

**EFEKTIVITAS METODE PENYULUHAN MENGGUNAKAN
POSTER TERHADAP OHI-S ANAK TUNARUNGU
di SDLB-B YAYASAN PENDIDIKAN TUNAS BANGSA (YPTB)
MALANG**

TUGAS AKHIR

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran Gigi



Oleh:

Sausan Umar

NIM : 115070400111030

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER GIGI

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2016

**EFEKTIVITAS METODE PENYULUHAN MENGGUNAKAN
POSTER TERHADAP OHI-S ANAK TUNARUNGU
di SDLB-B YAYASAN PENDIDIKAN TUNAS BANGSA (YPTB) MALANG**

TUGAS AKHIR

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran Gigi



Oleh:

Sausan Umar

NIM : 115070400111030

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER GIGI

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2016

HALAMAN PERSETUJUAN

TUGAS AKHIR

EFEKTIVITAS METODE PENYULUHAN MENGGUNAKAN

POSTER TERHADAP OHI-S ANAK TUNARUNGU

di SDLB-B YAYASAN PENDIDIKAN TUNAS BANGSA (YPTB) MALANG

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran Gigi

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



Oleh:

Sausan Umar

NIM. 115070400111030

Menyetujui untuk diuji:

Pembimbing I

Pembimbing II

drg. Ambar Puspitasari, Sp.KGA

NIP. 2012087704122001

drg. Fidya, M.Si

NIP. 2009088301152001

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

EFEKTIVITAS METODE PENYULUHAN MENGGUNAKAN
POSTER TERHADAP OHI-S ANAK TUNARUNGU
di SDLB-B YAYASAN PENDIDIKAN TUNAS BANGSA (YPTB) MALANG

Oleh:

Sausan Umar

NIM. 115070400111030

Telah diuji pada

Hari : Rabu

Tanggal : 20 Januari 2016

Penguji I

drg. Trining Widodorini, M. Kes

NIP. 2010036805242001

Penguji II/Pembimbing I

Penguji III/Pembimbing II

drg. Ambar Puspitasari, Sp.KGA

NIP. 2012087704122001

drg. Fidya, M.Si

NIP. 2009088301152001

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan Dokter Gigi FKUB

Dr. drg. M. Chair Effendi, SU, Sp.KGA

NIP. 19530618 197912 1 005

KATA PENGANTAR

Segala puji hanya bagi Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberi petunjuk dan hikmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Efektivitas Metode Penyuluhan Menggunakan Poster Terhadap OHI-S Anak Tunarungu di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang”.

Dengan selesainya Tugas Akhir ini, penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes, selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan saya kesempatan menuntut ilmu di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
2. Dr. drg. M.Chair Effendi, SU., Sp.KGA selaku Ketua Program Studi Pendidikan Dokter Gigi FKUB yang telah memberikan saya kesempatan menuntut ilmu di PSPDG FKUB.
3. drg. Ambar Puspitasari, SP.KGA sebagai pembimbing pertama saya yang dengan sabar memberikan bimbingan, nasehat, masukan dan semangat serta telah meluangkan waktunya sehingga saya dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini.
4. drg. Fidyah, M.Si sebagai pembimbing kedua saya yang dengan sabar memberikan bimbingan, nasehat, masukan dan semangat serta telah meluangkan waktunya sehingga saya dapat menyelesaikan Tugas Akhir.
5. drg. Trining Widodorini. M. Kes selaku dosen penguji yang telah bersedia memberikan koreksi, masukan dan saran yang bermanfaat.
6. Segenap anggota Tim Pengelola Tugas Akhir FKUB.

7. Segenap pihak sekolah yaitu SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang yang telah membantu dan memberikan ijin sehingga saya dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini.
8. Yang tercinta Abi saya Umar Abud, Mama saya Yasmin Sulaiman, Saudara saya Maisarah, Silvy, Ubaidillah dan Salsabila yang selalu memberikan dukungan, nasehat, doa dan semangat yang tiada henti.
9. Sahabatku tercinta Tias, Nisa, Naima, Nabila, Surya serta seluruh teman-teman PDG 2011 atas segala bantuan, saran dan semangatnya.
10. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa penulisan ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis membuka diri untuk segala saran dan kritik yang membangun.

Akhirnya, semoga Tugas Akhir ini dapat bermanfaat bagi yang membutuhkan.

Malang, September 2015

Penulis

ABSTRAK

Umar, Sausan. 2016. *Efektivitas Metode Penyuluhan Menggunakan Poster Terhadap OHI-S Anak Tunarungu di SDLB-B YPTB Malang*. Tugas Akhir, Program Studi Pendidikan Dokter Gigi, Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) drg. Ambar Puspitasari, Sp. KGA (2) drg. Fidyah, M. Si.

Penyuluhan kesehatan gigi dan mulut pada anak merupakan metode yang digunakan dalam pendidikan kesehatan untuk meningkatkan kebersihan gigi dan mulut. Anak tunarungu adalah anak yang memiliki hambatan dalam pendengaran dan biasanya memiliki hambatan dalam berbicara sehingga menyulitkan mereka dalam menerima informasi tentang cara mencegah penyakit gigi dan mulut. Media informasi yang sesuai dengan kondisi anak tunarungu, salah satunya adalah poster. Poster merupakan media penyuluhan yang berisi pesan atau informasi kesehatan yang mengutamakan fungsi visual sehingga cocok digunakan untuk anak tunarungu. Poster bertujuan untuk membantu dan meningkatkan kesadaran anak tunarungu dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut agar menjadi lebih baik. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui efektivitas penyuluhan menggunakan poster dalam meningkatkan OHI-S pada anak tunarungu. Jenis penelitian yang digunakan adalah *pre-experimental* menggunakan metode penelitian *one group pretest-posttest*. Subjek penelitian ini adalah siswa SDLB-B YPTB Malang. Variabel yang diteliti adalah perubahan OHI-S pada anak tunarungu yang diukur dengan cara pemeriksaan kebersihan gigi dan mulut sebelum dilakukan penyuluhan menggunakan poster pada hari ke-1 dan setelah dilakukan penyuluhan menggunakan poster 10 minggu kemudian. Berdasarkan hasil uji T berpasangan diketahui ($p=0,077$) sehingga tidak terjadi peningkatan kebersihan gigi dan mulut pada anak tunarungu. Kesimpulan dari penelitian ini adalah penyuluhan menggunakan media poster tidak efektif dalam meningkatkan kebersihan gigi dan mulut pada siswa tunarungu di SDLB-B YPTB Malang.

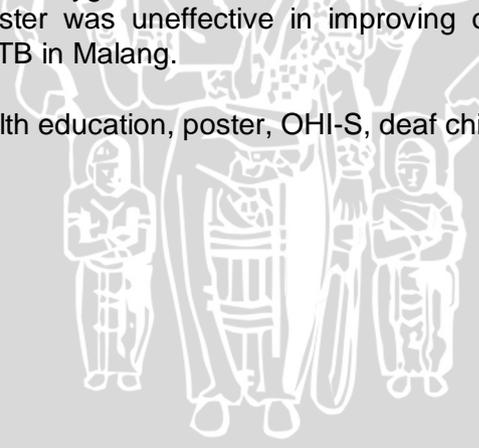
Kata kunci : penyuluhan kesehatan gigi dan mulut, poster, OHI-S, tunarungu

ABSTRACT

Umar, Sausan. 2016. *Effectiveness of Poster as Educational Media to the Oral Hygiene for Deaf Children at SDLB-B YPTB Malang*. Final assignment, Dentistry, Medical Faculty of Brawijaya University. Guiding Counselors: (1) drg. Ambar Puspitasari, Sp. KGA (2) drg. Fidya, M. Si.

Dental health education for children is a method that used in health education to improve oral health. Deaf children are children who have hearing impairment and usually have a barrier in speaking, thus it is difficult for them to receive information about how to prevent oral disease. Information media suitable with the conditions of deaf children is needed, one of them is a poster. The poster is an educational media that contains message or health information which gives visual function priority that's suitable for deaf children. The poster aims to help and increase awareness of deaf children in improving oral hygiene in order to be better. The aim of this study was to examine the effectiveness of poster as educational media to increasing OHI-S of deaf children. This research used *pre-experimental with one group pretest-posttest* research method. The subjects were childrens of SDLB-B YPTB in Malang. The studied variables were OHI-S changes in deaf children as measured by means of oral hygiene inspection prior to educated using a poster on 1st day and after educated using a poster on 10 weeks later. Based on the results of paired T test it was known that ($p=0.077$) so there's no increase on oral hygiene in deaf childrens. The conclusion of this study is education using poster was ineffective in improving oral hygiene for deaf children in SDLB-B YPTB in Malang.

Key words: dental health education, poster, OHI-S, deaf children



DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Persetujuan	ii
Halaman Pengesahan	iii
Kata Pengantar	iv
Abstrak	vi
<i>Abstract</i>	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Singkatan	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Akademik	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Promosi Kesehatan	7
2.1.1 Pengertian Promosi Kesehatan	7
2.1.2 Metode Komunikasi Promosi Kesehatan	7



2.1.3	Alat Bantu Promosi Kesehatan	7
2.1.3.1	Macam-macam Alat Bantu Promosi Kesehatan..	8
2.1.3.2	Manfaat Alat Bantu Promosi Kesehatan	9
2.2	Poster	9
2.2.1	Pengertian Poster	9
2.2.2	Tujuan Poster	10
2.2.3	Syarat Poster	11
2.2.4	Kelebihan Poster	12
2.2.5	Kekurangan Poster	12
2.3	Kesehatan Gigi dan Mulut	13
2.3.1	Faktor yang Mempengaruhi Kebersihan Gigi dan Mulut ..	14
2.3.2	Indeks Kebersihan Gigi dan Mulut	15
2.3.3	Debris Makanan	19
2.3.4	Kalkulus	19
2.3.4.1	Macam-macam Kalkulus Berdasarkan Lokasi ...	19
2.3.4.2	Mekanisme Pembentukan Kalkulus	20
2.4	Tunarungu	22
2.4.1	Pengertian Tunarungu	22
2.4.2	Klasifikasi Tunarungu	23
2.4.3	Perkembangan Kognitif Anak Tunarungu	23
2.5	Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) di SDLB	25
2.5.1	Ruang Lingkup Program UKGS di SDLB	26
2.5.2	Tahap Pelaksanaan Kegiatan UKGS di SDLB	26
2.6	Kerangka Teori	28

BAB 3 KERANGKA KONSEP PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep	29
3.3 Hipotesis Penelitian	30

BAB 4 METODE PENELITIAN

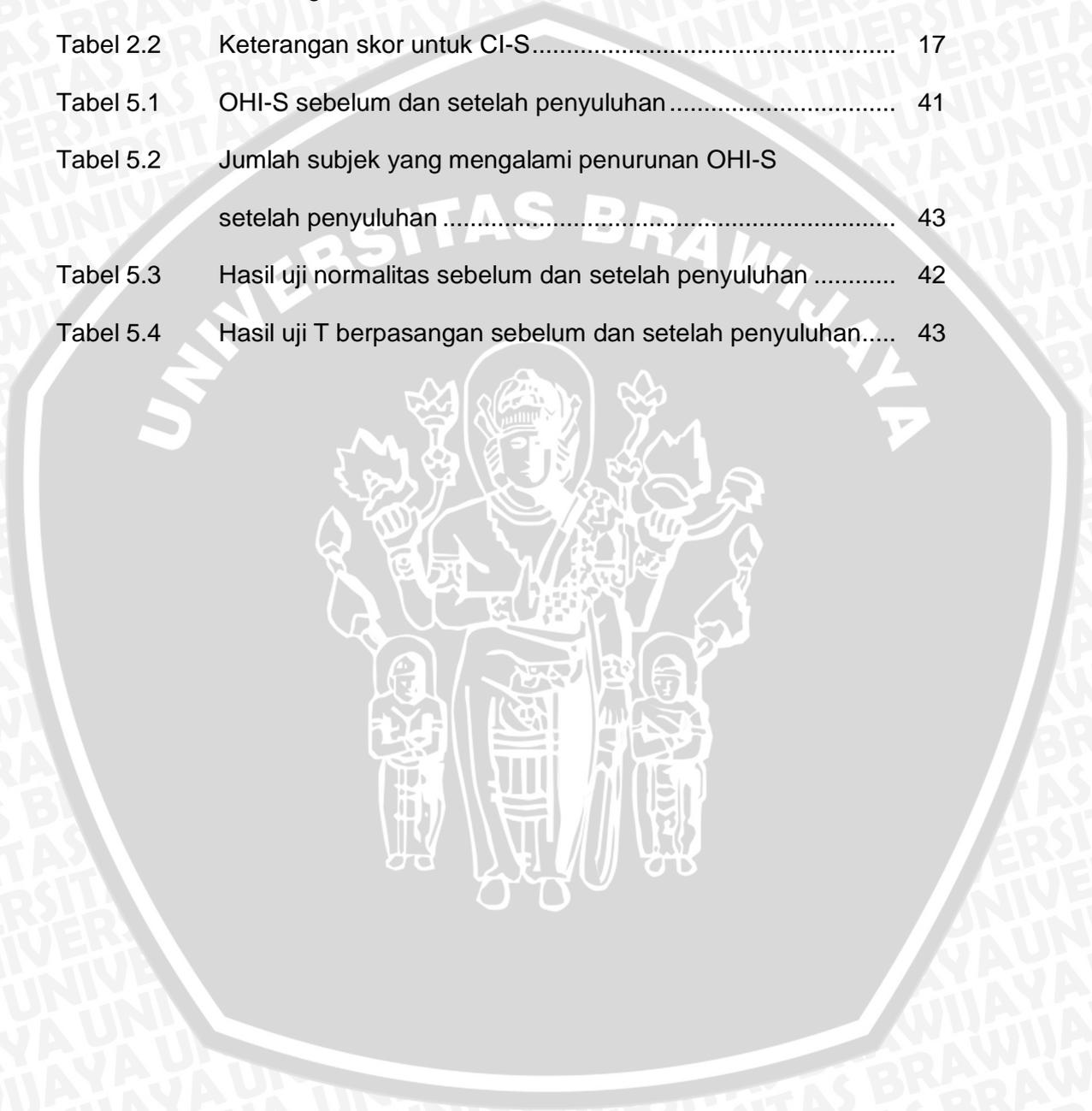
4.1 Rancangan Penelitian	31
4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel	31
4.2.1 Populasi Penelitian	31
4.2.2 Sampel Penelitian	31
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel	32
4.3 Kriteria Penelitian	32
4.3.1 Kriteria Inklusi	32
4.3.2 Kriteria Ekslusi	32
4.4 Variabel Penelitian	33
4.4.1 Variabel Bebas	33
4.4.2 Variabel Terikat	33
4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian	33
4.6 Instrument Penelitian	33
4.7 Definisi Operasional	35
4.8 Kalibrasi	36
4.9 Uji Validitas	36
4.10 Analisis Data	36
4.10.1 Uji Normalitas	37
4.10.2 Uji Homogenitas	37
4.10.3 Uji Statistik	38
4.11 Alur dan Prosedur Penelitian	39



