

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Toritis

1. Penyuluhan

a. Definisi Penyuluhan

Penyuluhan kesehatan merupakan kegiatan yang dilakukan menggunakan prinsip belajar sehingga masyarakat mendapatkan perubahan pengetahuan dan kemauan, baik untuk mencapai kondisi hidup yang diinginkan ataupun untuk mendapatkan cara mencapai kondisi tersebut, secara individu maupun kelompok (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018). Sedangkan Depkes RI (2002) menyatakan bahwa penyuluhan kesehatan merupakan peningkatan pengetahuan dan kemampuan yang bertujuan untuk merubah perilaku hidup sehat pada individu, kelompok maupun masyarakat yang diberikan melalui pembelajaran atau intruksi.

b. Tujuan Penyuluhan

Tujuan penyuluhan kesehatan yaitu perubahan perilaku, di pengaruhi oleh banyak faktor. Di samping faktor metode, faktor materi atau pesannya, petugas yang melakukannya, juga alat-alat bantu atau alat peraga ataupun media yang dipakai agar mencapai suatu hal hal yang optimal, maka faktor-faktor tersebut harus bekerjasama dengan harmonis (Soekidjo Notoatmodjo, 2020) Dan menurut (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018) Tujuan dari penyuluhan kesehatan yaitu melakukan pembaruan terhadap pengetahuan, pengertian atau konsep yang sudah ada, serta perubahan terhadap pandangan dan keyakinan dalam upaya menempatkan perilaku yang baru sesuai dengan informasi yang diterima.

c. Metode Penyuluhan

(Soekidjo Notoatmodjo, 2020) membedakan metode penyuluhan berdasarkan sasarannya menjadi 3, yaitu penyuluhan individu dan kelompok.

1) Penyuluhan individu, metode ini merupakan metode ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada sesuatu perubahan perilaku atau inovasi.

2) Penyuluhan kelompok

a) Kelompok besar

Sebuah kelompok dikatakan besar ketika jumlah pesertanya melebihi 15 orang. Untuk kelompok besar ini, metode yang dapat digunakan misalnya adalah ceramah, seminar dan demonstrasi.

b) Kelompok kecil

1. Metode Diskusi Kelompok adalah pembicaraan yang direncanakan dan telah dipersiapkan tentang suatu topik pembicaraan dengan seorang pemimpin diskusi yang telah ditunjuk.

2. Metode Panel adalah pembicaraan yang telah direncanakan didepan pengunjung atau peserta tentang sebuah topik, diperlukan tiga orang atau lebih panelis dengan seorang pemimpin.

3. Metode Curah Pendapat adalah suatu bentuk pemecahan masalah dimana mengusulkan semua kemungkinan pemecahan masalah yang terpikirkan oleh peserta dan evaluasi atas pendapat tersebut.

4. Metode bermain perandigunakan untuk menggambarkan perikau dari pihak-pihak yang terkait dengan isu tertentu dan digunakan sebagai bahan pemikiran kelompok sasaran.

3) Metode Masa

Metode masa cocok untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditunjukkan kepada masyarakat. Oleh karena itu

sasaran ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan, umur, jenis kelamin dan pekerjaan.

d. Media Penyuluhan

1) Pengertian Media

Media adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator (Alini & Indrawati, 2018). Salah satu unsur penting yang perlu diperhatikan dalam penyelenggaraan penyuluhan adalah pemilihan terhadap media penyuluhannya. Dimana media penyuluhan merupakan segala sesuatu yang berisikan pesan atau informasi yang dapat membantu kegiatan penyuluhan tersebut.

Sebagai suatu sarana untuk menimbulkan minat/ rangsangan dalam belajar (Notoatmodjo, 1997) mengungkapkan bahwa media disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia itu dapat diterima atau ditangkap melalui pancaindera. Dimana semakin banyak indera yang digunakan untuk menerima sesuatu semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian/ pengetahuan yang diperoleh oleh manusia.

Ungkap (Notoatmodjo,1999) pengelompokan pada dasarnya dilakukan menurut kesamaan ciri atau karakteristiknya tergantung bagaimana dari sudut melihatnya :

a) Dilihat dari sifatnya, media dapat dibagi ke dalam :

1. Media Audio
2. Media Visual
3. Media Audiovisual

b) Dilihat dari kemampuan jangkauannya, media dapat dibake dalam :

1. Media yang memiliki daya liput yang luas dan serentak seperti radio.
2. Media yang mempunyai daya liput yang terbatas oleh ruang dan waktu seperti film dan video.

c) Dilihat dari teknik pemakaiannya, media dapat dibagi dalam

1. Media yang diproyesikan seperti film slide, film stripe, transparansi, komputer dan sebagainya. Jenis media ini memerlukan alat proyeksi khusus seperti film proyektor untuk memproyeksikan flim slide.
2. Media yang tidak diproyeksikan seperti gambar, foto, lukisan, radio dan lain sebagainya dan berbagai bentuk media grafis lainnya.

d) Media juga dapat dikelompokkan menurut indera yang digunakan :

