut.

Tabel 8. Distribusi Pengetahuan Kesehatan Gigi Kelas V Kelompok Kontrol

No	Pengetahuan Kesehatan Gigi	Jumlah Pertahap				Persentase (%) Pertahap			
		1	2	3	4	1	2	3	4
1	Terbaik	3	3	3	5	20	20	20	33,3
2	Baik	6	7	7	6	40	46,7	46,7	40
3	Sedang	6	5	5	4	40	33,3	33,3	26,7
4	Buruk	-	-	-	-	-	-	-	-
		15	15	15	15	100	100	100	100

Sumber : Data Primer Terolah

Pengetahuan kesehatan gigi kelas V kelompok kontrol antara tahap 1 sampai 4 tetap tidak mengalami perubahan (penurunan maupun kenaikan). Tapi

mereka mendapatkan skor diatas 60 dalam berbagai macam kategori kecuali kategori buruk.

4.3. Pengaruh Penyuluhan Dan Latihan Menyikat Gigi Yang Diwujudkan Dalam Pengetahuan Kesehatan Gigi Terhadap kebersihan Rongga Mulut

Setelah dilakukan analisa uji *Independent T-test* ternyata penyuluhan dan latihan menyikat gigi yang diwujudkan dalam pengetahuan setiap siswa akan berpengaruh terhadap kebersihan rongga mulut. Hal ini dapat dilihat dari angka probabilitas antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Untuk kelompok kontrol kelas V didapatkan rata-rata 62.2500, standart deviasi 1,7078 dengan angka probabilitas 0,020 ($p < 0,05$). Sedangkan untuk kelompok perlakuan kelas V didapatkan rata-rata 72.6250, standart deviasi 5,0229 dengan angka probabilitas 0,008 ($p < 0,05$). Keadaan ini menunjukkan bahwa pengetahuan kelompok perlakuan jauh lebih tinggi daripada kelompok kontrol.

Tabel 9. Pengaruh pengetahuan terhadap kebersihan rongga mulut kelas V

	Mean	Std. Deviation	Probabilitas
Kelompok perlakuan	72.6250	5.0229	0,008
Kelompok kontrol	62.2500	1.7078	0,020

Selain itu dapat dilihat dari distribusi untuk kelompok perlakuan kelas V mengalami suatu perubahan yang lebih baik dan memiliki suatu perubahan yang berarti. Hal ini dapat dilihat dari rata-rata OHI-s dan pengetahuan yang didapat yaitu untuk tahap pertama OHI-s yang didapatkan 2 dan pengetahuan yang didapat 67,5, tahap kedua OHI-s yang didapatkan 1,5 dengan pengetahuan 70, tahap ketiga OHI-s yang didapatkan 1 dengan pengetahuan 74 dan tahap keempat didapatkan suatu OHI-s yaitu 0,5 dengan pengetahuan 79. Sedangkan untuk kelompok kontrol kelas V OHI-s yang didapatkan yaitu 2,5 dengan pengetahuan 60 pada tahap pertama, untuk tahap kedua OHI-s yang didapatkan yaitu 2 dengan

pengetahuan 62, tahap ketiga OHI-s yang didapatkan 1,6 dengan pengetahuan 63 dan tahap keempat didapatkan OHI-s 1 dengan pengetahuan 64.

Tabel 10. Hasil Pengaruh Penyuluhan Dan Latihan Menyikat Gigi Yang Diwujudkan Dalam Pengetahuan Tentang Kebersihan Rongga Mulut Kelas V

	OHI-s Pertahap				Pengetahuan Pertahap			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Kelompok Perlakuan	2	1,5	1	0,5	67,5	70	74	79
Kelompok Kontrol	2,5	2	1,6	1	60	62	63	64

Sumber: Data Primer Terolah

Sedangkan untuk kelas IV antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol tidak mengalami suatu perbedaan yang bermakna karena angka dari probabilitasnya sama yaitu 0,003. Sedangkan untuk rata-rata kelompok perlakuan yaitu 73.5000, dengan standart deviasi 2.6458. Untuk kelompok kontrol didapatkan rata-rata 65.0000, dengan standart deviasi 2.1620.

