

**PERAN MODERASI SOSIODEMOGRAFI DALAM MEMPENGARUHI
PERCEIVED SUSCEPTIBILITY DAN *PERCEIVED BARRIER* TERHADAP
DENTAL VISITING BEHAVIOR
(APLIKASI *HEALTH BELIEF MODEL* /HBM)**

TESIS

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Derajat Gelar Magister S-2
Magister Psikologi**



**Disusun Oleh :
Sukeksi Dyah Intanningrum**

202220440211063

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG**

2024

**PERAN MODERASI SOSIODEMOGRAFI DALAM MEMPENGARUHI
PERCEIVED SUSCEPTIBILITY DAN PERCEIVED BARRIER TERHADAP
DENTAL VISITING BEHAVIOR
(APLIKASI HEALTH BELIEF MODEL /HBM)**

Diajukan Oleh :

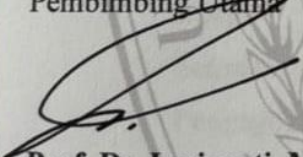
SUKEKSI DYAH INTANNINGRUM

202220440211063

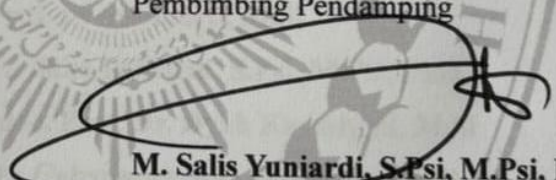
Telah disetujui


Pada hari/tanggal, **Senin/9 Desember 2024**

Pembimbing Utama


Prof. Dr. Iswinarti, M.Si

Pembimbing Pendamping

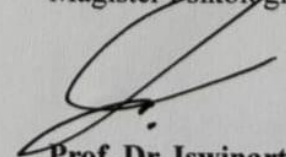

M. Salis Yuniardi, S.Psi, M.Psi, PhD


Direktur Program Pascasarjana

Prof. Latipun, M.Kes, PhD

Ketua Program Studi

Magister Psikologi


Prof. Dr. Iswinarti, M.Si

TESIS

Dipersiapkan dan disusun oleh:

SUKEKSI DYAH INTANNINGRUM

202220440211063

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
pada hari/tanggal, **Senin/9 Desember 2024**
dan dinyatakan memenuhi syarat sebagai kelengkapan
memperoleh gelar Magister di Program Pascasarjana
Universitas Muhammadiyah Malang

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua : Prof. Dr. Iswinarti, M.Si
Sekretaris : M. Salis Yuniardi, S.Psi, M.Psi, PhD
Penguji I : Assc. Prof. Dr. Dyah Karmiyati, M.Si
Penguji II : Dr. Cahyaning Suryaningrum, M.Si

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : **SUKEKSI DYAH INTANNINGRUM**

NIM : **202220440211063**

Program Studi : **Magister Psikologi**

Dengan ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa :

1. Tesis dengan judul **Peran Moderasi Sosiodemografi Dalam Mempengaruhi *Perceived Susceptibility* Dan *Perceived Barrier* Terhadap *Dental Visiting Behavior* (Aplikasi *Health Belief Model* /HBM)** Adalah karya saya dan dalam naskah Tesis ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu Perguruan Tinggi dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dalam daftar pustaka.
2. Apabila ternyata dalam naskah Tesis ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur **PLAGIASI**, saya bersedia Tesis ini **DIGUGURKAN dan GELAR AKADEMIK YANG TELAH SAYA PEROLEH DIBATALKAN**, serta diproses sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.
3. Tesis ini dapat dijadikan sumber pustaka yang merupakan **HAK BEBAS ROYALTY NON EKSKLUSIF**.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 9 Desember 2024

Yang menyatakan,



SUKEKSI DYAH INTANNINGRUM

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan tesis dengan judul **Peran Moderasi Sosiodemografi Dalam Mempengaruhi *Perceived Susceptibility Dan Perceived Barrier Terhadap Dental Visiting Behavior (Aplikasi Health Belief Model /HBM)*** dapat terselesaikan dengan baik.

Pada proses penyusunan tesis yang tidak mudah ini, peran serta dan bantuan dari berbagai pihak sangat membantu penulis dalam usaha untuk penyempurnaan penulisan tugas akhir ini. Ucapan terimakasih ingin penulis sampaikan terkhusus kepada :

1. Rektor Universitas Muhammadiyah Malang, Prof. Dr. Nazaruddin Malik, M.Si
2. Direktur Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Malang Prof. Dr. Latipun, M.Kes.
3. Kaprodi Magister Psikologi Universitas Muhammadiyah Malang, Prof. Dr. Iswinarti, M.Si yang sekaligus sebagai pembimbing utama yang sangat dengan sabar memberikan arahan dan saran atas penulisan tesis ini.
4. Muhammad Salis Yuniardi, S.Psi., M.Psi, Ph.D selaku pembimbing pendamping yang banyak memberikan bimbingan, masukan dan arahan yang bermanfaat untuk penyelesaian tesis ini.
5. Seluruh dosen pangampu mata kuliah dan staf administrasi di lingkungan Direktorat Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Malang atas segala layanan dan fasilitas yang diberikan selama menjalani perkuliahan dari awal hingga akhir.
6. Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Dr. dr. Moch. Bachtiar Budianto, Sp. B. Subsp, Onk(K). FINACS, FICS yang telah memberikan ijin belajar selama kurang lebih dua tahun ini.
7. Kepala Puskesmas Rampal Celaket beserta staf yang telah memberikan ijin terkait pengambilan data di wilayah kerja Puskesmas Rampal Celaket.
8. Kepala Instalasi dan Ketua Kelompok Staf Medis (KSM) Instalasi Gigi dan Mulut RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yang telah memberikan ijin dan

keluangan waktu terhadap ijin belajar yang dilakukan penulisPartisipan yang telah bersedia memberikan waktu untuk mengisi kuesioner penelitian.

9. Orang tua penulis Bapak Soekisno dan Ibu Endang Sri Subekti yang telah dengan telaten mendampingi penulis sampai pada detik ini.
10. Suami Fathul Mubin, S.Pi, MM, dan anak-anak tercinta M. Azzamy Syauqi Famudyah, Almiera Aulya Zahrani Famudyah yang memberikan dukungan penuh dan bersedia berbagi waktu untuk mengejar terselesaikannya penyusunan tesis ini.
11. Kakak Nurini Dyah Hastuti, SE, Teguh Hellyanto, St. Arch, dan keponakan Yovira Anggi Parezwari yang dengan sabar ikut berperan dalam penyelesaian studi ini.
12. Teman-teman instalasi gigi dan mulut RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yang banyak membantu dan terlibat langsung dalam penyelesaian tesis ini.
13. Teman-teman RS. Lavalette dan RSU Hermina yang dengan setia mendengar cerita dari penulis tentang proses penulisan tesis ini.
14. Teman-teman Magister Psikologi angkatan 2022 kelas A yang banyak membantu dari awal perkuliahan sampai akhir.

Semoga kebaikan dan keberkahan selalu diberikan oleh Allah SWT. Penulis menyadari bahwa karya tulis ini tidak lepas dari kekurangan, maka segala saran dan kritik yang membangun akan sangat diharapkan oleh penulis. Penulis berharap semoga penelitian ini dapat berguna dan bermanfaat bagi lingkungan dan peneliti lain, demi kemajuan dan perkembangan ilmu pengetahuan yang lebih baik.

Malang, 9 Desember 2024

Penulis,

Sukeksi Dyah Intanningrum

DAFTAR ISI

JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
SUSUNAN DEWAN PENGUJI	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR BAGAN.....	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GRAFIK	ix
DAFTAR LAMPIRAN	xi
ABSTRAK.....	xii
PENDAHULUAN	1
TINJAUAN PUSTAKA	7
<i>Health Belief Model (HBM)</i>	8
<i>Susceptibility</i>	12
<i>Barrier</i>	13
Sosiodemografi	14
<i>Dental Visiting Behaviour</i>	15
Kerangka Konseptual	16
Hipotesis.....	17
METODOLOGI PENELITIAN	18
Desain Penelitian.....	18
Subjek Penelitian.....	18
Instrumen Penelitian.....	18
Analisa Data	22

HASIL PENELITIAN.....	24
Analisa Deskriptif dan Uji Beda Kategori Sosiodemografi.....	24
Pengujian Hipotesis.....	26
PEMBAHASAN	35
KESIMPULAN DAN IMPLIKASI.....	42
Kesimpulan	42
Implikasi.....	42
DAFTAR PUSTAKA.....	44
LAMPIRAN.....	49



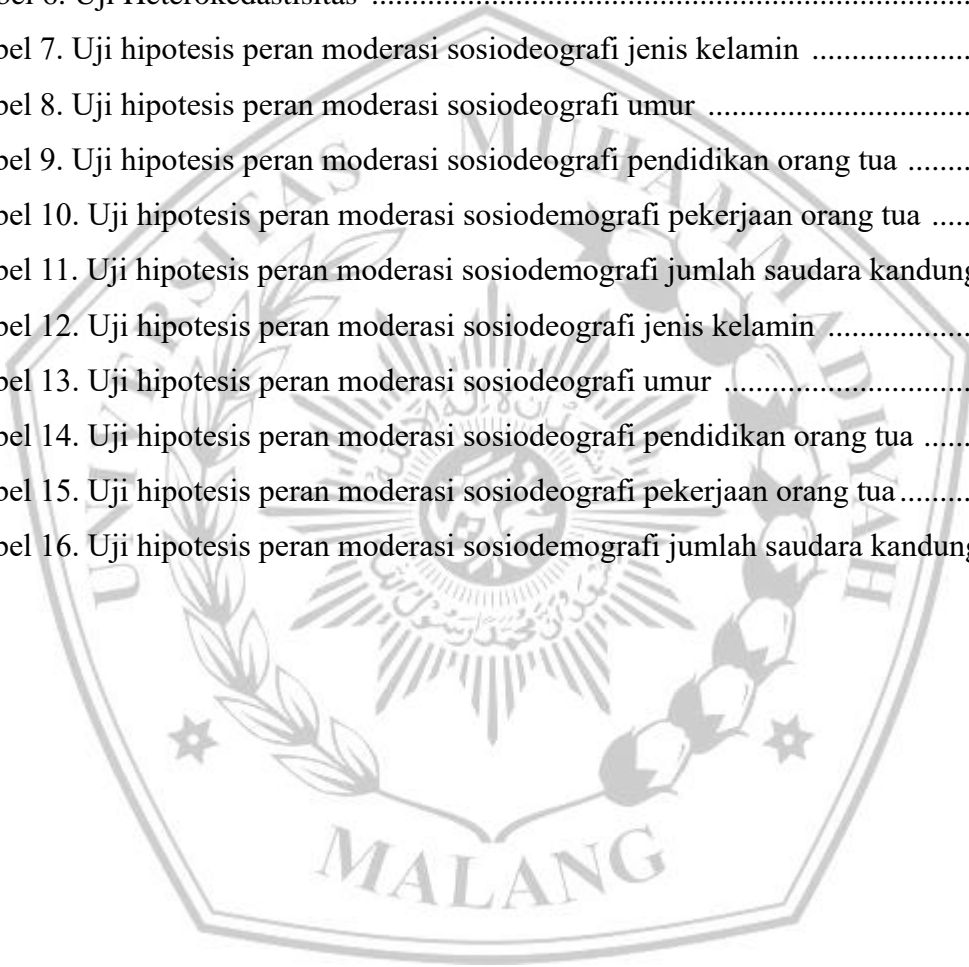
DAFTAR BAGAN

Bagan 1. *The Health Belief Model* (HBM) (Rosenstock, 1974)12



DAFTAR TABEL

Tabel 1. Uji validitas	19
Tabel 2. Uji reliabilitas	21
Tabel 3. Analisa deskriptif	24
Tabel 4. Uji Normalitas	26
Tabel 5. Multikolinieritas	27
Tabel 6. Uji Heterokedastisitas	27
Tabel 7. Uji hipotesis peran moderasi sosiodeografi jenis kelamin	27
Tabel 8. Uji hipotesis peran moderasi sosiodeografi umur	28
Tabel 9. Uji hipotesis peran moderasi sosiodeografi pendidikan orang tua	29
Tabel 10. Uji hipotesis peran moderasi sosiodemografi pekerjaan orang tua	29
Tabel 11. Uji hipotesis peran moderasi sosiodemografi jumlah saudara kandung	31
Tabel 12. Uji hipotesis peran moderasi sosiodeografi jenis kelamin	31
Tabel 13. Uji hipotesis peran moderasi sosiodeografi umur	32
Tabel 14. Uji hipotesis peran moderasi sosiodeografi pendidikan orang tua	33
Tabel 15. Uji hipotesis peran moderasi sosiodeografi pekerjaan orang tua	33
Tabel 16. Uji hipotesis peran moderasi sosiodemografi jumlah saudara kandung	34



DAFTAR GRAFIK

Grafik 1. Analisis *pick point approach*30



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian	49
Lampiran 2. Hasil Analisa Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian	53
Lampiran 3. Uji Beda	56
Lampiran 4. Uji Asumsi Klasik	60
Lampiran 5. Uji Hipotesis	61
Lampiran 6. Dokumentasi Pelaksanaan Penelitian	81



**PERAN MODERASI SOSIODEMOGRAFI DALAM MEMPENGARUHI
PERCEIVED SUSCEPTIBILITY DAN PERCEIVED BARRIER TERHADAP
DENTAL VISITING BEHAVIOR
(APLIKASI HEALTH BELIEF MODEL /HBM)**

Sukeksi Dyah Intanningrum
sukeksidyah@gmail.com

Prof. Dr. Iswinarti, M.Si (NIDN 0713056402)
Muhamad Salis Yuniardi, S.Psi, M.Psi, PhD (NIDN 0705067701)

ABSTRAK

Penyakit gigi dan mulut adalah penyakit yang banyak terjadi di masyarakat dan terjadi pada segala kelompok umur. Pada kelompok umur 11-14 tahun yang mengalami fase geligi pergantian dari gigi sulung ke gigi permanen/gigi tetap mengalami peningkatan prevalensi karies gigi, sehingga diperlukan *dental visiting behavior* secara berkala. *Health Belief Model* (HBM) menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan dengan berfokus pada sikap dan kepercayaan individu. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peran sosiodemografi (jenis kelamin, umur, Pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, jumlah saudara kandung, dan jarak ke fasilitas kesehatan) sebagai moderator pengaruh pada *perceived susceptibility* dan *perceived barrier* terhadap *dental visiting behavior*. Desain penelitian ini kuantitatif *cross sectional* dengan 289 anak berusia 11-14 tahun yang direkrut melalui *purposive sampling*. Uji beda dilakukan untuk melihat perbedaan *dental visiting behavior* pada tiap kategori sosiodemografi. Dilanjutkan dengan *Hayes Process* SPSS versi 26 untuk melihat efek moderasi. Hasil analisis menunjukkan *perceived susceptibility* dan *perceived barrier* berkontribusi terhadap *dental visiting behavior*. Jenis kelamin perempuan, umur yang lebih dewasa, pendidikan orang tua yang lebih tinggi, pekerjaan orang tua sebagai dokter/dosen/guru, dan jumlah saudara yang lebih sedikit, menunjukkan semakin tinggi *dental visiting behavior*. Namun demikian hanya pekerjaan orangtua yang memoderasi pengaruh *perceived susceptibility* terhadap *dental visiting behavior*, dimana pengaruh terkuat ditemukan pada anak dengan orang tua TNI/Polri/PNS. Semua variabel demografi tidak memoderasi pengaruh *perceived barrier* terhadap *dental visiting behavior*. Hasil ini menegaskan pentingnya *health belief* yang akan menentukan munculnya *dental visiting behavior* dan bagaimana peran factor demografi membedakan *dental visiting behavior*.

Kata Kunci: *Health Belief Model* (HBM), *perceived susceptibility*, *perceived barrier*, sosiodemografi, *dental visiting behavior*, karies gigi

**THE ROLE OF SOCIODEMOGRAPHICS MODERATION IN
INFLUENCE PERCEIVED SUSCEPTIBILITY AND PERCEIVED
BARRIERS ON DENTAL VISITING BEHAVIOR
(APPLICATION OF HEALTH BELIEF MODELS / HBM)**

Sukeksi Dyah Intanningrum
sukeksidyah@gmail.com

Prof. Dr. Iswinarti, M.Si (NIDN 0713056402)
Muhamad Salis Yuniardi, S.Psi, M.Psi, PhD (NIDN 0705067701)

ABSTRACT

Dental and oral diseases are diseases that are common in society and occur in all age groups. In the age group of 11-14 years who experience the tooth phase of changing from primary teeth to permanent teeth/permanent teeth, there is an increase in the prevalence of dental caries, so that regular dental visiting behavior is needed. The Health Belief Model (HBM) explains and predicts health behavior by focusing on individual attitudes and beliefs. This study aims to determine the role of sociodemographics (gender, age, parental education, parental occupation, number of siblings, and distance to health facilities) as moderators of the influence on perceived susceptibility and perceived barriers to dental visiting behavior. The design of this study was quantitative cross-sectional with 289 children aged 11-14 years recruited through purposive sampling. A difference test was conducted to see the difference in dental visiting behavior in each sociodemographic category. Continued with Hayes Process SPSS version 26 to see the moderation effect. The results of the analysis showed that perceived susceptibility and perceived barriers contributed to dental visiting behavior. Female gender, more mature age, higher parental education, parental occupation as a doctor/lecturer/teacher, and fewer siblings, indicate higher dental visiting behavior. However, only parental occupation moderates the influence of perceived susceptibility on dental visiting behavior, where the strongest influence is found in children with TNI/Polri/PNS parents. All demographic variables do not moderate the influence of perceived barriers on dental visiting behavior. These results emphasize the importance of health beliefs that will determine the emergence of dental visiting behavior and how the role of demographic factors differentiates dental visiting behavior.

Keywords: Health Belief Model (HBM), perceived susceptibility, perceived barrier, sociodemographics, dental visiting behavior, dental caries



PENDAHULUAN

Penyakit rongga mulut adalah penyakit yang banyak terjadi di masyarakat. Segala kelompok umur dapat terpapar penyakit gigi dan mulut. Menurut data Riskesdas 2018, di Provinsi Jawa Timur proporsi masalah gigi menurut karakteristik demografi tercatat pada semua kelompok umur. Pada kategori umur 10-14 tahun gigi yang mengalami karies (berlubang) atau sakit sebesar 41,4%, gigi hilang karena dicabut atau lepas sendiri sebesar 33,2%, gigi yang telah ditumpat karena berlubang 3% dan gigi goyang sebesar 13%. Untuk kategori penyakit rongga mulut yang terbesar pada umur 10-14 tahun adalah pembengkakan pada *gingiva* (gusi) dan munculnya bisul/abses yakni sebesar 11,3%, peradangan pada jaringan lunak yang ditandai dengan perdarahan pada *gingiva* (gusi) sebanyak 14,3%, dan sariawan dengan kekambuhan minimal 4 kali sebesar 8,3%. Untuk tindakan dalam mengatasi masalah penyakit rongga mulut, di Provinsi Jawa Timur tercatat kelompok umur 10-14 tahun tindakan perawatan gigi yang dilakukan yaitu medikamentosa/minum obat sebesar 49,1%, konsultasi, perawatan kebersihan dan kesehatan gigi dan mulut sebanyak 5,9%, dan penumpatan sebesar 3,1%. Sedangkan ekstraksi/pencabutan gigi dan tindakan bedah mulut masing-masing pada 9,3% dan 0,2%. Terdapat ketidakseimbangan yang sangat jelas antara diagnosa dan tindakan kedokteran gigi yang dilakukan di kelompok umur 10-14 tahun. Diagnosa gigi berlubang yang hampir 41,1 % dan perawatan yang berupa penumpatan hanya 3,1% tampak sangat jauh jaraknya (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018).