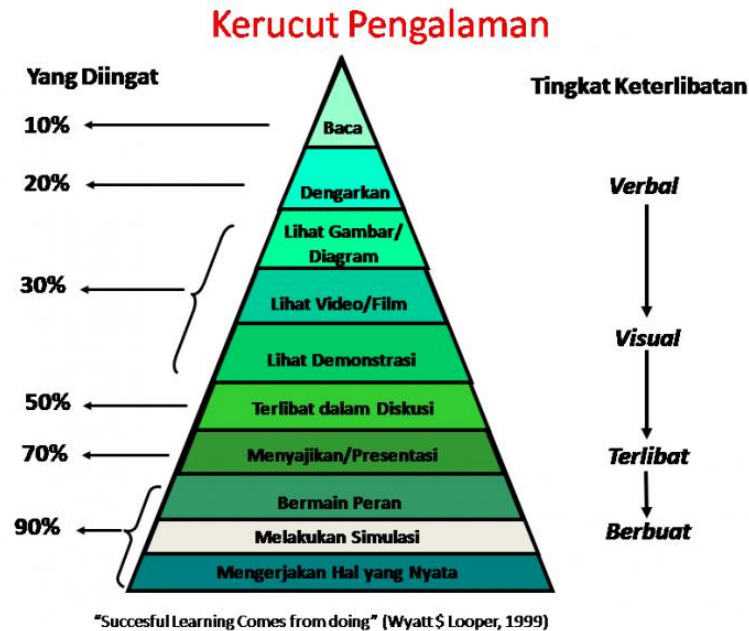
1. Media visual/media pandang yaitu media yang memberikan stimulasi terhadap indera penglihatan.
2. Media audio/media dengar yaitu media yang memberikan stimulasi terhadap indera pendengaran.
3. Media audio visual/media pandang dengar yaitu media yang memberikan stimulasi terhadap indera penglihatan dan pendengaran.

e. Audiovisual

1) Pengertian Audiovisual

Media visual merupakan alat atau sarana pembelajaran yang melibatkan panca indra mata (dapat dilihat) dan dapat digunakan sebagai bahan untuk mempermudah penyampaian informasi atau pesan dari komunikator kepada komunikan. Pada kegiatan penyuluhan media visual ini cukup banyak digunakan oleh penyuluh karena lebih familiar dan mudah penggunaannya (YULINDA, 2018). Sesuai dengan namanya, media audiovisual merupakan kombinasi atau penggabungan dari audio dan visual. Sudah tentu apabila menggunakan media ini akan semakin lengkap dan optimal untuk menunjang kegiatan pembelajaran dan penyajian bahan ajar kepada komunikan, selain itu dengan media ini dalam

batasan tertentu dapat menggantikan peran dan tugas guru (Fitria, 2018)



Gambar 1 Kerucut Pengalaman Edgar Dale

Dari kerucut tersebut dapat dilihat bahwa lapisan yang paling dasar adalah benda asli dan yang paling atas adalah kata-kata. Hal ini menunjukkan bahwa dalam proses pendidikan, benda asli mempunyai intensitas yang paling tinggi untuk mempersepsikan bahan pendidikan / pengajaran. Sedangkan penyampaian bahan yang hanya kata-kata saja sangat kurang efektif atau intensitasnya paling rendah. Jelas bahwa menggunakan alat peraga merupakan pengalaman salah satu prinsip proses pendidikan.

Dalam kerucut pengalaman itu disebutkan gambaran pengalaman dari paling kongkrit (paling bawah) hingga paling abstrak (paling atas), sebagai berikut:

- a) Pengalaman langsung, pengalaman dengan tujuan tertentu.
- b) Pengalaman yang dibuat buat.
- c) Pengalaman dramatis.

- d) Demonstrasi
- e) Studi banding.
- f) Pameran.
- g) Televisi edukasi.
- h) Gambaran bergerak.
- i) Rekaman radio atau gambaran diam.
- j) Simbol visual.
- k) Simbol verbal.

Kerucut pengalaman ini memeberikan model tentang berbagai jenis media audiovisual dari yang paling abstrak hingga paling kongkrit. Dale tidak ingin kategori-kategori ini dilihat sebagai hal yang kaku dan tidak fleksibel. Dengan tegas ia menyatakan bahwa klasifikasi itu seharusnya tidak dianggap sebagai hirarki atau ranking (Sari, 2019).

2. Anak Berkebutuhan Khusus

a. Pengertian Anak Berkebutuhan Khusus

Anak berkebutuhan khusus adalah anak dengan karakteristik khusus yang berbeda dengan anak pada umumnya tanpa selalu menunjukkan pada ketidak mampuan mental, emosi, atau fisik. Anak berkebutuhan khusus sendiri memerlukan penanganan khusus yang berkaitan dengan kekhususannya (garailmu, 2010)

Menurut IDEA (Individuals with Disabilities Education Act Amandements) yang dibuat pada tahun 1997 dan ditinjau kembali pada tahun 2004 secara umum, klasifikasi dari anak berkebutuhan khusus adalah :

1) Anak dengan Gangguan Fisik :

- a) Tunanetra, yaitu anak yang indera penglihatannya tidak berfungsi (blind/lowvision) sebagai saluran penerima informasi dalam kegiatan sehari-hari seperti orang awas.