Tabel 11. Pengaruh pengetahuan terhadap kebersihan rongga mulut kelas IV

	Mean	Std. Deviation	Probabilitas
Kelompok perlakuan	73.5000	2.6458	0,003
Kelompok kontrol	65.0000	2.1602	0,003

Selain itu distribusi silang yang didapat antara pengaruh penyuluhan dan latihan menyikat gigi yang diwujudkan dalam pengetahuan terhadap kebersihan rongga mulut untuk kelompok perlakuan pada tahap pertama OHI-s yang didapat yaitu 2 dengan pengetahuan 70, tahap kedua OHI-s yang didapat yaitu 1,9 dengan skor pengetahuan 73, tahap ketiga OHI-s yang didapat yaitu 1,6 dengan skor

pengetahuan 75 dan tahap keempat OHI-s yang didapat 1,2 dengan skor pengetahuan rata-ratanya yaitu 76. Sedangkan untuk kelompok kontrol OHI-s tahap pertama didapatkan 2,7 dengan skor pengetahuan rata-rata 62, tahap kedua OHI-s yang didapatkan yaitu 2,4 dengan skor pengetahuan rata-rata 65, tahap ketiga OHI-s yang didapatkan yaitu 2,3 dengan skor rata-rata pengetahuannya adalah 66 dan tahap keempat OHI-s didapatkan 2,2 dengan rata-rata skor pengetahuan yaitu 67.

Tabel 12. Hasil Penyuluhan Dan Menyikat Gigi Yang Diwujudkan Dalam Pengetahuan Tentang Kebersihan Rongga Mulut Kelas IV

	OHI-s Pertahap				Pengetahuan Pertahap			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Kelompok Perlakuan	2	1,9	1,6	1,2	70	73	75	76
Kelompok Kontrol	2,7	2,4	2,3	2,2	62	65	66	67

Sumber: Data Primer Terolah

V. PEMBAHASAN

5.1. Analisa Hasil Kebersihan Rongga Mulut

Pada lampiran 5 pada lampiran didapatkan suatu perbedaan yang bermakna antara OHI-s antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Pada kelompok perlakuan kelas V probabilitas untuk OHI-s adalah 0,031 ($p < 0,05$) dan kelompok kontrol probabilitasnya adalah 0,045 ($p < 0,05$). Sedangkan untuk kelas IV kelompok perlakuan angka probabilitasnya adalah 0,014 dan kelompok kontrol probabilitasnya adalah 0,019 ($p < 0,05$). Hal ini menunjukkan suatu perbedaan yang bermakna.

Hal ini sesuai dengan pernyataan Triadnya dan Syahrul (2000) yang menyatakan bahwa penyuluhan dan latihan menyikat gigi dengan baik dan benar akan didapatkan suatu tingkat kebersihan rongga mulut yang baik pula. Suatu penyuluhan kesehatan gigi dan mulut akan menghasilkan suatu pengetahuan, sikap dan keterampilan motorik dalam menyikat gigi yang diwujudkan secara otomatis dalam bentuk menyikat gigi (Gondhoyowono, 2002). Oleh sebab itu pesan penyuluhan ditekankan “menggosok gigi dapat mencegah kerusakan gigi dan dengan mempunyai gigi yang baik penampilan akan menarik” (Dep Kes RI, 1999). Pada waktu penyuluhan diikuti dengan mendemonstrasikan cara menyikat gigi dihadapan para murid – murid dapat melihat cara menggosok gigi. Cara ini didukung dengan menekankan bahwa “menggosok gigi setiap hari dengan baik dan benar adalah bagian gaya hidup yang sehat” (Dep Kes RI, 1999). Sedangkan untuk menyukseskan suatu penyuluhan, maka metode yang digunakan untuk penyuluhan harus direncanakan dengan tidak hanya memberikan penjelasan tetapi harus dapat membujuk anak (Andlaw dan Rock, 1992).

5.2. Analisa Hasil Pengaruh Pengetahuan Terhadap Kebersihan Rongga Mulut

Hasil penelitian diketahui bahwa seluruh siswa kelas IV dan V SDN Arjasa I dan II baik yang kelompok perlakuan dan kelompok kontrol rata-rata mereka telah diberi penyuluhan oleh guru mereka yaitu 100 % dari 60 sampel. Hal ini disebabkan karena belum meratanya penyebaran tenaga kesehatan gigi (Ditsegi, 1994). Sedangkan guru merupakan *key person* yang dapat mengubah tingkah laku anak. Guru dapat melakukan suatu penyuluhan kesehatan gigi dan mulut sesuai dengan kurikulum Departemen Pendidikan dan Kebudayaan tahun 1994 (Herrijullianti, 2002).

Sedangkan pengaruh pengetahuan dengan kebersihan rongga mulut dapat dilihat dari angka probabilitasnya. Untuk kelas V untuk kelompok perlakuan adalah 0,008 ($p < 0,05$) sedangkan untuk kelompok kontrol angka probabilitasnya adalah 0,020 ($p < 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan dan penyerapan penyuluhan yang diberikan kepada kelompok perlakuan lebih tinggi daripada kelompok kontrol yang tidak diberikan suatu penyuluhan.

Untuk kelas IV kelompok perlakuan didapatkan angka probabilitas 0,003 ($p < 0,05$) sedangkan untuk kelompok kontrol didapatkan angka probabilitas yang sama dengan kelompok perlakuan. Hal ini disebabkan karena pengetahuan dari kelompok kontrol yang sama dengan kelompok perlakuan meskipun tidak dilakukan suatu perlakuan yaitu penyuluhan dan latihan menyikat gigi bersama. Kesamaan ini disebabkan karena kesadaran dari kelompok kontrol yang sama dengan kelompok perlakuan.

Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa OHI-s juga dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pengetahuan, kesadaran dan informasi. Untuk mendapatkan hasil sebaik - baiknya dalam upaya pencegahan penyakit gigi diperlukan pengetahuan tentang proses terjadinya kerusakan gigi termasuk etiologi penyakit

gigi, resiko yang menyebabkan timbulnya penyakit gigi (Suwelo, 1992).

Menurut Fukuta. 1980 (dalam Budiharto, 1998) pengetahuan tentang kesehatan gigi apabila pengetahuan mengenai kesehatan gigi baik maka dapat diramalkan bahwa status kesehatan gigi dan mulut juga baik. Sedangkan menurut Budiharjo (2000) menyatakan bahwa pengetahuan sangat erat kaitannya dengan sikap seseorang tentang penyakit dan upaya dalam pencegahannya. Status kebersihan mulut setiap individu berbeda – beda, hal ini dipengaruhi oleh kebiasaan, kemampuan pengetahuan dan sikap yang dimiliki seseorang itu sendiri didalam menjaga kebersihan mulut (Wilson dkk, 1992).

Selain itu adanya motifasi individu untuk meningkatkan dan memelihara kebersihan mulut merupakan kunci utama untuk memiliki tingkat kebersihan mulut yang baik (Wenzt, 1998). Setiap individu dapat belajar sehingga sadar berusaha mencapai penambahan pengetahuan dan perubahan perilaku untuk memelihara kesehatan rongga mulutnya (Houwink, 1993).

Kehendak atau kemauan didalam menjaga kebersihan mulut sangat mempengaruhi corak perbuatan yang akan diperlihatkan seseorang, sekalipun seseorang itu mampu mempelajari sesuatu tetapi bila ia tidak mau dan tidak ada kehendak untuk mempelajari maka proses tersebut tidak akan terjadi (Gunarsa, 1990). Di dalam mendapatkan informasi tentang kesehatan dan kebersihan gigi dan mulut diperoleh dalam proses pengolahan informasi atau yang dikenal dengan komunikasi intra personal, ada empat proses yang saling berkaitan yakni sensasi, tanggapan memori dan berpikir. Sensasi adalah proses menangkap stimuli, tanggapan adalah proses memberi makna pada sensasi sehingga manusia mendapatkan pengetahuan baru, memori adalah proses penyimpanan informasi dan pengambilan kembali informasi, berpikir adalah mengolah informasi untuk memenuhi kebutuhan atau memberikan jawaban atas stimuli yang diterima (Rahmat. 1991).

VI. KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

1. Ada perbedaan yang bermakna antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan tentang kebersihan rongga mulutnya.
2. Kelompok perlakuan memiliki tingkat kebersihan rongga mulut yang lebih baik daripada kelompok kontrol.

6.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat diberi saran sebagai berikut:

1. Instruksi untuk menjaga kebersihan rongga mulut dan kontrol periodik ke dokter gigi.
2. Perlu diselenggarakan penyuluhan di SDN Arjasa I dan II mengenai cara pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran memelihara kesehatan mulutnya dengan baik
3. Pengetahuan, kesadaran dan informasi dapat mempengaruhi kebersihan rongga mulut.
4. Kebersihan rongga mulut akan cukup baik apabila diadakan penyuluhan dan latihan menyikat gigi bersama.



DAFTAR PUSTAKA

- Amaliah. 1997. **Penatalaksanaan Program UKGS Mandiri SDN Sumbangsih Jakarta**. Dalam Jurnal Kedokteran Gigi U.I.vol. 4. Edisi Khusus KPPIKG XI.Jakarta U.I
- Astoeti T dan Boesro. 2002. **Strategi Dalam Merencanakan Program Pendidikan Kesehatan Gigi Yang Efektif**. Dentika Dental Jurnal vol. 7 No. 4
- Bahar A. 2002. **Menyongsong Perkembangan Dan Peran Kesehatan Gigi Masyarakat Menuju Indonesia Sehat 2010**. Dentika Dental Jurnal vol. 7 No. 10
- Burt dan Eklund. 1992. **Dentistry Dental Practice and The Community**. The Cruts Center Independent Square West. Philadelphia
- Budiharjo. 1998. **Sosiologi Kesehatan (beberapa Konsep dan Aplikannya)**. Universitas Gajah Mada: Gajah Mada University Pers
- Carranza. 2002. **Clinical Periodontology**. W. B. Saunder Company.Philadelphia London. Newyork. Sydney. Toronto
- Carranza and Newman. 1996. **Clinical Periodontology**. W. B. Sounders Co. United State of America
- Danamik ,S dan Sinaga. 2002. **Efek Penyuluhan Dan Pelatihan Dalam Penurunan Index Plak Pada Murid-Murid Kelas IV dan V Di Dua SDN Medan**. Dentika Dental Jurnal vol.7 No.1
- Dep Kes RI. 1990. **Pedoman Persyaratan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah**. Jakarta: Dep. Kes RI Dir. Jen. Pelayanan Medik Direktorat Kesehatan Gigi
- Dep Kes RI. 1992 . **Pedoman Persyaratan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah**. Jakarta: Dep. Kes RI Dir. Jen. Pelayanan Medik Direktorat Keseharan Gigi
- Fakultas Keguruan Ilmu Pendidikan. 1997. **Pedoman Akademik Fakultas Keguruan Ilmu Pendidikan**. Cetakan Ke – 2. Universitas Jember
- Gondoyoewono T dan Badri. 2002. **Pola Penyuluhan Kesehatan Gigi Dan Mulut Dengan Pendekatan Psikologi**. Dentika Dental Jurnal. Vol. 8. No. 7
- Gondoyoewona T. 1997. **Peranan Psikologi Dan Komunikasi Pada Program Kesehatan Gigi Dan Mulut**. Dentika Dental Jurnal. Vol. 7. No. 8