Menurut data Riskesdas tahun 2018 menyebutkan bahwa secara nasional penduduk di Indonesia yang tidak melakukan pengobatan ke dokter gigi sebanyak 95,5% dan untuk wilayah Jawa Timur sebanyak 95,7%. Sedangkan penduduk di negara Indonesia yang mengalami penyakit gigi dan mulut dan memilih untuk melakukan pengobatan sendiri sebanyak 42,2% dan untuk wilayah Jawa Timur sebanyak 43,1%. Lebih lanjut untuk kelompok umur 10 – 14 tahun yang tidak pernah berobat ke tenaga medis gigi sebanyak 96,1%. Dari data tersebut menunjukkan bahwa penduduk di Indonesia dalam melakukan pemeriksaan gigi an mulut masih rendah (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018).

Menurut Mc Grath & Bedi (2001) perilaku berkunjung ke dokter gigi secara rutin akan dapat menurunkan keparahan gejala penyakit gigi dan mulut dan lebih sedikit memerlukan perawatan ke dokter gigi daripada perilaku tidak rutin ke dokter gigi (Crocombe et al., 2011). Lebih lanjut (Mc Grath & Bedi, 2001; Badri et al., 2014) menyatakan bahwa kunjungan rutin ke dokter gigi dapat diasosiasikan dengan semakin baiknya kesehatan mulut. Keterlambatan dalam berkunjung ke dokter gigi pada pusat layanan kesehatan akan berdampak negatif terhadap derajat kesehatan rongga mulut.

Hayden & Bartlett (2019) menjelaskan bahwa perilaku kesehatan mencakup semua hal yang kita lakukan yang mempengaruhi fisik, mental, emosional, psikologis, dan spiritual. Beberapa hal yang mempengaruhi perilaku kesehatan diantaranya keyakinan, sikap, nilai keterampilan, agama, gender status sosial ekonomi, dan budaya (Hayden & Bartlett, 2019). Terkait dengan kunjungan ke dokter gigi, faktor sosioekonomi, jarak dari rumah ke pusat layanan kesehatan, pekerjaan orang tua, pendidikan orang tua dan lain-lain merupakan beberapa alasan pendukung yang mengakibatkan seseorang enggan atau tidak segera melakukan kunjungan ke dokter gigi (Ashoori et al., 2020). Selain itu beberapa penyebab yang menjadi halangan (*barrier*) individu untuk menunda atau tidak berobat ke dokter gigi diantaranya terkait dengan kecemasan yang terjadi terhadap perawatan gigi, biaya perawatan gigi, persepsi akan kebutuhan perawatan gigi, dan kurangnya akses (Freeman, 1999; Hill et al., 2013). Lebih lanjut Rosenstock (1974) menjelaskan bahwa karakteristik demografi seperti etnis, usia, status sosioekonomi, dan jenis kelamin diketahui berkaitan dengan pola perilaku kesehatan preventif yaitu pola perilaku yang memperkirakan perbedaan morbiditas dan mortalitas serta perbedaan penggunaan layanan kesehatan. Sedangkan kepercayaan berhubungan dengan persepsi seseorang tentang apa yang benar, meskipun mungkin tidak dipandang benar oleh orang lain yang akan berimplikasi pada keyakinan dan menghasilkan sikap (Hayden & Bartlett, 2019).

Menurut Maiman & Becker (1974); Rosenstock (1966), Abraham & Sheeran (2015) keyakinan mempunyai korelasi penting antara sosialisasi dan perilaku. Keyakinan merupakan ciri individu yang bertahan lama yang akan membentuk perilaku dan didapatkan dari sosialisasi primer. Keyakinan inilah yang

membentuk perilaku dan berhubungan dengan kesehatan terutama tentang terjadinya masalah kesehatan, tingkat keparahan, dan manfaat yang diperoleh terkait perilaku pencegahan, serta kemungkinan kerugian (Abraham & Sheeran, 2015). Sebelumnya Rosenstock (1974) mengkaitkan keyakinan tersebut dengan *Health Belief Model/HBM* yang merupakan model psikologis untuk menjelaskan dan memperkirakan perilaku sehat yang berfokus pada keyakinan dan sikap individu. Model ini menghubungkan teori psikologis pengambilan keputusan yang berupaya menjelaskan tindakan dalam situasi pilihan berkaitan dengan keputusan individu tentang perilaku kesehatan alternatif. HBM didasarkan pada teori motivasi perilaku yang berkorelasi dengan teori penetapan tujuan yang dikemukakan oleh Lewin mengenai tingkat situasi aspirasi (*level-of-aspiration situation*). Lewin et al (1935) berhipotesis bahwa perilaku bergantung pada dua variabel yaitu penilaian individu terhadap hasil tertentu dan perkiraan individu mengenai tindakan tertentu untuk mendapatkan hasil. HBM memperluas penggunaan variabel sosio-psikologis pada penjelasan perilaku kesehatan preventif. Model ini menganalisis motivasi individu untuk bertindak sebagai fungsi dari harapan dalam mencapai tujuan mengenai perilaku sehat. HBM menggambarkan perilaku pengambilan keputusan dalam kondisi ketidakpastian dengan mengusulkan kondisi teoritis sebagai berikut: (1) kesiapan untuk mengambil tindakan, yaitu menunjukkan respon psikologis individu terhadap kondisi kesehatan yang ditentukan oleh persepsi kerentanan pada suatu keadaan, dan berdasarkan persepsi mengenai keparahan akibat tertular kondisi tersebut; (2) evaluasi individu terhadap tindakan kesehatan yang dianjurkan terkait dengan kelayakan dan kemanjurannya, hal ini berhubungan dengan perkiraan tentang manfaat dari suatu tindakan dalam mengurangi kerentanan dan/atau keparahan, yang dibandingkan dengan persepsi individu mengenai dampak psikologis serta hambatan dan biaya lain dari tindakan yang disarankan (Maiman & Becker, 1974; Rosenstock, 1966).

HBM berfokus pada dua aspek representasi individu tentang kesehatan dan perilaku sehat yaitu persepsi ancaman (*threat perception*) dan evaluasi perilaku (*behavioural evaluation*). Persepsi ancaman (*threat perception*) terdiri dari dua keyakinan utama yaitu persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*) terhadap masalah kesehatan, dan persepsi keparahan (*perceived severity*) akibat penyakit.

Evaluasi perilaku (*behavioural evaluation*) terdiri dari dua keyakinan yaitu persepsi manfaat (*perceived benefits*) atau kemanjuran perilaku kesehatan yang disarankan, dan persepsi hambatan (*perceived barriers*) dalam memenuhi perilaku sehat yang disarankan.

Penelitian yang dilakukan oleh Janz dan Becker dalam Abraham & Sheeran (2015) menjelaskan bahwa dari 24 penelitian terkait HBM mengenai perilaku pencegahan, hambatan merupakan prediktor signifikan dalam 93% hipotesis, kerentanan 86%, manfaat 74%, dan tingkat keparahan 50%. Sedangkan peran perilaku ketika sakit dan hambatan merupakan prediktor paling sering dalam 19 penelitian (92%), dengan tingkat keparahan kedua (88%) diikuti oleh manfaat (80%) dan kerentanan (77%).

Perceived barrier merupakan evaluasi perilaku dalam HBM yang merupakan persepsi kendala yang dihadapi ketika melakukan tindakan pencegahan yang berdampak terhadap kemungkinan usaha yang akan dilakukan individu (Pramono, 2018). Dalam penelitian (Bahadori et al., 2013) terdapat lima faktor penentu hambatan dalam akses pelayanan ke dokter gigi, yaitu: biaya, ketidaknyamanan, ketakutan, organisasi, dan hubungan pasien-dokter gigi. Persepsi hambatan merupakan prediktor yang menghasilkan dukungan yang relatif kuat terhadap model konseptual perilaku kepatuhan dalam rekomendasi kesehatan (Becker, 1974).

Dalam perilaku pencegahan, *perceived susceptibility* merupakan aspek representasi kesehatan terkait persepsi ancaman yang mengacu pada kemungkinan terkena penyakit dan persepsi subjektif seseorang terhadap pemahaman kondisi yang dialaminya, serta resiko terdampak kondisi tertentu. Tinjauan penelitian yang menggunakan variabel ini menunjukkan bahwa kerentanan yang dirasakan memiliki nilai penjelas dan prediktif yang dapat dibuktikan dalam perilaku sehat (Becker, 1974). Penelitian Kegeles (1963) menyatakan bahwa *perceived susceptibility* terhadap penyakit rongga mulut terburuk yang dapat dibayangkan akan menumbuhkan kesadaran bahwa kunjungan ke dokter gigi dapat mencegah munculnya kejadian dan menjadikan prediktor penting untuk menentukan jumlah kunjungan ke dokter gigi. Lebih lanjut penelitian (Sumendap & Bramanti, 2021) menunjukkan bahwa persepsi kerentanan, sikap dan keyakinan, serta segala hal

yang menunjang perawatan ke dokter gigi perlu diinformasikan kepada pasien agar pasien memahami dan nyaman untuk berobat ke dokter gigi merupakan prediktor yang ditemukan pada perilaku pasien terhadap kemungkinan melakukan pengobatan ke dokter gigi selama pandemi COVID-19.

Kerentanan yang dirasakan pada tiap individu akan berbeda dalam memoderasi perilaku berisiko di masa lalu. Sebagaimana penelitian Gerrard, et al dalam (Abraham & Sheeran, 2015) menemukan bahwa hubungan yang paling kuat ditemukan pada responden yang lebih tua, sampel perempuan (vs. laki-laki). Beberapa penelitian sebelumnya juga menunjukkan kemungkinan adanya peran variabel moderasi dalam pengaruh *susceptibility* individu terhadap karies gigi dan *barrier* yang dapat menyebabkan karies gigi seseorang semakin bertambah parah terhadap perilaku berkunjung ke dokter gigi (*dental visiting behaviour*). Status sosial ekonomi seseorang dan kesehatan mulut orang tua berasosiasi dengan derajat kesehatan rongga mulut anak-anak. Hal ini dapat dilihat dari budaya menyikat gigi dan kunjungan ke pusat layanan kesehatan/dokter gigi (Lee et al., 2018). Penelitian lain juga melaporkan bahwa anak dengan ibu yang berpendidikan rendah status kesehatan gigi dan mulutnya juga rendah. Dikatakan juga bahwa hubungan antara fungsi keluarga dan terjadinya gigi berlubang pada anak dapat disebabkan karena adanya perilaku menjaga kesehatan gigi dan mulut (Duijster et al., 2014). Berdasarkan jenis kelamin, tercatat bahwa anak berkelamin laki-laki lebih rentan mengalami gigi berlubang dibandingkan pada anak perempuan (Balan et al., 2013).

Berdasarkan uraian di atas, terdapat dugaan bahwa sosiodemografi berperan dalam memoderasi pengaruh *perceived susceptibility* dan *perceived barrier* terhadap *dental visiting behaviour*. Dengan dugaan tersebut rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah sosiodemografi (jenis kelamin, umur, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, jumlah saudara kandung, dan jarak rumah dengan fasilitas layanan kesehatan) memoderasi pengaruh *perceived susceptibility* dan *perceived barrier* terhadap *dental visiting behaviour* ke fasilitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Celaket Kecamatan Klojen Kota Malang yang ditinjau dari persepektif *Health Belief Model* (HBM).

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui peran sosiodemografi sebagai variabel moderasi dalam memberikan pengaruh pada aspek *perceived*

susceptibility dan *perceived barrier* terhadap *dental visiting behaviour* ke fasilitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Celaket Kecamatan Klojen Kota Malang, sehingga dapat bermanfaat dalam memberikan informasi dan deskripsi bagi tenaga kesehatan mengenai *dental visiting behaviour*, serta bahan pertimbangan untuk menyusun kebijakan dalam meningkatkan perilaku mengenai kesehatan gigi dan mulut.



TINJAUAN PUSTAKA

HBM Dalam Psikologi

Rosenstock menyatakan bahwa *Health Belief Model*/HBM berasal dari teori sosial-psikologis Lewin, Z dan Becker, et al (1935) yang menyarankan bahwa model ini dikategorikan sebagai teori “nilai x harapan”, yang menggambarkan perilaku pengambilan keputusan dalam kondisi ketidakpastian. HBM berkaitan dengan subjektif individu untuk bertindak dengan mengusulkan beberapa pemahaman sebagai berikut: (1) kesiapan untuk mengambil tindakan, yaitu menunjukkan peran psikologis individu terhadap kondisi kesehatan yang ditentukan oleh persepsi kerentanan pada suatu kondisi yang didasarkan pada persepsi mengenai konsekuensi tertular kondisi tersebut; (2) evaluasi individu terhadap tindakan kesehatan yang dianjurkan terkait dengan kelayakan dan kemanjurannya. Hal ini terkait dengan perkiraan mengenai manfaat dari tindakan tersebut dalam mengurangi kerentanan dan/atau keparahan yang dibandingkan dengan persepsi mengenai dampak psikologis serta hambatan atau biaya yang timbul dari tindakan yang diusulkan; (3) sebuah stimulus baik internal (persepsi keadaan tubuh) atau eksternal (interaksi antarpribadi, komunikasi media massa, pengetahuan pribadi seseorang yang terkena dampak kondisi tersebut) harus terjadi untuk memicu upaya kesehatan yang tepat. Perilaku ini disebut isyarat untuk bertindak (*cue to action*). *Cue to action* dianggap perlu untuk mengaktifkan variabel kesiapan, yang berfungsi menyadarkan individu akan perasaannya, sehingga memungkinkan membawa perasaan tersebut untuk menghadapi masalah (Rosentock, 1966; Maiman, 1974).

HBM berasumsi bahwa motivasi adalah kondisi yang diperlukan untuk bertindak yang secara selektif menentukan persepsi individu terhadap lingkungan. Konsep motivasi dioperasionalkan dalam dua dimensi, yaitu keadaan kesiapan psikologis untuk mengambil tindakan tertentu dan sejauh mana tindakan tertentu diyakini bermanfaat dalam mengurangi ancaman. Menurut Lewin komponen HBM dalam kaitannya dengan penetapan tujuan dalam situasi aspirasi (*level-of-aspiration situation*), dapat dianalogikan sebagai berikut: (1) keinginan untuk mencapai atau mempertahankan keadaan sehat yang positif atau untuk menurunkan

kerentanan dan keparahan yang berkaitan dengan valensi positif keberhasilan di masa depan; (2) keinginan untuk mencegah keadaan penyakit atau untuk menghindari kerentanan dan tingkat keparahan yang “lebih tinggi”, berhubungan dengan valensi negatif dari kegagalan di masa depan; (3) estimasi manfaat yang positif dapat dianggap sebagai probabilitas keberhasilan dikurangi probabilitas kegagalan; dan (4) biaya dapat dianalogikan dengan perkiraan kesulitan dalam mencapai tujuan. Yang terakhir, variabel hasil HBM, yaitu disposisi terhadap tindakan dapat dianggap setara dengan valensi resultan tertimbang (*weighted resultant valence*) dari *level of aspiration model* (Maiman, 1975).

Health Belief Model (HBM)

Health Belief Model/ HBM berawal dari sekitar tahun 1950 dimana peneliti Amerika Serikat berusaha mengembangkan model psikologis yang ditujukan untuk menunjang peningkatan efektivitas program pendidikan kesehatan. *Belief*/keyakinan berkaitan dengan hubungan antara sosialisasi dan perilaku. *Belief*/keyakinan adalah sebuah karakteristik individu yang bertahan lama dan dapat membentuk perilaku yang bisa didapatkan dari sebuah proses sosialisasi. *Belief*/keyakinan dapat dimodifikasi dan dapat digunakan untuk membedakan individu dari latar belakang yang sama.

Hubungan antara *health belief* dan perilaku (*behavior*) awal mula terkonsep oleh Lewin's di tahun 1951. Penelitian awal menemukan bahwa keyakinan akan sehat/*health belief* berhubungan dengan perilaku sehat dan hal ini bisa digunakan untuk membedakan antara individu yang berperilaku sehat dan individu yang tidak berperilaku sehat. Model ini dapat digunakan untuk mengetahui perilaku pencegahan yang akhirnya diperluas untuk mengidentifikasi hubungan antara penggunaan layanan kesehatan dan kepatuhan terhadap rekomendasi medis (Conner & Norman, 2005). Lewin's dalam teorinya juga menyatakan bahwa perilaku individu sangat dipengaruhi oleh kekuatan psikologisnya dan persepsi individu dalam melihat dunia. Oleh karena itu, maka sekelompok psikolog sosial mengembangkan HBM untuk menjelaskan perilaku kesehatan pencegahan individu dalam kaitannya dengan dinamika psikologis seseorang saat ini dan interaksinya dengan faktor-faktor situasional (Land & Chen, 1986). HBM menegaskan bahwa kemunculan dan arah perilaku kesehatan preventif bergantung pada keyakinan

tertentu terhadap suatu kondisi dan bukan pada keyakinan terhadap fakta objektif (Land & Chen, 1986).

HBM pada awalnya diformulasikan untuk menjelaskan perilaku kesehatan. Menurut Kasi dan Cobb definisi HBM adalah segala tindakan seseorang yang meyakini bahwa dirinya dalam kondisi sehat yang bertujuan untuk mencegah penyakit atau mengidentifikasi suatu penyakit yang tidak menunjukkan gejala (Rosenstock, 1974). Terkhusus lagi bahwa melalui postulat HBM menyatakan bahwa apabila seseorang tidak memiliki gejala apapun terhadap penyakit, maka dia tidak akan mengambil tindakan tertentu untuk menghindari penyakit, kecuali kondisi berikut terpenuhi (Land & Chen, 1986):

1. Individu secara psikologis siap untuk mengambil tindakan terkait dengan keadaan kesehatan tertentu. Kesiapan tersebut ditentukan oleh adanya persepsi individu terhadap kerentanan suatu penyakit dan resiko tertular penyakit.
2. Individu yakin bahwa tindakan pencegahan layak dilakukan dan manjur. Hal ini dilakukan dalam upaya untuk mengurangi kerentanan dan keparahan yang dialami serta tidak menimbulkan hambatan psikologis seperti kerugian, ketidaknyamanan, sakit dan rasa malu.
3. Terdapatnya stimulus/ rangsangan yang terjadi untuk memicu tindakan yang dianjurkan. HBM mengacu pada terbentuknya motivasi yang bersifat umum dan tidak spesifik namun positif dengan mengarahkan tindakan individu terhadap kesehatan dan persepsi kendali atas masalah kesehatan yang mungkin terjadi.

Hal tersebut berbeda dengan perilaku sakit (*Illness Behaviour*). Perilaku ini didefinisikan sebagai segala tindakan seseorang yang bertujuan untuk menentukan kondisi kesehatannya dan menemukan pengobatan yang sesuai dengan kondisi sakitnya (Rosenstock, 1974).

HBM memiliki perhatian terhadap dua aspek, yaitu representasi individu tentang kesehatan (*representation of health*) dan perilaku sehat (*health behaviour*). *Health behaviour*/perilaku sehat terdiri atas persepsi ancaman (*threat perception*) dan evaluasi perilaku (*behavioural evaluation*). *Threat perception* dibangun atas 2 keyakinan utama yaitu *perceived susceptibility* terhadap masalah kesehatan yang dialami, dan *perceived severity* karena penyakit. Sedangkan evaluasi perilaku sehat (*health behaviour*) juga terbangun atas 2 keyakinan, yaitu keyakinan akan manfaat

atas rekomendasi perilaku sehat yang disarankan (*perceived benefit*) dan keyakinan akan biaya atau hambatan dalam melakukan tindakan kesehatan tersebut (*perceived barrier*) (Conner & Norman, 2005). HBM dirancang untuk menggugah masyarakat mengenai perilaku menghindari penyakit/tetap sehat. HBM digunakan untuk membantu individu dalam memikul tanggung jawab atas perilaku mereka dan menjadi model untuk kesehatan mereka (Moghadam et al., 2015). HBM merupakan sebuah model psikologis yang digunakan untuk merubah perilaku individu yang berkaitan dengan kesehatan yang telah digunakan secara luas untuk memprediksi kesehatan rongga mulut individu (Ashoori et al., 2020). HBM terbangun atas empat konstruk, yaitu *susceptibility* (kerentanan terhadap suatu penyakit), *benefit* (manfaat berperilaku sehat/tidak sehat), *barrier* (hambatan/penghalang untuk berperilaku sehat/tidak sehat), dan *severity* (keparahan terkena suatu penyakit) (Moghadam et al., 2015).