- b) Tunarungu, yaitu anak yang kehilangan seluruh atau sebagian daya pendengarannya sehingga tidak atau kurang mampu berkomunikasi secara verbal.
- c) Tunadaksa, yaitu anak yang mengalami kelainan atau cacat yang menetap pada alat gerak (tulang, sendi dan otot).

2) Anak dengan Gangguan Emosi dan Perilaku :

- a) Tunalaras, yaitu anak yang mengalami kesulitan dalam penyesuaian diri dan bertingkah laku tidak sesuai dengan norma-norma yang berlaku.
- b) Tunawicara, yaitu anak dengan gangguan komunikasi atau anak yang mengalami kelainan suara, artikulasi (pengucapan), atau kelancaran bicara, yang mengakibatkan terjadi penyimpangan bentuk bahasa, isi bahasa, atau fungsi bahasa.
- c) Hiperaktif, secara psikologis adalah gangguan tingkah laku yang tidak normal, disebabkan difungsi neurologis dengan gejala utama tidak mampu mengendalikan gerakan dan memusatkan perhatian.

3) Anak dengan Gangguan Intelektual :

- a) Tunagrahita, yaitu anak yang secara nyata mengalami hambatan dan keterbelakangan perkembangan mental intelektual jauh di bawah rata-rata sehingga mengalami kesulitan dalam tugas-tugas akademik, komunikasi maupun sosial.
- b) Anak lamban belajar (slow learner), yaitu anak yang memiliki potensi intelektual sedikit di bawah normal tetapi belum termasuk tunagrahita (biasanya memiliki IQ sekitar 70-90).
- c) Anak berbakat, adalah anak yang memiliki bakat atau kemampuan dan kecerdasan luar biasa yaitu anak yang memiliki potensi kecerdasan (intelegensi) di atas anak-anak normal, sehingga untuk mewujudkan potensinya menjadi prestasi nyata, memerlukan pelayanan pendidikan khusus.

- d) Autisme, yaitu gangguan perkembangan anak yang disebabkan oleh adanya gangguan pada sistem saraf pusat yang mengakibatkan gangguan dalam interaksi sosial, komunikasi dan perilaku.
- e) Indigo, adalah manusia yang sejak lahir mempunyai kelebihan khusus yang tidak dimiliki manusia pada umumnya.

b. Tunagrahita

Istilah yang digunakan untuk menyebut anak tunagrahita cukup beragam. Dalam bahasa Indonesia, istilah yang pernah digunakan, misalnya lemah otak, lemah ingatan, lemah pikiran, retardasi mental, terbelakang mental, cacat grahita, dan tunagrahita. Dalam Bahasaasing (Inggris) dikenal dengan istilah mental retardation, mental deficiency, mentally handicapped, feebleminded, mental subnormality (Moh. A, 1995).

1) Klasifikasi Anak Tunagrahita

Pengklasifikasian anak tunagrahita penting dilakukan untuk mempermudah guru dalam menyusun program dan melaksanakan layanan pendidikan. Klasifikasi Anak Tunagrahita yang digunakan saat ini di Indonesia adalah (PP No.72/1999) sebagai berikut:

- a) Tunagrahita Ringan IQ nya (50-70)
- b) Tunagrahita Sedang IQ nya (30-50)
- c) Tunagrahita Berat dan Sangat Berat IQ nya kurang dari 30

2) Klasifikasi menurut AAMD(Moh, 1995), sebagai berikut:

- a) Tunagrahita Ringan (Mampu Didik) Tingkat kecerdasannya IQ mereka berkisar 50-70, mempunyai kemampuan untuk berkembang dalam bidang pelajaran akademik, penyesuaian sosial dan mampu bekerja, mampu menyesuaikan lingkungan yang lebih luas, dapat mandiri dalam masyarakat, mampu melakukan pekerjaan semi trampil dan pekerjaan sederhana.

- b) Tunagrahita Sedang (Mampu Latih)Tingkat kecerdasan IQ nya berkisar 30-50, dapat belajar keterampilan sekolah untuk tujuan fungsional, mampu melakukan keterampilan mengurus dirinya sendiri, mampu mengadakan adaptasi sosial dilingkungan terdekat, mampu mengerjakan pekerjaan rutin yang perlu pengawasan.
- c) Tunagrahita Berat dan Sangat Berat (Mampu Semangat)Tingkat kecerdasan IQ nya kurang dari 30 hampir tidak memiliki kemampuan untuk dilatih mengurus diri sendiri.

Ada yang masih mampu dilatih mengurus diri sendiri, berkomunikasi secara sederhana, dan dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan sangat terbatas.

