

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Kesehatan Gigi dan Mulut

Menurut pasal 1 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dapat diketahui bahwa “Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.” Kesehatan gigi merupakan salah satu aspek dari kesehatan secara keseluruhan. Dengan demikian status kesehatan gigi juga merupakan hasil dari interaksi antara kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonomi. Keempat aspek yang mempengaruhi kualitas kesehatan gigi dan mulut seseorang menurut Notoatmodjo (2007) antara lain sebagai berikut.

##### a) Kesehatan fisik

Kesehatan fisik terwujud apabila seseorang tidak merasa sakit dan memang secara klinis tidak sakit. Aspek fisik ini merupakan aspek yang mempengaruhi kualitas kesehatan gigi dan mulut yang disebabkan oleh keadaan yang terdapat di dalam mulut itu sendiri. Misalnya, pemberian gizi yang kurang baik pada saat kehamilan menyebabkan struktur gigi rentan terhadap karies.

##### b) Kesehatan mental

Kesehatan mental mencakup tiga komponen, yakni pikiran yang tercermin dari cara berpikir seseorang, emosional yang tercermin dari kemampuan seseorang mengekspresikan emosinya, dan spiritual yang tercermin dari praktik keagamaan atau kepercayaan seseorang. Aspek

mental juga dapat mempengaruhi kualitas kesehatan gigi dan mulut seseorang. Misalnya, orang yang sering stress dan mempunyai kebiasaan merokok, hal ini akan menjadikan faktor predisposisi terjadinya penyakit periodontal.

c) Kesehatan sosial

Kesehatan sosial terwujud apabila seseorang mampu berhubungan dengan orang lain secara baik, atau mampu berinteraksi dengan orang lain atau kelompok lain.

d) Kesehatan dari aspek ekonomi

Kesehatan dari aspek ekonomi terlihat dari produktivitas seseorang dalam arti mempunyai kegiatan yang menghasilkan sesuatu yang dapat menyokong hidupnya atau keluarganya secara finansial. Pada dasarnya aspek sosial yang mempengaruhi kualitas kesehatan gigi dan mulut biasanya disebabkan oleh pengaruh ekonomi. Keadaan ini secara tidak langsung akan mempengaruhi perilaku orang tersebut, yakni kurangnya kesadaran dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut serta melakukan kunjungan rutin ke dokter gigi setiap 6 bulan sekali.

Untuk memperbaiki kualitas kesehatan gigi dan mulut harus dilaksanakan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara menyeluruh yang mencakup aspek mental, fisik, sosial, dan ekonomi.

## 2.2 Pendidikan Kesehatan Gigi dan Mulut

### 2.2.1 Definisi Pendidikan Kesehatan Gigi dan Mulut

Pendidikan kesehatan gigi dan mulut atau yang biasa juga dikenal sebagai *Dental Health Education* (DHE) merupakan suatu usaha terencana dan terarah dalam bentuk pendidikan non formal yang

berkelanjutan (Riyanti dkk, 2010). Pendidikan kesehatan gigi dan mulut merupakan suatu proses pendidikan yang timbul atas dasar kebutuhan kesehatan yang bertujuan untuk menghasilkan kesehatan gigi dan mulut yang baik dan meningkatkan taraf hidup (Notoatmodjo, 2007). Pendidikan kesehatan gigi pada anak merupakan suatu usaha yang secara emosional akan menghilangkan rasa takut, menumbuhkan rasa ingin tahu, mau mengamati, dan akhirnya secara fisik akan melakukan aktivitas sedemikian rupa sehingga baik untuk kesehatan pribadi.

### **2.2.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan Gigi dan Mulut**

Maksud dan tujuan pendidikan kesehatan gigi dan mulut pada anak-anak pada hakekatnya adalah memperkenalkan anak dengan dunia kesehatan gigi serta segala persoalan mengenai gigi, sehingga mampu memelihara kesehatan gigi, melatih anggota badan anak sehingga mereka dapat membersihkan gigi sesuai dengan kemampuannya, dan mendapatkan kerjasama yang baik dari anak bila memerlukan perawatan pada giginya (Riyanti dkk, 2010). Tujuan pendidikan kesehatan gigi menurut Noor (1972) yang dikutip dari Herijulianti dkk (2002) adalah :

- a) Meningkatkan pengertian dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut
- b) Menghilangkan atau paling sedikit mengurangi penyakit gigi dan mulut dan gangguan lainnya pada gigi dan mulut

### **2.2.3 Proses Pendidikan Kesehatan Gigi dan Mulut**

Pendidikan tidak lepas dari proses belajar. Belajar adalah suatu usaha untuk menguasai segala sesuatu yang berguna untuk hidup (Notoatmodjo, 2007). Oleh karena promosi kesehatan juga merupakan

proses pendidikan yang tidak lepas dari belajar, maka di dalam promosi kesehatan akan tercakup :

1) Latihan

Latihan adalah penyempurnaan potensi tenaga-tenaga yang ada dengan mengulang-ulang aktifitas tertentu. Latihan merupakan suatu perbuatan pokok dalam kegiatan belajar.

2) Menambah / memperoleh tingkah laku baru

Belajar merupakan suatu usaha untuk memperoleh hal-hal baru dalam tingkah laku (pengetahuan, kecakapan, keterampilan dan nilai-nilai) dengan aktifitas kejiwaan sendiri. Sifat khas dari belajar adalah memperoleh sesuatu yang baru, yang dahulu belum ada, sekarang menjadi ada, yang semula belum diketahui, sekarang diketahui, yang dahulu belum mengerti sekarang mengerti (Notoatmodjo, 2007).



**Gambar 2.1 Prinsip Pokok Proses Belajar (Notoatmodjo, 2007)**

Dalam proses belajar ini terdapat 3 persoalan pokok, yaitu :

a) Persoalan masukan (*input*)

Persoalan masukan menyangkut pada sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok serta masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya.

b) Persoalan proses

Persoalan proses menyangkut pada mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subjek belajar tersebut. Dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai

faktor antara lain subjek belajar, pengajar (pendidik dan fasilitator), metode, teknik belajar, alat bantu belajarm serta materi atau bahan yang dipelajari.

c) **Persoalan keluaran (*output*)**

Persoalan keluaran merupakan hasil belajar itu sendiri yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar (Fitriani, 2011).

#### **2.2.4 Metode Pendidikan Kesehatan Gigi dan Mulut**

Walaupun metode penyuluhan yang ada saat ini sudah menerapkan prinsip modeling, namun pemilihan metode yang digunakan dirasakan kurang menggugah sehingga tidak menarik bagi anak-anak dan cenderung mudah untuk dilupakan (Hariyani dkk, 2008), agar hal tersebut tidak terjadi, maka sasaran pendidikan tertentu harus menggunakan cara tertentu, materi yang disesuaikan dan alat bantu pendidikan yang diperlukan, sehingga untuk sasaran kelompok, metode yang digunakan harus berbeda dengan sasaran masa dan individual, begitu pula untuk sasaran masa, metodenya harus berbeda dengan sasaran kelompok dan individual.