- Gunarsa S. 1997. **Dasar Dan Teori Perkembangan Anak**. Jakarta.Percetakan Infomedia
- Gunarsa. 1990. **Psikologi Perkembangan**. Jakarta: PT BPK Gunung Mulia
- Gustiana D. 2002. **Upaya Peningkatan Kesadaran Siswa Sekolah Dasar Terhadap Kesehatan Gigi Dan Mulut Dengan Menggunakan Metode Kipas Gigi**. Dentika Dental Jurnal. Vol. 7 No. 2
- Hamada. 1994. **Strategi Kesehatan Gigi Dan Mulut Untuk Anak Dan Manula Di Sumatera**. Kumpulan Makalah Ilmiah .No-324. Penerbit USU
- Herijulianti E. 2002. **Pendidikan Kesehatan Gigi**. EGC
- Harris and Gordoy G. 1999. **Primary Preventive Dentistry**. Appleton Lange. Stamford Connecticut.USA
- Lieb Gott. 1995. **Dasar-Dasar Anatomi Kedokteran Gigi**. EGC
- Lina N dan Dewi. 2002. **Efektifitas Penyingkiran Plak Antara Sikat Gigi Berserabut Lurus Dan Silang (Exceed) Pada Murid Kelas V Sekolah Dasar**. Dentika Dental Jurnal.vol. 7 No. 1
- Manson, J. D. and B. M. Elley. 1993. **Buku Ajar Periodontia**. Edisi 2. Terjemahan Anastasia I dari Outline of Periodontics (1989). Jakarta: EGC
- Marwan. S. 1985. **Buku Materi Pokok Pengertian Kependidikan Luar Sekolah**. Malang. Bina Aksara
- Natamiharja.L dan N. Situmorang. 1996. **Pengarahan Program Upaya Kesehatan Gigi Sekolah**. Medik Direktorat Kesehatan Gigi
- Oetoyo. I. 1993. **Statistik Untuk Ilmu kedokteran Dan Kesehatan Gigi**. Surabaya. Erlangga Press
- Pratiknya. A. W. 2001. **Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran**. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Priyono. B dan Hendartini. 2001. **Pengaruh UKGS Terhadap Kecemasan Pada Perawatan Gigi Serta Kesehatan Gigi Dan Mulut Anak Sekolah Dasar**. Dalam Majalah ilmiah Dies Natalis FKG-UKGM ke-40. Jogjakarta: FKG. UGM. P. 127-2
- Rahmat. 1991. **Psikologi Komunikasi (Edisi Revisi)**. Bandung. Remaja Rosdakarya

- R.J.Andlaw-R.P.Rock. 1992. **Perawatan Gigi Pada Anak**. Widya Medika
- Staf Pengajar IKA FK UI. 2001. **Ilmu Kesehatan Anak**. Jakarta. Percetakan Infomedia
- Suwelo I. S. 1992. **Karies Gigi Pada Anak Dengan Pelbagai Faktor Etiologi**. Kajian Pada Anak Usia Prasekolah Jakarta: EGC
- Tarigan. R. 1995. **Kesehatan Gigi Dan Mulut**. EGC
- Triadnya. P Dan D. Syahrul. 2001. **Tingkat Kebersihan Mulut Dan Karies Di Sumatera Barat Tahun 2000**. Majalah Ilmiah. Dies Natalis FKG-UGM ke -40 . No. 187
- Walton Dan Torabinejad. 1997. **Prinsip Dan Praktek Ilmu Endodonsi**. EGC
- Wilson G. T. 1996. **Fundamental of Periodontology**. Publishing Co. Inc