1. *Perceived susceptibility* : kerentanan yang diyakini berdasarkan pada keyakinan terhadap kemungkinan terkena suatu penyakit atau keadaan sakit. Kerentanan dihubungkan dengan banyak hal, gender/jenis kelamin misalnya pada penelitian terdahulu disebutkan bahwa laki-laki cenderung lebih rentan terhadap karies gigi dibandingkan perempuan (Al Subait et al., 2016; Balan et al., 2013).
2. *Perceived severity* : suatu perasaan tertular penyakit serta membiarkannya tidak diobati. Hal tersebut tercakup dalam penilaian terhadap konsekuensi medis serta klinis apabila tidak ada usaha untuk mengobati (contoh: kematian, disabilitas, rasa sakit) dan kemungkinan dampak sosial yang dapat terjadi akibat keparahan yang dialami. Dampak sosial tersebut contohnya adalah dalam hal kehidupan keluarga, pekerjaan, dan hubungan sosial dengan masyarakat. Terdapat banyak faktor yang mendukung keparahan kondisi rongga mulut, diantaranya adalah *oral health behaviour* yang jelek. *Oral health behaviour* biasanya terdiri dari tiga komponen, yaitu frekuensi menyikat gigi dan *dental flossing* dalam sehari, kebiasaan mengonsumsi makanan sehat beserta waktu konsumsinya merupakan hal yang sangat penting dan berpengaruh terhadap keparahan/*severity* penyakit di rongga mulut. *Severity* akan berdampak pada skor DMF-T dan DMF-t pada seseorang. Dimana D = *decay*, M = *missing*, F = *filling*, T = *tooth* (gigi permanen), sedangkan t = *tooth* (gigi sulung). Skor DMF

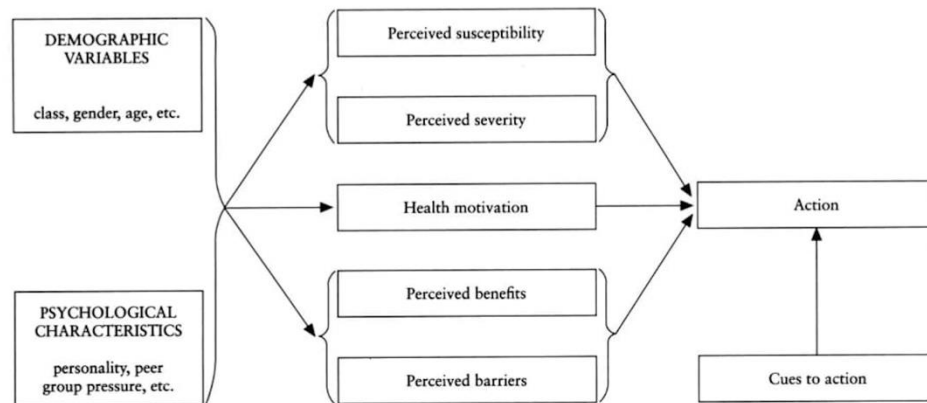
T/t yang rendah menunjukkan *oral hygiene* baik, sedangkan skor tinggi menandakan *oral hygiene* yang buruk (McDonald et al., 2004)

3. *Perceived benefits* : apabila seseorang mengalami kerentanan terhadap kondisi kesehatan tertentu (persepsi ancaman/*threat perception*), maka dengan kondisi terancam suatu penyakit dapat mengakibatkan seseorang akan melakukan perubahan perilaku yang dipengaruhi oleh keyakinan/*belief* mengenai manfaat yang akan dirasakan apabila perilaku sehat dilakukan. Seseorang pasti akan menimbang apakah dengan rutin ke dokter gigi akan memiliki manfaat yang baik dan apakah keadaan rongga mulutnya akan lebih baik jika seseorang melakukan kunjungan rutin ke dokter gigi.
4. *Perceived barriers* : adalah sebuah potensi negatif dari suatu tindakan kesehatan tertentu. Hambatan yang terjadi adalah merupakan hambatan yang dialami dalam upaya untuk melakukan rekomendasi perilaku sehat yang disarankan (Glanz et al., 2008). Contoh dalam ranah *dental visiting behaviour*; keinginan seseorang untuk berkunjung ke dokter gigi bisa saja terhambat oleh karena jarak rumah dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang jauh, biaya, pengetahuan tentang kedokteran gigi anak yang kurang, cemas, trauma dan lain-lain.

Selain 4 konstruk tersebut, pada HBM terdapat dua konsep lain yang akan menggerakkan seseorang untuk berperilaku sehat, yaitu (Glanz et al., 2008).

1. Isyarat untuk bertindak (*Cues to action*). *Cues to action* merupakan rumusan awal yang dibentuk dalam konsep HBM. *Cues to action* merupakan sebuah isyarat agar seseorang segera berperilaku sehat. *Cues to action* dihubungkan dengan *susceptibility* dan *benefits* dari seseorang melakukan perilaku ke arah sehat terhadap suatu penyakit. Namun *cues to action* tidak hanya didasarkan atas keadaan dan kondisi yang terjadi pada tubuh seseorang saja, melainkan *cues to action* bisa saja didapatkan dari publisitas media sosial mengenai penyakit dan perilaku sehat yang sangat berkaitan dengan keadaan yang saat ini dialami seseorang. *Cues to action* sangat sulit dibuktikan secara empiris melalui sebuah survei. Hal ini disebabkan karena *cues of action* timbulnya hanya sesaat dan dalam waktu yang singkat. Dalam konteks penelitian ini, rasa sakit pada gigi, tidak nyaman pada rongga mulut merupakan suatu isyarat agar seseorang segera bergerak ke dokter gigi apabila mengalami hal tersebut.

2. *Self efficacy* didefinisikan sebagai keyakinan diri seseorang untuk memiliki keyakinan berhasil dalam melaksanakan sesuatu. Efikasi diri akan memberikan hasil atas perilaku. Namun pada 1988 Rosenstock, dkk menyarankan agar *self-efficacy* dimasukkan dalam konsep HBM sebagai suatu konstruk yang terpisah dari empat konstruk utama HBM.



Bagan 1. *The Health Belief Model (HBM) (Rosenstock, 1974)*

Susceptibility

Perceived susceptibility seseorang terkena suatu penyakit adalah kerentanan yang dirasakan oleh seseorang berdasarkan pada keyakinan tentang kemungkinan terkena suatu penyakit atau kondisi sakit. Pada *perceived susceptibility* terdapat sebuah keyakinan/*belief* dari individu terhadap kepatuhan seseorang untuk berperilaku sehat sesuai dengan rekomendasi dokter gigi dalam upaya untuk mencegah individu terkena penyakit apabila individu tersebut merasa rentan terhadap karies gigi (Kayaa et al., 2022). Pada konteks *dental visiting behaviour* telah diketahui bahwa *American Dental Association (ADA)* pada tahun 1909 memberikan rekomendasi pertama kali tentang pendidikan kesehatan gigi dan mulut yang menyatakan bahwa setidaknya pasien melakukan kunjungan berkala ke dokter gigi setiap enam bulan sekali. Dan apabila terindikasi terdapat kecenderungan terhadap kondisi tidak sehat pada rongga mulut, maka kunjungan ke dokter gigi harus lebih sering dilakukan dengan penjadwalan tertentu (Patel et al., 2010). Rekomendasi tersebut juga disepakati oleh *American Pediatric Dentist* yang juga memberikan rekomendasi bahwa pemeriksaan gigi pada anak dapat

dilakukan setiap enam bulan sekali. Pada awal kelahiran, kunjungan pertama ke dokter gigi dilakukan ketika anak menginjak usia enam bulan dengan sudah tumbuh gigi atau belum, dan paling akhir membawa ke dokter gigi pada tahap awal adalah ketika anak memasuki usia satu tahun (Anthonappa & King, 2008). Rekomendasi lain adalah menyikat gigi sehari 2x di pagi dan malam hari, serta melakukan *dental flossing* adalah beberapa rekomendasi yang diberikan dokter gigi dalam rangka meningkatkan kesehatan gigi dan mulut agar *perceived susceptibility* individu akan karies gigi/ sakit gigi bisa menurun.

Pada anak kelompok umur 10-14 tahun merupakan kategori umur dimana gigi permanen akan menggantikan gigi susu. Masa tersebut disebut dengan masa geligi pergantian. Studi menyatakan bahwa gigi permanen pada kelompok umur 10-11 tahun relative baru dan bebas karies. Namun pada kelompok umur 12 tahun ke atas karies gigi mengalami kenaikan jumlah yang sangat pesat (Berhane & Worku, 2014). Penelitian di Riyadh menyatakan bahwa prevalensi gigi berlubang terbanyak pada umur 12-18 tahun, dimana total sampel pada penelitian tersebut dengan estimasi terpapar karies gigi adalah 93,7 % sedangkan yang bebas karies gigi hanya sekitar 6,3 %. Pada penelitian tersebut dilaporkan bahwa perilaku sosial dan faktor lingkungan memegang peranan penting dalam dalam mempertahankan kesehatan rongga mulut yang baik (Al Subait et al., 2016).

Barrier

Barrier/hambatan adalah sebuah potensi terjadinya hambatan yang dialami oleh individu untuk berperilaku sehat terhadap saran yang diberikan oleh professional (Sumita et al., 2022). *Barrier* merupakan semua hal yang menjadi faktor penghambat individu untuk melakukan perubahan perilaku terhadap kondisi pada tubuhnya. Pada konteks *dental visiting behaviour* akan memberikan pengaruh positif terhadap kesehatan rongga mulut, namun banyak hal penghambat yang menjadikan kunjungan ke dokter gigi menjadi terlambat/ tidak dilakukan (Moghadam et al., 2015; Sanaeinasab et al., 2022). Banyak faktor yang mengakibatkan barrier ini timbul dalam rangka merubah perilaku individu. Faktor sosiodemografi orang tua seperti pekerjaan yang berhubungan dengan penghasilan, pendidikan yang berhubungan dengan pengetahuan terhadap kesehatan rongga

mulut, faktor jarak rumah ke pusat layanan kesehatan, faktor jumlah saudara kandung yang dimiliki oleh seorang anak, adalah beberapa dari sekian *barrier* yang mungkin muncul pada *dental visiting behaviour*. Faktor motivasi juga tidak dapat dianggap remeh. Motivasi paling kuat adalah motivasi yang dari diri sendiri. Selain motivasi terdapat dental trauma, *dental anxiety*, respon sakit, respon tidak nyaman, dan lain sebagainya yang dapat menjadi potensi *barrier* dalam meningkatkan kesehatan rongga mulut seseorang (Sumita et al., 2022).

Sosiodemografi

Faktor sosiodemografi pada *Health Belief Model* (HBM) memegang peranan penting dalam memoderasi keempat konstruk yang dibangun terhadap *dental visiting behaviour* individu. Faktor sosiodemografi tersebut antara lain: jenis kelamin, usia, Pendidikan, pekerjaan, dan lain-lain. Individu yang mengunjungi pusat layanan kesehatan dalam hal ini dokter gigi/dokter gigi anak lebih banyak didatangi oleh masyarakat yang berusia muda atau setengah baya, dengan lebih banyak wanita yang mengunjungi pusat layanan kesehatan tersebut dan mereka memiliki pendidikan yang relatif lebih baik serta memiliki pendapatan yang lebih tinggi. Kelompok masyarakat dengan tingkat sosioekonomi yang tinggi (yang didefinisikan berdasarkan tingkat pendidikan dan pendapatan) lebih mungkin memperoleh pelayanan medis termasuk pelayanan kesehatan gigi di rumah sakit. Sedangkan berdasarkan ras/etnis pernah dilaporkan bahwa orang kulit putih lebih banyak memanfaatkan pusat layanan kesehatan dibandingkan orang kulit hitam yaitu dengan tujuan pemanfaatan pusat layanan kesehatan tersebut adalah untuk kunjungan ke dokter, kunjungan ke dokter gigi, dan rawat inap. Sedangkan pada kelompok masyarakat yang menunda berobat atau berkunjung ke pusat layanan kesehatan biasanya terdapat pada kelompok masyarakat yang berusia lebih tua, tingkat pendidikan yang rendah, dan lebih sering dilakukan oleh gender laki-laki. Penelitian terbaru menyatakan bahwa prevalensi kunjungan ke pusat layanan kesehatan mengalami peningkatan. Tujuan kunjungan ini adalah bahwa masyarakat memerlukan konsultasi dan pemeriksaan walaupun tanpa disertai gejala yang diderita. Hal ini memungkinkan terjadi pada masyarakat yang tingkat sosial ekonominya lebih tinggi. Beda halnya dengan masyarakat yang tingkat sosial

ekonominya rendah, walaupun tingkat keparahan penyakit cukup tinggi dan resiko kematian cukup besar, namun frekuensi kelompok masyarakat tersebut berkunjung ke pusat layanan kesehatan masih rendah dibandingkan pada kelompok masyarakat yang sehat dan tingkat sosial ekonominya tinggi (Rosenstock, 1974).

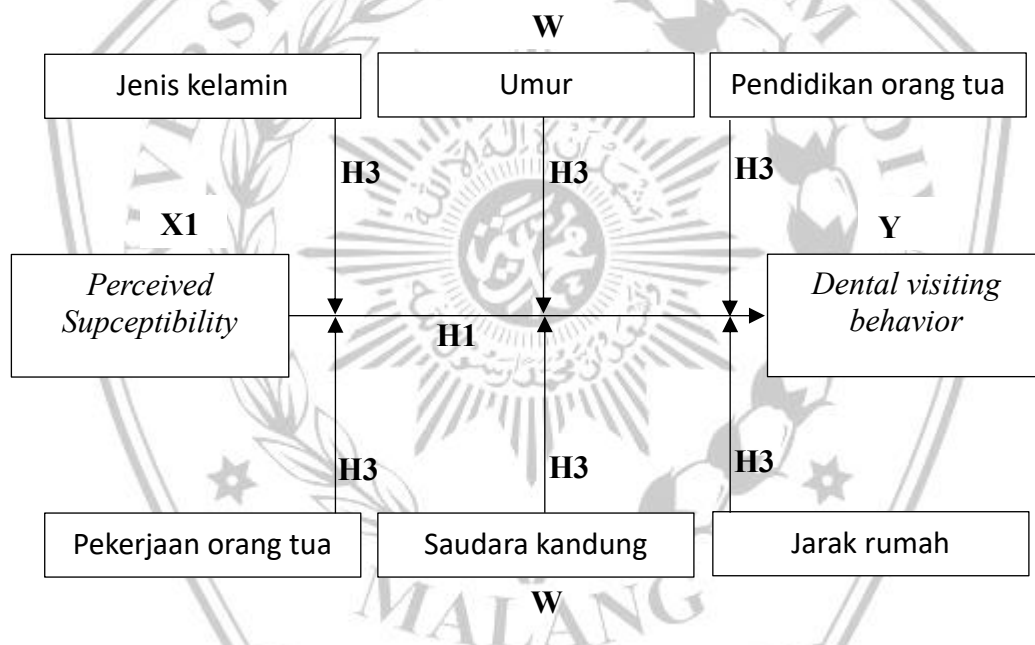
Dental Visiting Behaviour

Kesehatan rongga mulut merupakan suatu hal yang penting dan integral bagi kesehatan tubuh secara general (Al Subait et al., 2016). Hal ini diyakini oleh individu yang menginginkan terpeliharanya kesehatan rongga mulut dengan baik. Sebuah keinginan untuk mewujudkan kesehatan rongga mulut yang baik, maka perlu usaha untuk membuatnya menjadi kenyataan. Kunjungan ke dokter gigi menjadi satu hal yang memegang peranan penting. *Recal visit* (kunjungan berulang) ke dokter gigi didefinisikan sebagai kunjungan kembali seseorang ke dokter gigi/ dokter gigi anak yang terencana dan tak terduga dimana kondisi rongga mulut pada pemeriksaan terakhir dalam keadaan baik (Solis-Riggioni et al., 2018) (Anthonappa & King, 2008). Perilaku berkunjung ke dokter gigi secara rutin akan dapat menurunkan keparahan gejala dari penyakit pada rongga mulut seperti karies gigi, periodontitis, dan lain-lain yang akan berdampak pada semakin sedikitnya gigi dan rongga mulut yang memerlukan perawatan dokter gigi dibandingkan dengan perilaku tidak rutin ke dokter gigi (Crocombe et al., 2011). Sedangkan keterlambatan ke dokter gigi dapat berdampak serius terhadap kesehatan rongga mulut seseorang. Menurut rekomendasi dari *American of Pediatric Dentistry* (AAPD) menyatakan bahwa anak-anak seharusnya dibawa berkunjung ke dokter gigi untuk pertama kalinya saat anak tersebut berusia enam bulan atau saat gigi sulung pertamanya tumbuh. Paling terlambat membawa anak ke dokter gigi adalah ketika anak tersebut menginjak usia satu tahun. Dan hal tersebut wajib dilakukan tanpa melihat apakah terdapat masalah dalam rongga mulutnya atau tidak (Badri et al., 2014). Sedangkan rekomendasi berkunjung ke dokter gigi untuk dewasa disarankan oleh *American Dental Association* (ADA) bahwa kunjungan rutin dilakukan enam bulan sekali atau setahun dua kali. Namun apabila kondisi rongga mulut kurang baik, maka kunjungan berulang harus dilakukan sesering mungkin (Solis-Riggioni et al., 2018) (Anthonappa & King, 2008).

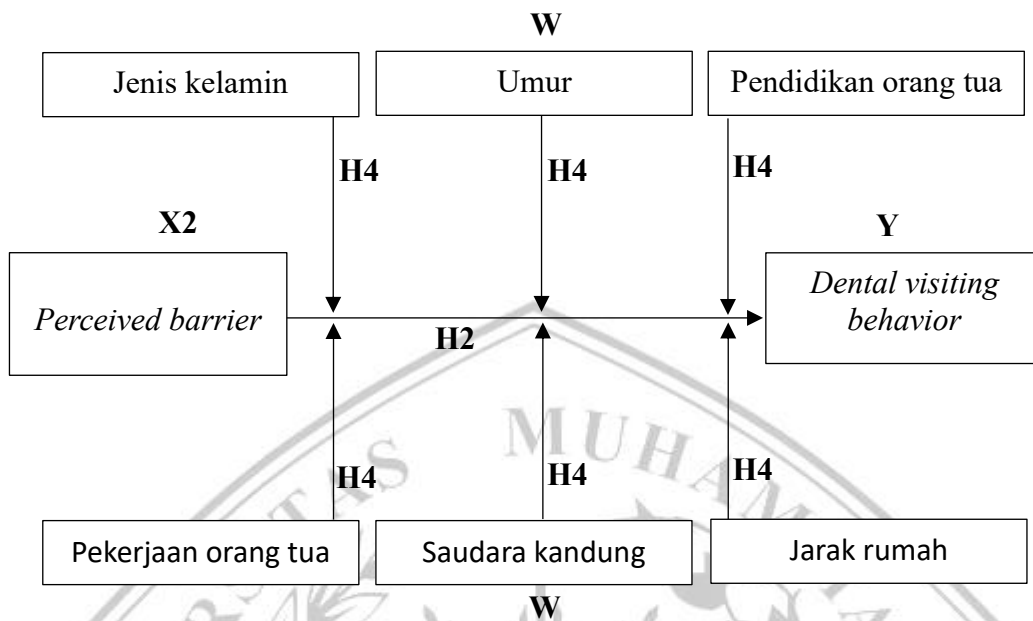
Penyakit rongga mulut bukan merupakan sebuah penyakit dengan kategori yang fatal, atau dapat mengancam nyawa. Namun penyakit gigi dan mulut dapat memberikan dampak yang kurang baik bagi sistem tubuh, contohnya adalah ketidakmampuan untuk makan dengan baik, berbicara dan bersosialisasi tanpa adanya penyakit aktif atau rasa malu yang hal tersebut memberikan kontribusi pada general well being/ kesejahteraan secara umum (Mc Grath & Bedi, 2001). Karena rongga mulut menjadi bagian tubuh yang tidak terpisahkan dari kesehatan manusia maka tidak bisa dianggap sebagai sebuah perilaku tambahan semata.