Menurut Notoatmodjo (2007), beberapa metode yang dapat digunakan dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan gigi dan mulut dapat dibagi menjadi beberapa macam, antara lain sebagai berikut.

a. **Metode pendidikan perorangan (individual)**

1. **Bimbingan dan penyuluhan**

Dengan cara ini, kontak antara klien dengan petugas lebih intensif, sehingga setiap masalah yang dialami oleh klien dapat dikorek dan

dibantu dalam penyelesaiannya. Menurut Herijulianti dkk (2002) secara garis besar dibagi dalam dua jenis metode penyuluhan kesehatan gigi, yaitu :

i. Metode *one way method*

Metode ini menitikberatkan pendidikan yang aktif sedangkan pihak sasaran tidak diberi kesempatan untuk aktif. Yang termasuk metode ini yaitu: metode ceramah, siaran melalui radio, pemutaran film atau *slide*, penyebaran selebaran dan pameran.

ii. Metode *two way method*

Metode ini menjalin adanya komunikasi dua arah antara pendidik dan sasaran. Yang termasuk metode ini antara lain: wawancara, demonstrasi, sandiwara, simulasi, curah pendapat, permainan peran (*role playing*) dan tanya jawab.

2. Wawancara

Pendekatan ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara yang dilakukan oleh petugas terhadap pasien bertujuan untuk menggali informasi mengapa klien belum menerima perubahan, apabila belum maka perlu dilakukan penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

b. Metode pendidikan kelompok

Dalam memilih metode penyuluhan kelompok harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok besar metodenya akan berbeda dengan kelompok kecil.

1. Kelompok besar

Kelompok besar adalah peserta yang mengikuti penyuluhan pada kelompok tersebut lebih dari 15 orang dan metode yang digunakan pada kelompok besar antara lain ceramah dan seminar.

2. Kelompok kecil

Kelompok kecil adalah peserta yang mengikuti penyuluhan pada kelompok tersebut kurang dari 15 orang dan metode yang digunakan pada kelompok kecil antara lain diskusi kelompok, curah pendapat, bola salju, kelompok kecil-kecil, *role play*, dan permainan simulasi.

- c. Metode pendidikan masa

Metode ini adalah metode yang digunakan memberikan pesan-pesan kesehatan kepada masyarakat yang sifatnya masa atau publik. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi sehingga diharapkan adanya perubahan perilaku. Beberapa contoh metode ini antara lain ceramah umum, pidato, simulasi, sinetron, tulisan di majalah atau koran, serta *billboard*, spanduk, poster dan sebagainya.

## 2.3 Penyuluhan Kesehatan Gigi dan Mulut

### 2.3.1 Definisi Penyuluhan Kesehatan Gigi dan Mulut

Penyuluhan adalah proses belajar secara non formal kepada sekelompok masyarakat tertentu, dimana pada penyuluhan kesehatan gigi dan mulut diharapkan terciptanya suatu pengertian yang baik mengenai kesehatan gigi dan mulut. Penyuluhan kesehatan gigi dan mulut adalah upaya yang dilakukan untuk merubah perilaku seseorang, sekelompok

orang atau masyarakat sehingga mempunyai kemampuan dan kebiasaan untuk berperilaku hidup sehat di bidang kesehatan gigi dan mulut (Rusli, 2011).

Penyuluhan kesehatan gigi pada anak merupakan salah satu usaha menanamkan pengertian kepada anak sejak usia dini bahwa kesehatan gigi tidak kalah pentingnya dengan kesehatan tubuh secara umum. Penyuluhan kesehatan gigi bertujuan untuk meningkatkan pemberdayaan perorangan dan masyarakat guna tercapainya tingkat kesehatan gigi yang lebih baik di masa mendatang. Penyuluhan kesehatan gigi ini tidak semata-mata menjadi tanggung jawab pemerintah, akan tetapi merupakan tanggung jawab semua pihak (Hariyani dkk, 2008).

### **2.3.2. Tujuan Penyuluhan Penyuluhan Kesehatan Gigi dan Mulut**

Berdasarkan pasal 62 Undang-Undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengatakan bahwa “Peningkatan kesehatan merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat untuk mengoptimalkan kesehatan melalui kegiatan penyuluhan, penyebarluasan informasi, atau kegiatan lain untuk menunjang tercapainya hidup sehat.” Tujuan dari penyuluhan kesehatan gigi dan mulut menurut Herijulianti dkk (2002) adalah :

1. Memperkenalkan kepada masyarakat tentang kesehatan gigi.
2. Mengingatkan kepada masyarakat tentang pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut.
3. Menjabarkan akibat yang akan timbul dari kelalaian menjaga kebersihan gigi dan mulut.
4. Menanamkan perilaku sehat sejak dini melalui kunjungan ke sekolah.

### 2.3.3 Manfaat Penyuluhan Kesehatan Gigi dan Mulut

Salah satu manfaat penyuluhan kesehatan kesehatan gigi dan mulut yaitu penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia baik secara individu, kelompok maupun masyarakat untuk meningkatkan kesadaran akan nilai kesehatan gigi dan mulutnya sehingga dengan sadar mau mengubah perilakunya menjadi perilaku sehat. Penyuluhan diharapkan dapat memberi manfaat yang berkesinambungan dengan sasaran perubahan konsep sehat pada aspek pengetahuan, sikap dan perilaku individu maupun masyarakat (Notoatmodjo, 2007).

#### a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Tingkatan pengetahuan dicakup dalam dimensi proses kognitif, yaitu :

##### 1) Mengingat (*remember*)

Mengingat merupakan proses kognitif yang paling rendah tingkatannya. Untuk mengondisikan agar mengingat bisa menjadi bagian belajar bermakna, tugas mengingat hendaknya selalu dikaitkan dengan aspek pengetahuan yang lebih luas dan bukan sebagai suatu yang lepas dan terisolasi. Kategori ini mencakup dua

macam proses kognitif yaitu mengenali (*recognizing*) dan mengingat.

2) Memahami (*understand*)

Pertanyaan pemahaman menuntut siswa menunjukkan bahwa mereka telah mempunyai pengertian yang memadai untuk mengorganisasikan dan menyusun materi yang telah diketahui. Jawaban siswa tidak sekedar mengingat kembali informasi, namun harus menunjukkan pengertian terhadap materi yang diketahuinya.

3) Menerapkan (*apply*)

Pertanyaan penerapan mencakup penggunaan suatu prosedur guna menyelesaikan masalah atau mengerjakan tugas. Oleh karena itu, mengaplikasikan berkaitan erat dengan pengetahuan prosedural. Namun tidak berarti kategori ini hanya sesuai untuk pengetahuan prosedural saja. Kategori ini mencakup dua macam kognitif yaitu menjalankan (*executing*) dan mengimplementasikan (*implementating*).

4) Menganalisis (*analyze*)

Proses menganalisis mencakup tiga proses kognitif diantaranya menguraikan (*differentiating*), mengorganisir (*organizing*), dan menentukan pesan tersirat (*attributing*). Pertanyaan analisis menguraikan suatu permasalahan atau objek ke unsur-unsurnya dan menentukan bagaimana saling keterkaitan antar unsurnya.

5) Mengevaluasi (*evaluate*)

Mengevaluasi membuat suatu pertimbangan berdasarkan kriteria dan standar yang ada. Ada dua macam proses kognitif yang

tercakup dalam kategori ini yaitu memeriksa (*checking*) dan mengkritik (*critiquing*).

6) Membuat (*create*)

Membuat adalah menggabungkan beberapa unsur menjadi suatu bentuk kesatuan. Ada tiga macam proses kognitif dalam kategori ini yaitu membuat (*generating*), merencanakan (*planning*), dan memproduksi (*producing*).