3) Klasifikasi Anak Tunagrahita berdasarkan tipe-tipe klinis/fisik (Mumpuniarti, 2007), sebagai berikut:

- a) Down Syndrome (Mongolisme) Terjadi akibat kerusakan khromozon. Anak tunagrahita jenis ini disebut demikian karena memiliki raut muka menyerupai orang Mongol dengan mata sipit dan miring, lidah tebal suka menjulur ke luar, telinga kecil, kulit kasar, susunan gigi kurang baik.
- b) Kretin (Cebol) Ada gangguan hiporoid. Anak ini memperlihatkan ciri-ciri, seperti badan gemuk dan pendek, kaki dan tangan pendek dan bengkok, kulit kering, tebal, dan keriput, rambut kering, lidah dan bibir, kelopak mata, telapak tangan dan kaki tebal, pertumbuhan gigi terlambat.
- c) Hydrocephal Terjadi karena cairan otak yang berlebihan. Anak ini memiliki ciri-ciri kepala besar, raut muka kecil, pandangan dan pendengaran tidak sempurna, mata kadang-kadang juling.
- d) Microcephal Anak ini memiliki ukuran kepala yang kecil.
- e) Macrocephal Anak ini memiliki ukuran kepala yang besar.

c. Penyebab Ketunagrahitaan

Penyebab Seseorang menjadi tunagrahita disebabkan oleh berbagai faktor. Para ahli membagi faktor penyebab tersebut atas beberapa kelompok. Strauss membagi faktor penyebab ketunagrahitaan menjadi dua gugus yaitu endogen dan eksogen. Faktor endogen apabila letak penyebabnya pada sel keturunan dan eskogen adalah hal-hal di luar sel keturunan, misalnya infeksi, virus menyerang otak, benturan kepala yang keras, radiasi, dan lainlain (Moh. A, 1995).

Cara lain yang sering digunakan dalam pengelompokan faktor penyebab ketunagrahitaan adalah berdasarkan waktu terjadinya, yaitu faktor yang terjadi sebelum lahir (prenatal), saat kelahiran (natal), dan setelah lahir (postnatal). Berikut ini akan dibahas beberapa penyebab ketunagrahitaan yang sering ditemukan baik yang berasal dari faktor keturunan maupun faktor lingkungan.

1) Faktor keturunan

Penyebab kelainan yang berkaitan dengan faktor keturunan meliputi halhal berikut.

a) Kelainan kromosom

dapat dilihat dari bentuk dan nomornya. Dilihat dari bentuknya dapat berupa inversi (kelainan yang menyebabkan berubahnya urutan gene karena melilitnya kromosom,delesi (kegagalan meiosis, yaitu salah satu pasangan tidak membelah sehingga terjadi kekurangan kromosom pada salah satu sel), duplikasi (kromosom tidak berhasil memisahkan diri sehingga terjadi kelebihan kromosom pada salah satu sel yang lain), translokasi (adanya kromosom yang patah dan patahannya menempel pada kromosom lain).

b) Kelainan Gene

Kelainan ini terjadi pada waktu mutasi, tidak selamanya tampak dari luar (tetap dalam tingkat genotif).

2) Faktor lingkungan

Banyak faktor lingkungan yang diduga menjadi penyebab terjadinya ketunagrahitaan. Telah banyak penelitian yang dilakukan untuk membuktikan hal ini, salah satunya adalah temuan Patton & Polloway (1986:188) bahwa bermacam-macam pengalaman negatif atau kegagalan dalam melakukan interaksi yang terjadi selama periode perkembangan menjadi salah satu penyebab ketunagrahitaan. Studi yang dilakukan Kirk (Triman Prasadio, 1982:25) menemukan bahwa anak yang berasal dari keluarga yang tingkat sosial ekonominya rendah menunjukkan kecenderungan mempertahankan mentalnya pada taraf yang sama, bahkan prestasi belajarnya semakin berkurang dengan meningkatnya usia. Latar belakang pendidikan orang tua sering juga dihubungkan dengan masalah-masalah perkembangan. Kurangnya kesadaran orang tua akan pentingnya pendidikan dini serta kurangnya pengetahuan dalam memberikan rangsang positif dalam masa perkembangan anak menjadi salah satu penyebab timbulnya gangguan. Mengenai hal ini, Triman Prasadio (1982: 26) mengemukakan bahwa kurangnya rangsang intelektual yang memadai mengakibatkan timbulnya hambatan dalam perkembangan inteligensia sehingga anak dapat berkembang menjadi anak retardasi mental.

d. Usaha Pencegahan Ketunagrahitaan

Dengan ditemukannya berbagai penyebab ketunagrahitaan sebagai hasil penyelidikan oleh para ahli, seyogianya diikuti dengan berbagai upaya pencegahannya.

1) Berbagai alternatif upaya pencegahan yang disarankan, antara lain berikut ini :

- a) Penyuluhan genetik, yaitu suatu usaha mengomunikasikan berbagai informasi mengenai masalah genetika. Penyuluhan

ini dapat dilakukan melalui media cetak dan elektronik atau secara langsung melalui posyandu dan klinik.