Kerangka Konseptual

Perceived Susceptibility



Perceived Barrier



Hipotesis

- H1 : *Perceived susceptibility*/kerentanan berpengaruh terhadap *dental visiting behavior*
- H2 : *Perceived barrier*/penghalang berpengaruh terhadap *dental visiting behavior*
- H3 : Sosiodemografi memoderasi pengaruh *perceived susceptibility*/kerentanan terhadap *dental visiting behavior*
- H4 : Sosiodemografi memoderasi pengaruh *perceived barrier*/penghalang terhadap *dental visiting behavior*

METODOLOGI PENELITIAN

Desain Penelitian

Untuk mendeskripsikan dan mengetahui hubungan kausalitas antarvariabel, maka peneliti menggunakan desain penelitian kuantitatif *cross sectional* untuk menganalisa data variabel sebab/resiko dan variabel akibat dari objek penelitian yang diukur dalam waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2010). Lebih lanjut Adiputra et al., (2021) menjelaskan bahwa pengamatan (observasi) dilakukan dengan mengukur variabel pada satu saat/waktu tertentu dan pengukuran terhadap variabel subjek dilakukan saat pemeriksaan, serta tidak ada tindakan lebih lanjut pada pengukuran yang dilakukan.

Sampel diambil dengan cara *non-probability* sampling yang karakteristik penentuan sampelnya dilakukan dengan *purposive sampling* yaitu pemilihan sampel pada setiap unsur/anggota populasi melalui pertimbangan tertentu (sosiodemografi) dan tidak diberikan kesempatan atau peluang untuk dipilih (Sugiono, 2018).

Subjek Penelitian

Kriteria sampel yang dijadikan subjek penelitian/responden adalah anak usia 11-14 tahun, baik laki-laki maupun perempuan di lingkup kerja Puskesmas Rampal Celaket, Kecamatan Klojen, kota Malang. Sedangkan Sekolah yang dipilih sebagai obyek penelitian adalah SDN Celaket 1, SDN Celaket 2, dan SMP Aisyiyah Muhammadiyah. Jumlah sampel adalah semua anak dengan usia 11-14 tahun pada sekolah yang dijadikan sebagai obyek penelitian. Jumlah sampel penelitian ini ditentukan berdasarkan perhitungan yang dikembangkan oleh Slovin (Amin et al., 2023) yaitu sebanyak 289 responden.

Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian menggunakan acuan penelitian Lee, et al., (2018) yang mengembangkan instrumen berdasarkan teori *Health Belief Model/HBM* dengan berfokus pada perilaku seseorang ketika terdapat karies dalam rongga mulutnya dengan skala yang digunakan sebagai berikut:

1. *Susceptibility*, yaitu berfokus pada persepsi memburuknya karies gigi karena perilaku terlambat datang ke dokter gigi. Skala *susceptibility* terdiri dari 4 pertanyaan dengan jawaban menggunakan skala *linkert* dengan 5 kategori yaitu 1 (sangat mungkin) sampai dengan 5 (sangat tidak mungkin). Total skor yang didapat pada skala ini adalah 4-20.
2. *Barrier*, yaitu berfokus pada potensi hambatan yang mungkin terjadi untuk berkunjung ke dokter gigi ketika karies gigi terbentuk. Skala *barrier* terdiri dari 9 pertanyaan dengan pilihan jawaban menggunakan skala *linkert* dengan 5 kategori yaitu dari 1 (sangat tidak setuju) sampai dengan 5 (sangat setuju). Total skor yang didapat pada skala ini adalah 5-45.
3. *Dental visiting behaviour*, yaitu terdiri dari 2 pertanyaan yang berisikan tentang frekuensi kunjungan ke dokter gigi dan alasan seseorang melakukan kunjungan ke dokter gigi yang didasarkan pada *oral health survey basic method* yang diterbitkan oleh WHO (World Health Organization, 2013), yaitu dengan memodifikasi menggunakan 5 skala waktu. Peneliti menggunakan skala *linkert* 1 sampai 5 untuk menunjukkan tingkat frekuensi berkunjung ke dokter gigi dan alasan pasien untuk datang melakukan perawatan gigi.

Uji validitas instrumen penelitian menggunakan uji *Pearson Product-Moment Correlation* dengan nilai $sig. < 0,05$ atau $r \text{ hitung} > r \text{ tabel}$ dan nilai *pearson correlation* positif yang menunjukkan bahwa instrumen tersebut adalah valid. Hasil uji validitas instrumen penelitian dengan jumlah responden sebanyak 289 orang dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Uji validitas

Kuesioner Variabel	Hasil Uji		Keterangan
	r hitung	Sig. (2-tailed)	
Dental Visiting Behavior			
Pertanyaan:			
1	0.921**	0.000	Valid
2	0.904**	0.000	
Perceived Susceptibility			
Pertanyaan:			
1	0.783**	0.000	Valid
2	0.805**	0.000	
3	0.861**	0.000	
4	0.835**	0.000	

Perceived Barrier

Pertanyaan:

1	0.667**	0.000	
2	0.703**	0.000	
3	0.645**	0.000	
4	0.644**	0.000	
5	0.690**	0.000	Valid
6	0.643**	0.000	
7	0.631**	0.000	
8	0.641**	0.000	
9	0.681**	0.000	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Berdasarkan perhitungan di atas, instrumen penelitian pada variabel *dental visiting behavior* mempunyai nilai *Pearson Correlation* masing-masing 0.921 dan 0.904 yang menunjukkan bahwa r hitung $>$ r tabel (0.115), sedangkan nilai sig. (*2 tailed*) masing-masing 0.000 dan 0.000 yang menunjukkan bahwa nilai sig. (*2 tailed*) $<$ 0.05, sehingga instrumen penelitian yang digunakan adalah valid.

Instrumen penelitian pada variabel *perceived susceptibility* mempunyai nilai *Pearson Correlation* masing-masing 0.783; 0.805; 0.861; 0.835 yang menunjukkan bahwa r hitung $>$ r tabel (0.115) dan nilai sig. (*2 tailed*) masing-masing 0.000, 0.000, 0.000, 0.000 yang menunjukkan nilai sig. (*2 tailed*) $<$ 0.05, sehingga instrumen penelitian yang digunakan adalah valid.

Instrumen penelitian pada variabel *perceived barrier* mempunyai nilai *Pearson Correlation* masing-masing 0.683; 0.682; 0.702; 0.758; 0.769; 0.706; 0.773; 0.780; 0.783 yang menunjukkan bahwa r hitung $>$ r tabel (0.115) dan nilai sig. (*2 tailed*) masing-masing 0.000; 0.000; 0.000; 0.000 yang menunjukkan bahwa nilai sig. (*2 tailed*) $<$ 0.05, sehingga instrumen penelitian yang digunakan adalah valid

Uji *Cronbach's Alpha* digunakan untuk menghitung reliabilitas atau konsistensi instrumen penelitian dengan standar nilai $>$ 0,6 yang menunjukkan bahwa instrumen penelitian tersebut reliabel atau konsisten. Hasil uji reliabilitas instrumen penelitian dengan jumlah responden sebanyak 289 orang dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 2. Uji Reliabilitas

Kuesioner Variabel Penelitian	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha	Keterangan
Dental Visiting Behavior			
Pertanyaan:			
1	0.699	0.821	Reliabel
2	0.699		
Perceived Susceptibility			
Pertanyaan:			
1	0.657	0.836	Reliabel
2	0.687		
3	0.741		
5	0.645		
Perceived Barrier			
Pertanyaan:			
1	0.561	0.839	Reliabel
2	0.597		
3	0.534		
4	0.512		
5	0.596		
6	0.535		
7	0.517		
8	0.518		
9	0.578		

Berasarkan hasil uji reliabilitas di atas, instrumen penelitian yang digunakan mempunyai nilai *Cronbach's Alpha* pada variabel *dental visiting behavior* 0.821, *perceived susceptibility* 0.836, dan 0.897 yang menunjukkan bahwa nilai *Cronbach's Alpha* > 0.6, maka instrument penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah reliabel.

Prosedur Penelitian

Tahap awal penelitian, peneliti mempelajari keterkaitan antara health belief model (HBM) dan sosiodemografi untuk mengetahui fenomena yang terjadi berdasarkan kajian literatur. Tahap berikutnya peneliti membuat kerangka konsep penelitian dengan menentukan variabel penelitian untuk merumuskan hipotesis.

Selanjutnya peneliti menentukan instrumen penelitian dan metode pengumpulan data yang sesuai.

Tahap kedua, sebelum melaksanakan penelitian peneliti melakukan uji instrumen penelitian pada variabel dental visiting behavior, perceived susceptibility, dan perceived barrier kepada 50 responden untuk mengetahui dan memastikan bahwa nilai validitas *sig. (2 tailed)* < 0.05 dan reliabilitas *Cronbach's Alpha* > 0.6. Pelaksanaan penelitian dilakukan dengan mengumpulkan responden di dalam ruangan pada sekolah yang menjadi obyek penelitian dengan pendampingan tenaga kesehatan dari Puskesmas Celaket, Kecamatan Klojen, Kota Malang. Peneliti menyampaikan dan menjelaskan setiap pertanyaan kuesioner kepada responden untuk memberikan pemahaman untuk mempermudah di dalam menjawab pertanyaan. Pendamping peneliti bertugas membantu dan memastikan bahwa responden sudah memahami setiap pertanyaan yang disampaikan.

Tahap terakhir, data penelitian dianalisis dengan menggunakan analisa deskriptif dan analisa inferensial dengan bantuan software SPSS untuk mendapatkan jawaban atas pertanyaan penelitian, kemudian dilanjutkan dengan pembahasan dan menarik kesimpulan.

Analisa Data

Peneliti menggunakan 2 macam analisa data untuk mendeskripsikan dan mengetahui hubungan antarvariabel, yaitu:

1. Analisa deskriptif, yaitu analisa data sosiodemografi (jenis kelamin, umur, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, jumlah saudara kandung, dan jarak rumah ke fasilitas layanan kesehatan) mendeksripsikan *mean* dengan menggunakan SPSS versi 26.
2. Analisa inferensial, yaitu pengolahan data hasil kuesioner yang berisi tentang penilaian terhadap konstruk *Health Belief Model* yang terdiri dari kuesioner tentang *susceptibility* terhadap karies, *barrier* yang mungkin terjadi untuk melakukan *dental visiting behaviour* dan kuesioner *dental visiting behaviour*. Kuesioner yang digunakan tersebut telah dikembangkan oleh penelitian sebelumnya Lee et al., (2018). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan 2 macam analisa inferensial, yaitu:

- a. Analisa uji beda kategori sosiodemografi jenis kelamin menggunakan *t-test*, sedangkan sosiodemografi yang lain menggunakan uji *Anova* untuk memberikan gambaran signifikansi perbedaan pada setiap kategori.
- b. Analisa *Moderation Regression Analysis* (MRA) digunakan dalam menganalisa data untuk melihat hubungan dari konstruk HBM *susceptibility* dan *barrier*, serta peran moderasi sosiodemografi terhadap *dental visiting behaviour*. Peneliti melakukan analisa moderasi hanya pada kategori sosiodemografi yang mempunyai hasil uji beda signifikan pada variabel penelitiannya yaitu *susceptibility*, *barrier*, dan *dental visiting behavior*. Analisa moderasi menggunakan uji *Hayes Process* dengan SPSS versi 26 (Hayes, 2018). Sosiodemografi yang menunjukkan peran moderasi kemudian dilanjutkan dengan analisa *pick point approach* untuk mengetahui efek kondisional variabel independen terhadap variabel dependen



HASIL PENELITIAN

Analisa Deskriptif dan Uji Beda Kategori Sosiodemografi

Hasil Analisa deskriptif terhadap 289 orang anak yang menjadi responden di lingkup kerja Puskesmas Celaket adalah sebagai berikut:

Tabel 3. Analisa Deskriptif

Kategori	Demografi		Susceptibility		Barrier		Dental Visiting	
	Jumlah	%	Mean	Sig.	Mean	Sig.	Mean	Sig
Jenis Kelamin								
Laki-laki	154	53.3%	12.1	0.028*	27.6	0.061	4.6	0.002**
Perempuan	135	46.7%	12.7		28.9		5.0	
Umur								
11 Tahun	53	18.3%	12.1	0.683	27.9	0.966	5.0	0.006**
12 Tahun	115	39.8%	12.3		28.1		4.9	
13 Tahun	43	14.9%	12.4		28.2		4.5	
14 Tahun	78	27.0%	12.6		28.4		4.6	
Pendidikan								
SD-SMP	24	8.3%	10.8	0.000**	21.5	0.000**	4.2	0.000**
SMA	198	68.5%	12.2		28.2		4.7	
Sarjana	67	23.2%	13.4		30.5		5.2	
Pekerjaan								
Serabutan	70	24.2%	10.8	0.000**	24.1	0.000**	4.5	0.000**
Karyawan	79	27.3%	12.5		29.3		4.8	
Wiraswasta	109	37.7%	12.8		29.3		4.8	
TNI/POLRI/PNS	15	5.2%	13.3		29.7		5.1	
Dokter/Dosen/Guru	16	5.5%	15.1		31.6		6.1	
Saudara Kandung								
Tidak ada	32	11.1%	13.7	0.000**	28.8	0.001**	5.0	0.009**
1 - 2 Orang	151	52.2%	12.7		29.2		4.9	
3 - 4 Orang	83	28.7%	11.6		26.9		4.7	
≥ 5 Orang	23	8.0%	11.1		23.8		4.5	
Jarak								
< 1 KM	147	50.9%	12.3	0.477	28.0	0.852	4.8	0.665
1 - 3 KM	129	44.6%	12.4		28.3		4.8	
3 - 5 KM	8	2.8%	12.0		27.7		4.6	
> 5 KM	5	1.7%	11.6		27.0		4.4	

*. Signifikan (P < 0.05)

** . Sangat signifikan (P < 0.01)

Sebagaimana dilihat pada tabel 3 di atas, hasil uji beda adalah sebagai berikut:

1. *Perceived Susceptibility*

Hasil uji beda menunjukkan hanya pendidikan, pekerjaan orang tua, dan jumlah anak yang menghasilkan perbedaan sangat signifikan ($p < 0.01$), dimana semakin tinggi pendidikan orang tua dan semakin sedikit jumlah saudara kandung maka semakin yakin akan kerentanan terhadap penyakit gigi. Selanjutnya selaras dengan tingkat kunjungan ke dokter gigi, orang tua yang berprofesi dokter/dosen/guru adalah yang paling yakin akan kerentanan gigi pada anak ataupun semakin merasakan bahaya terhadap masalah gigi. Jenis kelamin anak ternyata juga menunjukkan perbedaan signifikan ($p = 0.028$), dimana anak perempuan lebih merasa rentan terhadap kondisi ini.

2. *Perceived barrier*

Hasil uji beda menunjukkan bahwa pendidikan, pekerjaan orang tua, dan jumlah saudara kandung menunjukkan perbedaan sangat signifikan. Semakin tinggi pendidikan orang tua maka semakin tinggi hambatan untuk ke dokter gigi ($p < 0.01$), meskipun pada *perceived susceptibility* menjelaskan bahwa semakin tinggi pendidikan semakin tinggi pula keyakinan akan kerentanan dan semakin sering membawa anaknya datang ke dokter gigi. Hal yang sama terjadi dengan profesi orang tua ($p < 0.01$), dimana profesi dokter/dosen/guru semakin meyakini terdapat banyak hambatan, namun juga meyakini tentang tingginya kerentanan yang bisa terjadi, sehingga semakin sering membawa anaknya ke dokter gigi. Sebaliknya pekerja serabutan semakin meyakini tidak banyak hambatan namun semakin tidak meyakini kerentanan dan selanjutnya semakin jarang membawa anaknya ke dokter gigi. Terkait jumlah saudara kandung atau jumlah anak dalam keluarga juga menunjukkan perbedaan sangat signifikan ($p = 0.001$) namun tidak menunjukkan suatu pola tertentu. Semakin banyak anak semakin tidak yakin akan tingginya hambatan membawa anak ke dokter gigi, semakin tidak yakin akan kerentanan, maka semakin jarang membawa anaknya ke dokter gigi. Namun pada responden dengan jumlah saudara kandung 1-2 orang justru merasakan tingginya hambatan, akan tetapi bukan merupakan

kategori yang paling rentan, dan bukan pula yang sering atau jarang ke dokter gigi.

3. *Dental visiting behavior*

Hampir semua variabel sosiodemografi menunjukkan perbedaan sangat signifikan atas frekuensi berkunjung ke dokter gigi. Anak/remaja perempuan lebih sering datang ke dokter gigi ($p = 0.002$), semakin tinggi usia anak/remaja maka semakin sering ke dokter gigi ($p = 0.006$), semakin tinggi tingkat pendidikan orang tua, maka semakin sering membawa anak ke dokter gigi ($p = 0.000$). Terkait pekerjaan orang tua juga menunjukkan perbedaan sangat signifikan ($p = 0.001$). Dokter/dosen/guru yang paling sering membawa anaknya ke dokter gigi, diikuti dengan orang tua yang berprofesi sebagai TNI/Polri/PNS, karyawan, wirasawasta, dan terakhir yang paling jarang membawa anaknya ke dokter gigi adalah yang berprofesi serabutan. Begitu pula dengan jumlah saudara kandung yang menunjukkan jumlah anak dalam keluarga juga menunjukkan perbedaan sangat signifikan akan kunjungan ke dokter gigi ($p = 0.009$), semakin sedikit anak semakin sering membawa anak ke dokter gigi. Menariknya jarak tidak menjadi alasan untuk datang ataupun tidak datang ke dokter gigi ($p = 0.665$). Merujuk hasil ini, di mana keterhubungan moderator dengan *outcome variable* adalah salah satu syarat adanya moderasi sebagaimana dapat dilihat di *template* model Hayes (Hayes, 2013), maka kesemua variabel sosiodemografi kecuali jarak akan dilanjutkan dengan analisis moderasi.