Menurut Notoatmodjo (2007) pengetahuan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, diantaranya adalah sebagai berikut.

a) Pengalaman

Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman, baik pengalaman pribadi maupun dari pengalaman orang lain. Pengalaman ini merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran.

b) Ekonomi (pendapatan)

Faktor pendapatan keluarga sangat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan pokok dan sekunder dalam keluarga. Keluarga dengan status ekonomi baik akan lebih baik tercukupi bila dibandingkan dengan keluarga dengan status ekonomi rendah. Hal ini akan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan informasi pendidikan yang termasuk dalam kebutuhan sekunder.

c) Lingkungan sosial ekonomi

Manusia adalah makhluk sosial dimana dalam kehidupan saling berinteraksi satu dengan yang lain, individu yang lebih banyak berinteraksi dengan dan baik, maka akan lebih besar mendapatkan informasi.

d) Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan sangat berpengaruh dalam pemberian respon terhadap sesuatu yang datangnya dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dan akan berfikir sejauh mana keuntungan yang akan mereka dapatkan.

e) Paparan media dan informasi

Melalui berbagai media baik cetak maupun elektronik berbagai informasi dapat diterima oleh masyarakat sehingga seseorang yang lebih sering terpapar di media masa (TV, radio, majalah) akan memperoleh informasi yang lebih banyak dibandingkan dengan orang yang tidak pernah terpapar informasi media masa.

f) Akses layanan kesehatan atau fasilitas kesehatan

Mudah atau sulitnya dalam mengakses layanan kesehatan tentunya akan sangat berpengaruh terhadap pengetahuan khususnya dalam bidang kesehatan.

Dalam aspek kesehatan gigi khususnya, bahwa pengetahuan kesehatan gigi dan mulut sangat penting termasuk cara menjaga kebersihan gigi dan mulut karena pengetahuan merupakan faktor domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang, artinya perilaku atau praktik keseharian anak dalam menjaga kesehatan gigi sangat ditentukan oleh tingkat pengetahuannya tentang kesehatan gigi (Riyanti dkk, 2010).

b. Sikap

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan, senang atau tidak senang, setuju atau tidak setuju, baik atau tidak baik, dan sebagainya. Sikap belum merupakan suatu tindakan, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan berbagai cara tertentu. Sikap relatif konstan dan agak sukar berubah sehingga jika ada perubahan dalam sikap berarti adanya tekanan yang kuat.

Pembentukan sikap dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor misalnya pengalaman pribadi, kebudayaan, orang yang berpengaruh, media masa, institusi pendidikan dan lembaga agama. Dengan kata lain, sikap merupakan perubahan yang meniru perilaku orang lain karena orang lain tersebut dianggap sesuai dengan dirinya. Tingkatan sikap menurut Notoatmodjo (2007) antara lain sebagai berikut :

1. Menerima (*receiving*), yang diartikan bahwa subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.
2. Merespon (*responding*), yaitu memberikan jawaban, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.
3. Menghargai (*valuing*), yaitu mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.
4. Bertanggung jawab (*responsible*), yaitu bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resikonya.

c. Perilaku

Salah satu manfaat penyuluhan ialah tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga, dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal merupakan salah satu tujuan dilakukannya penyuluhan kesehatan. Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata dibutuhkan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain fasilitas.

Tindakan adalah niat yang sudah direalisasikan dalam bentuk tingkah laku yang tampak dan memerlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan. Dari pandangan biologis tindakan merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Menurut Notoatmodjo (2007) tindakan mempunyai beberapa tingkatan :

- a) Persepsi (*perception*), yaitu mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.
- b) Respons terpimpin (*guided response*), yaitu tingkah laku yang dilakukan sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan yang telah dicontohkan.
- c) Mekanisme (*mechanism*), yaitu apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan.
- d) Adopsi (*adoption*), yaitu tindakan yang sudah berkembang dengan baik, sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenarannya.

Faktor perilaku memegang peranan penting dalam mempengaruhi kesehatan gigi dan mulut seseorang termasuk tentang bagaimana menjaga kebersihan gigi dengan menyikat gigi. Belum optimalnya status kesehatan gigi dan mulut di sekolah dasar umumnya disebabkan oleh karena perilakunya belum menunjukkan perilaku sehat (Riyanti dkk, 2010).

#### 2.3.4 Alat Bantu Penyuluhan Kesehatan Gigi dan Mulut

Pemakaian alat bantu dalam merubah perilaku anak merupakan hal yang sangat penting. Alat bantu penyuluhan adalah alat-alat yang dipakai oleh penyuluh di dalam menyampaikan informasi. Alat bantu ini lebih sering disebut alat peraga, karena berfungsi untuk membantu memperagakan sesuatu di dalam proses penyuluhan. Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap siswa dapat diterima atau ditangkap melalui panca indera.

Alat bantu dalam penyuluhan mempunyai peran dalam mempertinggi kemampuan belajar, memperkuat daya ingat, memperbesar minat, dan mempermudah penghayatan. Alat peraga langsung membantu para siswa dalam mengartikan atau mempelajari suatu bahan pendidikan sehingga para siswa lebih banyak kemungkinan untuk belajar (Riyanti dkk, 2010).

Pada garis besarnya ada 3 macam alat bantu penyuluhan, yaitu :

a. Alat bantu lihat (*visual aids*)

Alat ini berguna dalam membantu menstimulasikan indera mata pada waktu proses penyuluhan. Alat ini ada 2 bentuk yaitu alat yang diproyeksikan, misalnya *slide*, dan alat yang tidak diproyeksikan, yang

terdiri dari dua dimensi (gambar, peta, bagan) dan tiga dimensi (bola dunia, boneka).

b. Alat bantu dengar (*audio aids*)

Alat ini berguna dalam membantu menstimulasi indera pendengaran pada waktu proses penyuluhan misalnya piringan hitam, radio, pita suara dan lain-lain.

c. Alat bantu lihat dan dengar (*audio visual aids*)

Alat ini berguna dalam menstimulasi penglihatan dan pendengaran pada waktu proses penyuluhan, misalnya televisi, *video cassette*, dan lain-lain (Notoatmodjo, 2007).



**Gambar 2.2 Edgar’s Dale “Cone of Experience” (Anderson, 2011)**

Berdasarkan “Cone of Experience” menurut teori Edgar Dale yang telah dikembangkan dan direvisi oleh Bruce Hyland, alat bantu penyuluhan dibagi menjadi 11 macam. Dari kerucut tersebut dapat dilihat bahwa lapisan yang paling dasar adalah proses simulasi dan melakukan sesuatu yang nyata (Anderson, 2011). Salah satu contoh proses simulasi adalah permainan, sehingga dapat dikatakan bahwa metode permainan lebih baik dari metode poster karena dalam metode permainan 90% materi penyuluhan dapat diterima dan dipahami oleh subjek yang disuluh.

### 2.3.5 Media Penyuluhan Kesehatan Gigi dan Mulut

Media penyuluhan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh penyuluh, baik melalui media cetak, elektronik, dan media luar ruang sehingga sasaran mendapat pengetahuan yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya kearah positif terhadap kesehatan (Herijulianti dkk, 2002).

Menurut bentuknya, media penyuluhan dibedakan atas :

- a. Media visual : slide, transparansi
- b. Media audio : radio
- c. Media audiovisual : televisi, film, dan permainan
- d. Media tempat memperagakan : papan tulis, papan temple, OHP, papan panel
- e. Media pengalaman nyata atau media tiruan: simulasi, benda nyata
- f. Media cetakan : buku bacaan, leaflet, folder, poster, brosur (Herijulianti dkk, 2002).