- b) Diagnostik prenatal, yaitu usaha pemeriksaan kehamilan sehingga dapat diketahui lebih dini apakah janin mengalami kelainan.
- c) Imunisasi, dilakukan terhadap ibu hamil maupun anak balita. Dengan imunisasi ini dapat dicegah penyakit yang mengganggu perkembangan bayi/anak.
- d) Tes darah, dilakukan terhadap pasangan yang akan menikah untuk menghindari kemungkinan menurunkan benih-benih kelainan.
- e) Melalui program keluarga berencana, pasangan suami istri dapat mengatur kehamilan dan menciptakan keluarga yang sejahtera baik fisik dan psikis.
- f) Tindakan operasi, hal ini dibutuhkan apabila ada kelahiran dengan risiko tinggi, misalnya kekurangan oksigen dan adanya trauma pada masa perinatal (proses kelahiran).
- g) Sanitasi lingkungan, yaitu mengupayakan terciptanya lingkungan yang baik sehingga tidak menghambat perkembangan bayi/anak.
- h) Pemeliharaan kesehatan, terutama pada ibu hamil yang menyangkut pemeriksaan kesehatan selama hamil, penyediaan vitamin, menghindari radiasi, dan sebagainya.
- i) Intervensi dini, dibutuhkan oleh para orang tua agar dapat membantu perkembangan anaknya secara dini.

Selain cara-cara tersebut di atas terdapat pula cara umum, yaitu dengan meningkatkan taraf hidup masyarakat melalui peningkatan sosial-ekonomi, penyuluhan kepada masyarakat mengenai pendidikan dini.

3. Gigi Dan Mulut

a. Definisi Kebersihan Gigi Dan Mulut

Kebersihan gigi dan mulut (oral hygiene) merupakan suatu pemeliharaan kebersihan dan hygiene struktur gigi dan mulut melalui sikat gigi. Stimulasi jaringan, pemijatan gusi, hidrotrapi, dan struktur lain yang berfungsi untuk mempertahankan gigi dan kesehatan mulut. Kebersihan rongga mulut merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadi kerusakan gigi (Karo, 2018). Kebersihan gigi dan mulut merupakan faktor paling dasar bagi terciptanya kesehatan gigi dan mulut dan merupakan hal yang paling menentukan kesehatan gigi seseorang. Mulut dikatakan bersih apabila bersih dari plak dan kalkulus (Sherlyta et al., 2017).

b. Indikator Kebersihan gigi dan mulut

Salah satu indikator kesehatan gigi dan mulut yaitu tingkat kebersihan gigi dan mulut. Hal tersebut dapat dilihat secara klinis dari ada tidaknya deposit-deposit organik, seperti pelikel, materi alba, debris, kalkulus, dan plak gigi (Motto et al., 2017).

Pengukuran kebersihan gigi dan mulut menurut Green dan Vermilion (PUTRI MH, HERIJULIANTI E, 2010), dapat menggunakan index yang dikenal dengan Oral Hygiene Index (OHI) dan Oral Hygiene Index Simplified (OHI-S). Awalnya index ini digunakan untuk menilai penyakit peradangan gusi dan penyakit periodontal, akan tetapi dari kata yang diperoleh ternyata kurang berarti atau bermakna, oleh karena itu index ini hanya digunakan untuk mengukur tingkat kebersihan gigi dan mulut dan menilai efektivitas dari menyikat gigi.

Pemeriksaan OHI-S (Oral Hygiene Index Simflified) adalah pemeriksaan gigi dan mulut yang menjumlahkan Debris Index (DI) dan Calculus Index (CI). Debris Index (DI) adalah nilai dari endapan lunak yang terjadi karena adanya sisa makanan yang melekat pada gigi penentu. Calculus Index (CI) adalah score/nilai dari endapan

keras/karang gigi terjadi karena debris yang mengalami pengapuran yang melekat pada gigi penentu.

c. Debris

Debris Indeks adalah nilai dari endapan lunak yang menempel pada permukaan gigi tertentu. Debris dapat dihilangkan dengan cara menyikat gigi. Aliran saliva, aksi mekanis dari lidah, pipi, dan bibir serta susunan gigi dan rahang akan mempengaruhi kecepatan pembersihan sisa makanan. Untuk menilai kebersihan gigi dan mulut seseorang yang akan dilihat adalah adanya debris pada permukaan gigi. Pemeriksaan klinis yang dilakukan untuk memudahkan penilaian.

1) Pemeriksaan debris dilakukan pada gigi tertentu dari gigi tersebut, yaitu: Untuk rahang atas yang diperiksa :

- a) Gigi M1 kanan atas pada permukaan bukal
- b) Gigi I1 kanan atas pada permukaan labial
- c) Gigi M1 atas pada permukaan bukal

2) Untuk rahang bawah yang diperiksa :

- a) Gigi M1 kiri bawah pada permukaan lingual
- b) Gigi I1 kiri bawah pada permukaan labial
- c) Gigi M1 kanan bawah pada permukaan lingual

3) Pelaksanaan pemeriksaan untuk penilaian debris indeks :

Untuk pemeriksaan, kita menggunakan alat sonde atau periodontal explorer.

- a) Pertama-tama dilakukan pemeriksaan debris pada 1/3 permukaan incisal/oklusal gigi.
- b) Bila pada daerah 1/3 incisal/oklusal tidak ada debris yang terbawa sonde pemeriksaan dilanjutkan pada bagian 1/3 tengah. Jika ada debris yang terbawa oleh sonde dibagian ini nilai untuk gigi tersebut adalah 2. 3. Jika pada pemeriksaan didaerah 1/3 tengah tidak ada debris yang terbawa sonde pemeriksaan dilanjutkan ke 1/3 bagian servikal.