4.11.1 Alur Penelitian.....	39
4.11.2 Prosedur Penelitian	40
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA	
5.1 Hasil Penelitian	41
5.1.1 Gambaran OHI-S Sebelum dan Setelah Penyuluhan dengan Media Poster.....	41
5.2 Analisis Data	43
5.2.1 Uji Normalitas.....	43
5.2.2 Uji T Berpasangan	44
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Kebersihan Gigi dan Mulut (OHI-S) Anak Tunarungu Sebelum Penyuluhan Menggunakan Poster.....	46
6.2 Kebersihan Gigi dan Mulut (OHI-S) Anak Tunarungu Setelah Penyuluhan Menggunakan Poster	47
6.3 Perbedaan Kebersihan Gigi dan Mulut (OHI-S) Anak Tunarungu Sebelum dan Setelah Penyuluhan Menggunakan Poster.....	50
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Kesimpulan	54
7.2 Saran.....	54
DAFTAR PUSTAKA	56
LAMPIRAN	59

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Keterangan skor untuk DI-S.....	16
Tabel 2.2	Keterangan skor untuk CI-S.....	17
Tabel 5.1	OHI-S sebelum dan setelah penyuluhan.....	41
Tabel 5.2	Jumlah subjek yang mengalami penurunan OHI-S setelah penyuluhan	43
Tabel 5.3	Hasil uji normalitas sebelum dan setelah penyuluhan	42
Tabel 5.4	Hasil uji T berpasangan sebelum dan setelah penyuluhan.....	43



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerucut Edgar Dale	7
Gambar 2.2	Kriteria skor untuk DI-S	16
Gambar 2.3	Kriteria skor untuk CI-S	17
Gambar 2.4	Permukaan gigi yang diperiksa untuk OHI-S.....	18
Gambar 2.5	Kerangka Teori.....	29
Gambar 3.1	Kerangka Konsep.....	30
Gambar 4.1	Alur Penelitian	39
Gambar 5.1	Perbandingan OHI-S sebelum dan setelah penyuluhan dengan media poster.....	42



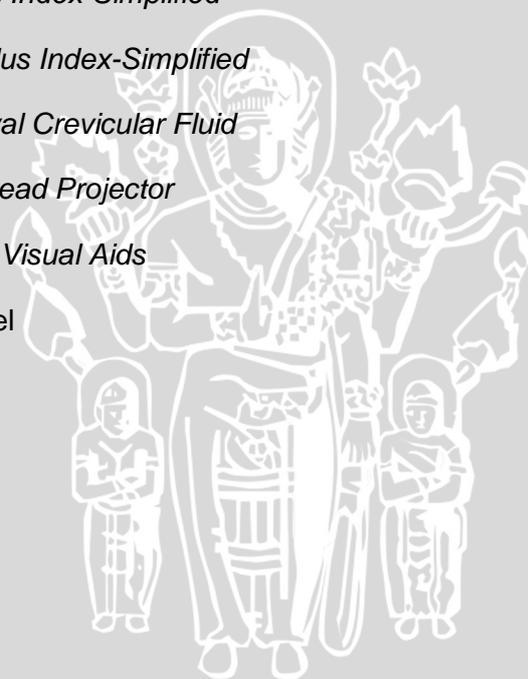
DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Pernyataan Keaslian Tulisan	59
Lampiran 2	<i>Ethical Clearance</i>	60
Lampiran 3	Lembar Persetujuan Subjek.....	61
Lampiran 4	Desain poster	64
Lampiran 5	Lembar Pemeriksaan <i>Oral Hygiene Index</i> (OHI-S)	65
Lampiran 6	Kartu Kontrol Aktivitas Menyikat Gigi.....	66
Lampiran 7	Hasil Penelitian.....	67
Lampiran 8	Hasil Uji Statistik.....	68
Lampiran 9	Laporan Data Jumlah Peserta Didik SDLB Malang	69
Lampiran 10	Daftar Siswa SDLB-B YPTB Malang	70
Lampiran 11	Tingkat Tunarungu Siswa SDLB-B YPTB Malang.....	71
Lampiran 12	Dokumentasi Kegiatan	72



DAFTAR SINGKATAN

SDLB-B	: Sekolah Dasar Luar Biasa tipe B
YPTB	: Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa
WHO	: <i>World Health Organisation</i>
SIRS	: Sistem Informasi Rumah Sakit
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
OHI-S	: <i>Oral Hygiene Index-Simplified</i>
DI-S	: <i>Debris Index-Simplified</i>
CI-S	: <i>Calculus Index-Simplified</i>
GCF	: <i>Gingival Crevicular Fluid</i>
OHP	: <i>Overhead Projector</i>
AVA	: <i>Audio Visual Aids</i>
dB	: Desibel



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan gigi dan mulut sering diabaikan oleh masyarakat, padahal kesehatan gigi dan mulut merupakan hal yang penting untuk diperhatikan karena dapat mempengaruhi kondisi kesehatan seseorang secara keseluruhan. Kebersihan dan kesehatan gigi dan mulut perlu dibudayakan diseluruh lingkungan keluarga dan masyarakat. Masyarakat di Indonesia cenderung mengabaikan kesehatan gigi dan mulut, padahal penyakit gigi merupakan jenis penyakit yang paling sering dikeluhkan oleh masyarakat dan anak-anak dimana menurut Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Tahun 2010-2011 telah terjadi peningkatan jumlah kasus penyakit pulpa dan periapikal dari tahun 2009 yang hanya 3,91% menjadi 4,39% pada tahun 2010 (Kemenkes RI, 2012a).

Berdasarkan survei *World Health Organization* (WHO) tahun 2007, anak-anak Indonesia pada usia 6 tahun telah mengalami karies gigi sebanyak 20%, meningkat 60% pada anak usia 8 tahun, 85% pada usia 10 tahun dan peningkatan yang luar biasa terjadi pada anak usia 12 tahun yaitu 90%, sehingga permasalahan karies gigi pada anak-anak menjadi hal yang sangat penting terutama pada anak usia Sekolah Dasar karena merupakan indikator keberhasilan upaya pemeliharaan kesehatan gigi pada anak (Noreba dkk, 2015).

Persentase penduduk yang memiliki masalah gigi dan mulut menurut Riskesdas tahun 2007 dan 2013 meningkat dari 23,2% menjadi 25,9%. Sebagian besar penduduk memiliki kebiasaan menyikat gigi setiap hari, tetapi hanya 2,3% yang menyikat gigi dengan benar. Hal ini disebabkan kurangnya kesadaran dan pengetahuan masyarakat terhadap kebersihan gigi dan mulut (Kemenkes RI,

2012a). Untuk menilai kebersihan gigi dan mulut, dapat digunakan indeks *Oral Hygiene Indeks-Simplified* (OHI-S) dengan mengukur daerah permukaan gigi yang tertutupi oleh plak dan kalkulus (Gede dkk, 2013).

Penyuluhan merupakan metode yang sering digunakan dalam pendidikan kesehatan gigi dan mulut. Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan mampu melakukan anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan (Azwar, 1983 dalam Maulana, 2009). Penyuluhan kesehatan dalam promosi kesehatan diperlukan sebagai upaya meningkatkan pengetahuan dan kesadaran disamping pengetahuan sikap dan perbuatan. Oleh karena itu, diperlukan upaya penyediaan dan penyampaian informasi yang merupakan bidang dari penyuluhan kesehatan (Maulana, 2009). Terutama pada anak berkebutuhan khusus, kegiatan promosi kesehatan perlu ditingkatkan dengan melaksanakan penyuluhan kesehatan yang bertujuan untuk mengurangi keterbatasan dan ketergantungan akibat kelainan yang diderita (Kemenkes RI, 2010).

Dalam ilmu kedokteran gigi, perawatan penderita cacat disadari masih dalam tahap awal dan perlu mendapat perhatian untuk ditingkatkan kesehatan gigi dan mulutnya (Maulani, 2005). Hal ini dapat menimbulkan hambatan di dalam penilaian maupun pemeliharaan kesehatan rongga mulut anak tunarungu. Menurut beberapa penelitian, status kesehatan rongga mulut pada anak-anak yang memiliki keterbatasan biasanya lebih buruk dibandingkan dengan anak-anak normal pada umumnya (Mintjelung dkk, 2013). Sebagian besar individu penderita cacat mempunyai kebersihan mulut yang lebih buruk dibandingkan dengan individu normal yang disebabkan diet makanan

yang buruk dan kurangnya pemeliharaan di rumah, sehingga banyak gigi yang rusak dan berlubang (Maulani, 2005).

World Health Organization tahun 2007 memperkirakan jumlah anak berkebutuhan khusus di Indonesia sekitar 7% dari total jumlah anak usia 0-18 tahun. Menurut data Sensus Nasional Biro Pusat Statistik jumlah anak berkebutuhan khusus di Indonesia sebesar 24,45% dari total jumlah anak usia 0-18 tahun. Gambaran hasil survei cepat di beberapa SLB dari Kementerian Kesehatan tahun 2010 bahwa karakteristik jenis kecacatan sebagian besar adalah tunanetra, tunarungu atau tunawicara dan sebagian kecil gangguan belajar (Kemenkes RI, 2010).

Tunarungu dapat diartikan sebagai suatu keadaan kehilangan pendengaran yang mengakibatkan seseorang tidak dapat menangkap berbagai rangsangan, terutama melalui indera pendengarannya. Hal ini disebabkan karena adanya kerusakan atau tidak berfungsinya sebagian atau seluruh alat pendengaran sehingga terjadi hambatan dalam perkembangan bahasanya. Anak tunarungu memerlukan pendidikan khusus untuk mencapai kehidupan lahir batin yang layak (Somantri, 2012).

Dampak langsung dari kehilangan pendengaran adalah terhambatnya komunikasi verbal/lisan, baik secara *ekspresif* (berbicara) maupun *reseptif* (memahami pembicaraan orang lain) sehingga sulit berkomunikasi dengan lingkungan orang mendengar yang lazim menggunakan bahasa verbal sebagai alat komunikasi. Hambatan dalam berkomunikasi tersebut berakibat juga pada hambatan dalam proses pendidikan dan pembelajaran anak tunarungu yang pada dasarnya memiliki potensi untuk belajar berbicara dan berbahasa, dan

pada umumnya intelegensi anak tunarungu secara potensial sama dengan anak normal (Somantri, 2012).

Peningkatan kebersihan gigi dan mulut pada anak tunarungu dengan adanya penyuluhan kesehatan gigi dan mulut menggunakan alat bantu dapat menarik minat anak dan memaksimalkan penggunaan indera anak. Salah satu alat penyuluhan yang dapat digunakan adalah poster. Poster adalah bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel ditembok-tembok, ditempat umum atau kendaraan umum. Kelebihan poster dari media yang lainnya adalah tahan lama, mencakup banyak orang (digunakan untuk kelompok besar lebih dari 15 orang), biaya tidak tinggi, tidak perlu listrik, dapat dibawa kemana-mana, mempermudah pemahaman dan meningkatkan gairah belajar. Kelemahannya adalah media ini tidak dapat menstimulir efek suara dan efek gerak serta mudah terlipat (Notoatmodjo, 2010). Melalui penyuluhan dengan menggunakan poster diharapkan terjadi peningkatan kebersihan dan kesehatan gigi dan mulut yang lebih tinggi dibandingkan dengan sebelum dilakukan penyuluhan.

Berdasarkan uraian diatas, perlu dilakukan penelitian untuk melihat efektivitas metode penyuluhan menggunakan poster terhadap OHI-S anak tunarungu di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang karena anak tunarungu memiliki risiko lebih tinggi terkena penyakit gigi dan mulut dibandingkan anak normal lainnya disebabkan anak mengalami kesulitan untuk memperoleh dan mengolah informasi yang bersifat auditif, sehingga dapat menimbulkan hambatan dalam melakukan interaksi dan komunikasi secara verbal (Alimin, 2008). Dalam penelitian ini dibutuhkan penyampaian informasi menggunakan media visual berupa poster untuk memaksimalkan penggunaan

indera penglihatan pada anak tunarungu. Alasan memilih SDLB-B YPTB Malang sebagai tempat untuk melakukan penelitian karena sekolah tersebut merupakan salah satu sekolah khusus untuk anak tunarungu yang berada di kota Malang dan memiliki sampel yang cukup banyak untuk dilakukan penelitian.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana efektivitas metode penyuluhan menggunakan poster terhadap OHI-S anak tunarungu di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui efektivitas metode penyuluhan menggunakan poster terhadap OHI-S anak tunarungu di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengukur OHI-S pada anak tunarungu sebelum dilakukan penyuluhan menggunakan poster di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang.
2. Mengukur OHI-S pada anak tunarungu setelah dilakukan penyuluhan menggunakan poster di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang.
3. Menganalisis efektivitas metode penyuluhan sebelum dan setelah menggunakan poster terhadap OHI-S anak tunarungu di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang.

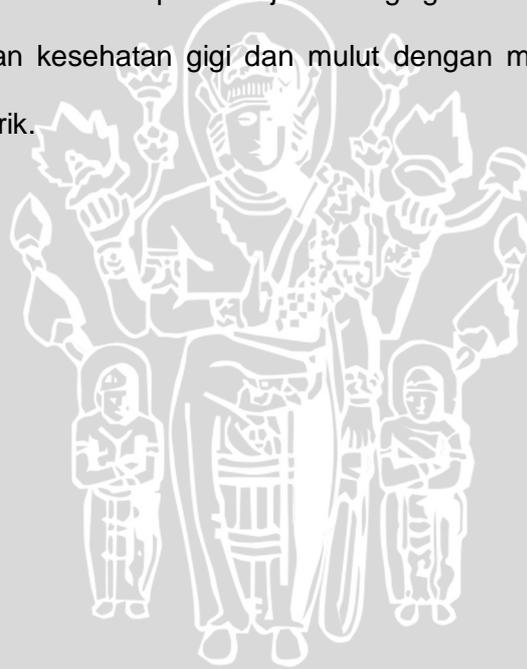
1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademis

1. Menambah referensi bagi kajian pendidikan kesehatan gigi, khususnya dalam upaya promotif.
2. Sumbangan informasi ilmu pengetahuan.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Parameter dalam upaya meningkatkan status kesehatan gigi dan mulut pada anak tunarungu.
2. Memberikan alternatif pembelajaran bagi guru untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut dengan metode penyuluhan yang menarik.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Promosi Kesehatan**2.1.1 Pengertian Promosi Kesehatan**

Promosi kesehatan dalam ilmu kesehatan masyarakat (*health promotion*) mempunyai dua pengertian. Pengertian promosi kesehatan yang pertama adalah sebagai bagian dari tingkat pencegahan penyakit, sedangkan pengertian promosi kesehatan yang ke dua merupakan upaya dalam menyebarkan ilmu kesehatan untuk meningkatkan derajat status kesehatan dalam masyarakat (Notoatmodjo, 2010).