## 2.4 Anak Usia Sekolah Dasar

### 2.4.1 Pengertian Anak Usia Sekolah Dasar

Masa usia anak adalah transisi dalam interaksi sosial dimana terjadi perubahan figur tokoh (model) akan berpengaruh pada diri anak, dimana tokoh ibu akan digantikan dengan tokoh guru. Untuk itu didalam penyuluhan kesehatan gigi dan mulut perlu adanya kerja sama yang baik dengan guru. Menurut Piaget yang dikutip dari Sugiyanto (2011), pola perkembangan anak dibagi menjadi 4 tahapan :

- a) Stadium Sensorimotorik (0-18 atau 24 bulan)
- b) Stadium Praoperasional (1-7 tahun)

- c) Stadium operasional konkrit (7-11 tahun)
- d) Stadium operasional formal (11-15 tahun atau lebih)

Menurut Gunarsa (2008) anak usia sekolah dasar dimulai pada usia 6-12 tahun dan individu pada usia tersebut berada pada tahap operasional konkrit. Beberapa ciri anak yang berada dalam operasional konkrit yaitu :

1. Cara berpikir yang masih sangat berpusat (*centralized*), yaitu kemampuan untuk memusatkan perhatian hanya pada satu dimensi pada tahap perkembangan pra oprasional dan berubah menjadi *decentralized*, yaitu kemampuan memusatkan perhatian pada lebih dari satu dimensi sekaligus serta menghubungkannya.
2. Memperhatikan aspek dinamis dalam perubahan situasi.

#### 2.4.2 Perkembangan Anak Usia Sekolah Dasar

Beberapa perkembangan yang terjadi pada anak usia sekolah menurut Gunarsa (2008) antara lain :

1. Perkembangan kemampuan penalaran bermoral

Berdasarkan teori *Moral Reasoning* yang dikemukakan oleh Kohlberg (1955), perkembangan moral meliputi 6 tahap yang terbagi atas 3 tingkat dan dijabarkan sebagai berikut.

- a. Tingkat pra konvensional
  - i. Tahap pertama (0-7 tahun) : orientasi pada hukuman, kepatuhan, dan ketaatan.
  - ii. Tahap ke dua (10 tahun) : orientasi instrumental yang relatif.
- b. Tingkat konvensional
  - iii. Tahap ke tiga (13 tahun) : orientasi penyesuaian antar pribadi

- iv. Tahap ke empat (16 tahun) : orientasi pada hukum, tata tertib dan aturan.
  - c. Tingkat post konvensional
  - v. Tahap ke lima (masa dewasa muda)
  - vi. Tahap ke enam (masa dewasa): orientasi prinsip etis-universal.
2. Perkembangan kepribadian
    - a. Pembentukan hati nurani sebagai inti pribadi, petunjuk bagi tingkah laku dan sensor terhadap keinginan dan dorongan yang tidak wajar disalurkan.
    - b. Sifat egosentris mulai dikikis dan sifat lebih mengingat orang lain mulai dipupuk.
    - c. Dorongan ingin tahu tersalur melalui pertanyaan yang perlu jawaban
    - d. Penanaman disiplin dan tanggung jawab secara bertahap melalui pelaksanaan tugas dan kewajiban dengan derajat kesulitan yang meningkat sesuai dengan umur.
  3. Perkembangan sosial
    - a. Anak berumur 6–8 tahun : belum merasa adanya perbedaan jenis. Merasa biasa bila bermain dengan teman sejenis maupun lawan jenis
    - b. Anak berumur 9–10 tahun : mulai merasa kurang pantas dan tidak senang bermain dengan lawan jenis, karena mulai menyadari adanya perbedaan sifat sesuai dengan jenis kelaminnya.

- c. Anak berumur 11–12 tahun : perhatian mulai ditujukan pada teman lawan jenis.
  - d. Segi perkembangan pengamatan memperlihatkan perkembangan di mana anak dari alam fantasi harus merima kenyataan dari dunia realitas.
4. Perkembangan daya tangkap
- a. Anak berumur 7–8 tahun : sintesa fantastis dari suatu hasil pengamatan, misalnya suatu gambar, suatu pengalaman hanya akan tertinggal kesan keseluruhan yang kabur. Beberapa hal teringat jelas, lainnya ditambahkan dengan fantasi.
  - b. Anak berumur 8–12 tahun : analisis sifat-sifat dibedakan dari bendanya. Bagian-bagian dipelajari tanpa melihat keseluruhan hubungannya. Pengamatan lebih konkrit.
  - c. Anak berumur sekitar 12 tahun : sudah mencapai kemampuan pengamatan sintesa logis. Pengertian mencapai pengertian bijaksana. Keinginan untuk mencari realitas mendorong untuk menjelajahi alam sekitar.
  - d. Remaja awal 12–13 tahun : daya berpikir logis sudah mencapai tingkat dimana ia mulai dapat mengemukakan pikirannya.

#### 2.4.3 Kebutuhan Anak Usia Sekolah Dasar

Kebutuhan anak usia sekolah dasar menurut Sugiyanto (2011) antara lain sebagai berikut :

- a) Anak usia sekolah dasar senang bermain

Karakteristik ini menuntut guru untuk mengembangkan metode pendidikan yang mengandung unsur permainan terlebih untuk anak

pada tahun awal di sekolah dasar. Metode pendidikan yang digunakan hendaknya bersifat serius namun santai.

b) Anak usia sekolah dasar senang bergerak

Manusia dewasa dapat bertahan duduk dengan tenang sampai berjam-jam, namun anak-anak hanya dapat duduk dengan tenang sekitar 30 menit. Hal ini menuntut guru untuk mengembangkan metode pembelajaran yang memungkinkan anak untuk bergerak.

c) Anak usia sekolah dasar senang bekerja dalam kelompok

Anak usia sekolah dasar dalam pergaulannya dengan kelompok sebaya mulai belajar tentang berbagai aspek penting dalam proses sosialisasi. Mereka mulai belajar memenuhi aturan kelompok, setia kawan, bertanggung jawab, bersaing secara sehat. Hal ini membuat guru harus merancang model pembelajaran yang menuntut anak untuk bekerja sama serta belajar keadilan dan demokrasi.

d) Anak usia sekolah dasar senang merasakan, melakukan, atau memperagakan sesuatu secara langsung

Dari apa yang mereka pelajari, mereka mulai berpikir dengan menghubungkan beberapa konsep baru dengan konsep yang lama. Bagi anak usia sekolah dasar, materi yang diberikan oleh guru akan lebih mudah dipahami ketika mereka merasakan langsung dalam proses pembelajarannya, sehingga guru dapat mengembangkan metode belajar yang memungkinkan anak untuk terlibat langsung dalam proses pembelajaran.

## 2.5 Konsep Pembelajaran Sambil Bermain

### 2.5.1 Permainan

Permainan (*games*) adalah setiap kontes antara pemain yang berinteraksi satu sama lain dengan mengikuti aturan tertentu untuk mencapai tujuan tertentu pula. Jadi permainan adalah cara bermain dengan mengikuti aturan tertentu yang dapat dilakukan secara individu maupun berkelompok guna mencapai tujuan tertentu (Sadiman dkk, 2009).