- c) Jika ada debris yang terbawa sonde dibagian ini, penilaian untuk gigi tersebut adalah 1.
- d) Jika ada pemeriksaan didaerah 1/3 servikal tidak ada debris yang terbawa sonde (bersih), penilaian untuk gigi tersebut adalah 0.

Tabel 1

Tabel Kriteria Penilaian Debris

KODE	KRITERIA
0	Tidak ada debris atau stein
1	Debris lunak menutupi tidak lebih dari 1/3 permukaan gigi atau adanya stain ekstrinsik tanpa debris pada daerah tersebut
2	Debris lunak menutupi lebih dari 1/3 tapi kurang dari 2/3 permukaan gigi.
3	Debris lunak menutupi lebih dari 2/3 permukaan gig

d. Kalkulus

Deposit plak atau sisa makanan yang mengandung mikroorganisme / bakteri yang menempel pada gigi dalam jangka waktu lama yang mengalami pengerasan / terkalsifikasi.

TABEL 2

KRITERIA PENILAIAN KALKULUS

KODE	KRITERIA
0	Tidak ada kalkulus
1	Kalkulus supragingiva menutupi tidak lebih dari 1/3 permukaan gigi yang terkena.
2	Kalkulus supragingiva menutupi lebih subgingiva dari 1/3 tapi tidak lebih dari 2/3 permukaan gigi yang terkena adanya kalkulus subgingiva berupa titik disekeliling leher gigi.
3	Kalkulus supragingiva menutupi lebih dari 2/3 permukaan gigi yang terkena adanya kalkulus subgingiva berupa pita yang tidak terputus disekeliling leher gigi.

Tabel 3**RUMUS O-HIS**

O-HIS = Debris Indeks + Kalkulus Indeks
--

Tabel 4**Tingkat Kebersihan Mulut Secara Klinis dalam Kaitannya dengan OHI-S**

NILAI	KRITERIA
0 - 1,2	Baik
1,3 - 3,0	Sedang
3,1 -6,0	Buruk

e. Cara Menjaga Kebersihan Gigi Dan Mulut

Dalam menjaga kebersihan dan kesehatan gigi dan mulut sendiri terdiri dari menyikat gigi, gunakan pasta gigi berfluor , mengurangi makanan yang manis dan lengket, ruti memeriksakan gigi setiap 6 bulan sekali ke dokter gigi. Berikut penjelasannya :

a) Menyikat Gigi

Menyikat gigi merupakan cara yang umum untuk membersihkan deposit lunak (sisa makanan) pada permukaan gigi dan gusi sehingga penumpukan plak dapat dihindari. Tata cara menyikat gigi yang dianjurkan, yaitu gosoklah seluruh permukaan gigi yang menghadap ke pipi dan lidah. Pastikan seluruh permukaan telah tergosok . Menyikat gigi dengan waktu dan cara yang benar sangatlah penting karena gigi dan mulut yang sehat mencerminkan kualitas hidup yang baik.

b) Gunakan Pasta Gigi Berfluor

Fluor digunakan oleh sel-sel yang membentuk gigi untuk menguatkan enamel gigi, pasta gigi yang mengandung fluor merupakan pertahanan utama yang bekerja untuk membantu menghilangkan kuman yang dapat menyebabkan kerusakan gigi dan sebagai pelindung yang alami untuk gigi kita.

c) Mengurangi Makanan Manis Dan Lengket

Makanan manis merupakan makanan yang mengandung gula, contohnya seperti permen, coklat, dan biskuit, yang sangat berpengaruh terhadap kesehatan gigi dan mulut yang dapat menurunkan derajat kerusakan pH sampai di bawah 5 dalam tempo 1-3 menit. Penurunan pH yang berulang-ulang dalam waktu tertentu akan mengakibatkan demineralisasi permukaan gigi yang rentan dan proses karies gigi pun dimulai.

d) Mengonsumsi Makanan Berserat Dan Berair

Makanan berserat dan kesehatan mulut yang baik merupakan faktor penting dalam pencegahan penyakit gigi dan mulut, karena mempunyai daya pembersih gigi yang baik, seperti nanas, pir, apel, stroberi, papaya, semangka dan bengkoang. Cara ini merupakan *selfcleansing* yang dilakukan dengan mengunyah buah-buahan mengandung banyak serat dan air.

e) Rutin Periksa Gigi 6 Bulan Sekali Ke Dokter Gigi

Tujuan utama pergi ke dokter setiap 6 bulan sekali adalah sebagai tindakan pencegahan. Mencegah kerusakan gigi, penyakit gusi, dan kelainan-kelainan lain yang beresiko tinggi bagi kesehatan gigi dan mulut.