Lampiran I: Kuisisioner

KUISISIONER

Nama :
Umur :
Jenis kelamin :

**Pilihlah jawaban yang saudara anggap sesuai dengan cara memberi tanda silang
Kuisisioner mengenai pengetahuan sample tentang kesehatan gigi**

1. Apakah pernah mendapat materi penyuluhan tentang kesehatan gigi di sekolah:
a. pernah b. tidak pernah c. tidak tahu
2. Siapa yang memberi penyuluhan tentang kesehatan gigi:
a. dokter gigi b. perawat gigi c. guru
3. Bagaimana tanggapan anda mengenai penyuluhan kesehatan gigi:
a. perlu sekali b. perlu c. tidak perlu
4. Apakah penyuluhan mengenai kesehatan gigi ini mudah dimengerti:
a. ya b. tidak c. tidak tahu
5. Berapa kali diadakan penyuluhan gigi di sekolah:
a. dua kali b. satu kali c. tidak tahu
6. Bagaimana tanggapan anda jika sudah menerima penyuluhan:
a. langsung dipraktekkan b. dimengerti saja c. mendengarkan saja.
7. Berapa kali anda menggosok gigi:
a. dua kali b. tiga kali c. lebih
8. Kapan anda menggosok gigi:
a. setelah makan dan sebelum tidur b. waktu mandi c. tidak teratur

Lampiran 3

Data Sampel Siswa SDN Arjasa I dan II

Kelompok Perlakuan Kelas V

Nama	DI-s 1	DI-s 2	DI-s 3	DI-s 4	CI-s 1	CI-s 2	CI-s 3	CI-s 4
1. Wiwin	0,7	0,5	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
2. Abd. Fatah	1,5	1,2	1	0,2	0,5	0,3	0,2	0,1
3. Indria	1,2	1	0,7	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1
4. Hariyanto	2,3	2	1,5	1	1	0,8	0,5	0,3
5. Novita	1,5	1,3	1	0,5	0,5	0,3	0,2	0,1
6. Erlin	1,8	1,5	1,2	0,5	1	0,7	0,5	0,3
7. Yesi	1,5	1	0,7	0,5	0,5	0,2	0,1	0,1
8. Ike	1,8	1,2	1	0,5	0,8	0,5	0,3	0,1
9. Fajar	1,5	1,2	0,5	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1
10. Desynta	1,3	1	0,5	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1
11. Andika Bagus	1,5	1,3	0,5	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1
12. Angga	1,8	1,2	1	1	0,8	0,7	0,5	0,3
13. Aswanda	2,3	2	1,3	0,5	1,7	1,5	1,2	0,5
14. Adi Irawan	1,3	1	0,5	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2
15. Yanuar	1,2	1	0,5	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2
Rata – rata	1,5	1,1	0,7	0,4	0,5	0,4	0,3	0,1

Jadi OHI-s rata-rata adalah 2, 1,5, 1, 0,5

Kelompok perlakuan Kelas IV

Nama	DI-s 1	DI-s 2	DI-s 3	DI-s 4	CI-s1	CI-s 2	CI-s 3	CI-s 4
1. Nilam	1,5	1,2	1,1	1,1	0,8	0,8	0,1	0,1
2. Regina	1,8	1,5	1,4	1,4	0,8	0,8	0,2	0,1
3. R. Dinda	0,5	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1
4. Rizki	1,7	1,5	1,3	1,3	0,7	0,7	0,5	0,2
5. Jamal	2,2	2	1,9	1,9	1,3	1,3	0,3	0,2
6. Kurniasari	1,8	1,5	1,5	1,5	0,8	0,8	0,5	0,3
7. Lusi	1,8	1,5	1,5	1,4	1	1	0,1	0,1
8. Pramudita	1,5	1,3	1,3	1,3	0,5	0,5	0,3	0,1
9. Miftalia	0,8	0,5	0,5	0,5	0,3	0,3	0,1	0,1
10. Nur Farida	1,3	1	1	1	0,3	0,3	0,1	0,1
11. Widiastyo	0,7	0,5	0,5	0,5	0,2	0,2	0,2	0,1
12. Wahyu	1,3	1,2	1,1	1	0,3	0,3	0,3	0,3
13. Gilang	2,3	2	2	2	1	1	0,5	0,5
14. Diana	1,8	1,3	1,1	1,4	0,5	0,5	0,2	0,2
15. Ana	1,2	1	1	1	0,3	0,3	0,2	0,2
Rata – rata	1,5	1,4	1,3	1,1	0,5	0,5	0,3	0,1