Menurut Hughes (1999) yang dikutip dari Siswanto dan Lestari (2012), harus ada lima unsur dalam kegiatan bermain. Kelima unsur tersebut adalah :

1. Tujuan bermain, yaitu permainan itu sendiri dan si pelaku mendapat kepuasan karena melakukannya
2. Dipilih secara bebas, atas kehendak sendiri, dan tidak ada yang menyuruh atau memaksa
3. Menyenangkan untuk dinikmati
4. Ada unsur khayalan dalam kegiatannya
5. Dilakukan secara aktif dan sadar

Bermain yang dilakukan dalam kegiatan pembelajaran tidak hanya disukai oleh anak-anak, tetapi juga sangat bermanfaat bagi perkembangan anak. Manfaat bermain (Fadlillah dan Khorida, 2013) antara lain :

- a. Manfaat motorik, yaitu nilai-nilai positif dari aktivitas bermain anak yang berhubungan dengan kondisi jasmani anak.
- b. Manfaat afeksi, yaitu manfaat permainan yang berhubungan dengan perkembangan psikologi anak.

- c. Manfaat kognitif, yaitu aktivitas bermain untuk perkembangan kecerdasan anak.
- d. Manfaat spiritual, yaitu manfaat aktivitas bermain yang menjadi dasar pembentukan nilai-nilai kesucian dan keluhuran akhlak manusia.
- e. Manfaat keseimbangan, yaitu berfungsi melatih dan mengembangkan panduan antara nilai positif dan negatif dari suatu permainan.

### 2.5.2 Macam-macam Permainan

Beberapa macam permainan yang memiliki aturan tertentu dan tujuan tertentu pula. Adapun macam permainan tersebut adalah sebagai berikut (Tedjasaputro, 2003) :

#### a. Permainan individual

Dalam permainan ini peserta didik bermain untuk menguji kemampuannya sendiri karena sebagian besar permainan itu dilakukannya sendiri. Peserta didik bermain tanpa menghiraukan apa yang dilakukan oleh peserta didik lain di sekitarnya. Contoh permainan individual adalah lompat tali, menyusun *puzzle*, menyusun balok-balok dan sebagainya.

#### b. Permainan beregu

Permainan beregu ini mempunyai beberapa aturan yang diberikan sebelum permainan dimulai. Para pemain harus mengerti dan bersedia mengikuti aturan tersebut.

#### c. Permainan kooperatif

Permainan ini ditandai dengan adanya kerjasama atau pembagian tugas dan peran antara peserta didik yang terlibat dalam permainan tersebut untuk mencapai tujuan dari kegiatan bermain. Permainan

kerjasama dapat dilihat saat peserta didik mengerjakan suatu proyek atau tugas secara bersama-sama dalam kelompok kecil atau kelompok besar sekaligus. Bermain dengan bekerja sama ini bisa dimulai oleh peserta didik sendiri atau dengan arahan dari guru. Permainan ini dapat mengembangkan keterampilan sosial dan konstruktif bagi peserta didik. Dalam permainan ini peserta didik dapat berperan serta dalam usaha untuk belajar memecahkan masalah secara bersama-sama.

d. Permainan sosial

Permainan sosial adalah kegiatan bermain peserta didik dengan teman-temannya sendiri. Pada permainan ini peserta didik berpartisipasi dalam kegiatan bermain dengan peserta didik lainnya sesuai perannya masing-masing yang sudah disepakati sebelumnya. Contohnya seperti permainan polisi dengan pencuri, atau lompat tali beregu.

e. Permainan dengan aturan tertentu

Permainan ini ditandai dengan adanya kegiatan bermain yang menggunakan aturan tertentu. Dalam permainan ini peserta didik diharapkan dapat bersikap sportif. Contoh dari permainan ini adalah permainan papan, monopoli, ular tangga, sepak bola dan sebagainya.

Dalam penyuluhan ini, permainan yang digunakan adalah permainan papan dan monopoli yang telah dimodifikasi dan disesuaikan dengan ilmu kedokteran gigi dan mulut pencegahan. Permainan papan (*board game*) adalah sebuah permainan di mana pion-pion diletakkan, dipindahkan, dan dimainkan di atas papan yang bertanda sesuai dengan peraturan yang berlaku pada permainan tersebut. Permainan papan ada yang murni berbasis strategi, kesempatan ataupun gabungan dari kedua

hal tersebut dan biasanya mempunyai suatu tahap kemenangan yang ingin dicapai oleh para pemain. Permainan papan juga mempunyai berbagai jenis yang dibedakan oleh ukuran dan jumlah pemain (Wijaya, 2011).

Monopoli adalah satu permainan papan dan pemain berlomba untuk mengumpulkan kekayaan melalui satu pelaksanaan sistem permainan dengan memasukan petak pertanyaan yang akan dijawab oleh peserta permainan. Adapun kelengkapan dari permainan monopoli adalah papan permainan, dadu, lembar pertanyaan, dan lembar hasil permainan (Wulandari dan Sukirno, 2012).

### 2.5.3 Pemilihan Alat Permainan

Pemilihan alat permainan dalam proses pembelajaran dapat disesuaikan dengan karakteristik dan kebutuhan peserta didik tersebut untuk memberikan pengetahuan dan pemahaman dalam pembelajaran. Mendesain atau membuat sebuah alat permainan pada umumnya berdasarkan pada kriteria yang sesuai dengan perkembangan kognitif peserta didik. Misalnya alat permainan yang akan dibuat adalah untuk mengembangkan keterampilan berhitung, maka alat permainan yang didesain harus terfokus pada angka.

Adapun hal-hal yang perlu diperhatikan dalam mendesain alat permainan menurut Sadiman dkk (2009) adalah sebagai berikut :

#### a. Bentuk alat permainan

Alat permainan harus disesuaikan dengan tujuan yang hendak dicapai. Misalnya, alat permainan yang terfokus pada bentuk mempunyai tujuan agar pemain tersebut dapat mengerti dan memahami konsep bentuk.

b. Materi alat permainan

Dalam mendesain alat permainan perlu diperhatikan materi bahan yang ramah lingkungan atau yang dapat didaur ulang dan tidak mengandung zat yang berbahaya bagi pemain.

c. Pemahaman akan tingkat perkembangan pemain

Alat permainan yang sesuai dengan kebutuhan pemain akan memacu perkembangan pemain dan dapat memberikan dorongan atau tantangan yang tidak membosankan bagi pemain.

d. Tingkat kesulitan alat permainan

Mendesain alat permainan perlu memperhatikan tingkat kesulitan alat permainan yang akan dipergunakan oleh para pemain agar kegiatan bermain dapat memacu rasa keingintahuan pemain.

## 2.6 Perilaku Kesehatan Gigi dan Mulut

Untuk menjaga agar gigi tetap bersih dan sehat, perlu dibiasakan untuk melakukan hal-hal yang baik untuk kesehatan gigi dan mulut, seperti penyikatan gigi.

Sikat gigi adalah alat berbentuk sikat yang digunakan untuk membersihkan secara mandiri di rumah. Ciri-ciri sikat gigi yang baik adalah memiliki bulu sikat yang halus dan berbentuk kepala sikat yang ramping dan bulu yang halus. Pembersihan gigi tidak akan merusak email dan mengiritasi gusi. Cara melakukan gosok gigi adalah suatu cara yang umum dianjurkan untuk membersihkan deposit lunak pada permukaan gigi dan gusi (Sriyono,2005).