B. Penelitian Terkait

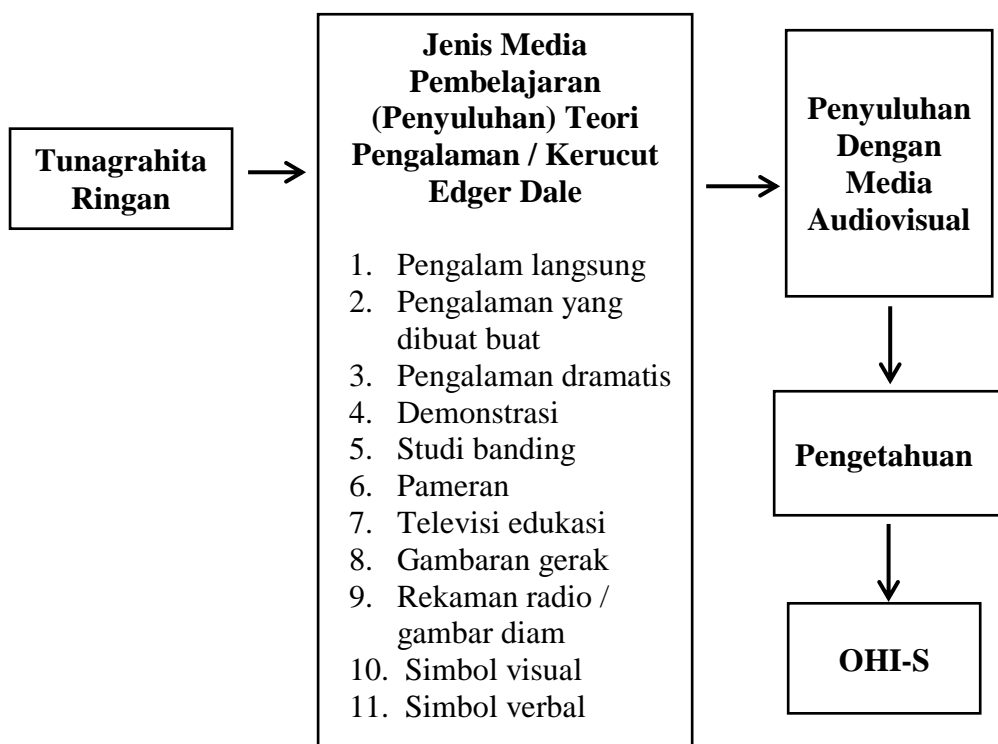
1. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Jawa A Azkiyaa, Emma Kameliaa., Anang, 2022 di SLB-C Beringin Bakti. Penelitian yang berjudul pengaruh pendidikan kesehatan gigi menggunakan audio visual

terhadap pengetahuan dan kemampuan menggosok gigi anak tunagrahita pada masa pandemi COVID-19. Metode sampel dilakukan dengan teknik sampling jenuh sebanyak 20 orang. Alat ukur penelitian menggunakan kuesioner dan lembar observasi. Analisis data menggunakan uji Wilcoxon. Hasil penelitian sesudah diberikan pendidikan kesehatan gigi dan mulut menggunakan audio visual didapat rata-rata tingkat pengetahuan anak tunagrahita meningkat dari 2,25 menjadi 1,20 dan kemampuan menggosok gigi anak tunagrahita meningkat dari 2,60 menjadi 1,85, hasil uji Wilcoxon didapatkan nilai p value = 0,000 ($<0,05$) Kesimpulan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan gigi dan mulut menggunakan audio visual terhadap tingkat pengetahuan dan kemampuan anak tunagrahita pada masa pandemi COVID-19.

2. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Sutinah, 2019 di SDLB Prof. Dr. Sri Soedewi Masjchun Sofwan, SH Kota Jambi. Penelitian yang berjudul terapi bermain puzzle berpengaruh terhadap kemampuan memori jangka pendek anak tunagrahita. Jenis penelitian kuantitatif pre eksperimental dengan rancangan one group pre test dan post test design. Populasi pada penelitian ini adalah keseluruhan anak tunagrahita sebanyak 57 orang. Sampel penelitian ini sebanyak 22 orang diambil dengan menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi. Tahap pelaksanaan terdiri dari pretest, intervensi dan posttest, adapun kegiatan pre test dilakukan pada hari pertama sebelum melakukan terapi bermain dengan puzzle, Post test dilakukan pada hari ke empat belas dengan cara mengobservasi satu per satu anak seputar kemampuan memori jangka pendek anak dengan

menggunakan lembar observasi tes digit span forward dan backward. Setelah dilakukan analisis bivariat, diketahui bahwa rata-rata kemampuan memori jangka pendek sebelum dilakukan terapi bermain dengan puzzle adalah 4.50 dan setelah dilakukan terapi bermain dengan puzzle rata-rata kemampuan memori jangka pendek adalah 7.64. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p\text{-value}=0,000 (<0,05)$ dengan kata lain ada pengaruh terapi bermain puzzle terhadap peningkatan kemampuan memori jangka pendek anak tunagrahita ringan di SDLB Prof.DR. Sri Soedewi Masjchun Sofwan, SH Kota Jambi.