Pengujian Hipotesis

Uji Asumsi Klasik

Hasil uji asumsi klasik sebelum melakukan uji hipotesis adalah sebagai berikut:

1. Uji normalitas

Tabel 4. Uji normalitas

Uji Normalitas	rasio	standar	Keterangan
Rasio Skewness	1.95	$-2 < x < 2$	Data terdistribusi normal
Rasio Kurtosis	-0.37	$-2 < x < 2$	Data terdistribusi Nomal

* Nilai rasio interval -2 sampai 2

2. Uji multikolinieritas

Tabel 5. Uji multikolinieritas

Variabel	Tolerance	VIF	Keterangan
Suceptibility	0.977	1.024	Non multikolinieritas
Barrier	0.972	1.029	Non multikolinieritas
Demografi	0.974	1.026	Non multikolinieritas

* Tolerance > 0.1 dan VIF < 10

3. Heteroskedastisitas

Tabel 6. Uji heteroskedastisitas

Variabel	Sig.	Keterangan
Susceptibility	0.177	Homoskedastisitas
Barrier	0.275	Homoskedastisitas
Demografi	0.417	Homoskedastisitas

* Nilai Sig. > 0.05

Uji Moderasi Peran Sosiodemografi Pada *Perceived Susceptibility*

Peran Moderasi Sosiodemografi Jenis Kelamin

Hasil uji hipotesis peran moderasi sosiodemografi jenis kelamin pada *perceived susceptibility* terhadap *dental visiting behavior* adalah sebagai berikut:

Tabel 7. Uji hipotesis peran moderasi sosiodemografi jenis kelamin

Variabel	R ²	b	t	p
Constant		4.79	91.57	0.00
Susceptibility (X1)	0.17	0.16	6.87	0.00
Jenis kelamin (W)		0.25	2.43	0.02
Interaksi (X1*W)	0.00	-0.01	-0.16	0.87

Berdasarkan uji hipotesis di atas menunjukkan hasil penelitian sebagai berikut:

1. *Perceived susceptibility* berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.00$ ($p < 0.05$), sehingga hipotesis H1 diterima.
2. Jenis kelamin berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* dengan nilai $p = 0.02$ ($p < 0.05$) dan bersama *perceived susceptibility* keduanya memberikan pengaruh sebesar 17%, namun tidak memberikan peran moderasi

dalam memperkuat pengaruh *perceived susceptibility* terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.87$ ($p > 0.05$) dan interaksi sebesar 0%, sehingga hipotesis H3 ditolak.

Peran Moderasi Sosiodemografi Umur

Hasil uji hipotesis peran moderasi sosiodemografi umur pada *perceived susceptibility* terhadap *dental visiting behavior* adalah sebagai berikut:

Tabel 8. Uji hipotesis peran moderasi sosiodeografi umur

Variabel	R ²	b	t	p
Constant		4.79	91.07	0.00
Susceptibility (X1)	0.16	0.16	7.02	0.00
Umur (W)		0.06	1.26	0.21
Interaksi (X1*W)	0.00	0.01	-0.52	0.61

Berdasarkan uji hipotesis di atas menunjukkan hasil penelitian sebagai berikut:

1. *Perceived susceptibility* berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.00$ ($p < 0.05$), sehingga hipotesis H1 diterima.
2. Umur tidak berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* dengan nilai $p = 0.21$ ($p > 0.05$), namun bersama *perceived susceptibility* keduanya memberikan pengaruh sebesar 16%. Selain itu umur tidak memberikan peran moderasi dalam memperkuat pengaruh *perceived susceptibility* terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.61$ ($p > 0.05$) dan interaksi sebesar 0%, sehingga hipotesis H3 ditolak.

Peran Moderasi Sosiodemografi Pendidikan Orang Tua

Hasil uji hipotesis peran moderasi sosiodemografi pendidikan orang tua pada *perceived susceptibility* terhadap *dental visiting behavior* adalah sebagai berikut:

Tabel 9. Uji hipotesis peran moderasi sosiodeografi pendidikan orang tua

Variabel	R ²	b	t	p
Constant		4.77	89.26	0.00
Susceptibility (X1)	0.19	0.14	5.75	0.00
Pendidikan orang tua (W)		0.33	3.34	0.00
Interaksi (X1*W)	0.00	0.04	1.10	0.27

Berdasarkan uji hipotesis di atas menunjukkan hasil penelitian sebagai berikut:

1. *Perceived susceptibility* berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.00$ ($p < 0.05$), sehingga hipotesis H1 diterima.
2. Pendidikan orang tua berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* dengan nilai $p = 0.00$ ($p < 0.05$) dan bersama *perceived susceptibility* keduanya memberikan pengaruh sebesar 19%, namun tidak memberikan peran moderasi dalam memperkuat pengaruh *perceived susceptibility* terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.27$ ($p > 0.05$) dan interaksi sebesar 0%, sehingga hipotesis H3 ditolak

Peran Moderasi Sosiodemografi Pekerjaan Orang Tua

Hasil uji hipotesis peran moderasi sosiodemografi pekerjaan orang tua pada *perceived susceptibility* terhadap *dental visiting behavior* adalah sebagai berikut:

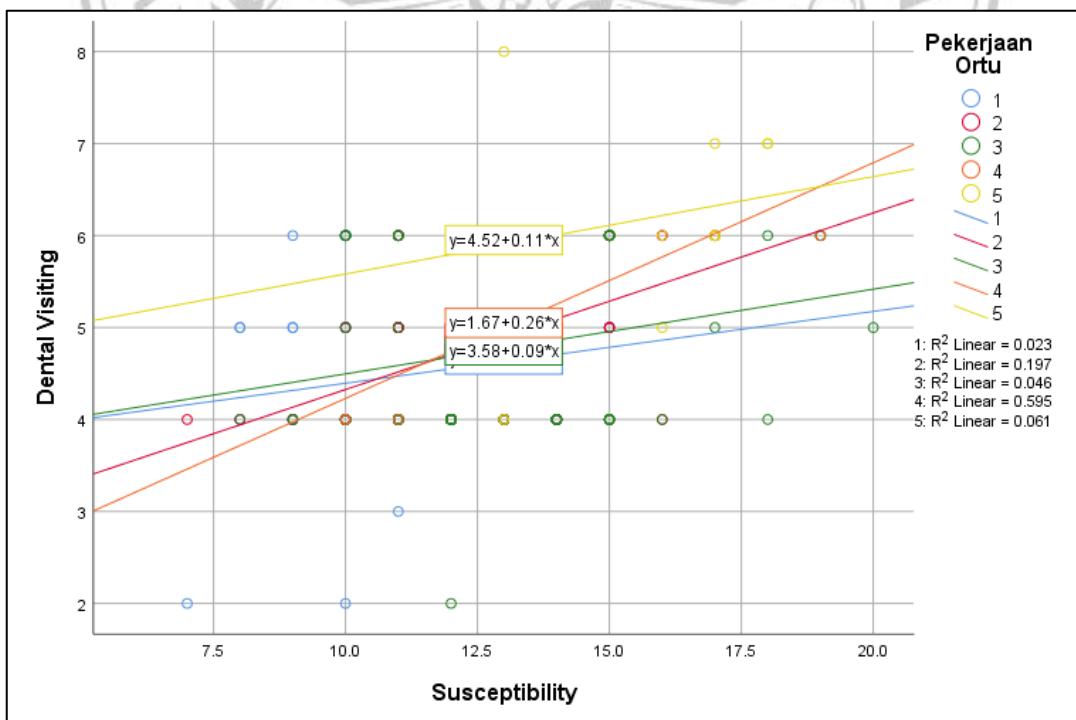
Tabel 10. Uji hipotesis peran moderasi sosiodemografi pekerjaan orang tua

Variabel	R ²	b	t	p
Constant		4.74	85.57	0.00
Susceptibility (X1)	0.19	0.13	5.04	0.00
Pekerjaan orang tua (W)		0.14	2.62	0.01
Interaksi (X1*W)	0.01	0.04	2.05	0.04

Berdasarkan uji hipotesis di atas menunjukkan hasil penelitian sebagai berikut:

1. *Perceived susceptibility* berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.00$ ($p < 0.05$), sehingga hipotesis H1 diterima.
2. Pekerjaan orang tua berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* dengan nilai $p = 0.01$ ($p < 0.05$) dan bersama *perceived susceptibility* keduanya memberikan pengaruh sebesar 19%. Selain itu pekerjaan orang tua memberikan peran moderasi dalam memperkuat pengaruh *perceived susceptibility* terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.04$ ($p < 0.05$) dan interaksi sebesar 1%, sehingga hipotesis H3 diterima
3. Berdasarkan analisis *pick point approach* (lihat gambar 1) menunjukkan bahwa efek moderasi pekerjaan orang tua yang terkuat pada *perceived susceptibility* terhadap *dental visiting behavior* adalah pekerjaan TNI/POLRI/PNS, dan berikutnya berturut-turut adalah dokter/dosen/guru, karyawan, wiraswasta, serabutan.

Grafik 1. Analisis *pick point approach*



Peran Moderasi Sosiodemografi Jumlah Saudara Kandung

Hasil uji hipotesis peran moderasi sosiodemografi jumlah saudara kandung pada *perceived susceptibility* terhadap *dental visiting behavior* adalah sebagai berikut:

Tabel 11. Uji hipotesis peran moderasi sosiodemografi jumlah saudara kandung

Variabel	R ²	b	T	p
Constant		4.81	88.77	0.00
Susceptibility (X1)	0.16	0.17	6.91	0.00
Jumlah saudara kandung (W)		-0.02	-0.49	0.63
Interaksi (X1*W)	0.01	0.02	1.74	0.08

Berdasarkan uji hipotesis di atas menunjukkan hasil penelitian sebagai berikut:

1. *Perceived susceptibility* berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.00$ ($p < 0.05$), sehingga hipotesis H1 diterima.
2. Jumlah saudara kandung tidak berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* dengan nilai $p = 0.63$ ($p > 0.05$), namun bersama *perceived susceptibility* keduanya memberikan pengaruh sebesar 16%. Selain itu jumlah saudara kandung tidak memberikan peran moderasi dalam memperkuat pengaruh *perceived susceptibility* terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.08$ ($p > 0.05$) dan interaksi sebesar 1%, sehingga hipotesis H3 ditolak

Uji Moderasi Peran Sosiodemografi Pada *Perceived Barrier*

Peran Moderasi Sosiodemografi Jenis Kelamin

Hasil uji hipotesis peran moderasi sosiodemografi jenis kelamin pada *perceived barrier* terhadap *dental visiting behavior* adalah sebagai berikut:

Tabel 12. Uji hipotesis peran moderasi sosiodeografi jenis kelamin

Variabel	R ²	b	T	p
Constant		4.78	89.74	0.00
Barrier (X2)	0.13	0.05	5.69	0.00
Jenis kelamin (W)		0.28	2.61	0.01
Interaksi (X2*W)	0.00	0.02	0.92	0.36

Berdasarkan uji hipotesis di atas menunjukkan hasil penelitian sebagai berikut:

1. *Perceived barrier* berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.00$ ($p < 0.05$), sehingga hipotesis H2 diterima.
2. Jenis kelamin berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* dengan nilai $p = 0.01$ ($p < 0.05$) dan bersama *perceived barrier* keduanya memberikan pengaruh sebesar 13%, namun tidak memberikan peran moderasi dalam memperkuat pengaruh *perceived barrier* terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.36$ ($p > 0.05$) dan interaksi sebesar 0%, sehingga hipotesis H4 ditolak.

Peran Moderasi Sociodemografi Umur

Hasil uji hipotesis peran moderasi sociodemografi umur pada *perceived barrier* terhadap *dental visiting behavior* adalah sebagai berikut:

Tabel 13. Uji hipotesis peran moderasi sociodemografi umur

Variabel	R ²	b	t	p
Constant		4.78	89.19	0.00
Barrier (X2)	0.12	0.05	5.75	0.00
Umur (W)		0.08	1.56	0.12
Interaksi (X2*W)	0.00	0.01	0.87	0.38

Berdasarkan uji hipotesis di atas menunjukkan hasil penelitian sebagai berikut:

1. *Perceived barrier* berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.00$ ($p < 0.05$), sehingga hipotesis H2 diterima.
2. Umur tidak berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* dengan nilai $p = 0.12$ ($p > 0.05$), namun bersama *perceived barrier* keduanya memberikan pengaruh sebesar 12%. Selain itu umur tidak memberikan peran moderasi dalam memperkuat pengaruh *perceived barrier* terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.38$ ($p > 0.05$) dan interaksi sebesar 0%, sehingga hipotesis H4 ditolak.

Peran Moderasi Sosiodemografi Pendidikan Orang Tua

Hasil uji hipotesis peran moderasi sosiodemografi pendidikan orang tua pada *perceived barrier* terhadap *dental visiting behavior* adalah sebagai berikut:

Tabel 14. Uji hipotesis peran moderasi sosiodeografi pendidikan orang tua

Variabel	R ²	b	t	p
Constant		4.77	86.03	0.00
Barrier (X2)	0.15	0.04	4.49	0.00
Pendidikan orang tua (W)		0.36	3.44	0.00
Interaksi (X2*W)	0.00	0.02	0.96	0.34

Berdasarkan uji hipotesis di atas menunjukkan hasil penelitian sebagai berikut:

1. *Perceived barrier* berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.00$ ($p < 0.05$), sehingga hipotesis H2 diterima.
2. Pendidikan orang tua berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* dengan nilai $p = 0.00$ ($p < 0.05$) dan bersama *perceived barrier* keduanya memberikan pengaruh sebesar 15%, namun tidak memberikan peran moderasi dalam memperkuat pengaruh *perceived barrier* terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.34$ ($p > 0.05$) dan interaksi sebesar 0%, sehingga hipotesis H4 ditolak

Peran Moderasi Sosiodemografi Pekerjaan Orang Tua

Hasil uji hipotesis peran moderasi sosiodemografi pekerjaan orang tua pada *perceived barrier* terhadap *dental visiting behavior* adalah sebagai berikut:

Tabel 15. Uji hipotesis peran moderasi sosiodeografi pekerjaan orang tua

Variabel	R ²	b	t	p
Constant		4.76	85.56	0.00
Barrier (X2)	0.16	0.04	4.50	0.00
Pekerjaan orang tua (W)		0.20	3.77	0.00
Interaksi (X2*W)	0.01	0.01	1.48	0.14

Berdasarkan uji hipotesis di atas menunjukkan hasil penelitian sebagai berikut:

1. *Perceived barrier* berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.00$ ($p < 0.05$), sehingga hipotesis H2 diterima.
2. Pekerjaan orang tua berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* dengan nilai $p = 0.00$ ($p < 0.05$) dan bersama *perceived barrier* keduanya memberikan pengaruh sebesar 16%, namun tidak memberikan peran moderasi dalam memperkuat pengaruh *perceived barrier* terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.14$ ($p > 0.05$) dan interaksi sebesar 0%, sehingga hipotesis H4 ditolak

Peran Moderasi Sosiodemografi Jumlah Saudara Kandung

Hasil uji hipotesis peran moderasi sosiodemografi jumlah saudara kandung pada *perceived barrier* terhadap *dental visiting behavior* adalah sebagai berikut:

Tabel 16. Uji hipotesis peran moderasi sosiodeografi jumlah saudara kandung

Variabel	R ²	b	t	p
Constant		4.80	87.76	0.00
Barrier (X2)	0.12	0.05	5.62	0.00
Jumlah saudara kandung (W)		-0.04	-1.03	0.30
Interaksi (X2*W)	0.00	0.01	1.07	0.28

Berdasarkan uji hipotesis di atas menunjukkan hasil penelitian sebagai berikut:

1. *Perceived barrier* berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.00$ ($p < 0.05$), sehingga hipotesis H2 diterima.
2. Jumlah saudara kandung tidak berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* dengan nilai $p = 0.30$ ($p > 0.05$), namun bersama *perceived barrier* keduanya memberikan pengaruh sebesar 12%. Selain itu jumlah saudara kandung tidak memberikan peran moderasi dalam memperkuat pengaruh *perceived barrier* terhadap *dental visiting behavior* yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.28$ ($p > 0.05$) dan interaksi sebesar 0%, sehingga hipotesis H4 ditolak.

PEMBAHASAN

Pengaruh *Perceived Susceptibility* dan Variabel Moderasi Sosiodemografi Terhadap *Dental Visiting Behavior*

Hasil analisa statistik pengaruh *perceived susceptibility* bersama kategori sosiodemografi terhadap *dental visiting behavior* pada responden dengan rentang umur 11 – 14 tahun di lingkup kerja Puskesmas Celaket, Kecamatan Klojen, Kota Malang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh signifikan dan berkorelasi positif. Hasil ini sesuai dengan Strecher and Rosenstock (1997) dalam Glanz et al. (2015) yang menyatakan bahwa *perceived susceptibility* seseorang merupakan salah satu persepsi yang paling kuat dalam mengarahkan seseorang untuk mengadopsi perilaku yang lebih sehat. Semakin besar resiko yang dipersepsikan, maka akan semakin besar pula kemungkinan untuk terlibat dalam perilaku yang dapat menurunkan resiko tersebut. Lebih lanjut Glanz et al. (2015) menyatakan bahwa *perceived susceptibility* merupakan salah satu konstruksi *Health Belief Model* yang efektif dalam memprediksi perilaku kesehatan.

Perilaku untuk berkunjung ke dokter gigi merupakan hasil dari penilaian individu terhadap kerentanan yang dirasakan dan dipersepsikan sebagai ancaman. *Perceived susceptibility* yang merupakan salah satu konstruksi *Health Belief Model* (HBM) dibangun berdasarkan prinsip-prinsip teori kognitif Lewin terkait dengan perilaku, yang menjelaskan bahwa proses mental (berpikir, bernalar, berhipotesis) merupakan komponen penting dari teori kognitif yang disebut dengan model ekspektasi nilai (*value-expectancy models*). Perilaku merupakan fungsi dari tingkat penilaian individu terhadap suatu hasil dan penilaian mereka terhadap probabilitas, atau ekspektasi, bahwa suatu tindakan tertentu yang dilakukan akan mencapai hasil tertentu pula. Untuk perilaku terkait kesehatan, penilaian yang dimaksud adalah menghindari penyakit dan tetap sehat, dengan harapan bahwa tindakan kesehatan yang dilakukan bisa mencegah atau menyembuhkan suatu penyakit atau kondisi yang diyakini dapat membahayakan (Glanz et al., 2015).

Tumbuhnya pemahaman kognitif pada responden mengenai *perceived susceptibility* terhadap penyakit gigi dan mulut yang berpengaruh pada perilaku berkunjung ke dokter gigi kemungkinan didapatkan dari strategi promosi kesehatan Kementerian Kesehatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas Rampal Celaket

Kecamatan Klojen Kota Malang melalui program Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) yang ditujukan untuk kegiatan promosi, preventif/pencegahan, kuratif/pengobatan dan rehabilitatif/perbaikan fungsi dalam rangka meningkatkan kesehatan rongga mulut seluruh peserta didik di sekolah yang menjadi sekolah binaan Puskesmas. Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) yang dilaksanakan berupa kegiatan yang terencana, terarah dan berkesinambungan melalui:

1. Intervensi perilaku (pendidikan kesehatan, pelatihan, dan pembinaan tenaga kesehatan) yang melibatkan tenaga kesehatan, guru, siswa, dan orang tua
2. Intervensi lingkungan berupa fluoridasi air minum melalui pembinaan kerjasama lintas program/lintas sektor melalui TP UKS (Kemenkes RI, 2012).

Green et al. (2020) menjelaskan bahwa perilaku sehat individu dipengaruhi oleh konteks yang lebih luas, sehingga banyak organisasi yang menerapkan strategi promosi dan pencegahan kesehatan masyarakat menggunakan multi kerangka kerja (*multi-level framework*) yang sering disebut sebagai Model Sosial-Ekologis (*Social-Ecological Model*), yang mencakup faktor-faktor di luar tingkat individu. Pendekatan ini berfokus pada pengintegrasian pendekatan untuk mengubah lingkungan fisik dan sosial daripada hanya memodifikasi perilaku kesehatan individu.