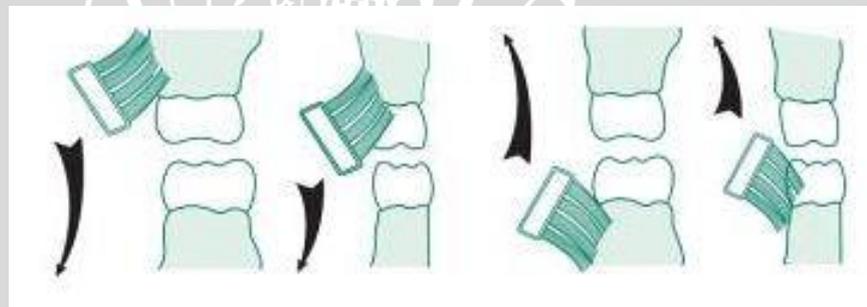
Efektivitas menyikat gigi selain bergantung kepada bentuk dan cara menyikat gigi juga tergantung dari frekuensi dan lamanya menyikat gigi (Sriyono, 2005).

A. Cara atau metode menyikat gigi

Menurut Marya (2011), metode menyikat gigi berdasarkan arah gerakannya antara lain sebagai berikut :

a. Metode vertikal

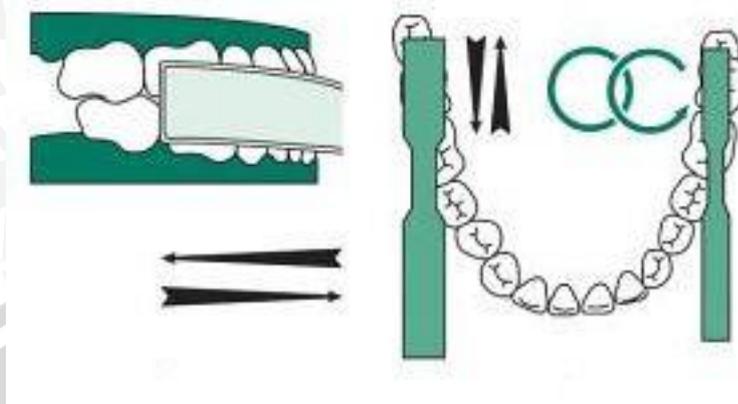
Pada posisi gigi *edge to edge*, bulu sikat ditempatkan pada permukaan gigi secara tegak lurus terhadap sumbu panjang gigi kemudian digerakkan dengan gerakan ke atas dan ke bawah. Gigi rahang atas dan rahang bawah tidak disikat pada gerakan yang sama sehingga biasanya teknik ini tidak direkomendasikan.



**Gambar 2.3 Metode Vertikal (Hiremath, 2011)**

b. Metode horizontal

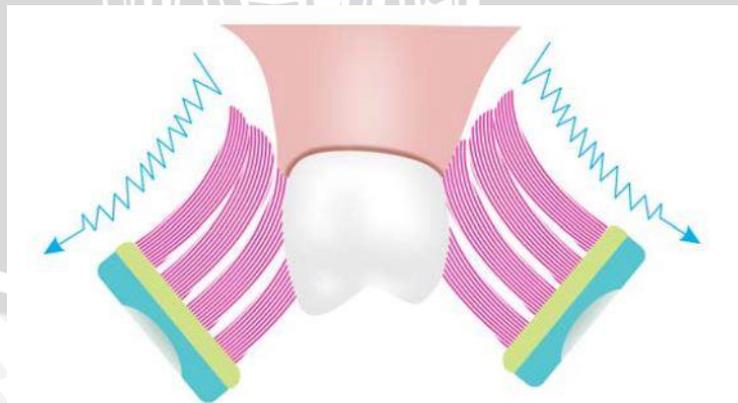
Bulu sikat ditempatkan pada permukaan gigi secara tegak lurus terhadap sumbu panjang gigi kemudian digerakkan dengan gerakan maju mundur atau ke depan ke belakang. Metode horizontal tidak dianjurkan karena beresiko terjadinya keausan yang berlebihan pada permukaan gigi.



Gambar 2.4 Metode Horizontal (Hiremath, 2011)

c. Metode berputar

Metode ini disebut juga *modified Stillman's technique*. Metode ini digunakan untuk membersihkan gigi dan gingiva dari plak dan debris tanpa memberi tekanan pada sulkus gingiva. Metode ini diindikasikan untuk anak-anak ketika metode lain kurang bisa untuk dimengerti oleh anak-anak. Bulu sikat diarahkan ke apikal dan sejajar dengan sumbu panjang gigi. Sikat digerakkan secara rotasi ke atas dan ke bawah sehingga bulu sikat menyikat gingiva dan gigi dengan gerakan memutar.

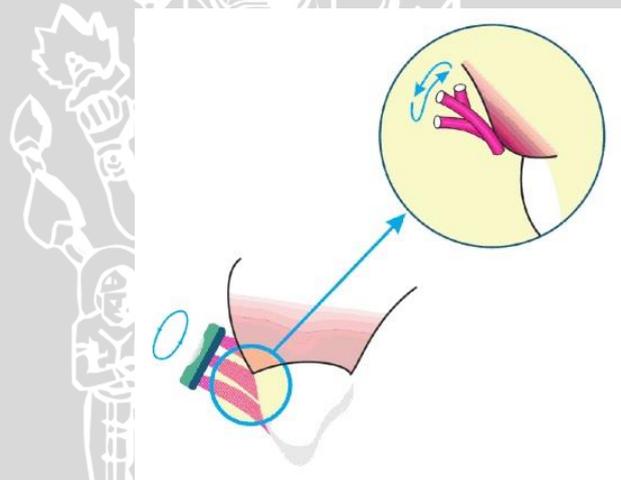


Gambar 2.5 Metode berputar (Marya, 2011)

d. Metode vibrasi atau bergetar

i. Metode Charters (1928)

Metode ini digunakan untuk memijat margin gingiva dan interdental gingiva, membersihkan peranti orthodonti dan gigi tiruan cekat. Pada metode ini bulu sikat diarahkan ke arah mahkota. Bulu sikat diletakkan pada margin gingiva dan diarahkan ke permukaan oklusal dengan sudut  $45^\circ$  terhadap sumbu panjang gigi kemudian digetarkan dan digerakkan dengan gerakan maju mundur dan berulang-ulang sampai area tersebut bersih.

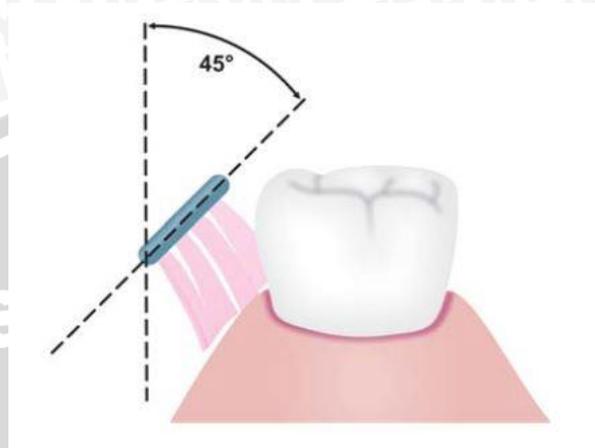


**Gambar 2.6 Metode Charter (Marya, 2011)**

ii. Metode Stillman (1932)