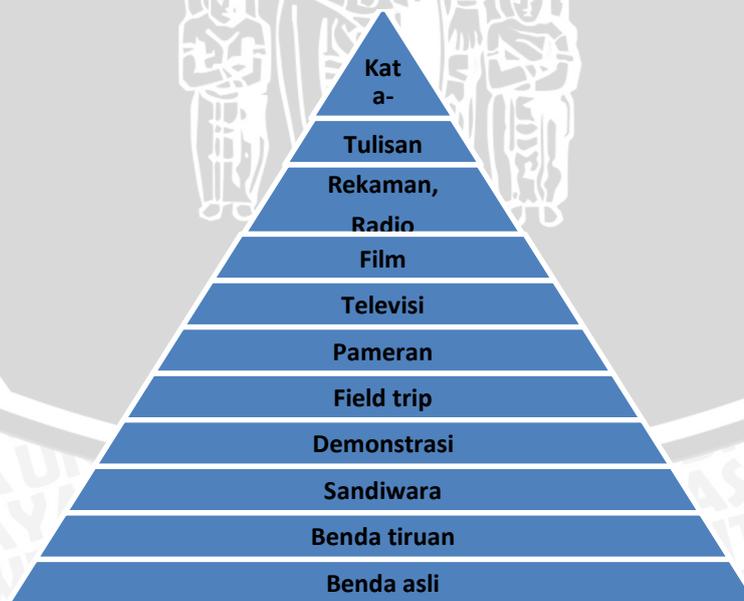
2.1.2 Metode Komunikasi Promosi Kesehatan

Penyampaian materi penyuluhan dapat dilakukan melalui komunikasi yang dibagi menjadi 2 macam, yaitu komunikasi satu arah (*one way traffic communication*) dan komunikasi dua arah (*two way traffic communication*). Komunikasi satu arah tidak dilakukan secara langsung, namun melalui bantuan media massa, ceramah atau pidato dimana penerima pesan tidak diberi kesempatan untuk memberikan umpan balik. Komunikasi satu arah biasanya berlangsung cepat, menghemat waktu, tenaga dan biaya namun pesan yang disampaikan dapat keliru ditafsirkan atau terjadi kesalahpahaman. Sementara komunikasi dua arah (*one way traffic communication*) merupakan komunikasi yang dinamis antara penyuluh dan penerima pesan karena penyuluh dapat langsung menerima umpan balik dari penerima pesan. Meskipun dua arah juga dapat dilakukan melalui bantuan media massa, seperti telepon, TV, dan sebagainya. Jenis komunikasi ini jarang terjadi salah tafsir dan kesalahpahaman

namun biasanya memerlukan waktu yang cukup lama dan melelahkan (Wijono, 2010).

2.1.3 Alat Bantu Promosi Kesehatan

Alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran. Alat bantu ini lebih sering disebut sebagai alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses pendidikan atau pengajaran. Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia diterima atau ditangkap melalui panca indera (Fitriani, 2011). Alat peraga yang digunakan dalam proses pembelajaran juga semakin banyak dengan adanya perkembangan media komunikasi sebagai media pendidikan. Edgar Dale mengklasifikasikannya dalam kerucut pengalaman (*cone of experience*) agar alat peraga menjadi lebih bervariasi dan menyenangkan dengan adanya perkembangan media komunikasi (Sadiman dkk, 2007).



Gambar 2.1 Kerucut Edgar Dale (Fitriani, 2011)

Kerucut Edgar Dale menjelaskan bahwa lapisan paling dasar adalah benda asli dan yang paling atas adalah kata-kata. Hal ini menunjukkan bahwa dalam proses pendidikan, benda asli mempunyai intensitas paling tinggi untuk mempersepsikan bahan pendidikan atau pengajaran. Penyampaian bahan yang hanya kata-kata sangat kurang efektif atau intensitasnya paling rendah. Penggunaan alat peraga akan sangat membantu di dalam melakukan penyuluhan agar pesan-pesan kesehatan dapat disampaikan lebih jelas, dan masyarakat sasaran dapat menerima pesan tersebut dengan jelas dan tepat pula. Alat peraga memudahkan masyarakat agar lebih mengerti fakta kesehatan yang dianggap rumit, sehingga mereka dapat menghargai betapa bernilainya kesehatan itu bagi kehidupan (Fitriani, 2011).

2.1.3.1 Macam-Macam Alat Bantu Promosi Kesehatan

Alat bantu pendidikan (alat peraga) terbagi menjadi 3 macam, yaitu alat bantu lihat, alat bantu dengar dan alat bantu lihat dengar. Pertama alat bantu lihat (*visual aids*) yang berguna dalam membantu menstimulasi indera mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses pendidikan. Alat ini dibagi menjadi 2, yaitu alat yang diproyeksikan dan alat yang tidak diproyeksikan. Ke dua alat bantu dengar (*audio aids*), yaitu alat yang dapat membantu menstimulasi indera pendengar pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan atau pengajaran, seperti piringan hitam, radio dan pita suara. Ke tiga alat bantu lihat dengar, seperti televisi dan video kaset. Alat-alat bantu pendidikan ini lebih dikenal dengan *audio visual aids* (Fitriani, 2011).

Alat peraga juga dapat dibedakan menjadi 2 macam menurut pembuatan dan penggunaannya, yaitu alat peraga yang *complicated* (rumit), seperti slide, film dan film strip yang memerlukan listrik dan proyektor, serta alat peraga

sederhana yang mudah dibuat sendiri dengan bahan yang mudah diperoleh seperti bambu, karton, kaleng bekas dan kertas koran. Contoh alat peraga sederhana yang dapat dipergunakan seperti leaflet, model buku bergambar, papan tulis, poster, buku cerita bergambar, *flipchart*, spanduk dan boneka wayang (Notoatmodjo, 2010).

2.1.3.2 Manfaat Alat Bantu Promosi Kesehatan

Manfaat alat peraga ada bermacam-macam, yaitu menimbulkan minat sasaran pendidikan, mencapai sasaran yang lebih banyak, membantu dalam mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman, merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain, mempermudah penyampaian bahan pendidikan atau informasi oleh para pendidik/pelaku pendidikan, mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran pendidikan, mendorong keinginan orang untuk mengetahui dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik. Manusia mempunyai kecenderungan untuk melupakan atau lupa terhadap pengertian yang diterima dalam sesuatu yang baru. Alat bantu dalam promosi kesehatan akan membantu menegakkan pengetahuan-pengetahuan yang akan diterima sehingga apa yang akan diterima akan lebih lama tersimpan di dalam ingatan (Fitriani, 2011).

2.2 Poster

2.2.1 Pengertian Poster

Poster merupakan pesan singkat dalam bentuk gambar dengan tujuan untuk mempengaruhi seseorang agar tertarik pada sesuatu, atau mempengaruhi agar seseorang bertindak akan sesuatu hal. Pada umumnya poster berupa lembaran kertas dengan ukuran tertentu, berisi tulisan dan gambar. Poster dapat dibuat dengan tangan secara langsung, teknik sablon dan *offset* dalam warna

hitam putih dan penuh warna (Kholid, 2012). Poster tidak saja penting untuk menyampaikan kesan-kesan tertentu tetapi juga mampu mempengaruhi dan memotivasi tingkah laku orang yang melihatnya (Sadiman dkk, 2007).

Poster berupa sehelai kertas atau papan yang berisikan gambar-gambar dengan sedikit kata-kata. Kata-kata dalam poster harus jelas artinya, tepat pesannya dan dapat dengan mudah dibaca pada jarak kurang lebih 6 meter. Poster biasanya ditempelkan pada suatu tempat yang mudah dilihat dan banyak dilalui orang misalnya di dinding balai desa, pinggir jalan, papan pengumuman, dan lain-lain. Gambar dalam poster dapat berupa lukisan, ilustrasi, kartun, gambar atau photo. Poster terutama dibuat untuk mempengaruhi orang banyak, memberikan pesan singkat, karena itu cara pembuatannya harus menarik, sederhana dan hanya berisikan satu ide atau satu kenyataan saja. Poster yang baik adalah poster yang mempunyai daya tinggal lama dalam ingatan orang yang melihatnya serta dapat mendorong untuk bertindak (Depkes RI, 2008).

2.2.2 Tujuan Poster

Poster harus memiliki kekuatan dramatik yang tinggi, memikat dan menarik perhatian. Beberapa tujuan poster antara lain sebagai motivasi. Penggunaan poster dalam pengajaran/pendidikan kesehatan adalah sebagai pendorong atau motivasi kegiatan belajar-mengajar. Diskusi dapat dilakukan setelah diperlihatkan sebuah poster mengenai sesuatu topik tertentu. Poster juga bertujuan sebagai peringatan. Poster bisa menyadarkan setiap sasaran, pesan melalui poster yang tepat akan membantu masnyadarkan sasaran sehingga bisa diharapkan untuk merubah perilaku dalam praktek sehari-hari. Selanjutnya poster dapat menjadi pengalaman yang kreatif contohnya sebagai alat bantu mengajar, poster memberi kemungkinan untuk belajar kreatif dan partisipatif. Poster dapat

memberikan pengalaman baru sehingga menumbuhkan kreativitas sasaran dengan cara belajar (Laksmi, 2012).

2.2.3 Syarat Poster

Media poster memiliki beberapa syarat yang harus diperhatikan, yaitu mampu menyampaikan informasi secara cepat, menayangkan ide dan isi yang menarik perhatian, mampu mempengaruhi dan membentuk opini atau pandangan serta tata letak dan tampilan fisik bersifat *eye catching*, yaitu menarik perhatian orang untuk melihat dan membacanya. Selain itu poster juga harus menerapkan prinsip *simplicity* (sederhana, ringkas, tidak bertele-tele), sistematis dalam mengarahkan alur baca sehingga pembaca terdorong untuk menelusuri informasi secara berurutan sesuai dengan keinginan perancang poster. Poster juga mampu memberikan penekanan pada ide tertentu yang menjadi ide pokok atau pesan pokok. Penekanan bisa dicapai dengan membuat slogan/judul, atau ilustrasi/foto yang jauh lebih menonjol dari elemen desain lain berdasarkan urutan prioritas. Penekanan dapat juga dicapai dengan pengaturan ukuran teks/gambar, membuat latar belakang yang kontras dengan tulisan atau gambar, memberikan perbedaan warna yang mencolok pada teks tertentu, perbedaan jenis huruf, dan sebagainya. Memiliki kesatuan pesan yang jelas dan terfokus dengan membuat beberapa bagian dalam poster digabung atau dipisah sedemikian rupa sehingga menjadi kelompok-kelompok informasi, juga termasuk dalam salah satu syarat pada poster (Kemenkes RI, 2008). Aturan dalam pembuatan poster memiliki berbagai macam syarat, salah satunya mengenai ukuran poster. Poster yang besar memiliki 2 macam ukuran, yaitu tinggi x lebar dengan ukuran 80x60 cm atau 120x90 cm (Nazilah, 2013).

2.2.4 Kelebihan Poster

Kelebihan poster dari media yang lainnya adalah bahasa singkat, sederhana, tidak berbelit-beit sehingga mudah dipahami. Poster menggunakan komposisi huruf yang cukup besar sehingga dapat dilihat dari jarak yang diperkirakan, ilustrasi dapat bervariasi baik berupa foto, gambar, warna, titik, garis dan sebagainya sehingga menarik perhatian. Poster juga memiliki berbagai macam variasi ukuran dari yang besar sampai yang kecil dan memiliki pesan sederhana namun kuat untuk menyampaikan suatu informasi (Kholid, 2012). Beberapa kelebihan media pembelajaran poster yang lain, yaitu dapat membantu guru dalam menyampaikan pelajaran dan membantu peserta didik belajar. Poster juga harus menarik perhatian sehingga mendorong peserta didik untuk lebih giat belajar. Selain itu poster dapat dipasang atau ditempelkan dimana-mana, sehingga memberi kesempatan kepada peserta didik untuk mempelajari dan mengingat kembali apa yang telah dipelajari serta dapat menyarankan perubahan tingkah laku kepada peserta didik yang melihatnya (Sukiman, 2012).

2.2.5 Kekurangan Poster

Kekurangan yang dimiliki oleh media poster adalah luas jangkauannya hanya bersifat lokal, tidak dapat memilah-milah khalayak secara rinci dan khalayak hanya melihat sepintas lalu (Kholid, 2012). Poster juga memiliki kekurangan yang lain yaitu sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan orang yang melihatnya, karena tidak adanya penjelasan yang rinci maka dapat menimbulkan interpretasi yang bermacam-macam dan mungkin merugikan. Suatu poster akan banyak mengandung arti atau makna bagi kalangan tertentu tetapi dapat juga tidak menarik bagi kalangan yang lain, apabila poster terpasang

lama di suatu tempat, maka akan berkurang nilainya bahkan akan membosankan orang yang melihatnya (Sukiman, 2012).

2.3 Kesehatan Gigi dan Mulut

Sehat dapat diartikan sebagai hasil dari empat kondisi yaitu sehat fisik, mental, sosial dan ekonomi yang saling berhubungan satu sama lain. Kesehatan gigi merupakan salah satu aspek dari kesehatan secara keseluruhan. Status kesehatan gigi juga termasuk hasil dari interaksi antara kondisi fisik, mental, sosial dan ekonomi. Keempat aspek yang mempengaruhi kualitas kesehatan gigi dan mulut seseorang antara lain aspek fisik, aspek mental, aspek sosial dan aspek ekonomi (Notoatmodjo, 2010).

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. Aspek yang lain yaitu aspek mental yang 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. Misalnya, orang yang sering stress dan mempunyai kebiasaan merokok, hal ini akan menjadikan faktor predisposisi terjadinya penyakit periodontal. Aspek berikutnya yaitu aspek sosial yang terwujud apabila seseorang mampu berhubungan dengan orang lain secara baik, atau mampu berinteraksi dengan orang lain atau kelompok lain. Aspek yang terakhir yaitu 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 (Notoatmodjo, 2010).

Kebersihan gigi dan mulut (*oral hygiene*) merupakan suatu pemeliharaan kebersihan struktur gigi dan mulut melalui sikat gigi, stimulasi jaringan, pemijatan gusi, hidroterapi, dan prosedur lain yang berfungsi untuk mempertahankan gigi dan kesehatan mulut (Dorlan, 2010). Pentingnya menjaga kebersihan gigi dikarenakan gigi merupakan satu kesatuan dengan anggota tubuh kita yang lain. Kerusakan pada gigi dapat mempengaruhi kesehatan anggota tubuh lain, sehingga akan mengganggu aktivitas sehari-hari (Nurhidayat, 2012).