OHI-s Rata-rata yaitu 2; 1,9; 1,6 ; 1,2

Kelompok Kontrol Kelas IV

Nama	DI-s 1	DI-s 2	DI-s 3	DI-s 4	CI-s 1	CI-s 2	CI-s 3	CI-s 4
1. Siti Lailatul	2	2	1,7	1,7	1	0,7	0,5	0,3
2. Fakrol R. M	2	1,5	1,6	1,5	1	0,5	0,5	0,4
3. Nur Indah	1,5	1,3	1,2	1,1	0,5	0,3	0,3	0,2
4. Sofi	2,5	2,3	2,2	2	1,5	1,3	1,3	1,2
5. Sela	2	1,7	1,6	1,5	1	0,7	0,7	0,6
6. Kafi	2	1,8	1,7	1,6	1	0,8	0,8	0,5
7. Kukun	2	1,5	1,4	1,3	0,3	0,5	0,5	0,3
8. Febrina	1,5	1	0,9	0,8	0,5	0,3	0,3	0,2
9. Dani	1	0,7	0,6	0,5	0,5	0,3	0,3	0,2
10. Wendi	1,5	1,2	1,1	1	1	0,5	0,5	0,3
11. Fiki	2	1,8	1,7	1,6	1	1	1	0,8
12. Anang	2,5	2,2	2,1	2	1,5	1,2	1,2	1
13. Ellysia	2,5	2,3	2,2	2	1,5	1,3	1,3	1,2
14. Mafitun Hasanah	1,5	1,2	1,1	1	0,5	0,2	0,2	0,1
15. Fahrul Khozi	2	1,7	1,6	1,5	0,5	0,3	0,3	0,2
Rata – rata	1,8	1,7	1,7	1,6	0,7	0,7	0,6	0,6

Jadi OHI-s Rata –rata: 2,7; 2,4; 2,3; 2,2

Kelompok kontrol kelas V

Nama	DI-s 1	DI-s 2	DI-s 3	DI-s 4	CI-s 1	CI-s 2	CI-s 3	CI-s 4
1. Cicik	1,5	0,7	0,4	0,3	1	0,1	0,1	0,1
2. Rahmat	2	1,5	1,2	1	0,5	0,5	0,3	0,2
3. Weka	2	1	0,7	0,2	0,5	0,3	0,2	0,1
4. Edvine	1	0,7	0,5	0,4	0,5	0,3	0,2	0,1
5. Yusniati	2,2	1,5	1,3	1	1,5	0,5	0,3	0,2
6. Hendi	2	1,8	1,5	1,2	1	1	0,7	0,5
7. Sanusi	2	1,5	1	0,7	0,5	0,5	0,2	0,1
8. Wagito	1,5	1,5	1,1	1	0,8	0,5	0,5	0,3
9. Siti M	1,5	1,2	1	0,5	0,5	0,1	0,1	0,1
10. Rizki	2	1	0,5	0,2	1,5	0,2	0,1	0,1
11. Idris	1,5	1,3	0,5	0,2	0,5	0,2	0,2	0,1
12. Siti R	1,5	1,2	1	1	1	0,7	0,5	0,3
13. Wahyu	2	2	1,3	0,5	1,5	1,5	1,2	0,5
14. Yulian	2	1	0,5	0,2	1	0,2	0,2	0,2
15. Dani	1,5	1	0,5	0,2	0,5	0,2	0,2	0,2
Rata – rata	1,7	1,5	1,1	0,7	0,8	0,5	0,5	0,3

Rata-rata OHI-s : 2,5; 2; 1,6; 1

Lampiran 4

Data sampel untuk mengetahui pengetahuan sampel melalui kuisisioner

Kelas V kelompok perlakuan

Tahap 1

Nama	Nilai	Kategori
1. Wiwin	65	Sedang
2. Abdul Fatah	70	Baik
3. Indria	75	Baik
4. Hariyanto	65	Sedang
5. Novita	60	Sedang
6. Erlin	65	Sedang
7. Yesi	70	Baik
8. Eki	60	Sedang
9. Fajar	67	Sedang
10. Desynta	69	Sedang
11. Andika Bagus	80	Terbaik
12. Angga	65	Sedang
13. Iswanda	65	Sedang
14. Adi Irawan	60	Sedang
15. Yanuar	60	Sedang
Rata – rata	67,5	Sedang

Tahap 2

Nama	Nilai	Kategori
1. Wiwin	70	Baik
2. Abdul Fatah	70	Baik
3. Indria	70	Baik
4. Hariyanto	70	Baik
5. Novita	80	Terbaik
6. Erlin	60	Sedang
7. Yesi	70	Baik
8. Ike	80	Terbaik
9. Fajar	70	Baik
10. Desynta	60	Sedang
11. Andika Bagus	70	Baik
12. Angga	70	Baik
13. Iswanda	70	Baik
14. Adi Irawan	70	Baik
15. Yanuar	70	Baik
Rata – rata	70	Baik