Metode ini dapat diindikasikan pada pasien dengan resesi gingiva karena bulu sikat tidak diarahkan langsung ke dalam sulkus gingiva. Sikat diposisikan dengan bulu sikat dimiringkan  $45^\circ$  terhadap sumbu panjang gigi dengan sebagian bulu sikat menyentuh gingiva dan sebagian lagi menyentuh bagian servikal gigi. Sikat sedikit digerakkan

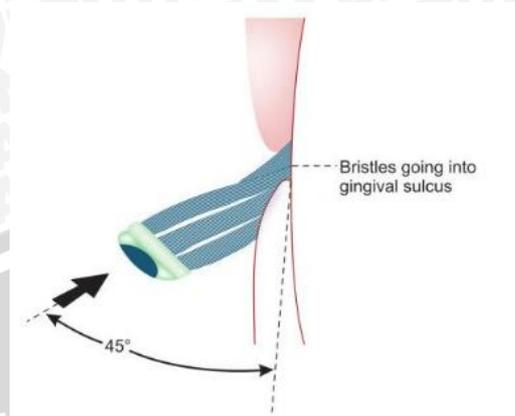
maju dan mundur dengan tekanan ringan. Gerakan ini dilakukan 5 sampai 10 kali di setiap regio.



**Gambar 2.7 Metode Stillman (Marya, 2011)**

iii. Metode Bass (1954)

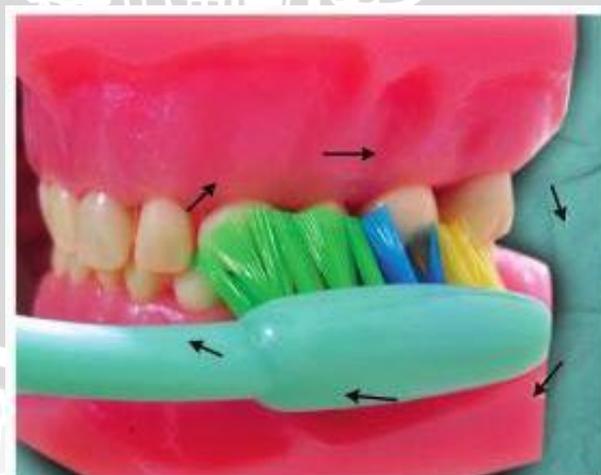
Metode ini digunakan tidak hanya untuk menghilangkan plak pada margin gingiva tetapi juga pada subgingiva. Kepala dari sikat gigi diposisikan miring ke arah apikal supaya bulu sikat menyentuh sulkus gingiva. Bulu sikat diarahkan  $45^\circ$  terhadap sumbu panjang gigi kemudian sikat ditekan ke gingiva dan digerakkan dengan gerakan memutar kecil-kecil sehingga bulu sikat masuk ke dalam sulkus. Gerakan ini dilakukan sebanyak 20 kali pada posisi yang sama untuk menyikat tiga gigi sekaligus. Untuk permukaan oklusal, bulu sikat ditekan dengan kuat dan dilakukan gerakan sebanyak 20 kali.



**Gambar 2.8 Metode Bass (Marya, 2011)**

e. Metode sirkuler atau Fones (1934)

Sikat diletakkan di dalam mulut dengan lengkung gigi dalam keadaan oklusi. Ujung sikat menyentuh gingiva gigi molar terakhir rahang atas kemudian digerakkan dengan gerakan sirkuler, menyikat dari gingiva rahang atas ke gingiva rahang bawah. Metode ini tidak diindikasikan untuk anak-anak terutama pada anak-anak dengan gigi sulung. Metode ini mengakibatkan kerusakan pada gingiva.



**Gambar 2. 9 Metode Sirkuler (Rao, 2012)**

f. Metode fisiologis

Metode ini berdasarkan prinsip yang menyatakan bahwa menyikat gigi sebaiknya mengikuti alur fisiologis jalannya makanan ketika melewati jaringan pada saat mastikasi. Bulu sikat diposisikan pada permukaan insisal atau oklusal dan digerakkan kearah gingiva. Arah gerakan menyikat dari oklusal ke gingiva ini meniru mekanisme pembersihan secara fisiologis dari rongga mulut.



**Gambar 2.10 Metode fisiologis (Rao, 2012)**

B. Frekuensi menyikat gigi

Frekuensi menyikat gigi sebagai bentuk perilaku yang akan mempengaruhi kebersihan gigi dan mulut, dimana akan mempengaruhi juga angka penyakit periodontal. Frekuensi melakukan gosok gigi setiap orang berbeda, menurut Manson J.D (1971) menyebutkan frekuensi menggosok gigi yang baik adalah minimal dua kali sehari yaitu setiap sesudah sarapan dan waktu hendak tidur (Machfoedz dan Zein, 2005).

### C. Durasi menyikat gigi

Lamanya menyikat gigi bervariasi, tetapi menurut Sriyono (2005) kebanyakan peneliti mendapatkan bahwa lamanya melakukan gosok gigi antara 2–3 menit sudah efektif untuk membersihkan plak. Waktu 2 menit untuk melakukan gosok gigi adalah lama melakukan gosok gigi yang efektif untuk membersihkan plak, karena kalau lebih dari 2 menit maka menyikat gigi akan tidak efektif lagi.

Metode menyikat gigi yang paling sering diajarkan kepada anak usia sekolah dasar adalah metode berputar atau roll teknik karena metode ini cukup mudah dimengerti dan dilakukan oleh anak serta teknik yang digunakan sesuai dengan perkembangan motorik anak usia sekolah dasar.

## 2.7 Tingkat Kebersihan Gigi dan Mulut

Kebersihan gigi dan mulut dapat dinilai dengan OHI-S (*Oral Hygiene Index Simplified*). OHI-S adalah indeks untuk mengukur daerah permukaan gigi yang tertutup oleh debris dan kalkulus. OHI-S yang digunakan yaitu indeks *Oral Hygiene Index Simplified* dari Green and Vermillion (1964) yang merupakan jumlah *Debris Index (DI)* dan *Calculus Index (CI)*. Menurut Newman *et al* (2012), keuntungan OHI-S adalah kriteria obyektif dimana pemeriksaan dapat dilakukan dengan cepat dan dapat mengevaluasi kebersihan gigi dan mulut secara individu.

Tujuan penggunaan OHI-S ini adalah mengembangkan suatu teknik pengukuran yang dapat dipergunakan untuk mempelajari epidemiologi dari penyakit periodontal dan kalkulus, untuk menilai hasil dari cara sikat gigi, menilai kegiatan kesehatan gigi dari masyarakat, serta menilai efek segera dan jangka panjang dari program pendidikan

kesehatan gigi. Menurut Green dan Vermillion (1964), menentukan enam permukaan gigi pilihan yang dapat mewakili semua segmen anterior dan posterior mulut berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan pada seluruh mulut. Alat yang digunakan pada pemeriksaan OHI-S ini yaitu kaca mulut, sonde *halfmoon* tanpa *disclosing solution* (Herijulianti dkk, 2002).