2.3.1 Faktor yang Mempengaruhi Kebersihan Gigi dan Mulut

Faktor yang mempengaruhi kebersihan gigi dan mulut ada lima, yaitu adanya penumpukan sisa-sisa makanan atau debris, plak, kalkulus, material alba dan stain pada permukaan gigi geligi (Carranza, 2015). Pertama, sisa makanan atau debris di dalam mulut pada permukaan dan diatas gigi geligi serta gingiva akan tertinggal pada gigi apabila makan tidak segera dibersihkan. Debris mudah dilepaskan oleh gerakan lidah, bibir serta pipi atau berkumur-kumur. Partikel-partikel makanan yang tertekan didaerah interdental, oklusal dan servikal gigi sulit dibersihkan sehingga perlu dibersihkan dengan tindakan mekanis. Faktor kedua yang mempengaruhi kebersihan gigi dan mulut adalah plak. Plak gigi adalah suatu lapisan lunak terdiri atas kumpulan bakteri yang berkembang biak di atas suatu matriks, terbentuk dan melekat erat pada permukaan gigi yang tidak

dibersihkan, merupakan salah satu faktor terjadinya proses karies dan inflamasi jaringan lunak (Rao, 2008).

Faktor selanjutnya yang mempengaruhi adalah kalkulus. Kalkulus merupakan massa yang mengalami kalsifikasi yang terbentuk dan melekat pada permukaan gigi, dan objek solid lainnya yang ada dalam rongga mulut, misalnya gigi tiruan dan restorasi. Faktor yang lain adalah material alba yang merupakan deposit yang jarang dan lunak, berwarna kekuningan, dan dapat ditemukan pada rongga mulut yang kurang terjaga kebersihannya. Faktor terakhir yang mempengaruhi kebersihan gigi dan mulut adalah stain gigi. Substansi yang membentuk stain yang melekat erat pada permukaan gigi sangat banyak dan harus dibersihkan secara khusus. Stain mempunyai estetika yang kurang baik tetapi tidak menyebabkan iritasi gingiva maupun berfungsi sebagai deposisi plak (Manson dan Eley, 2013).

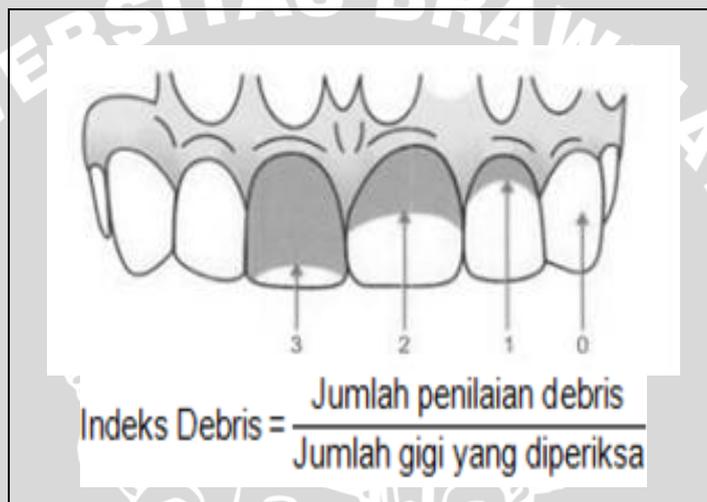
2.3.2 Indeks Kebersihan Gigi dan Mulut

Kesehatan dan kebersihan gigi dan mulut seseorang dapat dilihat dan dinilai dengan menggunakan indeks yang hasilnya didapatkan dari pemeriksaan fisik pada gigi dan mulut seseorang. Terdapat beberapa indeks kebersihan gigi dan mulut, salah satunya yaitu *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S). *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S) adalah indeks yang digunakan untuk menentukan status kebersihan mulut seseorang yang dinilai dari *Debris Index* (DI) dan *Calculus Index* (CI) yang menunjukkan adanya sisa makanan atau debris dan kalkulus (karang gigi) pada permukaan gigi. (Notohartojo dan Halim, 2010).

Kriteria skor untuk *Debris Index Simplified* (DI-S) adalah :

Tabel 2.1 Keterangan skor untuk DI-S (Perry and Beemsterbroer, 2007)

Skor Debris	Keterangan
0	tidak ada debris atau stain pada permukaan gigi
1	ada debris lunak $\leq 1/3$ yang menutupi permukaan gigi
2	ada debris yang menutupi $>1/3$ atau $\leq 2/3$ permukaan gigi
3	debris yang menutupi $> 2/3$ permukaan gigi



Gambar 2.2 Kriteria skor untuk DI-S (Green dan Vermilion, 1964 dalam Hiremath, 2011)

Kriteria untuk menentukan skor dari *Debris Index Simplified* (DI-S) dapat dilihat pada tabel 2.1 dan pada gambar 2.2. Penghitungan *Debris Index Simplified* (DI-S) tersebut akan menghasilkan hasil dari skor debris, yaitu dapat dikatakan baik (*good*) apabila nilai berada diantara 0,0-0,6, dikatakan sedang (*fair*) apabila nilai berada diantara 0,7-1,8 dan dikatakan buruk (*poor*) apabila nilai berada diantara 1,9-3,0 (Green dan Vermilion, 1964 dalam Hiremath, 2011).

Kriteria skor untuk *Calculus Index Simplified* (CI-S) adalah :

Tabel 2.2 Keterangan skor untuk CI-S (Perry and Beemsterbroer, 2007)

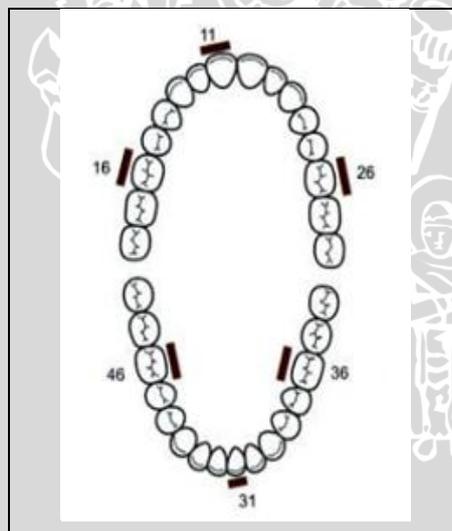
Skor Kalkulus		Keterangan
0		tidak ada kalkulus
1		ada kalkulus supragingiva yang menutupi $\leq 1/3$ permukaan gigi
2		ada kalkulus supragingiva yang menutupi $> 1/3$ atau $\leq 2/3$ permukaan gigi atau ada noda kalkulus subgingiva pada bagian servikal gigi atau ke duanya
3		ada kalkulus supragingiva yang menutupi $> 2/3$ permukaan gigi atau ada lempengan kalkulus subgingiva pada bagian servikal gigi atau ke duanya

$$\text{Indeks Kalkulus} = \frac{\text{Jumlah penilaian kalkulus}}{\text{Jumlah gigi yang diperiksa}}$$

Gambar 2.3 Kriteria skor untuk CI-S (Green dan Vermilion, 1964 dalam Alhamda, 2011)

Kriteria untuk menentukan skor *Calculus Index Simplified* (CI-S) dapat dilihat pada tabel 2.2 dan gambar 2.3. Penghitungan tersebut akan menghasilkan skor kalkulus yaitu dikatakan baik (*good*) apabila nilai berada diantara 0,0-0,6, sedang (*fair*) apabila nilai berada di antara 0,7-1,8 dan buruk (*poor*) apabila nilai berada di antara 1,9-3,0 (Green dan Vermilion, 1964 dalam Hiremath, 2011).

Pemeriksaan kebersihan mulut untuk memperoleh skor OHI-S, dapat digunakan enam gigi indeks. Enam permukaan gigi yang diperiksa adalah permukaan bukal atau labial gigi molar 1 kanan atas permanen, insisivus 1 kanan atas permanen, molar 1 kiri atas permanen, gigi insisivus 1 kiri bawah permanen dan permukaan lingual gigi molar 1 kiri dan kanan bawah permanen. Bila gigi molar 1 tidak ada digantikan oleh gigi molar 2 dan 3, sedangkan bila gigi insisivus yang menjadi gigi indeks tidak ada maka digantikan oleh gigi insisivus 1 di sebelah *midline*. Permukaan gigi yang berkurang tingginya karena karies atau trauma tidak digunakan sebagai gigi indeks. Paling sedikit ada dua permukaan gigi indeks untuk tiap individu harus ada. Kriteria tersebut dapat dilihat pada gambar 2.4 (Green dan Vermilion, 1964 dalam Alhamda, 2011).



Gambar 2.4 Permukaan gigi yang diperiksa untuk OHI-S (Green dan Vermilion, 1964 dalam Hiremath, 2011)

Kriteria tingkat keparahan kebersihan gigi dan mulut dikatakan baik (*good*) adalah nilai diantara 0,0-1,2, sedang (*fair*) apabila nilai berada di antara 1,3-3,0 dan buruk (*poor*) apabila nilai berada di antara 3,1-6,0 (Green dan Vermilion, 1964 dalam Alhamda, 2011).

2.3.3 Debris Makanan

Debris makanan merupakan sisa-sisa makanan yang tersimpan didalam mulut. Sisa-sisa makanan atau debris yang terselip diantara gigi atau masuk kedalam poket periodontal. Biasanya dapat dibersihkan dengan pergerakan otot-otot di rongga mulut dan aliran saliva atau dengan berkumur-kumur dan menyikat gigi (Vernino *et al.*, 2007).

2.3.4 Kalkulus

Karang gigi atau kalkulus merupakan hasil endapan dari plak dan zat kapur yang berada dalam saliva yang menempel pada gigi setelah beberapa minggu. Kalkulus merupakan plak yang termineralisasi dan membentuk garam mineral. Plak tersebut akan mengalami kalsifikasi yang berupa lapisan keras berwarna kekuningan atau kecoklatan yang melekat pada permukaan gigi atau obyek solid lainnya di dalam rongga mulut (Manson & Eley, 2013).

2.3.4.1 Macam-Macam Kalkulus Berdasarkan Lokasi

Kalkulus berdasarkan lokasi dibedakan menjadi kalkulus supragingiva dan kalkulus subgingiva. Kalkulus supragingiva merupakan kalkulus yang melekat pada permukaan mahkota gigi mulai dari puncak gingival margin dan dapat dilihat, berwarna putih, konsistensinya keras dan mudah dilepaskan dari permukaan gigi. Kalkulus supragingiva terbentuk karena ada cairan saliva yang selalu membasahi mulut. Warna kalkulus dapat dipengaruhi oleh pigmen sisa makanan atau dari merokok. Kalkulus supragingiva dapat terjadi pada satu gigi, sekelompok gigi atau seluruh gigi, lebih sering terdapat pada bagian bukal molar rahang atas yang berhadapan dengan *ductus Stensens* pada bagian lingual gigi depan rahang bawah yang berhadapan dengan *ductus Whartons* (Carranza, 2015).

Kalkulus subgingiva merupakan kalkulus yang berada di bawah batas gingival margin, biasanya pada daerah saku gusi dan tak dapat terlihat pada waktu pemeriksaan. Pembentukan kalkulus subgingiva lebih banyak disebabkan karena pengaruh cairan GCF yang dikeluarkan ke dalam sulkus gingiva. Menentukan lokasi dan perluasan kalkulus subgingiva dengan melakukan *probing* dan *explorer*. Kalkulus subgingiva biasanya padat dan keras, warnanya coklat tua atau hijau kehitam-hitaman konsistensinya seperti kepala korek api dan melekat erat ke permukaan gigi. Bentuk kalkulus subgingiva dapat dibagi menjadi deposit noduler dan spinning yang keras, berbentuk cincin yang mengelilingi gigi, berbentuk seperti jari yang meluas sampai dasar saku, bentuk bulat yang terlokalisir, bentuk gabungan dari bentuk-bentuk di atas. Kasus khusus untuk gingiva yang mengalami resesi, maka kalkulus subgingiva akan terlihat seperti kalkulus supragingiva dan akan ditutupi oleh kalkulus supragingiva yang asli (Manson & Eley, 2013).

2.3.4.2 Mekanisme Pembentukan Kalkulus

Kalkulus adalah dental plak yang mengalami mineralisasi (Carranza, 2015). Pembentukan kalkulus terjadi dalam tiga tahap: pembentukan pelikel, maturasi plak dan mineralisasi plak menjadi kalkulus. Mineralisasi kalkulus pada subgingiva dan supragingiva serupa meskipun sumber elemen-elemen untuk mineralisasinya berbeda. Tahap pertama adalah pembentukan pelikel. Pelikel terdiri dari mukoprotein dalam saliva dan material aselular, terbentuk dalam hitungan menit setelah pembersihan gigi. Pada tahap ke dua, mikroorganisme mulai melekat pada pelikel dan membentuk koloni-koloni organisme berbentuk kokus dan batang. Pada hari ke lima, plak sebagian besar terdiri dari organisme

berfilamen dan koloni tersebut akan bertumbuh membentuk lapisan plak yang menyatu (Nield & Willmann, 2011).

Selanjutnya plak yang lunak akan menjadi keras pada 1-14 hari setelah pembentukan plak akibat presipitasi garam mineral. Tidak semua plak akan mengalami kalsifikasi. Plak pada awalnya mengandung sejumlah kecil material anorganik yang akan bertambah seiring dengan perkembangan plak menjadi kalkulus. Plak yang tidak berkembang menjadi kalkulus akan mencapai kestabilan komposisi mineral dalam dua hari. Mikroorganisme tidak selalu berperan penting dalam pembentukan kalkulus karena kalkulus juga bisa terbentuk pada gigi yang tidak memiliki plak berisi bakteri (Carranza, 2015).

Kalsifikasi dimulai dari pengikatan ion kalsium ke kompleks karbohidrat-protein pada matriks organik dan presipitasi kristal garam kalsium fosfat. Mineralisasi terdiri dari pembentukan kristal hidroksiapatit, *octocalcium phosphate*, *whitlockite*, dan *brushite*, masing-masing dengan pola perkembangan khasnya. Pembentukan kristal ini pertama kali terbentuk dalam matriks interseluler, kemudian pada permukaan bakteri hingga akhirnya pada bakteri itu sendiri. Mikroorganisme berfilamen tersebut akan menyediakan matriks untuk pengendapan mineral. Kalsifikasi dimulai sepanjang permukaan bagian dalam plak supragingiva dan subgingiva yang berbatasan pada gigi. Dalam waktu 24-72 jam, kalsifikasi dari pusat-pusat yang terpisah akan menyatu dan membesar, membentuk deposit padat dari kalkulus. Seiring dengan perkembangan kalsifikasi, jumlah bakteri berfilamen akan bertambah banyak dan kalsifikasi akan berubah dari basofilik menjadi eosinofilik (Nield & Willmann, 2011).