Tahap 3

Nama	Nilai	Kategori
1. Wiwin	70	Baik
2. Abdul Fatah	75	Baik
3. Indria	75	Baik
4. Hariyanto	70	Baik
5. Novita	70	Baik
6. Erlin	65	Sedang
7. Yesi	79	Baik
8. Ike	75	Baik
9. Fajar	70	Baik

10. Desynta	75	Baik
11. Andika Bagus	75	Baik
12. Angga	75	Baik
13. Iswanda	75	Baik
14. Adi Irawan	75	Baik
15. Yanuar	75	Baik
Rata - rata	74	Baik

Tahap 4

Nama	Nilai	Kategori
1. Wiwin	75	Baik
2. Abdul Fatah	79	Baik
3. Indria	75	Baik
4. Hariyanto	80	Terbaik
5. Novita	79	Baik
6. Erlin	79	Baik
7. Yesi	80	Terbaik
8. Ike	75	Baik
9. Fajar	75	Baik
10. Desynta	70	Baik
11. Andika Bagus	80	Terbaik
12. Angga	80	Terbaik
13. Iswanda	75	Baik
14. Adi Irawan	80	Terbaik
15. Yanuar	80	Terbaik
Rata - rata	79	Baik

Kelas IV Kelompok perlakuan

Tahap 1

Nama	Nilai	Kategori
1. Nilam	70	Baik
2. Regina	80	Terbaik
3. R. Dinda	60	Sedang
4. Rizki	70	Baik
5. Jamal	80	Terbaik
6. Kurniasari	60	Sedang
7. Lusi	70	Baik
8. Pramudita	80	Terbaik
9. Miftalia	60	Sedang
10. Nur Farida	60	Sedang
11. Widiyasto	70	Baik
12. Wahyu	70	Baik
13. Gilang	80	Terbaik
14. Diana	80	Terbaik
15. Ana	60	Sedang
Rata – rata	70	Baik

Tahap 2

Nama	Nilai	Kategori
1. Nilam	75	Baik
2. Regina	85	Terbaik
3. R. Dinda	65	Sedang
4. Rizki	75	Baik
5. Jamal	85	Terbaik
6. Kurniasari	65	Sedang
7. Lusi	75	Baik
8. Pramudita	85	Terbaik

9. Miftalia	65	Sedang
10. Nur Farida	70	Baik
11. Widiyasto	75	Baik
12. Wahyu	75	Baik
13. Gilang	80	Terbaik
14. Diana	80	Terbaik
15. Ana	65	Sedang
Rata - Rata	73	Baik

Tahap 3

Nama	Nilai	Kategori
1. Nilam	75	Baik
2. Regina	75	Baik
3. R. Dinda	75	Baik
4. Rizki	75	Baik
5. Jamal	75	Baik
6. Kurniasari	75	Baik
7. Lusi	80	Terbaik
8. Pramudita	90	Terbaik
9. Miftalia	70	Baik
10. Nur Farida	75	Baik
11. Widiyasto	80	Terbaik
12. Wahyu	80	Terbaik
13. Gilang	85	Terbaik
14. Diana	85	Terbaik
15. Ana	70	Baik
Rata -rata	75	Baik

Tahap 4

Nama	Nilai	Kategori
1. Nilam	80	Terbaik
2. Regina	75	Baik
3. R. Dinda	80	Terbaik
4. Rizki	75	Baik
5. Jamal	80	Terbaik
6. Kurniasari	80	Terbaik
7. Lusi	80	Terbaik
8. Pramudita	90	Terbaik
9. Miftalia	75	Baik
10. Nur Farida	75	Baik
11. Widiyasto	80	Terbaik
12. Wahyu	80	Terbaik
13. Gilang	85	Terbaik
14. Diana	85	Terbaik
15. Ana	75	Baik
Rata – rata	76	Baik



Kelas IV kelompok kontrol

Tahap 1

Nama	Nilai	Kategori
1. Siti Lailatul	60	Sedang
2. Fakrol	65	Sedang
3. Nur Indah	62	Sedang
4. Sofi	65	Sedang
5. Sela	60	Sedang
6. Kafi	64	Sedang
7. Kukun	63	Sedang
8. Febriana	62	Sedang
9. Dani	62	Sedang
10. Wendi	60	Sedang
11. Fiki	65	Sedang
12. Anang	60	Sedang
13. Ellysa	61	Sedang
14. Mafiatun	60	Sedang
15. Fahrul Ghozi	60	Sedang
Rata – Rata	62	Sedang