Konstruksi utama persepsi HBM dapat dimodifikasi oleh variabel demografi dan karakteristik psikologi (Becker, 1974; Rosenstock, 1974; Hayden & Bartlett, 2019). Dalam penelitian ini peneliti melakukan moderasi sosiodemografi pada kategori jenis kelamin, umur, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, jumlah saudara kandung dan jarak rumah ke fasilitas kesehatan sesuai dengan hasil analisa *t-test* dan *Anova* pada nilai *mean* yang menunjukkan perbedaan signifikan untuk selanjutnya digunakan dalam memodifikasi konstruksi HBM *perceived susceptibility*. Hasil uji moderasi menunjukkan bahwa hanya pekerjaan orang tua yang memberikan peran moderasi secara signifikan pengaruh *perceived susceptibility* terhadap *dental visiting behavior* dengan nilai interaksi positif sebesar 1%. Interaksi moderasi sosiodemografi pekerjaan orang tua yang terjadi memberikan pengaruh tidak langsung untuk memperkuat pengaruh *perceived susceptibility* terhadap *dental visiting behavior*. Efek moderasi ini sesuai dengan Abraham & Sheeran (2015) yang menjelaskan bahwa perbedaan sosiodemografi

individu memoderasi kerentanan yang dirasakan. Lebih lanjut Hayden & Bartlett (2019) menyebutkan karakteristik individu seperti tingkat pendidikan, budaya, keterampilan, motivasi, dan pengalaman masa lalu dapat mempengaruhi persepsi pribadi terhadap konstruk HBM yang dirasakan.

Temuan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa peran moderasi terkuat adalah pekerjaan TNI/POLRI/PNS, selanjutnya berturut-turut dokter/dosen/guru, karyawan, wiraswasta, sedangkan yang paling rendah adalah serabutan. Temuan peran moderasi terkuat di atas kemungkinan berhubungan dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan responden sehingga mempengaruhi perilaku sehat. Menurut International Standard Classification of Occupation (ISCO) yang membagi klasifikasi pekerjaan menjadi 4 tingkatan dengan pekerjaan TNI, POLRI, PNS, dosen/guru, dan dokter merupakan klasifikasi pekerjaan tingkat 4 yang dalam pelaksanaan pekerjaannya memerlukan pemecahan masalah yang rumit, pengambilan keputusan, dan kreativitas berdasarkan pengetahuan secara teoritis dan faktual yang luas (International Labour Office, 2012). Oleh karena itu orang tua responden dengan pekerjaan TNI/POLRI/PNS serta dokter/dosen/guru dengan pendidikan dan pengetahuannya akan lebih memahami terhadap pentingnya kesehatan. Menurut Tirthankar dalam Jumriani (2017) pendidikan merupakan faktor sosial ekonomi yang mempengaruhi status kesehatan. Semakin tinggi pendidikan formal seseorang maka semakin baik pengetahuan dan sikap tentang kesehatan yang mempengaruhi perilaku hidup sehat. Selain itu kuatnya peran moderasi pada pekerjaan TNI/POLRI/PNS kemungkinan berhubungan fasilitas kesehatan yang diberikan oleh pemerintah kepada abdi negara dan keluarganya untuk mendukung tugas-tugasnya dalam menjalankan pemerintahan dan pelayanan kepada masyarakat, sehingga memudahkan responden dalam mengakses layanan kesehatan.

Selain memberikan peran moderasi, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sosiodemografi pekerjaan orang tua merupakan prediktor (independen) yang berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior* (dependen), hal ini kemungkinan terkait dengan pendapatan orang tua yang menunjang dalam mengakses fasilitas layanan kesehatan. Pekerjaan orang tua yang mempunyai peran moderasi dan sekaligus sebagai prediktor ini menunjukkan bahwa pekerjaan orang

tua merupakan quasi moderator atau moderator semu. Menurut Sharma et al (1981) dalam Ghozali (2018) menjelaskan bahwa variabel moderator yang berfungsi sebagai prediktor (independen) serta berinteraksi dengan variabel independent yang lain terhadap variabel dependen disebut dengan *quasi* moderator.

Sosiodemografi jenis kelamin dan pendidikan orang tua merupakan prediktor (independen) terhadap *dental visiting behavior*. Korelasi yang terjadi dari analisis regresi menunjukkan bahwa jenis kelamin, pendidikan orang tua berkorelasi positif, Sosiodemografi umur dan jumlah saudara bukan merupakan prediktor terhadap *dental visiting behavior*, karena umur responden yang masih anak-anak belum mampu untuk melakukan kunjungan ke dokter gigi secara mandiri dan diperlukan pendampingan orang tua, sedangkan jumlah saudara kandung kemungkinan disebabkan oleh pemahaman yang baik dari responden terkait dengan kesehatan.

Hayden & Bartlett (2019) menjelaskan bahwa jenis kelamin merupakan faktor penentu penting lainnya dalam perilaku kesehatan. Penelitian secara konsisten menunjukkan bahwa pria lebih sedikit melakukan perilaku yang mendukung kesehatan dan memiliki gaya hidup yang kurang sehat dibandingkan wanita. Status sosioekonomi memberikan kontribusi yang signifikan terhadap kesehatan karena mencakup pendidikan, pendapatan, dan pekerjaan. Pendidikan mempengaruhi kesehatan karena hubungannya dengan pendapatan dan pekerjaan. Semakin tinggi pendidikan, maka semakin baik pekerjaan dan semakin besar pendapatannya. Seseorang yang memiliki pendidikan dan keuangan yang baik memiliki kondisi yang lebih aman, dengan asuransi kesehatan yang lebih baik, dan mengkonsumsi makanan yang lebih sehat. Faktor-faktor ini terkait dengan resiko penyakit yang lebih rendah, terutama dari penyakit kronis seperti penyakit jantung, diabetes, dan obesitas serta perilaku kesehatan yang lebih positif. Sedangkan jumlah saudara kandung akan mempengaruhi kelangsungan pendidikan yang diterima (Wijanarko et al., 2017). Menurut Shahraki et al. (2016) jumlah saudara kandung memiliki efek negatif terhadap kemungkinan anak-anak menjadi sehat; ini berarti bahwa peningkatan jumlah anggota keluarga dapat mengurangi kesehatan anggota keluarga, namun dalam penelitian ini jumlah saudara kandung tidak berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior*, hal ini kemungkinan

peran program pemerintah dalam meningkatkan pemahaman terkait dengan kesehatan dan kemudahan dalam mengakses fasilitas kesehatan.

Pengaruh *Perceived Barrier* dan Variabel Moderasi Sosiodemografi Terhadap *Dental Visiting Behavior*

Hasil Analisa statistik *perceived barrier* terhadap *dental visiting behavior* pada responden dengan rentang umur 11 – 14 tahun di lingkup kerja Puskesmas Celaket, Kecamatan Klojen, Kota Malang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh signifikan dengan nilai $p = 0.00$ ($p < 0.05$) dan berkorelasi negatif. Hasil ini menunjukkan bahwa meningkatnya nilai *perceived barrier* akan menurunkan *dental visiting behavior*. Hasil temuan ini sesuai dengan Land (1986) yang menyatakan bahwa *perceived barrier* adalah satu-satunya keyakinan kesehatan, yang memiliki jalur kausal langsung satu arah ke perilaku gigi., hubungan kausal yang secara implisit diasumsikan dalam HBM. Variabel ini mencakup indikator aksesibilitas (biaya perawatan gigi yang dirasakan dan kendala waktu individu), penerimaan (kecemasan atas rasa sakit) dan ketersediaan layanan gigi. Seorang individu merasakan tingkat hambatan yang tinggi karena dihadapkan dengan satu atau lebih hambatan seperti terlalu sibuk untuk mengunjungi dokter gigi, tidak memiliki uang untuk membayar biaya kunjungan ke dokter gigi yang tinggi, atau tidak memiliki dokter gigi yang tersedia. Sehingga melakukan kunjungan gigi preventif tidak akan membantu dalam mengubah hal-hal objektif-hambatan yang ada. Hal tersebut juga tidak akan mengurangi persepsi individu terhadap berbagai hambatan. Lebih lanjut Schmiede et al. (2007) menemukan bahwa keyakinan kesehatan (*health belief*) termasuk hambatan yang dirasakan dan efikasi diri, merupakan prediktor yang kuat terhadap perilaku pencegahan kesehatan. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Kegeles (1963); Antonovsky et al. (1970) dan Tash et al. (1969) secara konsisten menemukan korelasi negatif antara hambatan yang dirasakan dan kunjungan gigi preventif dengan menyimpulkan bahwa kecemasan atas ketidaknyamanan perawatan gigi dan kesulitan keuangan yang dirasakan berhubungan negatif dengan kunjungan gigi preventif. Selanjutnya penelitian yang dilakukan oleh Intanningrum & Iswinarti (2023) dengan metode penelitian kualitatif pada pasien di RSUD Saiful Anwar Malang menemukan bahwa

persepsi hambatan yang dirasakan orang tua untuk membawa anaknya berobat adalah terganggunya pembelajaran sekolah anak, jarak antara tempat tinggal dengan RSUD Dr. Saiful Anwar, dan pengetahuan orang tua yang kurang terkait kesehatan gigi.

Dalam penelitian ini peneliti memodifikasi konstruksi HBM *perceived barrier* dengan melakukan moderasi variabel sosiodemografi pada jenis kelamin, umur, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, dan jumlah saudara kandung sesuai dengan hasil *t-test* dan *Anova* yang pada nilai *mean* menunjukkan perbedaan signifikan dalam memodifikasi konstruksi HBM *perceived barrier* terhadap *dental visiting behavior*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel sosiodemografi tidak memberikan pengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior*.

Peran sosiodemografi jenis kelamin, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua merupakan prediktor (independen) terhadap *dental visiting behavior*. Korelasi yang terjadi dari analisis regresi menunjukkan bahwa pendidikan dan pekerjaan orang tua berkorelasi positif terhadap *dental visiting behavior*, hal ini sesuai Hayden & Bartlett (2019) yang menyatakan bahwa pendidikan dan pekerjaan mempengaruhi persepsi individu terkait dengan kesehatan. Sedangkan umur dan jumlah saudara kandung tidak berpengaruh signifikan terhadap *dental visiting behavior*.

Variabel sosiodemografi jenis kelamin, umur, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, dan jumlah saudara kandung tidak memberikan efek moderasi terhadap *perceived barrier* pada responden di lingkup kerja Puskesmas Celaket, Kecamatan Klojen, Kota Malang yang kemungkinan disebabkan karena kemudahan layanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah yaitu layanan kesehatan yang dekat, program Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan pemahaman mengenai manfaat pencegahan penyakit gigi dan mulut serta program pemerintah mengenai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang operasionalnya dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) untuk bisa diakses masyarakat yang membutuhkan layanan kesehatan, sehingga masyarakat lebih merasakan *perceived benefit* yang diperoleh dengan perilaku sehat daripada *perceived barrier* yang dirasakan. Hayden & Bartlett (2019) menjelaskan bahwa agar perilaku baru dapat

diadopsi, seseorang perlu meyakini bahwa perilaku baru memberikan manfaat yang lebih besar daripada dampak melanjutkan perilaku lama, sehingga dapat dimungkinkan hambatan akan teratasi dan perilaku baru dapat segera dilaksanakan.



KESIMPULAN DAN IMPLIKASI

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian terhadap responden di lingkup kerja Puskesmas Celaket, Kecamatan Klojen, Kota Malang adalah sebagai berikut:

1. *Perceived susceptibility* berhubungan dengan *dental visiting behavior*, dimana semakin tinggi nilai *perceived susceptibility* pada sosiodemografi maka semakin tinggi *dental visiting behavior*
2. *Perceived barrier* berhubungan dengan *dental visiting behavior*, dimana semakin tinggi nilai *perceived barrier* pada sosiodemografi maka semakin tinggi *dental visiting behavior*
3. Hasil uji beda menunjukkan bahwa *dental visiting behavior* berbeda ditinjau dari jenis kelamin, umur, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, saudara kandung, namun tidak menunjukkan perbedaan pada jarak.
Jenis kelamin perempuan, umur yang lebih dewasa, pendidikan orang tua yang lebih tinggi, pekerjaan orang tua sebagai dokter/dosen/guru, dan jumlah saudara yang lebih sedikit, menunjukkan semakin tinggi *dental visiting behavior*
4. Hasil uji moderasi sosiodemografi terhadap pengaruh *perceived susceptibility* terhadap *dental visiting behavior*, menunjukkan bahwa hanya pekerjaan orang tua yang memoderasi pengaruh *perceived susceptibility* terhadap *dental visiting behavior*, dimana lebih kuat terjadi pada anak yang orang tuanya bekerja sebagai TNI/Polri/PNS dan diikuti orang tua yang bekerja sebagai dokter/dosen/guru, karyawan, wiraswasta, dan serabutan
5. Hasil uji moderasi sosiodemografi pengaruh *perceived barrier* terhadap *dental visiting behavior*, menunjukkan bahwa tidak ada sosiodemografi yang memoderasi pengaruh *perceived barrier* terhadap *dental visiting behavior*

Implikasi

Berdasarkan hasil penelitian ini *perceived susceptibility* dan *perceived barrier* berpengaruh terhadap *dental visiting behavior*, dengan peran moderasi sosiodemografi pekerjaan orang tua yang memperkuat pengaruhnya, untuk itu perlu dilakukan kajian lebih lanjut untuk melakukan penelitian peran moderasi atau mediasi karakteristik psikologi (kepribadian, kecemasan, dan lain lain). Penelitian

ini juga memiliki keterbatasan dengan subyek penelitian yang hanya berada di tengah kota yaitu Kecamatan Celaket, Kota Malang, dimana tersedia banyak layanan kesehatan yang dapat dijangkau untuk mendapatkan layanan kesehatan. Sehingga disarankan untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai peran moderasi sosiodemografi pada pengaruh perceived susceptibility dan perceived barrier terhadap dental visiting behavior pada daerah pinggiran Kota yang jauh dari layanan kesehatan. Diharapkan dengan kajian lebih lanjut ini dapat memberikan informasi dalam membuat kebijakan dan edukasi untuk meningkatkan kesehatan gigi anak.



DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, C., & Sheeran, P. (2015). *The Health Belief Model In book: Predicting and Changing Health Behavior* (Conner Mark & Paul Norman, Eds.; 3rd ed.). McGraw-Hill. <https://www.researchgate.net/publication/290193215>
- Adiputra, I. M. S., Trisnadewi, N. wayan, Oktaviani, N. P. W., Munthe, S. A., Hulu, V. T., Budiastutik, I., Faridi, A., Ramdany, R., Fitriani, R. J., Tania, P. O. A., Rahmiati, B. F., Lusiana, S. A., Susilawaty, A., Sianturi, E., & Suryana. (2021). *Metodologi Penelitian Kesehatan* (R. Watrianthos & J. Simarmata, Eds.). Yayasan Kita Menulis
- Al Subait, A. A., Alousaimi, M., Geeverghese, A., Ali, A., & El Metwally, A. (2016). Oral health knowledge, attitude and behavior among students of age 10-18 years old attending Jenadriyah festival Riyadh; a cross-sectional study. *Saudi Journal for Dental Research*, 7(1), 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.sjdr.2015.05.001>
- Amin, N. F., Garancang, S., & Abunawas, K. (2023). Konsep Umum Populasi Dan Sampel Dalam Penelitian. *Jurnal Pilar: Jurnal Kajian Islam Kontemporer*, 14(1).
- Anthonappa, R. P., & King, N. M. (2008). Six-Month Recall Dental Appointments. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 33(1). http://meridian.allenpress.com/jcpd/articlepdf/33/1/1/1748405/jcpd_33_1_w4_x2832169761589.pdf
- Antonovsky, A., Hospital, H. U., & Kats, R. (1970). The Model Dental Patient an Empirical Study of Preventive Health Behavior. In *Soc Sc~ & Med* (Vol. 4). Pergamon Press Printed.
- Ashoori, F., Karimi, M., Mokarami, H., & Seif, M. (2020). Using health belief model to predict oral health behaviors in girl students: A structural equation modeling. *Pediatric Dental Journal*, 30(1), 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.pdj.2019.12.001>
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2018). Laporan Riskesdas 2018 Nasional. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*
- Badri, P., Saltaji, H., Flores-Mir, C., & Amin, M. (2014). Factors affecting children's adherence to regular dental attendance: A systematic review. *Journal of the American Dental Association*, 145(8), 817–828. <https://doi.org/10.14219/jada.2014.49>
- Bahadori, M., Ravangard, R., & Asghari, B. (2013). Perceived barriers affecting access to preventive dental services: Application of DEMATEL method. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(8), 655–662. <https://doi.org/10.5812/ircmj.11810>

- Balan, A., Pasareanu, M., Savin, C., Balcos, C., & Zetu, I. (2013). Socio-Economic Status And Oral Health Behavior Possible Dental Caries Risk Factors In School Communities. *Pediastic Destistry*, 3(1), 32–37.
- Becker, M. H. (1974). Advantages of the Health Belief Model. *Sage Journals*, 2(4).
- Berhane, H. Y., & Worku, A. (2014). Oral Health of Young Adolescents in Addis Ababa—A Community-Based Study. *Open Journal of Preventive Medicine*, 04(08), 640–648. <https://doi.org/10.4236/ojpm.2014.48073>
- Conner, M., & Norman, P. (2005). *Predicting Health Behaviour: Research And Practice With Social Cognition Models* (2nd ed.). Open University Press.
- Crocombe, L. A., Broadbent, J. M., Thomson, W. M., Brennan, D. S., Slade, G. D., & Poulton, R. (2011). Dental visiting trajectory patterns and their antecedents. *Journal of Public Health Dentistry*, 71(1), 23–31. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2010.00196.x>
- Duijster, D., Verrips, G. H. W., & Van Loveren, C. (2014). The role of family functioning in childhood dental caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 42(3), 193–205. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12079>
- Freeman, R. (1999). Barriers to accessing dental care: Patient factors. *British Dental Journal*, 187(3), 141–144. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4800224a>
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice* (4th ed.). Jossey-Bass.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health Behavior: Theory, Research, and Practice* (5th ed.). Jossey-Bass.
- Green, E. C., Murphy, E. M., & Gryboski, K. (2020). The Health Belief Model. In *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology* (pp. 211–214). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch68>
- Hayden, J., & Bartlett, J. &. (2019). *Introduction to Health Behavior Theory Third Edition*. www.jblearning.com.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis Methodology in the Social Sciences* (2nd ed.). The Guilford Press. www.guilford.com/MSS
- Hill, K. B., Chadwick, B., Freeman, R., O’Sullivan, I., & Murray, J. J. (2013). Adult Dental Health Survey 2009: Relationships between dental attendance patterns, oral health behaviour and the current barriers to dental care. *British Dental Journal*, 214(1), 25–32. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2012.1176>

- Intanningrum, S. D., & Iswinarti. (2023). Perceived Barrier Perawatan Gigi Jangka Panjang Pada Pasien Anak Di Instalasi Gigi dan Mulut RSUD DR. Saiful Anwar Malang. *Syntax Idea*, 6. <https://doi.org/10.36418/syntax-idea.v3i6.1227>
- International Labour Office. (2012). *International Standard Classification of Occupations*. ILO Publication
- Jumriani. (2017). Gambaran Kejadian Karies Gigi Dengan Status Sosial Ekonomi Siswa Kelas VIII di SMP Darul Hikmah Kota Makassar. *Media Kesehatan Gigi*, 16(2).
- Kayaa, Ş. Ş., Kayab, D., Elbay, Ü. Ş., & Bellib, S. (2022). Dentists' knowledge, beliefs and behaviours on preventing Covid-19 transmission in Turkey: A Health Belief Model study. *Annals of Medical Research*, 29(9), 1. <https://doi.org/10.5455/annalsmedres.2022.02.058>
- Kegeles, S. S. (1963). Why People Seek Dental Care: A Test of a Conceptual Formulation. In *Source: Journal of Health and Human Behavior* (Vol. 4, Issue 3). <http://www.jstor.orgURL:http://www.jstor.org/stable/2948658> Accessed:23-11-201522:50UTC
- Kemenkes RI. (2012). *pedoman-ukgs*. Kementrian Kesehatan RI.
- Land, K. C. (1986). Testing the Health Belief Model: LISREL Analysis of Alternative Models of Causal Relationships Between Health Beliefs and Preventive Dental Behavior MEEI-SHIA CHEN. In *Source: Social Psychology Quarterly* (Vol. 49, Issue 1).
- Land, K. C., & Chen, M.-S. (1986). Testing the Health Belief Model: LISREL Analysis of Alternative Models of Causal Relationships Between Health Beliefs and Preventive Dental Behavior MEEI-SHIA CHEN. *Source: Social Psychology Quarterly*, 49(1), 45–60.
- Lee, C. Y., Ting, C. C., Wu, J. H., Lee, K. T., Chen, H. S., & Chang, Y. Y. (2018). Dental visiting behaviours among primary schoolchildren: Application of the health belief model. *International Journal of Dental Hygiene*, 16(2), e88–e95. <https://doi.org/10.1111/idh.12319>
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model: Origins and Correlates in Psychological Theory*. *Health Education Monographs*, 2(4).
- Mc Grath, C., & Bedi, R. (2001). Can dental attendance improve quality of life? *British Dental Journal*, 190(5), 262–265.
- McDonald, R. E., Avery, D. R., & Dean, J. A. (Jeffrey A. (2004). *Dentistry for the child and adolescent*. Mosby.