Waktu yang diperlukan untuk pembentukan kalkulus dari tahap plak lunak menjadi termineralisasi sekitar 10 sampai 20 hari dengan waktu rata-rata 12 hari

(Nield & Willmann, 2011), sedangkan untuk mencapai jumlah maksimum pembentukan kalkulus adalah 10 minggu hingga 6 bulan (Carranza, 2015). Waktu yang diperlukan untuk mengawali kalsifikasi dan jumlah dari akumulasi kalkulus berbeda-beda pada setiap orang tergantung kecenderungan individu dalam membentuk kalkulus, derajat kekasaran permukaan gigi dan kebiasaan tiap orang dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut (Nield & Willmann, 2011).

2.4 Tunarungu

2.4.1 Pengertian Tunarungu

Tunarungu dapat diartikan sebagai suatu keadaan kehilangan pendengaran yang mengakibatkan seseorang tidak dapat menangkap berbagai rangsangan, terutama melalui indera pendengarannya. Seseorang yang tidak atau kurang mampu mendengar suara dikatakan tunarungu. Ketunarunguan dibedakan menjadi dua kategori yaitu tuli dan kurang dengar. Tuli adalah mereka yang indera pendengarannya mengalami kerusakan dalam taraf berat sehingga pendengarannya tidak berfungsi kembali. Kurang dengar juga dapat diartikan sebagai seseorang yang indera pendengarannya mengalami kerusakan tetapi masih dapat berfungsi untuk mendengar, baik dengan maupun tanpa menggunakan alat bantu dengar atau *hearing aids* (Somantri, 2012).

Anak yang memiliki hambatan dalam pendengaran baik permanen maupun tidak permanen dan biasanya memiliki hambatan dalam berbicara sehingga mereka biasa disebut tunawicara atau anak tunarungu (Kemenkes RI, 2010). Anak tunarungu adalah anak yang mengalami kekurangan atau kehilangan kemampuan mendengar yang disebabkan oleh kerusakan atau tidak berfungsinya sebagian atau seluruh alat pendengaran sehingga anak tunarungu mengalami hambatan dalam perkembangan bahasanya. Anak tunarungu

memerlukan bimbingan dan pendidikan khusus untuk mencapai kehidupan lahir batin yang layak (Somantri, 2012).

2.4.2 Klasifikasi Tunarungu

Klasifikasi tunarungu menurut tarafnya dapat diketahui dengan test audiometris. Penggolongan tunarungu untuk kepentingan pendidikan, dapat diklasifikasikan menjadi 4 tingkatan. Tingkatan tunarungu menurut tarafnya yaitu tingkat 1, tingkat 2, tingkat 3 dan tingkat 4. Tingkat 1 merupakan kehilangan kemampuan mendengar antara 35 sampai 54 dB, penderita hanya memerlukan latihan berbicara dan bantuan mendengar secara khusus. Tingkat 2 merupakan kehilangan kemampuan mendengar antara 55 sampai 69 dB, penderita kadang-kadang memerlukan penempatan sekolah secara khusus, dalam kebiasaan sehari-hari memerlukan latihan berbicara dan bantuan latihan berbahasa secara khusus. Tingkat 3 merupakan kehilangan kemampuan mendengar antara 70 sampai 89 dB. Tingkatan yang terakhir yaitu tingkat 4 merupakan kehilangan kemampuan mendengar 90 dB ke atas. Penderita dari tingkat 1 dan tingkat 2 dikatakan mengalami ketulian. Kebiasaan sehari-hari anak tunarungu harus sesekali latihan berbicara, mendengar berbahasa, dan memerlukan pelayanan pendidikan secara khusus. Anak yang kehilangan kemampuan mendengar dari tingkat 3 dan tingkat 4 pada hakekatnya memerlukan pelayanan pendidikan khusus (Somantri, 2012). Perbedaan pendengaran pada anak tunarungu berpengaruh dengan perkembangan kognitif anak tersebut.

2.4.3 Perkembangan Kognitif Anak Tunarungu

Perkembangan kognitif anak tunarungu sangat dipengaruhi oleh perkembangan bahasa, sehingga hambatan pada bahasa akan menghambat perkembangan intelegensi anak tunarungu. Kerendahan tingkat intelegensi anak

tunarungu bukan berasal dari hambatan intelektualnya yang rendah melainkan secara umum karena intelegensinya tidak mendapat kesempatan untuk berkembang (Somantri, 2012).

Anak tunarungu yang mengalami hambatan dalam perkembangan bahasanya sehingga tingkat intelegensinya tidak berkembang dapat diakibatkan karena anak tunarungu mengalami gangguan komunikasi secara verbal akibat kehilangan seluruh atau sebagian daya pendengarannya, sehingga anak tunarungu menggunakan bahasa isyarat dalam berkomunikasi yang menghambat pergaulannya dengan anak normal. Anak tunarungu juga memiliki sifat ego-sentris yang melebihi anak normal, cepat marah dan mudah tersinggung. Kesehatan fisik pada umumnya sama dengan anak normal lainnya, hanya hambatan dalam berbahasa anak tunarungu saja yang menyebabkan mereka berbeda dengan anak normal (Kemenkes RI, 2010).

Pemberian bimbingan yang teratur terutama kecakapan berbahasa akan dapat membantu perkembangan intelegensi anak tunarungu. Aspek intelegensi anak tunarungu tidak semuanya mengalami hambatan. Aspek intelegensi yang terhambat perkembangannya ialah yang bersifat verbal, misalnya merumuskan pengertian menghubungkan, menarik kesimpulan, dan meramalkan kejadian. Aspek intelegensi yang bersumber dari penglihatan dan motorik justru berkembang lebih cepat. Anak tunarungu sering memperlihatkan keterlambatan dalam belajar dan kadang tampak terbelakang. Keadaan ini tidak hanya disebabkan oleh derajat gangguan pendengaran yang dialami anak tetapi juga tergantung kepada potensi kecerdasan yang dimiliki, rangsangan mental, serta dorongan dari lingkungan luar yang memberikan kesempatan bagi anak untuk mengembangkan kecerdasannya (Somantri, 2012).

Anak tunarungu dengan keterbatasannya juga berhak mendapatkan pendidikan sama seperti anak normal lainnya. Tempat anak tunarungu memperoleh pendidikan disebut dengan SDLB-B. Sekolah tersebut menerapkan kurikulum khusus bagi anak dan remaja dengan gangguan pendengaran yang berbasis kompetensi berbahasa dan komunikasi dalam menuju kecakapan hidup (Wasito dkk,2010).

2.5 Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) di SDLB

Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) adalah upaya kesehatan masyarakat yang ditujukan untuk memelihara, meningkatkan kesehatan gigi dan mulut seluruh peserta didik di sekolah binaan yang ditunjang dengan upaya kesehatan perorangan berupa upaya kuratif bagi individu (peserta didik) yang memerlukan perawatan kesehatan gigi dan mulut (Kemenkes RI, 2012). Pelayanan kesehatan anak usia sekolah penyandang cacat dilaksanakan secara komprehensif, diutamakan pada upaya peningkatan dan pencegahan didukung oleh upaya pengobatan dan pemulihan kesehatan. Paket program yang dilaksanakan bersifat responsif terhadap permasalahan kesehatan anak usia sekolah penyandang cacat, antisipatif terhadap kebutuhan sesuai proses tumbuh kembang anak. Paket pelayanan kesehatan untuk anak SDLB berupa kegiatan UKGS, penjangkaran kesehatan, pemeriksaan kesehatan berkala, pelayanan kesehatan insidental, imunisasi dan konseling. Pelayanan kesehatan berkala dilakukan sama seperti yang dilaksanakan di sekolah-sekolah umum yaitu pada enam bulan sekali. Khusus untuk SLB, pelayanan kesehatan sebaiknya dilakukan sekali dalam sebulan atau minimal tiga bulan sekali karena anak penyandang cacat berisiko lebih tinggi terhadap penyakit dibanding anak normal

di sekolah umum dan rawan bertambah parah kecacatannya serta ketergantungannya pada orang lain (Kemenkes RI, 2010).

2.5.1 Ruang Lingkup Program UKGS di SDLB

Ruang lingkup UKS di SDLB sama seperti di sekolah-sekolah umum. Ruang lingkup program UKGS sesuai dengan Tiga Program Pokok Usaha Kesehatan Sekolah (TRIAS UKS) yang meliputi pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat. Ruang lingkup UKGS ada tiga macam, pertama penyelenggaraan pendidikan kesehatan gigi dan mulut yang meliputi pemberian pengetahuan tentang kesehatan gigi dan mulut, demonstrasi cara memelihara kebersihan dan kesehatan gigi dan mulut serta penanaman kebiasaan pola hidup sehat dan bersih agar dapat diimplementasikan dalam kehidupan sehari-hari. Ke dua, penyelenggaraan pelayanan kesehatan gigi dan mulut dalam bentuk meliputi pemeriksaan dan penjangkauan kesehatan gigi dan mulut peserta didik, penyuluhan kesehatan gigi dan mulut perorangan, pencegahan/perlindungan terhadap penyakit gigi dan mulut, perawatan kesehatan gigi dan mulut, serta rujukan kesehatan gigi dan mulut. Ke tiga, pembinaan lingkungan kehidupan sekolah kerjasama antara masyarakat sekolah seperti guru, murid, pegawai sekolah, orang tua murid, dan masyarakat (Kemenkes RI, 2012)

2.5.2 Tahap Pelaksanaan Kegiatan UKGS di SDLB

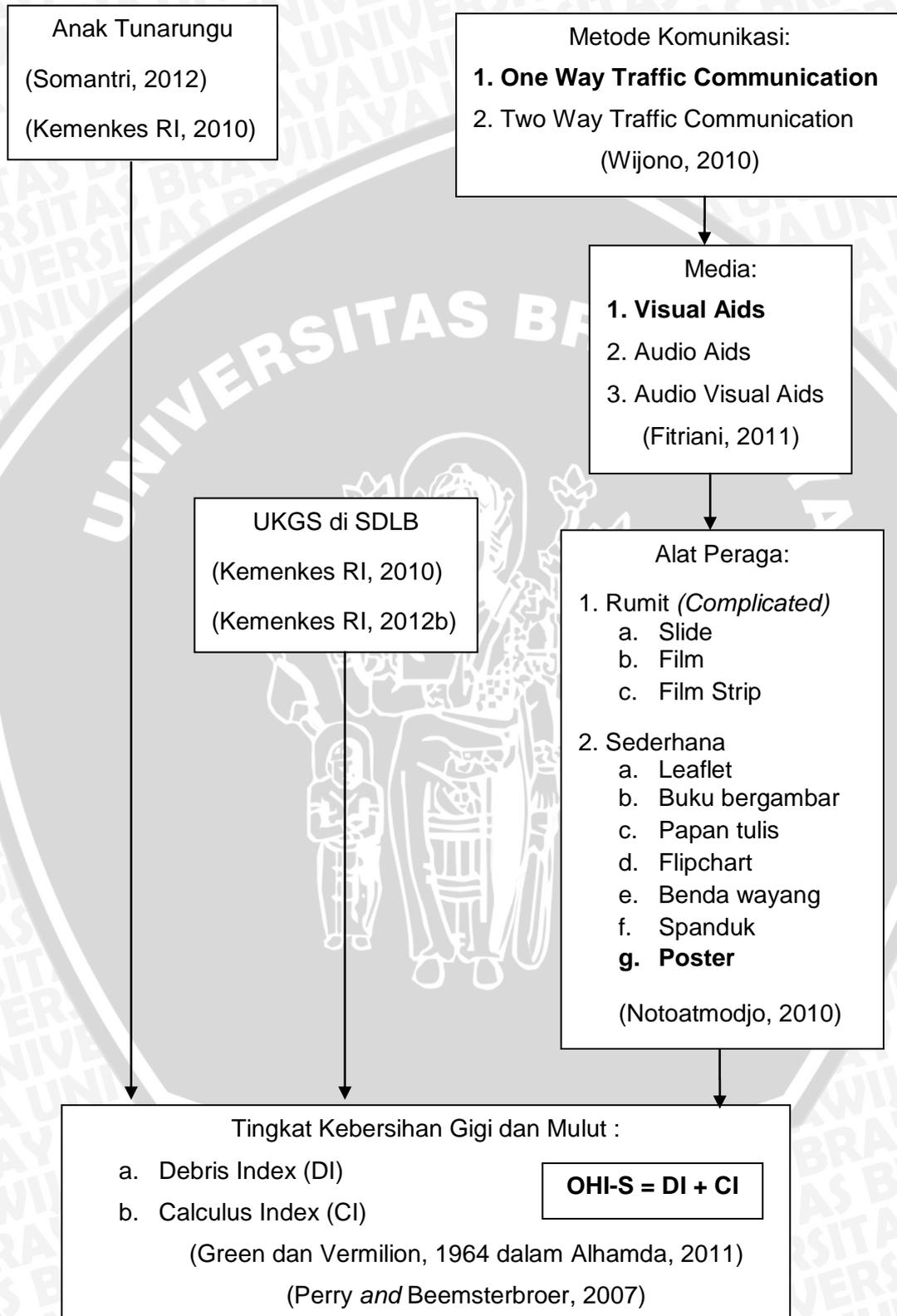
Terdapat tiga tahap pelaksanaan kegiatan UKGS di SDLB menurut Kemenkes RI (2012b), yaitu : tahap pertama yaitu UKGS tahap I (Paket minimal UKS) merupakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut bagi siswa yang belum terjangkau tenaga dan fasilitas kesehatan gigi. Kegiatannya berupa

pendidikan/penyuluhan kesehatan gigi dan mulut yang dilakukan oleh guru sesuai dengan kurikulum dari Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, melakukan pencegahan penyakit gigi dan mulut bagi siswa SD/MI melalui sikat gigi massal minimal untuk kelas I, II dan III dengan memakai pasta gigi yang mengandung fluor minimal 1 kali setiap bulan, untuk siswa SMP dan SMA disesuaikan dengan program UKS daerah masing-masing.

Tahap ke dua yaitu UKGS tahap II (Paket standar UKS) merupakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut bagi siswa yang sudah terjangkau tenaga dan fasilitas kesehatan gigi yang sudah memadai. UKGS tahap II meliputi seluruh UKGS tahap I yang ditambah dengan kegiatan pelatihan guru dan petugas kesehatan yang terintegrasi, penjangkauan siswa kelas I yang diikuti dengan pencabutan gigi sulung yang sudah waktunya tanggal, pelayanan medis gigi dasar atas permintaan pada kelas I-VI (*care on demand*), pengobatan darurat untuk menghilangkan rasa sakit serta rujukan bagi yang memerlukan.