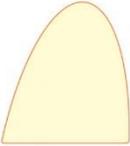
Menurut Green dan Vermilion (1964) dalam Herijulianti dkk (2002) keenam gigi dan permukaan gigi yang diperiksa pada OHI-S adalah sebagai berikut :

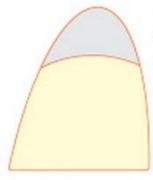
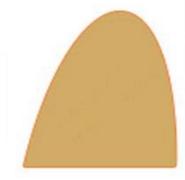
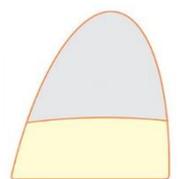
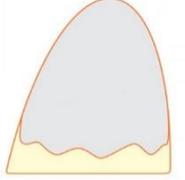
**Tabel 2.1 Gigi dan permukaan gigi yang diperiksa pada OHI-S**

Regio Gigi yang diperiksa	Permukaan yang diperiksa
M <sub>1</sub> kanan atas (16)	Bukal
I <sub>1</sub> kanan atas (11)	Labial
M <sub>1</sub> kiri atas (26)	Bukal
M <sub>1</sub> kiri bawah (36)	Lingual
I <sub>1</sub> kiri bawah (31)	Labial
M <sub>1</sub> kanan bawah (46)	Lingual

Tiap permukaan gigi dibagi secara horizontal menjadi tiga bagian yaitu  $\frac{1}{3}$  gingiva,  $\frac{1}{3}$  bagian tengah dan  $\frac{1}{3}$  insisal. Pemeriksaan *Debris Index* (DI) digunakan sonde yang diletakkan pada  $\frac{1}{3}$  insisal dan digerakkan ke  $\frac{1}{3}$  gingiva sesuai dengan kriteria *Debris Index* (DI).

**Tabel 2.2. Kriteria Pemeriksaan *Debris Index* (DI)**

Nilai	Kriteria	Gambar
0	Pada permukaan gigi yang terlihat tidak ada debris atau pewarnaan ekstrinsik	

1	a. Pada permukaan gigi yang terlihat, ada debris lunak yang menutupi permukaan gigi seluas $\frac{1}{3}$ permukaan atau kurang dari $\frac{1}{3}$ permukaan	
	b. Pada permukaan gigi yang terlihat, tidak ada debris lunak, tetapi ada pewarnaan ekstrinsik yang menutupi permukaan gigi sebagian atau seluruhnya.	
2	Pada permukaan gigi yang terlihat, ada debris lunak yang menutupi permukaan gigi seluas lebih dari $\frac{1}{3}$ permukaan tetapi kurang dari $\frac{2}{3}$ permukaan	
3	Pada permukaan gigi yang terlihat, ada debris lunak yang menutupi permukaan gigi seluas lebih dari $\frac{2}{3}$ permukaan atau seluruh permukaan gigi	

Skor dari *Debris Index* (DI) tiap individu diperoleh dengan cara menjumlahkan skor debris tiap permukaan gigi dan dibagi oleh jumlah dari permukaan gigi yang diperiksa.

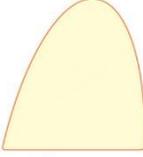
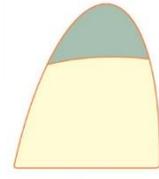
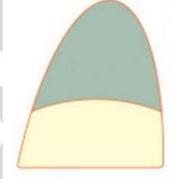
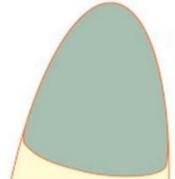
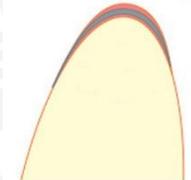
Cara pemeriksaan *Debris Index* (DI) adalah sebagai berikut.

1. Sonde *halfmoon* digeserkan pada permukaan labial atau fasial atau lingual gigi
2. Pemeriksaan debris pada  $\frac{1}{3}$  insisal atau oklusal gigi dan diarahkan menuju servikal gigi

*Calculus Index* (CI) diperoleh dengan meletakkan sonde dengan baik dalam distal gingiva crevicular dan digerakkan pada daerah subgingiva dari jurusan kontak distal ke daerah kontak mesial ( $\frac{1}{2}$  dari

lingkaran gigi dianggap sebagai satu unit skoring). Kriteria untuk *Calculus Index* (CI) adalah:

**Tabel 2.3 Kriteria Pemeriksaan *Calculus Index* (CI)**

Nilai	Kriteria	Gambar
0	Tidak terdapat kalkulus	
1	Pada permukaan gigi yang terlihat, kalkulus supragingiva menutupi permukaan gigi kurang dari $\frac{1}{3}$ permukaan gigi	
2	a. Pada permukaan gigi yang terlihat, kalkulus supragingiva menutupi permukaan gigi lebih dari $\frac{1}{3}$ permukaan gigi tetapi tidak lebih dari $\frac{2}{3}$ permukaan gigi	
	b. Sekitar bagian servikal gigi terdapat sedikit kalkulus subgingiva	
3	a. Pada permukaan gigi yang terlihat, kalkulus supragingiva menutupi permukaan gigi lebih dari $\frac{2}{3}$ permukaan atau seluruh permukaan gigi	
	b. Pada permukaan gigi ada kalkulus subgingiva yang menutupi dan melingkari seluruh servikal ( <i>continuous band of subgingival calculus</i> )	

Skor dari *Calculus Index* (CI) tiap individu diperoleh dengan cara menjumlahkan skor kalkulus tiap permukaan gigi dan dibagi oleh jumlah dari permukaan gigi yang diperiksa.

Cara pemeriksaan *Calculus Index* (CI) adalah sebagai berikut.

1. Diperhatikan jenis kalkulus, baik supragingiva atau subgingiva
2. Untuk supragingiva cara pemeriksaan sama dengan *Debris Index* (DI)
3. Untuk subgingiva, pemeriksaan menggunakan *periodontal probe* yang diarahkan menuju poket periodontal dengan *shank* sejajar sumbu gigi

Bila terdapat kasus dimana salah satu gigi indeks tersebut tidak ada, maka penilaian dilakukan sebagai berikut :

- a) Bila molar pertama atas atau bawah tidak ada, penilaian dilakukan pada molar kedua atas atau bawah.
- b) Bila molar pertama dan molar kedua atas atau bawah tidak ada, penilaian dilakukan pada molar ketiga atas atau bawah.
- c) Bila molar pertama, kedua dan ketiga atas atau bawah tidak ada, tidak dapat dilakukan penilaian.
- d) Bila insisivus pertama kanan atas tidak ada, penilaian dilakukan pada insisivus pertama kiri atas.
- e) Bila insisivus pertama kanan atau kiri atas tidak ada, tidak dapat dilakukan penilaian.
- f) Bila insisivus pertama kiri bawah tidak ada, penilaian dilakukan pada insisivus pertama kanan bawah.
- g) Bila insisivus pertama kiri atau kanan bawah tidak ada, tidak dapat dilakukan penilaian.

Kriteria untuk hasil *Debris Index* (DI) dan *Calculus Index* (CI) adalah sebagai berikut:

Baik	: 0,0 - 0,6
Sedang	: 0,7 - 1,8
Buruk	: 1,9 - 3,0

OHI-S (*Oral Hygiene Index Simplified*) diperoleh dengan menghitung jumlah *Debris Index* (DI) dan *Calculus Index* (CI). Rumus penghitungannya adalah sebagai berikut :

$$\text{OHI-S} = \text{jumlah } \textit{Debris Index} \text{ (DI)} + \text{jumlah } \textit{Calculus Index} \text{ (CI)}$$

Menurut standar WHO (*World Health Organisation*) yang dikutip dari Herijulianti dkk (2002), kriteria untuk OHI-S (*Oral Hygiene Index Simplified*) adalah sebagai berikut:

Baik	: 0,0 - 1,2
Sedang	: 1,3 - 3,0
Buruk	: 3,1 - 6,0