- Moghadam, M. H. B., Azad, M. M., Biria, M., & Sabor, S. (2015). Evaluation of oral hygiene care of under 4 years old children by their mothers based on the Health Belief Model Introduction. *Journal of Dental School*, 33(1), 9–18. www.SID.ir
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT. Rineka Cipta.
- Patel, S., Bay, R. C., & Glick, M. (2010). A systematic review of dental recall intervals and incidence of dental caries. In *Journal of the American Dental Association* (Vol. 141, Issue 5, pp. 527–539). American Dental Association. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2010.0225>
- Pramono, A. P. (2018). *Analisis Faktor Kepatuhan Pemenuhan Kebutuhan Gizi Pada Klien Dengan Diabetes Melitus Berbasis Teori Health Belief Model*. Universitas Airlangga.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why People Use Health Services. *The Milbank Quarterly*, 44(3), 94–124.
- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4).
- Sanaeinasab, H., Saffari, M., Taghavi, H., Karimi Zarchi, A., Rahmati, F., Al Zaben, F., & Koenig, H. G. (2022). An educational intervention using the health belief model for improvement of oral health behavior in grade-schoolers: a randomized controlled trial. *BMC Oral Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02132-2>
- Schmiege, S. J., Aiken, L. S., Sander, J. L., & Gerend, M. A. (2007). Osteoporosis Prevention Among Young Women: Psychosocial Models of Calcium Consumption and Weight-Bearing Exercise. *Health Psychology*, 26(5), 577–587. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.5.577>
- Shahraki, M., Agheli, L., Assari Arani, A., & Sadeghi, H. (2016). The Effect of Mothers' Education and Employment on Children's Health. *Jentashapir Journal of Health Research*, 7(4). <https://doi.org/10.17795/jjhr-30977>
- Solis-Riggioni, A., Gallardo-Barquero, C., & Chavarria-Bolaños, D. (2018). Prevalence and severity of dental caries in foster-care children and adolescents. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 42(4), 269–272. <https://doi.org/10.17796/1053-4628-42.4.5>
- Sugiono. (2018). *Metode Penelitian Kualitatif: Untuk Penelitian Yang Bersifat Eksploratif, Enterpretif, Interaktif dan Konstruktif*. Alfabeta.
- Sumendap, & Bramanti, A. (2021). *Analisis Perceived Susceptibility, Sikap, dan Kepercayaan Masyarakat Dewasa di DKI Jakarta terhadap Perilaku Kunjungan ke Klinik Gigi di Masa Pandemi COVID-19 = Analysis of Perceived*

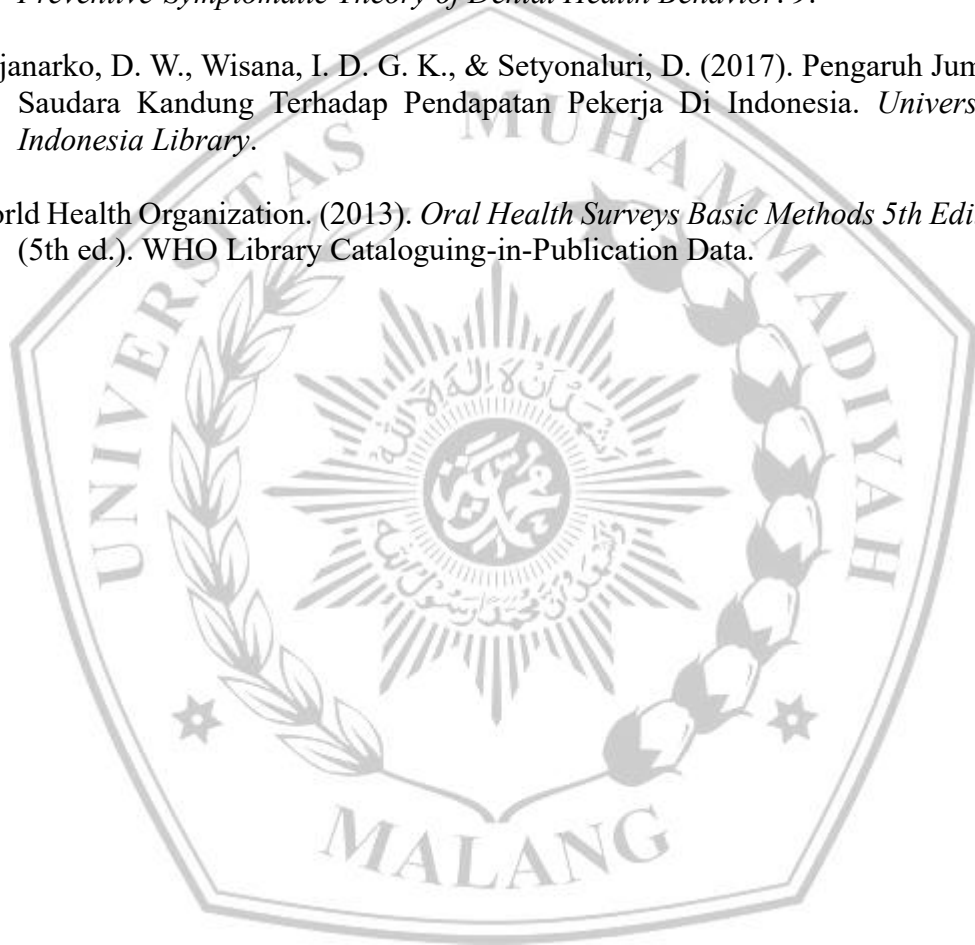
Susceptibility, Attitudes, and Beliefs of Adults in DKI Jakarta Towards Dental Visit during the COVID-19 Pandemic. Univeristas Indonesia.

Sumita, I., Toyama, N., Ekuni, D., Maruyama, T., Yokoi, A., Fukuhara, D., Uchida-Fukuhara, Y., Nakahara, M., & Morita, M. (2022). The Impact of Oral Health Behaviors, Health Belief Model, and Absolute Risk Aversion on the Willingness of Japanese University Students to Undergo Regular Dental Check-Ups: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph192113920>

Tash, R. H., Robert, M. A. ;, O'shea, M., & Cohen, L. K. (1969). *Testing a Preventive-Symptomatic Theory of Dental Health Behavior*. 9.

Wijanarko, D. W., Wisana, I. D. G. K., & Setyonaluri, D. (2017). Pengaruh Jumlah Saudara Kandung Terhadap Pendapatan Pekerja Di Indonesia. *Universitas Indonesia Library*.

World Health Organization. (2013). *Oral Health Surveys Basic Methods 5th Edition* (5th ed.). WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.



LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian

Skala *Health Belief Model*

Identitas Responden

- Nama :
Jenis kelamin :
Umur :
Pendidikan orang tua :
Pekerjaan orang tua :
Jumlah saudara kandung :
Alamat rumah :

Petunjuk Pengisian Kuesioner

Pengisian kuesioner mengikuti instruksi yang disampaikan oleh peneliti untuk memperjelas maksud dari pertanyaan. Jawaban kuesioner diisi dengan memberikan tanda centang (✓) pada kotak yang tersedia.

Dental Visiting Behavior

1. Kapan terakhir anda ke dokter gigi?
- Tidak pernah (1)
 - 2 – 5 tahun (2)
 - 1 – 2 tahun (3)
 - 6 – 12 bulan (4)
 - < 6 bulan (5)
2. Apa alasan kunjungan terakhir Anda ke dokter gigi?
- Tidak tahu/tidak ingat (1)
 - Sakit gigi (2)
 - Melanjutkan perawatan gigi (3)
 - Perawatan rutin (4)
 - Konsultasi (5)

Susceptibility

3. Jika saya menemukan gigi berlubang, saya tidak akan memeriksakan diri ke dokter gigi

- Sangat mungkin (1)
- Mungkin (2)
- Netral (3)
- Tidak mungkin (4)
- Sangat tidak mungkin (5)

4. Jika saya menemukan gigi berlubang, saya tidak ingin ke dokter gigi

- Sangat mungkin (1)
- Mungkin (2)
- Netral (3)
- Tidak mungkin (4)
- Sangat tidak mungkin (5)

5. Jika saya menemukan gigi berlubang, saya akan ke dokter gigi setelah beberapa waktu

- Sangat mungkin (1)
- Mungkin (2)
- Netral (3)
- Tidak mungkin (4)
- Sangat tidak mungkin (5)

6. Jika saya menemukan gigi berlubang, saya akan ke dokter gigi setelah beberapa waktu, dan kondisi gigi berlubang semakin parah

- Sangat mungkin (1)
- Mungkin (2)
- Netral (3)
- Tidak mungkin (4)
- Sangat tidak mungkin (5)

Barrier

7. Saya merasa sulit untuk mengunjungi dokter gigi ketika saya mengalami gigi berlubang

- Sangat tidak setuju (1)
- Tidak Setuju (2)
- Netral (3)
- Setuju (4)
- Sangat setuju (5)

8. Saya tidak sakit gigi saat gigi berlubang, jadi saya tidak mengunjungi dokter gigi

- Sangat tidak setuju (1)
- Tidak Setuju (2)
- Netral (3)
- Setuju (4)
- Sangat setuju (5)

9. Saya merasa tidak punya cukup waktu untuk mengunjungi dokter gigi

- Sangat tidak setuju (1)
- Tidak Setuju (2)
- Netral (3)
- Setuju (4)
- Sangat setuju (5)

10. Saya merasa orang tua saya tidak mempunyai waktu untuk membawa saya ke dokter gigi ketika saya mengalami gigi berlubang

- Sangat tidak setuju (1)
- Tidak Setuju (2)
- Netral (3)
- Setuju (4)
- Sangat setuju (5)

11. Menurut saya pergi ke dokter gigi hanya membuang-buang waktu, merepotkan, dan tidak menarik

- Sangat tidak setuju (1)
- Tidak Setuju (2)
- Netral (3)
- Setuju (4)
- Sangat setuju (5)

12. Saya takut menjalani perawatan gigi, sehingga tidak memeriksakan diri ke dokter gigi

- Sangat tidak setuju (1)
- Tidak Setuju (2)
- Netral (3)
- Setuju (4)
- Sangat setuju (5)

13. Saya takut gigi saya dicabut, jadi saya tidak ingin berobat karena gigi berlubang

- Sangat tidak setuju (1)
- Tidak Setuju (2)
- Netral (3)
- Setuju (4)
- Sangat setuju (5)

14. Saya pikir kami tidak punya cukup uang, jadi saya tidak pergi ke dokter gigi

- Sangat tidak setuju (1)
- Tidak Setuju (2)
- Netral (3)
- Setuju (4)
- Sangat setuju (5)

15. Saya kira RS/Puskesmas jauh dari rumah saya, jadi saya tidak ke dokter gigi.

- Sangat tidak setuju (1)
- Tidak Setuju (2)
- Netral (3)
- Setuju (4)
- Sangat setuju (5)



Lampiran 2. Hasil Analisa Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian

Dental Visiting Behavior

		Correlations		
		Dental Visit1	Dental Visit2	Total
Dental Visit1	Pearson Correlation	1	.699**	.921**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	289	289	289
Dental Visit2	Pearson Correlation	.699**	1	.904**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	289	289	289
Total	Pearson Correlation	.921**	.904**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	289	289	289

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.821	2

Perceived Susceptibility

		Correlations				
		Susceptibility 1	Susceptibility 2	Susceptibility 3	Susceptibility 4	Total
Susceptibility1	Pearson Correlation	1	.754**	.535**	.452**	.783**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000
	N	289	289	289	289	289
Susceptibility2	Pearson Correlation	.754**	1	.577**	.473**	.805**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000
	N	289	289	289	289	289
Susceptibility3	Pearson Correlation	.535**	.577**	1	.705**	.861**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000
	N	289	289	289	289	289
Susceptibility4	Pearson Correlation	.452**	.473**	.705**	1	.835**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000
	N	289	289	289	289	289
Total	Pearson Correlation	.783**	.805**	.861**	.835**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	
	N	289	289	289	289	289

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.836	4

Perceived Barrier

Correlations

	Barrier1	Barrier2	Barrier3	Barrier4	Barrier5	Barrier6	Barrier7	Barrier8	Barrier9	Total
Barrier1 Pearson	1	.428**	.415**	.395**	.383**	.305**	.272**	.416**	.369**	.667**
Correlation										
Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	289	289	289	289	289	289	289	289	289	289
Barrier2 Pearson	.428**	1	.370**	.323**	.401**	.471**	.425**	.346**	.412**	.703**
Correlation										
Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	289	289	289	289	289	289	289	289	289	289
Barrier3 Pearson	.415**	.370**	1	.459**	.392**	.248**	.282**	.355**	.331**	.645**
Correlation										
Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	289	289	289	289	289	289	289	289	289	289
Barrier4 Pearson	.395**	.323**	.459**	1	.291**	.237**	.194**	.424**	.420**	.644**
Correlation										
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000	.001	.000	.000	.000
N	289	289	289	289	289	289	289	289	289	289
Barrier5 Pearson	.383**	.401**	.392**	.291**	1	.463**	.435**	.318**	.495**	.690**
Correlation										
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000
N	289	289	289	289	289	289	289	289	289	289
Barrier6 Pearson	.305**	.471**	.248**	.237**	.463**	1	.658**	.226**	.279**	.643**
Correlation										
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000
N	289	289	289	289	289	289	289	289	289	289
Barrier7 Pearson	.272**	.425**	.282**	.194**	.435**	.658**	1	.232**	.311**	.631**
Correlation										
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.001	.000	.000		.000	.000	.000
N	289	289	289	289	289	289	289	289	289	289
Barrier8 Pearson	.416**	.346**	.355**	.424**	.318**	.226**	.232**	1	.457**	.641**
Correlation										
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000
N	289	289	289	289	289	289	289	289	289	289

Barrier9	Pearson Correlation	.369**	.412**	.331**	.420**	.495**	.279**	.311**	.457**	1	.681**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000
	N	289	289	289	289	289	289	289	289	289	289
Total	Pearson Correlation	.667**	.703**	.645**	.644**	.690**	.643**	.631**	.641**	.681**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	289	289	289	289	289	289	289	289	289	289

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.839	9



Lampiran 3. Uji Beda

Analisa t-test

Jenis Kelamin

1. Susceptibility

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
Susceptibility	Equal variances assumed	.048	.827	-2.207	287	.028	-.591	.268	-1.117	-.064
	Equal variances not assumed			-2.210	283.436	.028	-.591	.267	-1.117	-.065

2. Barrier

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
Barrier	Equal variances assumed	.001	.977	-1.881	287	.061	-1.249	.664	-2.556	.058
	Equal variances not assumed			-1.878	280.222	.061	-1.249	.665	-2.558	.060

3. Dental Visiting Behavior

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Dental Visiting	Equal variances assumed	.603	.438	-3.104	287	.002	-.347	.112	-.567	-.127
	Equal variances not assumed			-3.092	277.069	.002	-.347	.112	-.568	-.126

Analisa Anova

Umur

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Susceptibility	Between Groups	7.865	3	2.622	.500	.683
	Within Groups	1495.256	285	5.247		
	Total	1503.121	288			
Barrier	Between Groups	8.668	3	2.889	.089	.966
	Within Groups	9202.481	285	32.289		
	Total	9211.149	288			
Dental Visiting	Between Groups	11.403	3	3.801	4.243	.006
	Within Groups	255.296	285	.896		
	Total	266.699	288			

Pendidikan Orang Tua

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Dental Visiting	Between Groups	22.089	2	11.044	12.913	.000
	Within Groups	244.610	286	.855		
	Total	266.699	288			
Susceptibility	Between Groups	141.397	2	70.698	14.849	.000
	Within Groups	1361.724	286	4.761		
	Total	1503.121	288			
Barrier	Between Groups	1411.701	2	705.851	25.883	.000
	Within Groups	7799.447	286	27.271		
	Total	9211.149	288			

Pekerjaan Orang Tua

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Susceptibility	Between Groups	324.927	4	81.232	19.581	.000
	Within Groups	1178.194	284	4.149		
	Total	1503.121	288			
Barrier	Between Groups	1659.913	4	414.978	15.607	.000
	Within Groups	7551.236	284	26.589		
	Total	9211.149	288			
Dental Visiting	Between Groups	37.573	4	9.393	11.643	.000
	Within Groups	229.126	284	.807		
	Total	266.699	288			

Jumlah Saudara Kandung

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Susceptibility	Between Groups	159.903	3	53.301	11.309	.000
	Within Groups	1343.218	285	4.713		
	Total	1503.121	288			
Barrier	Between Groups	508.961	3	169.654	5.556	.001
	Within Groups	8702.188	285	30.534		
	Total	9211.149	288			
Dental Visiting	Between Groups	10.493	3	3.498	3.891	.009
	Within Groups	256.206	285	.899		
	Total	266.699	288			

Jarak

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Susceptibility	Between Groups	13.044	3	4.348	.832	.477
	Within Groups	1490.077	285	5.228		
	Total	1503.121	288			
Barrier	Between Groups	25.426	3	8.475	.263	.852
	Within Groups	9185.723	285	32.231		
	Total	9211.149	288			
Dental Visiting	Between Groups	1.466	3	.489	.525	.665
	Within Groups	265.233	285	.931		
	Total	266.699	288			

Lampiran 4. Uji Asumsi Klasik

Uji Normalitas Skewness Kurtosis

	Descriptive Statistics								
	N	Min	Max	Mean	Std. Deviation	Skewness	Kurtosis		
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Unstandardized Residual	289	-2.78309	3.19393	.0000000	.88240770	.280	.143	-.105	.286
Valid N (listwise)	289								

Uji Multikolinieritas

Model		Coefficients ^a					Collinearity Statistics		
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	Sig.	Tolerance	VIF
		B	Std. Error	Beta					
1	(Constant)	3.243	.517			6.277	.000		
	Suceptibility	.157	.023	.372		6.766	.000	.977	1.024
	Barrier	-.020	.010	-.109		-1.971	.050	.972	1.029
	Demografi	.003	.018	.010		.190	.849	.974	1.026

a. Dependent Variable: Dental Visit

Uji Heteroskedastisitas

Model		Coefficients ^a					Collinearity Statistics		
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	Sig.	Tolerance	VIF
		B	Std. Error	Beta					
1	(Constant)	.214	.279			.769	.443		
	Suceptibility	.017	.013	.080		1.352	.177	.977	1.024
	Barrier	.006	.005	.065		1.095	.275	.972	1.029
	Demografi	.008	.010	.048		.812	.417	.974	1.026

a. Dependent Variable: Abs_Res

Lampiran 5. Uji Hipotesis

Perceived Susceptibility dan Moderasi Sosiodemografi

1. Moderasi Jenis Kelamin

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.2 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 1
Y : Y
X : X1
W : WGen

Sample
Size: 289

OUTCOME VARIABLE:

Y

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,41	,17	,78	19,50	3,00	285,00	,00

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	4,79	,05	91,57	,00	4,68	4,89
X1	,16	,02	6,87	,00	,11	,20
WGen	,25	,10	2,43	,02	,05	,46
Int_1	-,01	,05	-,16	,87	-,10	,08

Product terms key:

Int_1 : X1 x WGen

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):

R2-chng	F	df1	df2	p	
X*W	,00	,03	1,00	285,00	,87

Focal predict: X1 (X)
Mod var: WGen (W)

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:

Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

DATA LIST FREE/

X1 WGen Y .
BEGIN DATA.