Tahap ke tiga yaitu UKGS tahap III (paket optimal UKS) merupakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut bagi siswa yang sudah terjangkau tenaga dan fasilitas kesehatan gigi yang sudah memadai. UKGS tahap III memakai sistem inkremental dengan pemeriksaan ulang setiap 2 tahun untuk gigi tetap. Paket optimal UKS yaitu UKGS tahap III meliputi seluruh paket standar UKS atau UKGS tahap II ditambah dengan pelayanan medis gigi dasar pada kelas terpilih sesuai kebutuhan serta rujukan bagi yang membutuhkan.

2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.5 Kerangka Teori

BAB 3

KERANGKA KONSEP PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



— = Variabel yang diteliti

- - - = Variabel yang tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konsep



Penjelasan Kerangka Konsep:

Penelitian yang dilakukan berupa penyuluhan kesehatan gigi dan mulut. Metode penyuluhan kesehatan ada dua jenis yaitu *one way traffic communication* dan *two way traffic communication*, metode yang digunakan adalah *one way traffic communication*. Media penyuluhan dibagi menjadi tiga jenis, yaitu *visual aids*, *audio aids* dan *audio visual aids*. Jenis media *visual aids* dengan menggunakan alat peraga terbagi menjadi dua, yaitu alat peraga rumit (*complicated*) dan alat peraga sederhana. Pada penelitian ini, alat peraga sederhana yang digunakan dalam penyuluhan berupa poster terhadap anak tunarungu yang hanya dapat mengandalkan indera penglihatannya sehingga sehingga membutuhkan alat peraga yang dapat memaksimalkan anak tunarungu dalam menerima informasi kesehatan menggunakan media visual yaitu poster. Setelah penyuluhan, dilakukan pemeriksaan tingkat kebersihan gigi dan mulut (OHI-S) dengan mengukur *Debris Index (DI)* dan *Calculus Index (CI)*. Hasil dari penyuluhan kesehatan gigi dan mulut berupa penurunan skor OHI-S anak tunarungu di SDLB-B YPTB Malang pada akhir penelitian. Penurunan skor OHI-S dilihat dari perbandingan saat pemeriksaan skor OHI-S sebelum dan setelah dilakukan penyuluhan.

Hipotesis Penelitian

Metode penyuluhan menggunakan poster efektif dalam menurunkan skor OHI-S anak tunarungu di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi *Pre-Experimental design* merupakan metode eksperimen untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat pada suatu kelompok dan masih terdapat variabel luar yang ikut berpengaruh terhadap variabel dependen tanpa menggunakan kelompok kontrol (Sugiyono, 2001 dalam Siswanto, 2013). Rancangan eksperimen yang digunakan adalah *One Group Pre-test* dan *Post-test* yang dilakukan sebelum dan setelah perlakuan sehingga hasil perlakuan dapat diketahui lebih akurat (Sugiyono, 2001 dalam Siswanto, 2013). Upaya peningkatan kesehatan gigi dan mulut yang diukur sebelum dan setelah diberikan perlakuan berupa penyuluhan kesehatan gigi dan mulut menggunakan poster pada anak tunarungu di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB).

4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah sekelompok subjek atau data dengan karakteristik tertentu. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh siswa SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang pada tahun 2015. Populasi berjumlah 38 siswa.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari populasi yang akan diteliti. Sampel dalam penelitian ini adalah siswa SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) yang memenuhi kriteria sebagai sampel yang berjumlah 32 siswa.

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel penelitian ini dengan metode *nonprobability sampling*, yaitu dilakukan dengan cara *total sampling* atau mempergunakan seluruh populasi yang memenuhi kriteria yang diterapkan oleh peneliti. Sampel berjumlah 32 siswa karena 6 siswa lainnya tidak hadir pada saat penelitian berlangsung.

4.3 Kriteria Penelitian

4.3.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian dapat mewakili dalam sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel. Hasil penelitian merupakan hasil hubungan dari variabel bebas dan variabel terikat maka harus ditentukan beberapa kriteria subjek penelitian. Kriteria subjek untuk penelitian adalah sebagai berikut :

- a. Siswa SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang pada tahun 2015
- b. Tingkatan tunarungu yaitu tingkat 1 sampai tingkat 4
- c. Gigi Insisivus pertama permanen dan gigi Molar pertama permanen sudah erupsi
- d. Siswa yang telah mendapatkan ijin dari orang tua dengan membawa *informed consent* yang telah ditanda tangani oleh orang tua

4.3.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak ada yang mewakili karena tidak memenuhi kriteria sebagai sampel penelitian. Kriteria subjek penelitian yang tidak memenuhi syarat adalah sebagai berikut :

- a. Siswa yang sedang dalam perawatan orthodontik

- b. Pernah mendapat penyuluhan kesehatan gigi dan mulut sebelumnya dengan materi yang sama

4.4 Variabel Penelitian

4.4.1 Variabel Bebas (Independent Variable)

Variabel bebas adalah variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel terikat (independent). Variabel bebas penelitian ini adalah efektivitas metode penyuluhan menggunakan poster.

4.4.2 Variabel Terikat (Dependent Variable)

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat adanya variabel bebas. Variabel terikat penelitian ini adalah OHI-S anak tunarungu sebelum dan setelah penyuluhan di SDLB-B YPTB Malang.

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini berlokasi di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang Jl. Brigjend Slamet Riyadi no.126 Malang. Penelitian ini dilakukan dalam waktu 10 minggu pada bulan Mei sampai Juli 2015.

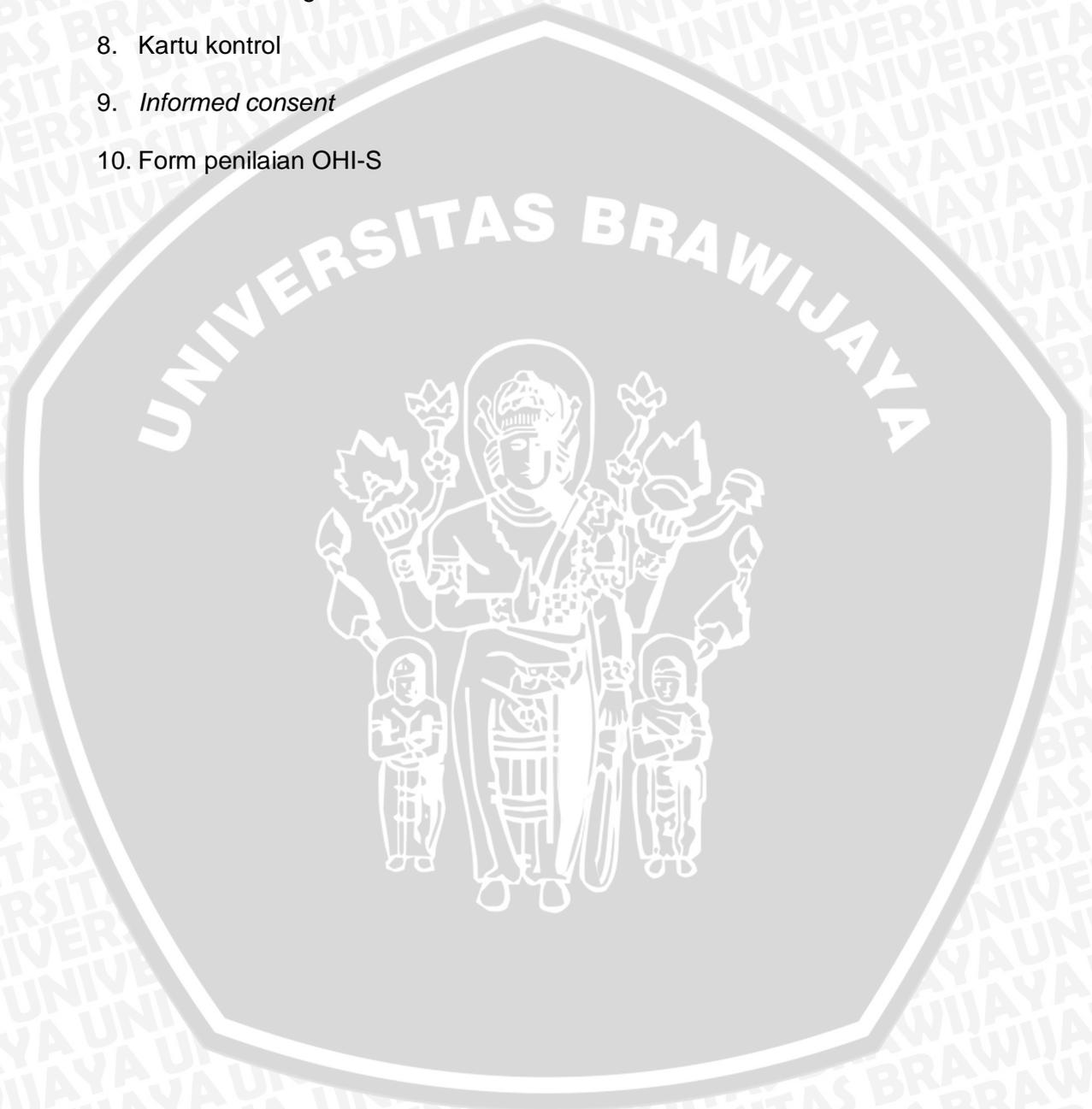
4.6 Instrument Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan melakukan observasi langsung dengan mencatat hasil pemeriksaan *Oral Hygiene Index-Simplified* (OHI-S). Pengambilan data dibantu oleh dokter gigi.

Instrument dalam penelitian ini adalah:

1. Kaca mulut
2. Sonde *halfmoon*
3. Pinset
4. Masker dan *handscoon*

5. Kapas
6. Air dan alkohol
7. Nierbeken bengkok
8. Kartu kontrol
9. *Informed consent*
10. Form penilaian OHI-S



4.7 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Pengukuran	Skala
Independen Poster	Penyampaian cerita yang berisi informasi mengenai pengetahuan kesehatan gigi dan mulut dengan menggunakan alat bantu peraga media cetak bergambar	Poster	Penyuluhan	Tidak ada skala
Anak Tunarungu	Anak tunarungu adalah anak yang mengalami kekurangan atau kehilangan kemampuan mendengar yang disebabkan oleh kerusakan pada alat pendengarannya	Anak tunarungu	Siswa SDLB-b Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang yang hadir	Tidak ada skala
Dependen Skor OHI-S anak tunarungu di SDLB-B	<i>Oral Hygiene Index – Simplified (OHI-S)</i> adalah pengukuran jumlah debris dan kalkulus pada rongga mulut anak tunarungu dimana terdapat 6 gigi yang diperiksa yaitu gigi 16,11,31,26,36 dan 46 yang diukur berdasarkan <i>Debris Index (DI)</i> dan <i>Calculus Index (CI)</i>	Pemeriksaan debris dan kalkulus pada permukaan gigi dengan mengukur skor OHI-S anak tunarungu di SDLB-B YPTB Malang	<p><u>Debris Index (DI)</u></p> <p>0 = Tidak ada debris/stain</p> <p>1 = Debris $\leq \frac{1}{3}$ permukaan gigi dan terdapat ekstrinsik stain</p> <p>2 = Debris $> \frac{1}{3}$ permukaan, $\leq \frac{2}{3}$ permukaan gigi</p> <p>3 = Debris $> \frac{2}{3}$ permukaan gigi</p> <p><u>Calculus Index (CI)</u></p> <p>0 = Tidak ada kalkulus</p> <p>1 = Kalkulus supragingiva $\leq \frac{1}{3}$ permukaan gigi</p> <p>2 = Kalkulus supragingiva $> \frac{1}{3}$ atau $\leq \frac{2}{3}$ permukaan gigi atau ada noda kalkulus subgingiva pada servikal gigi</p> <p>3 = Kalkulus supragingiva $> \frac{2}{3}$ permukaan gigi atau ada lempengan kalkulus subgingiva pada servikal gigi</p> <p><u>OHI-S</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> $\text{OHI-S} = \text{DI} + \text{CI}$ </div> <p>0,0 - 1,2 = Baik</p> <p>1,3 - 3,0 = Sedang</p> <p>3,1 - 6,0 = Buruk</p>	Interval

4.8 Kalibrasi

Sebelum penyuluhan kesehatan gigi dan mulut, harus dilakukan uji coba terlebih dahulu. Uji coba ini dilakukan dengan cara kalibrasi, yaitu menyamakan persepsi peneliti dengan fasilitator yang bertugas membantu jalannya penyuluhan. Dalam kalibrasi ini, peneliti mengungkapkan semua yang ingin dilakukan dalam penyuluhan sehingga fasilitator dapat melakukan tugas fasilitator dengan tidak menyimpang dari yang peneliti harapkan. Fasilitator berjumlah 7 orang yang masing-masing bertugas untuk mengatur durasi efektif saat penelitian, menyiapkan alat dan bahan untuk sterilisasi, dokumentasi saat penelitian dan melakukan pemeriksaan OHI-S sebelum dan setelah penyuluhan agar memenuhi tujuan yang ingin dicapai.

4.9 Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur tersebut benar-benar mengukur variabel yang akan diukur oleh peneliti. Oleh karena itu, sebelum penyuluhan maka dilakukan penelitian pendahuluan di SDLB-B terlebih dahulu untuk mengetahui apakah OHI-S anak tunarungu termasuk dalam kategori sedang atau buruk sehingga dapat dilakukan penelitian di SDLB-B tersebut.

4.10 Analisis Data

Data yang sudah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan data melalui beberapa tahap perhitungan, yaitu :

4.10.1 Uji Normalitas

Uji normalitas adalah uji yang digunakan untuk mengetahui apakah data yang digunakan tersebar mengikuti pola distribusi normal atau tidak. Uji normalitas yang digunakan dalam penelitian ini adalah *saphiro wilk*. Uji ini digunakan karena jumlah sampel kurang dari 50 anak. Distribusi data penelitian dikatakan normal karena hasil analisis diperoleh nilai signifikansi lebih dari 0,05 ($p \geq 0,05$) sehingga uji yang digunakan adalah uji parametrik

4.10.2 Uji Homogenitas

Dilihat dari tingkatan desibel pada anak tunarungu SDLB-B YPTB Malang berada pada tingkat 3 dan tingkat 4, sedangkan apabila dilihat dari skor awal OHI-S pada anak tunarungu SDLB-B YPTB Malang maka didapatkan skor OHI-S yang masuk dalam kategori baik. Penerangan pada kelas disesuaikan sehingga semua siswa mendapatkan cahaya yang sama untuk melihat poster saat penyuluhan berlangsung. Kebisingan atau suara yang berisik diminimallisir dengan bantuan guru sehingga siswa mendengarkan dengan tenang pada saat penyuluhan. Waktu penelitian dilakukan selama 30 menit dan materi penelitian juga disamakan kepada seluruh siswa sehingga siswa mendapatkan waktu dan materi yang sama saat penyuluhan. Berdasarkan uji homogenitas tersebut dapat dikatakan sampel yg digunakan dalam penelitian ini homogen atau berada dalam keadaan yang sama.