Tahap 2 sampai 4

Nama	Nilai tahap 2	Kategori tahap 2	Nilai tahap 3	Kategori tahap 3	Nilai tahap 4	Kategori tahap 4
1.Siti Lailatul	65	Sedang	66	Sedang	70	Baik
2. Fakrol	67	Sedang	68	Sedang	70	Baik
3.Nur Indah	66	Sedang	67	Sedang	69	Sedang
4. Sofi	65	Sedang	69	Sedang	70	Baik
5. Sela	70	Baik	66	Sedang	70	Baik
6. Kafi	80	Terbaik	79	Baik	80	Terbaik
7. Kukun	70	Baik	70	Baik	75	Baik
8. febriana	70	Baik	70	Baik	75	Baik
9. Dani	80	Terbaik	80	Terbaik	80	Terbaik
10. Wendi	80	Terbaik	80	Terbaik	80	Terbaik
11. Fiki	70	Baik	75	Baik	75	Baik
12. Anang	80	Terbaik	80	Terbaik	80	Terbaik
13. Ellysa	65	Sedang	70	Baik	75	Baik
14. Mafiatun	75	Baik	80	Terbaik	80	Terbaik
15.Fahrul Ghozi	75	Baik	75	Baik	80	Terbaik
Rata - rata	65	Sedang	66	Sedang	67	Sedang

Kelas V Kelompok Kontrol

Tahap 1

Nama	Nilai	Kategori
1. Cicik T	60	Sedang
2. Rahmat	70	Baik
3. Weka	80	Terbaik
4. Edvine	70	Baik
5. Yusniati	60	Sedang
6. Hendi	60	Sedang
7. Sanusi	60	Sedang
8. Wagito	70	Baik
9. Siti Maunah	80	Terbaik
10. Rizki	60	Sedang
11. M. Idris	60	Sedang
12. Siti Rohani	70	Baik
13. Wahyu	70	Baik
14. Yuliana	80	Terbaik
15. Dani	70	Baik
Rata – rata	60	Sedang

Tahap 2 sampai 4

Nama	Nilai tahap 2	Kategori tahap 2	Nilai tahap 3	Kategori tahap 3	Nilai tahap 4	Kategori tahap 4
1. Cicik T	65	Sedang	66	Sedang	67	Sedang
2. Rahmat	74	Baik	75	Baik	80	Terbaik
3. Weka	80	Terbaik	80	Terbaik	80	Terbaik
4. Edvine	74	Baik	75	Baik	76	Baik
5. Yusniati	76	Baik	77	Baik	78	Baik
6. Hendi	65	Sedang	66	Sedang	70	Baik
7. Sanusi	75	Baik	76	Baik	80	Terbaik
8. Wagito	80	Terbaik	80	Terbaik	80	Terbaik
9. Siti Maunah	65	Sedang	66	Sedang	66	Sedang
10. Rizki	65	Sedang	66	Sedang	66	Sedang
11. M. Idris	75	Baik	76	Baik	76	Baik
12. Siti Rohani	74	Baik	75	Baik	76	Baik
13. Wahyu	80	Terbaik	80	Terbaik	80	Terbaik
14. Yuliana	76	Baik	77	Baik	77	Baik
15. Dani	65	Sedang	66	Sedang	66	Sedang
Rata - rata	62	Sedang	63	Sedang	64	Sedang

Independent Samples Test

		Levene's test for equality of variances				T-test for equality of means					
		F	Sig	t	dt	Sig.(2-Tailed)	Mean difference	Std.error difference	95% confidence interval of difference		
									lower	Upper	
Nilai kelas V	Equal variances assumed	1.986	.203	-2.800	6	.031	-.6750	.2411	-1.2649	-8.51E-02	
	Equal not variances assumed			-2.800	4.306	.045	-.6750	.2411	-1.3260	-2.40E-02	
Nilai kelas IV	Equal variances assumed	1.389	.283	-3.453	6	.014	-.7250	.2097	-1.2380	-.2120	
	Equal not variances assumed			-3.453	4.917	.019	-.7250	.2097	-1.2667	-.1833	

T-test OHI-s kelas V

X	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Nilai Kontrol	4	1.5750	.4349	.2175
Perlakuan	4	2.2500	.2082	.1041

T-test OHI-s kelas IV

X	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Nilai Kontrol	4	1.6750	.3594	.1797
Perlakuan	4	2.4000	.2160	.1080



T-Test . Pengetahuan kesehatan gigi

Group Statistics

X		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Nilai	Kontrol	4	62.2500	1.7078	.8539
	Perakuan	4	72.6250	5.0229	2.5114

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
Nilai	Equal variances assumed	4.562	.077	-3.911	6	.008	-10.3750	2.6526	-16.8658	-3.8842
	Equal variances not assumed			-3.911	3.684	.020	-10.3750	2.6526	-17.9954	-2.7546

T-Test . Pengetahuan Kesehatan gigi

Group Statistics

X		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Nilai	Kontrol	4	65.0000	2.1602	1.0801
	Perlakuan	4	73.5000	2.6458	1.3229

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
Nilai	Equal variances assumed	.300	.604	-4.977	6	.003	-8.5000	1.7078	-12.6789	-4.3211
	Equal variances not assumed			-4.977	5.769	.003	-8.5000	1.7078	-12.7198	-4.2802