-2,28 -,47 4,30
,00 -,47 4,67
2,28 -,47 5,04
-2,28 ,53 4,57
,00 ,53 4,92
2,28 ,53 5,27

END DATA.

GRAPH/SCATTERPLOT=

X1 WITH Y BY WGen .

Bootstrap estimates were saved to a file

Map of column names to model coefficients:

Conseqnt Antecdnt
COL1 Y constant
COL2 Y X1
COL3 Y WGen
COL4 Y Int_1

***** BOOTSTRAP RESULTS FOR REGRESSION MODEL PARAMETERS

OUTCOME VARIABLE:

Y

	Coeff	BootMean	BootSE	BootLLCI	BootULCI
constant	4,79	4,79	,05	4,69	4,89
X1	,16	,16	,02	,11	,20
WGen	,25	,25	,10	,05	,46
Int_1	-,01	-,01	,04	-,09	,08

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS

Level of confidence for all confidence intervals in output:

95,0000

Number of bootstrap samples for percentile bootstrap confidence intervals:

5000

NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:

WGen X1

----- END MATRIX -----

2. Moderasi Umur

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.2 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 1
Y : Y
X : X1
W : Wumur

Sample
Size: 289

OUTCOME VARIABLE:
Y

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,40	,16	,79	17,94	3,00	285,00	,00

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	4,79	,05	91,07	,00	4,69	4,89
X1	,16	,02	7,02	,00	,12	,21
Wumur	,06	,05	1,26	,21	-,03	,16
Int_1	-,01	,02	-,52	,61	-,06	,03

Product terms key:

Int_1 : X1 x Wumur

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):

R2-chng	F	df1	df2	p	
X*W	,00	,27	1,00	285,00	,61

Focal predict: X1 (X)
Mod var: Wumur (W)

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:

Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

DATA LIST FREE/

X1 Wumur Y .
BEGIN DATA.

-2,28 -1,08 4,32
,00 -1,08 4,72
2,28 -1,08 5,12
-2,28 ,00 4,42
,00 ,00 4,79
2,28 ,00 5,16
-2,28 1,08 4,51
,00 1,08 4,86
2,28 1,08 5,20

END DATA.

GRAPH/SCATTERPLOT=

X1 WITH Y BY Wumur .

Bootstrap estimates were saved to a file

Map of column names to model coefficients:

Conseqnt Antecdnt
COL1 Y constant
COL2 Y X1
COL3 Y Wumur
COL4 Y Int_1

***** BOOTSTRAP RESULTS FOR REGRESSION MODEL PARAMETERS

OUTCOME VARIABLE:

Y

	Coeff	BootMean	BootSE	BootLLCI	BootULCI
constant	4,79	4,79	,05	4,68	4,89
X1	,16	,16	,02	,12	,21
Wumur	,06	,06	,05	-,03	,16
Int_1	-,01	-,01	,02	-,06	,03

ANALYSIS

NOTES

AND ERRORS

Level of confidence for all confidence intervals in output:

95,0000

Number of bootstrap samples for percentile bootstrap confidence intervals:

5000

NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:

Wumur X1

----- END MATRIX -----

3. Moderasi Pendidikan Orang Tua

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.2 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 1
Y : Y
X : X1
W : WPend

Sample
Size: 289

OUTCOME VARIABLE:
Y

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,43	,19	,76	21,95	3,00	285,00	,00

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	4,77	,05	89,26	,00	4,66	4,87
X1	,14	,02	5,75	,00	,09	,18
WPend	,33	,10	3,34	,00	,14	,53
Int_1	,04	,04	1,10	,27	-,03	,12

Product terms key:

Int_1 : X1 x WPend

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):

R2-chng	F	df1	df2	p
X*W	,00	1,22	1,00 285,00	,27

Focal predict: X1 (X)
Mod var: WPend (W)

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:
Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.


```

DATA LIST FREE/
  X1    WPend  Y    .
BEGIN DATA.
  -2,28  -,54  4,33
  ,00    -,54  4,59
  2,28   -,54  4,85
  -2,28  ,00   4,46
  ,00    ,00   4,77
  2,28   ,00   5,08
  -2,28  ,54   4,58
  ,00    ,54   4,95
  2,28   ,54   5,32

```

```

END DATA.
GRAPH/SCATTERPLOT=
  X1    WITH  Y    BY    WPend  .

```

Bootstrap estimates were saved to a file

Map of column names to model coefficients:

```

  Conseqnt Antecdnt
COL1  Y    constant
COL2  Y    X1
COL3  Y    WPend
COL4  Y    Int_1

```

***** BOOTSTRAP RESULTS FOR REGRESSION MODEL PARAMETERS *****

OUTCOME VARIABLE:
Y

	Coeff	BootMean	BootSE	BootLLCI	BootULCI
constant	4,77	4,77	,05	4,66	4,88
X1	,14	,14	,02	,09	,18
WPend	,33	,33	,10	,14	,53
Int_1	,04	,04	,04	-,03	,12

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS *****

Level of confidence for all confidence intervals in output:
95,0000

Number of bootstrap samples for percentile bootstrap confidence intervals:
5000

NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:
WPend X1

----- END MATRIX -----

4. Moderasi Pekerjaan Orang Tua

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.2 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
 Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 1
 Y : Y
 X : X1
 W : WKer

Sample
 Size: 289

OUTCOME VARIABLE:
 Y

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,43	,19	,76	21,94	3,00	285,00	,00

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	4,74	,06	85,57	,00	4,63	4,85
X1	,13	,03	5,04	,00	,08	,18
WKer	,14	,05	2,62	,01	,03	,24
Int_1	,04	,02	2,05	,04	,00	,08

Product terms key:

Int_1 : X1 x WKer

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):

R2-chng	F	df1	df2	p	
X*W	,01	4,19	1,00	285,00	,04

Focal predict: X1 (X)
 Mod var: WKer (W)

Conditional effects of the focal predictor at values of the moderator(s):

WKer	Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
-1,08	,08	,03	2,44	,02	,02	,15
,00	,13	,03	5,04	,00	,08	,18
1,08	,17	,03	5,53	,00	,11	,23

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:

Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

```

DATA LIST FREE/
  X1   WKer   Y   .
BEGIN DATA.
  -2,28  -1,08  4,40
   ,00  -1,08  4,59
  2,28  -1,08  4,78
  -2,28   ,00  4,45
   ,00   ,00  4,74
  2,28   ,00  5,03
  -2,28  1,08  4,50
   ,00  1,08  4,89
  2,28  1,08  5,28
END DATA.
GRAPH/SCATTERPLOT=
  X1   WITH   Y   BY   WKer .

*****
Bootstrap estimates were saved to a file

Map of column names to model coefficients:
  Conseqnt Antecdnt
COL1  Y   constant
COL2  Y   X1
COL3  Y   WKer
COL4  Y   Int_1

***** BOOTSTRAP RESULTS FOR REGRESSION MODEL PARAMETERS
*****

OUTCOME VARIABLE:
Y

      Coeff  BootMean  BootSE  BootLLCI  BootULCI
constant  4,74    4,74    ,06    4,64    4,86
X1         ,13     ,13    ,02     ,08     ,18
WKer       ,14     ,14    ,05     ,03     ,25
Int_1      ,04     ,04    ,02     ,00     ,07

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS
*****

Level of confidence for all confidence intervals in output:
95,0000

Number of bootstrap samples for percentile bootstrap confidence intervals:
5000

W values in conditional tables are the mean and +/- SD from the mean.

NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:
      WKer   X1

----- END MATRIX -----

```

5. Moderasi Jumlah Saudara Kandung

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.2 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 1
Y : Y
X : X1
W : WSau

Sample
Size: 289

OUTCOME VARIABLE:
Y

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,40	,16	,78	18,52	3,00	285,00	,00

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	4,81	,05	88,77	,00	4,71	4,92
X1	,17	,02	6,91	,00	,12	,21
WSau	-,02	,03	-,49	,63	-,08	,05
Int_1	,02	,01	1,74	,08	,00	,05

Product terms key:

Int_1 : X1 x WSau

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):

R2-chng	F	df1	df2	p	
X*W	,01	3,03	1,00	285,00	,08

Focal predict: X1 (X)
Mod var: WSau (W)

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:

Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

DATA LIST FREE/

X1 WSau Y .
BEGIN DATA.

-2,28 -1,66 4,55
,00 -1,66 4,84
2,28 -1,66 5,12
-2,28 ,00 4,43
,00 ,00 4,81
2,28 ,00 5,19
-2,28 1,66 4,31
,00 1,66 4,79
2,28 1,66 5,26

END DATA.

GRAPH/SCATTERPLOT=

X1 WITH Y BY WSau .

Bootstrap estimates were saved to a file

Map of column names to model coefficients:

Conseqnt Antecdnt
COL1 Y constant
COL2 Y X1
COL3 Y WSau
COL4 Y Int_1

***** BOOTSTRAP RESULTS FOR REGRESSION MODEL PARAMETERS

OUTCOME VARIABLE:

Y

	Coeff	BootMean	BootSE	BootLLCI	BootULCI
constant	4,81	4,81	,05	4,71	4,92
X1	,17	,17	,02	,12	,21
WSau	-,02	-,02	,03	-,09	,05
Int_1	,02	,02	,01	,00	,05

ANALYSIS NOTES AND ERRORS

Level of confidence for all confidence intervals in output:

95,0000

Number of bootstrap samples for percentile bootstrap confidence intervals:

5000

NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:

WSau X1

----- END MATRIX -----

Perceived Barrier & Moderasi Sosiodemografi

1. Moderasi Jenis Kelamin

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.2 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 1
Y : Y
X : X2
W : WGen

Sample
Size: 289

OUTCOME VARIABLE:

Y

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,37	,13	,81	14,74	3,00	285,00	,00

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	4,78	,05	89,74	,00	4,68	4,88
X2	,05	,01	5,69	,00	,04	,07
WGen	,28	,11	2,61	,01	,07	,49
Int_1	,02	,02	,92	,36	-,02	,05

Product terms key:

Int_1 : X2 x WGen

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):

	R2-chng	F	df1	df2	p
X*W	,00	,85	1,00	285,00	,36

Focal predict: X2 (X)
Mod var: WGen (W)

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:

Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

DATA LIST FREE/

X2 WGen Y .
BEGIN DATA.

-5,66	-,47	4,39
,00	-,47	4,65
5,66	-,47	4,91
-5,66	,53	4,57
,00	,53	4,93
5,66	,53	5,28

END DATA.

GRAPH/SCATTERPLOT=

X2 WITH Y BY WGen .

Error encountered in source line # 67772

Error # 12410

Source operand non-symmetric for EVAL.

Execution of this command stops.

Bootstrap estimates were saved to a file

Map of column names to model coefficients:

	Conseqnt	Antecdnt
COL1	Y	constant
COL2	Y	X2
COL3	Y	WGen
COL4	Y	Int_1

***** BOOTSTRAP RESULTS FOR REGRESSION MODEL PARAMETERS *****

OUTCOME VARIABLE:

Y

Error encountered in source line # 71342

Error # 12492

An attempt has been made to use previously undefined matrix (or scalar).

Execution of this command stops.

Matrix - 'BOOTCIM' is undefined

Error encountered in source line # 71342

Error # 12349

Matrix being subscripted is undefined.

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS *****

Level of confidence for all confidence intervals in output:
95,0000

NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:

WGen X2

----- END MATRIX -----

2. Moderasi Umur

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.2 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 1
Y : Y
X : X2
W : Wumur

Sample
Size: 289

OUTCOME VARIABLE:
Y

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,35	,12	,82	13,00	3,00	285,00	,00

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	4,78	,05	89,19	,00	4,68	4,89
X2	,05	,01	5,75	,00	,04	,07
Wumur	,08	,05	1,56	,12	-,02	,18
Int_1	,01	,01	,87	,38	-,01	,03

Product terms key:

Int_1 : X2 x Wumur

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):

R2-chng	F	df1	df2	p	
X*W	,00	,76	1,00	285,00	,38

Focal predict: X2 (X)
Mod var: Wumur (W)

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:

Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

DATA LIST FREE/

X2 Wumur Y .
BEGIN DATA.

-5,66	-1,08	4,43
,00	-1,08	4,70
5,66	-1,08	4,96
-5,66	,00	4,47
,00	,00	4,78
5,66	,00	5,09
-5,66	1,08	4,51
,00	1,08	4,87
5,66	1,08	5,22

END DATA.

GRAPH/SCATTERPLOT=

X2 WITH Y BY Wumur .

Bootstrap estimates were saved to a file

Map of column names to model coefficients:

		Conseqnt	Antecdnt
COL1	Y	constant	
COL2	Y	X2	
COL3	Y	Wumur	
COL4	Y	Int_1	

***** BOOTSTRAP RESULTS FOR REGRESSION MODEL PARAMETERS

OUTCOME VARIABLE:

Y

	Coeff	BootMean	BootSE	BootLLCI	BootULCI
constant	4,78	4,78	,05	4,67	4,89
X2	,05	,05	,01	,04	,07
Wumur	,08	,08	,05	-,02	,18
Int_1	,01	,01	,01	-,01	,02

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS

Level of confidence for all confidence intervals in output:

95,0000

Number of bootstrap samples for percentile bootstrap confidence intervals:

5000

NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:

Wumur X2

----- END MATRIX -----

3. Moderasi Pendidikan Orang Tua

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.2 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 1
Y : Y
X : X2
W : WPend

Sample
Size: 289

OUTCOME VARIABLE:
Y

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,38	,15	,80	16,33	3,00	285,00	,00

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	4,77	,06	86,03	,00	4,66	4,88
X2	,04	,01	4,49	,00	,03	,06
WPend	,36	,11	3,44	,00	,16	,57
Int_1	,02	,02	,96	,34	-,02	,05

Product terms key:

Int_1 : X2 x WPend

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):

R2-chng	F	df1	df2	p
X*W	,92	1,00	285,00	,34

Focal predict: X2 (X)
Mod var: WPend (W)

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:

Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

```

DATA LIST FREE/
  X2    WPend  Y    .
BEGIN DATA.
  -5,66  -,54  4,37
   ,00  -,54  4,57
   5,66  -,54  4,78
  -5,66  ,00  4,52
   ,00  ,00  4,77
   5,66  ,00  5,02
  -5,66  ,54  4,67
   ,00  ,54  4,97
   5,66  ,54  5,27

```

```

END DATA.
GRAPH/SCATTERPLOT=
  X2  WITH  Y  BY  WPend  .
Error encountered in source line # 85656

```

```

Error # 12410
Source operand non-symmetric for EVAL.
Execution of this command stops.

```

```

*****
Bootstrap estimates were saved to a file

```

```

Map of column names to model coefficients:

```

```

  Conseqnt Antecdnt
COL1  Y  constant
COL2  Y  X2
COL3  Y  WPend
COL4  Y  Int_1

```

```

***** BOOTSTRAP RESULTS FOR REGRESSION MODEL PARAMETERS
*****

```

```

OUTCOME VARIABLE:

```

```

Y
Error encountered in source line # 89226

```

```

Error # 12492
An attempt has been made to use previously undefined matrix (or scalar).
Execution of this command stops.
Matrix - 'BOOTCIM' is undefined
Error encountered in source line # 89226

```

```

Error # 12349
Matrix being subscripted is undefined.

```

```

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS
*****

```

```

Level of confidence for all confidence intervals in output:
95,0000

```

NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:
 WPend X2

----- END MATRIX -----

4. Moderasi Pekerjaan Orang Tua

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.2 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
 Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

 **

Model : 1
 Y : Y
 X : X2
 W : WKer

Sample
 Size: 289

 **

OUTCOME VARIABLE:
 Y

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,40	,16	,79	17,92	3,00	285,00	,00

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	4,76	,06	85,56	,00	4,65	4,87
X2	,04	,01	4,50	,00	,03	,06
WKer	,20	,05	3,77	,00	,09	,30
Int_1	,01	,01	1,48	,14	,00	,03

Product terms key:

Int_1 : X2 x WKer

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):

	R2-chng	F	df1	df2	p
X*W	,01	2,18	1,00	285,00	,14

Focal predict: X2 (X)
 Mod var: WKer (W)

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:
 Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

DATA LIST FREE/

```

X2      WKer    Y      .
BEGIN DATA.
-5,66  -1,08    4,37
,00    -1,08    4,55
5,66   -1,08    4,72
-5,66  ,00     4,51
,00    ,00     4,76
5,66   ,00     5,01
-5,66  1,08    4,64
,00    1,08    4,97
5,66   1,08    5,30
  
```

END DATA.

GRAPH/SCATTERPLOT=

```

X2 WITH Y BY WKer .
  
```

 **

Bootstrap estimates were saved to a file

Map of column names to model coefficients:

```

Conseqnt Antecdnt
COL1 Y constant
COL2 Y X2
COL3 Y WKer
COL4 Y Int_1
  
```

***** BOOTSTRAP RESULTS FOR REGRESSION MODEL PARAMETERS

OUTCOME VARIABLE:

Y

	Coeff	BootMean	BootSE	BootLLCI	BootULCI
constant	4,76	4,76	,06	4,65	4,87
X2	,04	,04	,01	,03	,06
WKer	,20	,19	,06	,08	,30
Int_1	,01	,01	,01	-,01	,03

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS

Level of confidence for all confidence intervals in output:
 95,0000

Number of bootstrap samples for percentile bootstrap confidence intervals:
 5000

NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:
 WKer X2

----- END MATRIX -----

5. Moderasi Jumlah Saudara Kandung

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.2 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
 Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 1
 Y : Y
 X : X2
 W : WSau

Sample
 Size: 289

OUTCOME VARIABLE:
 Y

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,35	,12	,82	12,97	3,00	285,00	,00

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	4,80	,05	87,76	,00	4,69	4,91
X2	,05	,01	5,62	,00	,04	,07
WSau	-,04	,03	-1,03	,30	-,10	,03
Int_1	,01	,01	1,07	,28	-,01	,02

Product terms key:

Int_1 : X2 x WSau

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):

R2-chng	F	df1	df2	p	
X*W	,00	1,15	1,00	285,00	,28

Focal predict: X2 (X)
 Mod var: WSau (W)

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:

Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

DATA LIST FREE/

X2 WSau Y .
BEGIN DATA.

-5,66 -1,66 4,61
,00 -1,66 4,86
5,66 -1,66 5,10
-5,66 ,00 4,49
,00 ,00 4,80
5,66 ,00 5,11
-5,66 1,66 4,37
,00 1,66 4,74
5,66 1,66 5,11

END DATA.

GRAPH/SCATTERPLOT=

X2 WITH Y BY WSau .

**

Bootstrap estimates were saved to a file

Map of column names to model coefficients:

Conseqnt Antecdnt
COL1 Y constant
COL2 Y X2
COL3 Y WSau
COL4 Y Int_1

***** BOOTSTRAP RESULTS FOR REGRESSION MODEL PARAMETERS

OUTCOME VARIABLE:

Y

	Coeff	BootMean	BootSE	BootLLCI	BootULCI
constant	4,80	4,80	,05	4,69	4,90
X2	,05	,05	,01	,04	,07
WSau	-,04	-,04	,04	-,12	,04
Int_1	,01	,01	,01	-,01	,02

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS

Level of confidence for all confidence intervals in output:

95,0000

Number of bootstrap samples for percentile bootstrap confidence intervals:

5000

NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:

WSau X2

----- END MATRIX -----

Lampiran 6. Dokumentasi Pelaksanaan Penelitian