4.10.3 Uji Statistik

Uji T berpasangan (*Paired T-Test*)

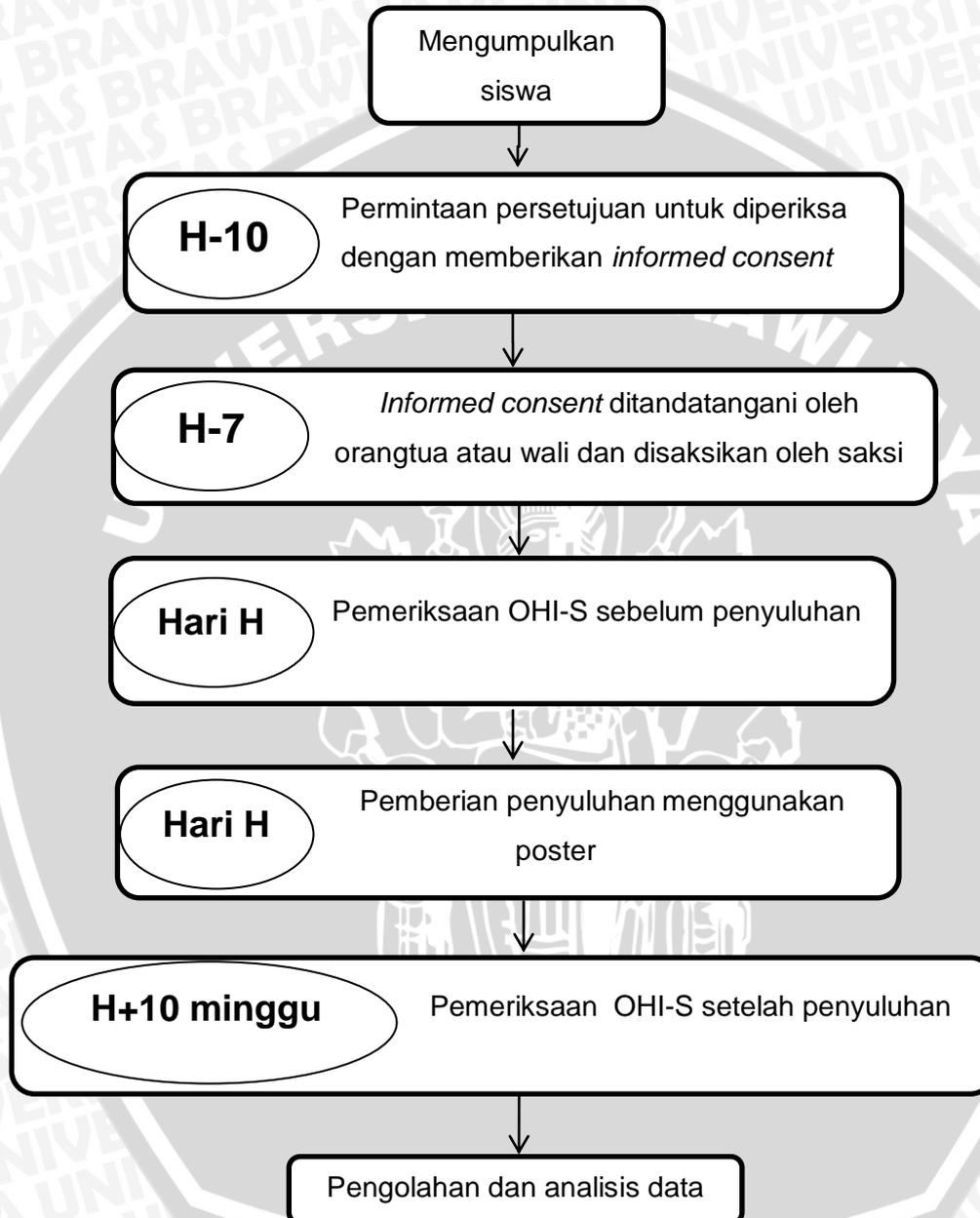
Uji yang digunakan bila data berdistribusi normal. Uji T berpasangan merupakan uji yang digunakan pada kelompok sampel yang respondennya sama dan diukur dua kali yaitu sebelum dan setelah.

Dalam penelitian ini, uji T berpasangan digunakan untuk mengetahui tingkat kebersihan gigi dan mulut berdasarkan skor OHI-S sebelum dan setelah dilakukan penyuluhan menggunakan poster pada anak tunarungu di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang.



4.11 Alur dan Prosedur Penelitian

4.11.1 Alur Penelitian



Gambar 4.1 Alur Penelitian

4.11.2 Prosedur Penelitian

- a. Peneliti mengumpulkan siswa SDLB-B dan memperkenalkan diri.
- b. Peneliti menjelaskan tujuan penelitian dan meminta persetujuan orang tua/wali murid untuk dilakukan penyuluhan dan pemeriksaan OHI-S dengan menggunakan *informed consent* yang telah diberikan 10 hari sebelum penelitian.
- c. *Informed consent* akan ditandatangani oleh orang tua atau wali yang akan disaksikan oleh saksi kemudian diberikan kepada peneliti 7 hari sebelum penelitian.
- d. Hari pertama penelitian, peneliti akan memeriksa OHI-S sebelum dilakukan penyuluhan pada siswa SDLB-B.
- e. Peneliti akan memberikan penyuluhan tentang kebersihan gigi dan mulut menggunakan media poster selama 30 menit dan memberi kartu kontrol yang berisi jadwal sikat gigi pada siswa SDLB-B.
- f. Hari terakhir penelitian, peneliti akan memeriksa OHI-S siswa SDLB-B kembali setelah 10 minggu sesuai dengan tahap mineralisasi saat kalkulus terbentuk maksimum.
- g. Peneliti mengolah dan menganalisis data hasil pemeriksaan OHI-S sebelum dan setelah penyuluhan yang telah dikumpulkan.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

5.1 Hasil Penelitian

Penelitian tentang efektivitas penyuluhan menggunakan media poster terhadap OHI-S anak tunarungu di SDLB-B YPTB Malang yang dilaksanakan selama 10 minggu pada bulan Mei 2015 dan Juli 2015. Dengan jumlah sampel 32 siswa. Peneliti mengumpulkan siswa SDLB-B dan menjelaskan tentang tujuan penelitian serta meminta persetujuan kepada orang tua/wali untuk dilakukan pemeriksaan OHI-S dengan memberikan *informed consent* pada 10 hari sebelum hari H penelitian. *Informed consent* yang telah ditandatangani oleh orang tua/wali dikumpulkan kepada peneliti pada 7 hari sebelum penelitian.

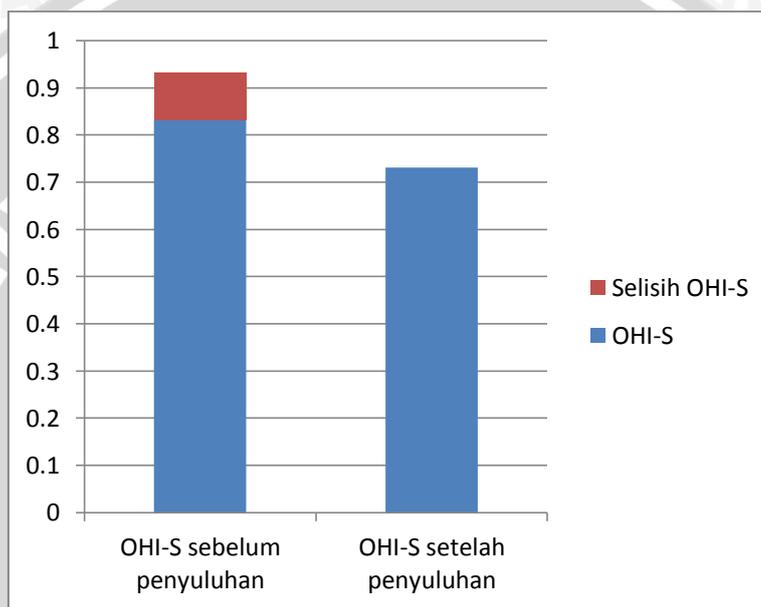
5.1.1 Gambaran OHI-S Sebelum dan Setelah Penyuluhan dengan Media Poster

Pada hari pertama penelitian dilakukan pemeriksaan OHI-S pada siswa SDLB-B dan dilakukan penyuluhan menggunakan poster. Gambaran OHI-S sebelum dilakukan penyuluhan mendapatkan hasil yang baik. Setelah 10 minggu, dilakukan penelitian ke dua dengan memeriksa kembali OHI-S siswa SDLB-B. Gambaran OHI-S setelah dilakukan penyuluhan menggunakan poster juga mendapatkan hasil yang baik.

Tabel 5.1 OHI-S sebelum dan setelah penyuluhan

OHI-S	Rata-rata	Kategori
Sebelum penyuluhan	0,8322	Baik
Setelah penyuluhan	0,7316	Baik

Untuk menghitung seberapa besar terjadi peningkatan OHI-S, dapat terlihat dari diagram yang menunjukkan perbandingan rata-rata OHI-S sebelum dan setelah penyuluhan pada gambar 5.1. Pada diagram tersebut menunjukkan terdapat perbedaan selisih OHI-S sebesar 0,10063 yang menunjukkan adanya peningkatan OHI-S setelah dilakukan penyuluhan.



Gambar 5.1 Perbandingan OHI-S sebelum dan setelah penyuluhan dengan media poster

Setelah dilakukan penelitian, diketahui bahwa siswa SDLB-B mengalami peningkatan kategori OHI-S setelah diberi penyuluhan dengan menggunakan media poster. Terdapat 27 siswa (84,375%) yang nilai OHI-S sudah berada dalam kategori baik. Sebanyak 2 siswa (6,25%) mengalami peningkatan kategori OHI-S yang awalnya termasuk dalam kategori sedang hingga menjadi kategori baik, sedangkan siswa SDLB-B yang memiliki penurunan kategori OHI-S sebanyak 3 siswa (9,375%) yang termasuk dalam kategori sedang.

Tabel 5.2 Jumlah subjek yang mengalami penurunan OHI-S setelah penyuluhan

No.	Kategori OHI-S	Jumlah Sampel
1.	Penurunan	3 siswa
2.	Peningkatan	2 siswa
3.	Tetap	27 siswa
	Total	32 siswa

5.2. Analisis Data

5.2.1 Uji Normalitas

Analisis data dilakukan setelah pengolahan data selesai dilakukan. Analisis data yang pertama adalah uji normalitas. Uji normalitas dilakukan untuk menguji apakah data yang digunakan pada penelitian mengikuti pola distribusi normal atau tidak. Uji normalitas yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *saphiro wilk*.

Tabel 5.3 Hasil Uji Normalitas sebelum dan setelah penyuluhan

Kelompok	Signifikansi	Keterangan	Kesimpulan
OHI-S sebelum penyuluhan	0,56	$p > 0,05$	Normal
OHI-S setelah penyuluhan	0,55	$p > 0,05$	Normal

Uji normalitas data dilakukan dengan menggunakan uji *saphiro wilk* dimana suatu data dikatakan normal jika $p > 0,05$. Hasil uji normalitas yang didapatkan dari OHI-S sebelum diberi penyuluhan menggunakan media poster dengan nilai signifikansi adalah sebesar 0,56, dimana nilai tersebut lebih besar dari 0,05 sehingga dapat dikatakan untuk OHI-S sebelum penyuluhan berdistribusi normal. Hasil uji normalitas yang didapatkan dari OHI-S setelah diberikan penyuluhan menggunakan media poster dengan nilai signifikansi

adalah sebesar 0,55 . Nilai signifikansi dari variabel tersebut lebih besar dari 0,05 sehingga data berdistribusi normal. Kedua kelompok tersebut berdistribusi normal sehingga uji yang digunakan untuk mengetahui perbedaan OHI-S sebelum dan setelah penyuluhan menggunakan media poster adalah uji parametrik yaitu uji T berpasangan (*paired T-test*).

5.3.2 Uji T berpasangan

Analisis data yang kedua menggunakan uji parametrik berupa uji T berpasangan (*paired T-test*). Uji T berpasangan digunakan karena data berdistribusi normal dan digunakan untuk membandingkan sampel yang sama. Berikut ini adalah hasil uji T berpasangan untuk mengetahui efektivitas penyuluhan menggunakan media poster terhadap OHI-S anak tunarungu di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang.

Tabel 5.4 Hasil Uji T berpasangan sebelum dan setelah penyuluhan

OHI-S sebelum penyuluhan	OHI-S setelah penyuluhan	Selisih rata-rata	Signifikansi	Keterangan	Kesimpulan
0,8322	0,7316	0,10063	0,077	$p < 0,05$	Tidak signifikan

Dari hasil uji T berpasangan (*paired T-test*) didapatkan nilai rata-rata OHI-S sebelum dilakukan penyuluhan adalah 0,8322, sedangkan untuk rata-rata OHI-S setelah diberi penyuluhan adalah 0,7316 sehingga terdapat selisih rata-rata OHI-S sebelum dan setelah diberikan penyuluhan menggunakan media poster sebesar 0,10063.

Hasil dari data yang terdapat pada uji T berpasangan, didapatkan nilai signifikansi atau *2-tailed* sebesar 0,077 ($p < 0,05$) dimana nilai signifikansi lebih

besar dari 5% untuk taraf signifikan sehingga secara statistik peningkatan yang terjadi dianggap tidak signifikan. Hal tersebut menunjukkan bahwa penyuluhan yang dilakukan sebelum dan setelah menggunakan poster tidak efektif terhadap OHI-S anak tunarungu di SDLB-B YPTB Malang.



BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Kebersihan Gigi dan Mulut (OHI-S) Anak Tunarungu Sebelum Penyuluhan menggunakan Poster

Hasil penelitian pada siswa SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang menunjukkan bahwa tingkat kebersihan mulut sudah dalam kategori yang baik, hal tersebut dapat terjadi karena pernah dilakukan penelitian sebelumnya di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang sehingga menyebabkan kesadaran dalam menjaga kebersihan gigi dan mulutnya sudah baik. Akan tetapi masih terdapat beberapa siswa yang menunjukkan tingkat kebersihan gigi dan mulut dengan kategori yang sedang. Hal tersebut dikarenakan adanya hambatan dalam pendengarannya sehingga anak tunarungu memiliki keterbatasan dalam menyerap informasi kesehatan yang diberikan pada saat penyuluhan. Hal ini sesuai dengan pada penelitian yang mengungkapkan tentang kesehatan rongga mulut pada anak tunarungu usia sekolah di Yogyakarta tahun 2011 yang menunjukkan bahwa status kesehatan jaringan periodontal yang buruk pada anak tunarungu disebabkan oleh kebersihan mulut yang kurang diperhatikan karena keterbatasan kemampuan dalam menjaga kebersihan gigi (Mintjelungan dkk, 2013).