C. Kerangka Teori



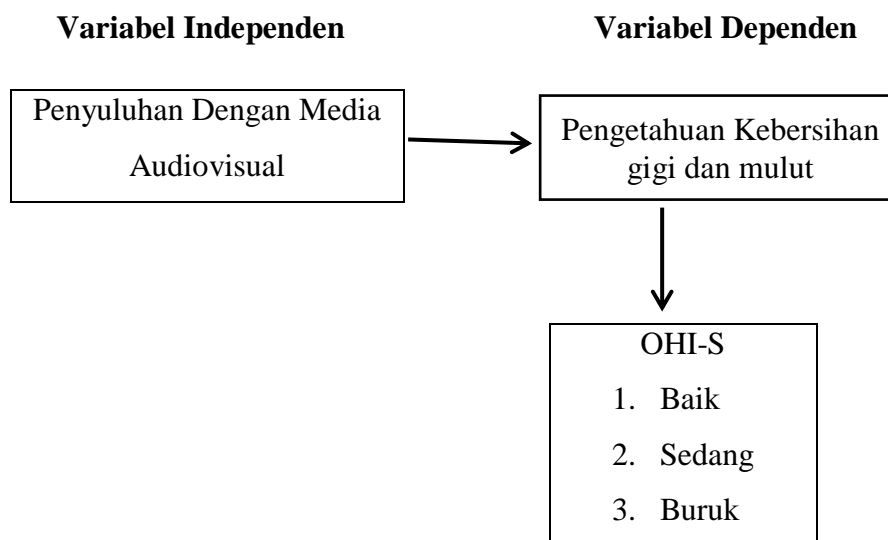
Gambar 2. Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan hubungan antara konsep-konsep atau variabel-variabel lain dari masalah yang ingin diteliti (diamat) melalui penelitian yang dilakukan. Variabel sendiri mengandung pengertian ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain.

Berdasarkan hubungan atau perannya, variabel dibedakan menjadi :

1. Variabel Independen (Variabel bebas) yaitu yang sifatnya mempengaruhi sebab terpengaruh. Dalam penelitian ini variabel independennya yaitu : **Penyuluhan Media Audiovisual**
2. Variabel Dependen (Variabel terikat) yaitu variabel yang sifatnya tergantung dan terpengaruh (Soekidjo Notoatmodjo, 2010) Dalam penelitian ini variabel dependennya yaitu : **Pengetahuan Dan OHI-S**



Gambar 3. Kerangka Konsep

Dari kerangka konsep diatas peneliti ingin mengetahui “keberhasilan penyuluhan menggunakan media audiovisual terhadap kebersihan gigi dan mulut anak tunagrahita di SDLBN Pkk Provinsi Lampung”

E. Hipotesis Penelitian

Untuk mengarahkan kepada hasil penelitian maka dalam perencanaan penelitian perlu dirumuskan jawaban sementara dari penelitian ini. Hipotesis dalam suatu penelitian adalah jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara yang kebenerannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2018:105). Berdasarkan kerangka teori dan kerangka konsep yang telah dipaparkan, maka hipotesis penelitian ini adalah :

Ha : Penyuluhan menggunakan media audiovisual berpengaruh terhadap kriteria OHI-S

(Ha) diterima apabila Sig. (<0,05).

H0 : Penyuluhan menggunakan media audiovisual tidak berpengaruh terhadap kriteria OHI-S

(H0) ditolak apabila Sig. (>0,05)

Ha : Penyuluhan menggunakan media audiovisual berpengaruh terhadap kriteria pengetahuan

(Ha) diterima apabila Sig. (<0,05)

H0 : Penyuluhan menggunakan media audiovisual tidak berpengaruh terhadap kriteria pengetahuan

(H0) ditolak apabila Sig. (>0,05)

F. Definisi Oprasional

Tabel 5

Variabel, Definisi Oprasional, Cara Ukur, Alat Ukur, Hasil Ukur, Skala Ukur

	Variabel	DO	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Independen Penyuluhan dengan media audiovisual	media audiovisual merupakan kombinasi dari audio dan visual. kegiatan penyuluhan media audiovisual yang berisikan materi tentang kebersihan gigi dan mulut.	kuisisioner	Wawancara bebas terpimpin (kombinasi antara wawancara bebas dan terpimpin. Dalam pelaksanaan wawancara membawa pedoman yang hanya merupakan garis besar tentang hal-hal yang akan ditanya.	Mengukur pengetahuan (Arikunto 2006) : - Baik: 76 - 100% - Cukup: 60% - 75% - Kurang: < 60%	Ordinal
2	Dependent Kebersihan Gigi Dan Mulut	Kebersihan gigi dan mulut adalah suatu keadaan yang menunjukkan bahwa di rongga mulut seseorang bebas dari kotoran seperti debris, plak, dan karang gigi.	- Lembar pengukuran OHI-S - Alat (OD)	Melakukan pemeriksaan (OHI-S) dengan cara pemeriksaan gigi indeks (16/17) bukal, (11) bagian labial, (26/27) bukal, Dan pada gigi lingual, (31) labial, (46/47) bagian	1. Baik jika : 0-1,2 2. Sedang jika : 1,3 - 3,0 3. Buruk jika : 3,1 - 6,0 (megananda, 2012)	Ordinal

				lingual. Dengan menggunaka n sonde pada 1/3 incisal/oklusa l kemudia 1/3 gigi bagian tengah dan 1/3 bagian servikal		
--	--	--	--	---	--	--