Selain dikarenakan adanya keterbatasan pada anak tunarungu sehingga memiliki hambatan dalam menerima informasi yang diberikan, terdapat beberapa faktor lain saat penelitian yang menyebabkan kebersihan gigi dan mulut anak tunarungu tidak mengalami peningkatan

atau tetap dalam kriteria sedang. Salah satunya seperti kondisi ruangan yang ramai dan siswa yang tidak memperhatikan saat diberikan penyuluhan. Hal ini didukung dengan penelitian yang menyebutkan bahwa suasana sangat penting saat penyuluhan karena memiliki suasana memiliki pengaruh yang sangat besar terhadap perkembangan anak-anak dari segi pengenalan tentang konsep diri, kemandirian bekerja dan belajar dengan efektif serta kemampuan mengadakan hubungan yang baik dengan orang lain. Rendahnya penyuluhan menggunakan media visual juga berpengaruh terhadap kebersihan gigi dan mulut anak tunarungu (Nugrahanti, 2014). Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada anak tunarungu dan anak tidak tunarungu, didapatkan indeks OHI-S rata-rata siswa-siswi tunarungu usia 11-12 tahun adalah 2,88 sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan indeks OHI-S rata-rata siswa-siswi tidak tunarungu yaitu sebesar 2,64. Hal tersebut dikarenakan penggunaan media cetak masih rendah persentasenya dalam memberikan informasi kesehatan gigi dan mulut bagi siswa-siswi SD, SMP dan SDLB-B (Siagian, 2005).

6.2 Kebersihan Gigi dan Mulut (OHI-S) Anak Tunarungu Setelah Penyuluhan menggunakan Poster

Pemeriksaan OHI-S kedua yang dilakukan setelah penyuluhan menggunakan poster dilaksanakan pada minggu ke-10 setelah pengambilan data OHI-S pertama saat penelitian. Hal tersebut sesuai dengan Carranza, bahwa untuk waktu pembentukan kalkulus secara sempurna membutuhkan waktu selama 10 minggu hingga 6 bulan (Carranza, 2015).

Metode penyuluhan untuk meningkatkan kesehatan gigi dan mulut pada siswa SDLB-B yang digunakan pada penelitian ini adalah media visual berupa poster. Menurut penelitian yang dilakukan pada siswa yang menggunakan media visual dalam proses pembelajarannya, mereka memiliki kemampuan memahami isi berita lebih tinggi dibandingkan kemampuan memahami siswa yang menggunakan media konvensional. Hal ini karena kegiatan pembelajaran pada siswa dengan menggunakan media visual kegiatan belajar menjadi lebih aplikatif, kontekstual dan menyenangkan bagi anak didik. Penggunaan media visual memungkinkan anak tunarungu mengembangkan kemampuan kognitif maupun afektif. Kegiatan memahami memberikan pengalaman yang unik dan menarik sehingga dapat membangkitkan semangat dan menimbulkan kesenangan tersendiri bagi individu yang mempunyai gangguan pendengaran (Rohmatun, 2011).

Poster yang digunakan berukuran besar yaitu 90x120 cm dengan desain poster yang mencakup gambar animasi seperti gambar animasi gigi, dokter gigi dan ilustrasi cerita tentang pembentukan kalkulus. Hal ini sesuai dengan pendapat yang mengatakan penyajian poster yang didesain secara jelas baik dari segi bentuk, materi pembelajaran yang menarik dan pewarnaan yang cerah serta menggunakan bahasa yang mudah dimengerti sehingga dapat membantu siswa lebih mudah memahami isi dari materi pembelajaran dan meningkatkan kesadaran mereka untuk menjaga kebersihan gigi dan mulut agar menjadi lebih baik. Penggunaan media poster dalam pembelajaran membuat anak lebih antusias dan bersemangat karena selain menampilkan gambar, media

poster juga memiliki gambar yang berukuran besar dan penggunaan warna yang menarik sehingga anak mudah mengingat pesan pembelajaran yang ada pada poster (Sudjana dan Ahmad, 2007).

Pada penelitian ini, isi materi pada poster berupa proses pembentukan karang gigi yang dimulai dari bakteri, air liur dan sisa makanan yang bergabung menjadi plak hingga mengeras dan membentuk karang gigi. Perawatan yang dilakukan dengan menghilangkan karang gigi tersebut ke dokter gigi. Dijelaskan juga pencegahan agar tidak terbentuk karang gigi dengan menyikat gigi minimal 2 kali sehari setelah sarapan pagi dan sebelum tidur malam, memakai sikat gigi yang bagus kualitasnya sesuai dengan usia, menggunakan dental floss dan menjaga kesehatan gigi dan mulut. Hal ini sesuai dengan penelitian yang menyebutkan bahwa kebiasaan menyikat gigi minimal dua kali sehari setiap sesudah makan dan sebelum tidur malam dapat menghambat perkembangan bakteri dalam mulut. Cara menyikat gigi yang tidak benar/kurang teliti menyebabkan kebersihan gigi dan mulut menjadi kurang sehingga mudah terjadi infeksi. Menghilangkan kebiasaan yang mengganggu kesehatan gigi dan mulut dengan mengurangi makan makanan manis dan melekat, pembersihan karang gigi ke dokter gigi serta segera berobat bila sakit gigi dan periksa gigi minimal 6 bulan sekali ke Puskesmas atau dokter gigi (Wiyatini dkk, 2009).

Pemeriksaan OHI-S ke dua yang dilakukan setelah penyuluhan menggunakan media poster menunjukkan peningkatan kebersihan gigi dan mulut yang pada awalnya masuk dalam kategori sedang, hingga

mengalami peningkatan menjadi kategori baik. Hal ini didukung oleh penelitian yang mengatakan penyuluhan menggunakan poster efektif dalam meningkatkan tingkat kebersihan gigi dan mulut anak tunarungu karena poster dapat menyajikan informasi belajar secara konsisten dan dapat diulang maupun disimpan menurut kebutuhan serta mampu mengkonkretkan konsep-konsep yang bersifat abstrak, sehingga dapat mengurangi verbalisme. Proses penangkapan informasi pada anak tunarungu dipusatkan pada indera penglihatan sehingga kelemahan dalam salah satu indera seperti indera pendengaran yang kurang berfungsi optimal dapat diimbangi dengan kekuatan indera lainnya (Muhson, 2010).

6.3 Perbedaan Kebersihan Gigi dan Mulut (OHI-S) Anak Tunarungu Sebelum dan Setelah Penyuluhan menggunakan Poster

Pada saat pemeriksaan OHI-S pertama terdapat beberapa gigi molar pertama yang harus digantikan dengan gigi molar ke dua. Hal tersebut dikarenakan ada beberapa gigi molar pertama yang hilang dan ada beberapa yang memiliki karies yang besar hingga hanya tersisa sisa akar sehingga tidak dapat dilakukan penilaian. Hasil pemeriksaan OHI-S pertama menunjukkan kategori baik, tetapi ada beberapa anak yang menunjukkan kategori sedang. Pada penelitian ke dua didapatkan hasil kebersihan gigi dan mulut anak tunarungu dalam kategori baik dan pada beberapa anak tunarungu yang awalnya masuk dalam kategori sedang, akhirnya mengalami peningkatan menjadi kategori baik setelah dilakukan penyuluhan menggunakan poster. Hal ini didukung oleh hasil dari penelitian yang menjelaskan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan terhadap tingkat kebersihan gigi dan mulut sebelum dan setelah diberi

penyuluhan menggunakan media poster, berdasarkan hasil statistis yang telah diteliti terjadi penurunan OHI-S menjadi lebih baik sebesar 41 kali yang membuktikan bahwa media poster memiliki peran untuk mengubah atau meneguhkan sikap sasaran sesuai dengan keinginan yang diharapkan (Barus, 2012).

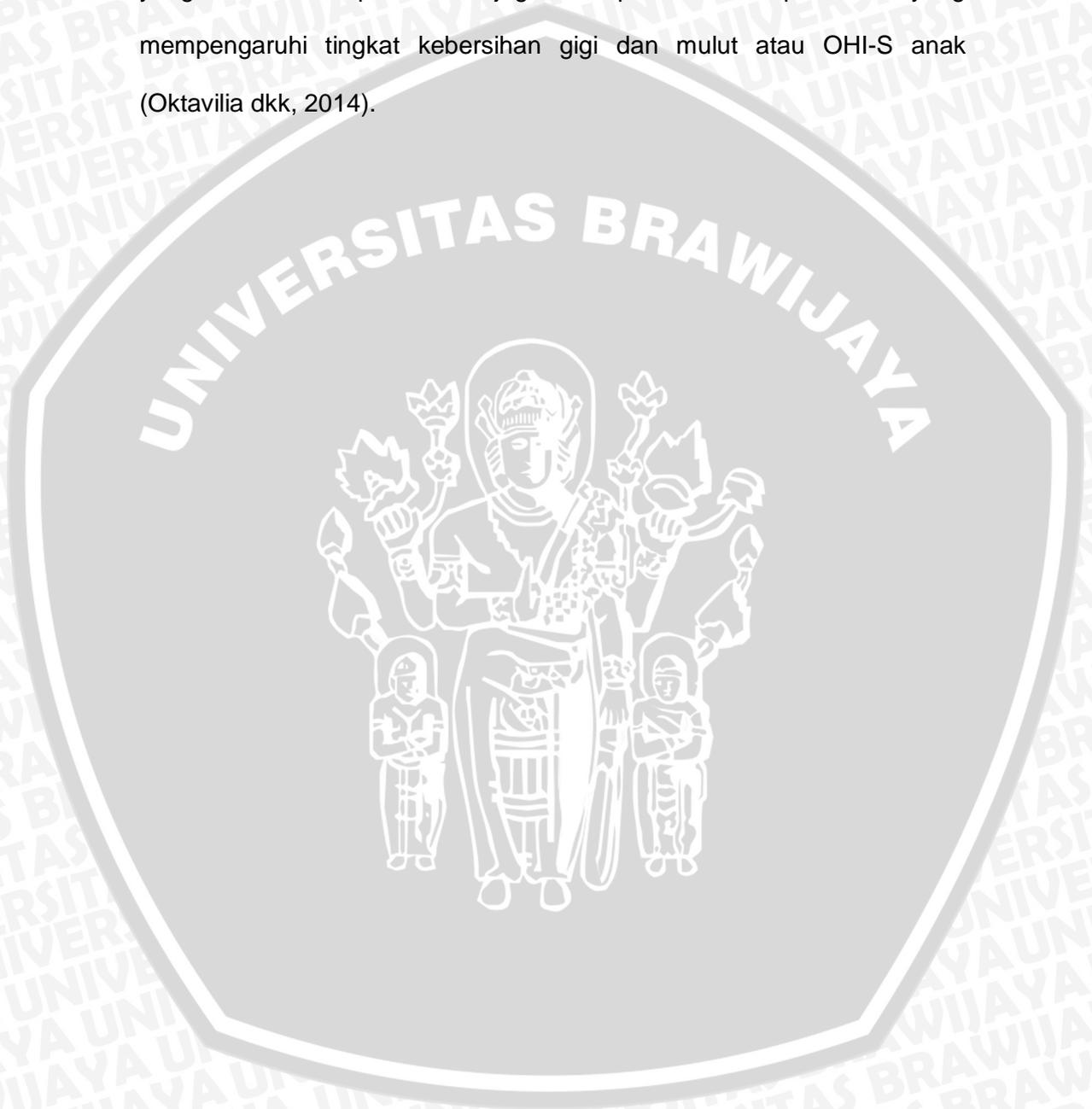
Kebersihan gigi dan mulut anak tunarungu tidak mengalami peningkatan karena OHI-S sebelum dan setelah penyuluhan sudah termasuk dalam kategori baik. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan poster dalam meningkatkan kebersihan gigi dan mulut anak tunarungu antara lain siswa kurang kooperatif saat diberikan penyuluhan dan suara peneliti yang terlalu kecil sehingga kurang didengar yang mengakibatkan penyampaian informasi kesehatan menjadi kurang maksimal. Selain itu, poster yang digunakan dalam penelitian lebih didominasi oleh gambar dari pada tulisan sehingga tidak menjelaskan secara terperinci maksud yang terkandung dalam poster tersebut yang menyebabkan interpretasi masing-masing siswa menjadi berbeda. Hal tersebut sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa salah satu kelemahan poster adalah sulit dipahami dengan mudah karena terkadang lebih didominasi oleh gambar sehingga tidak semua sasaran mudah memahami maksud pesan dari poster tersebut (Depkes RI, 2008). Hal ini menyimpulkan bahwa dalam penelitian ini media poster tidak efektif dalam meningkatkan kebersihan gigi dan mulut anak tunarungu.

Pada anak tunarungu cara penyampaian pesan yang diberikan harus diperhatikan secara khusus dikarenakan keadaan anak tunarungu mengalami hambatan pada indera pendengarannya sehingga akan

menyulitkan jika diberi informasi secara verbal saja. Pada penelitian ini, dilakukan pengamatan pada anak tunarungu untuk melihat seberapa baik anak tunarungu dalam mengingat informasi yang disampaikan saat penyuluhan. Anak tunarungu mengalami kesulitan dalam menangkap informasi yang disampaikan jika menggunakan bahasa verbal saja, sehingga pada saat penyuluhan penyampaian informasi dilakukan menggunakan metode secara visual dan verbal untuk mendapatkan hasil yang maksimal. Hal ini didukung dengan penelitian kepada anak tunarungu yang menunjukkan bahwa ketika tugas-tugas yang diberikan kepada anak tunarungu melibatkan proses visual, anak tunarungu dapat mengingat (*recall*) lebih banyak atau sekurang-kurangnya sama dengan anak-anak yang dapat mendengar, akan tetapi ketika proses verbal dihadirkan, anak tunarungu mengingat informasi lebih sedikit dari pada anak yang mendengar (Alimin, 2008).

Salah satu cara untuk mengontrol perubahan perilaku setelah dilakukan penyuluhan adalah dengan memberikan kartu kontrol. Kartu ini berisi jadwal menyikat gigi setelah sarapan dan sebelum tidur yang bertujuan untuk meningkatkan kebersihan gigi dan mulut siswa SDLB-B. Pada siswa yang kartu kontrolnya terisi penuh terdapat peningkatan kategori yang awalnya sedang, menjadi kategori baik. Hal ini sesuai dengan penelitian yang menyatakan bahwa menyikat gigi dengan frekuensi yang cukup dan waktu yang tepat yakni dua kali sehari, baik setelah makan pagi dan sebelum tidur merupakan hal yang penting untuk mencegah terjadinya kematangan plak pada permukaan gigi (Darwita dkk, 2011). Faktor perilaku *oral hygiene* seperti menyikat gigi setelah

sarapan pagi dan menyikat gigi sebelum tidur malam, serta peran orang tua yang begitu besar dalam memberikan informasi tentang menyikat gigi yang baik dan tepat waktu juga merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kebersihan gigi dan mulut atau OHI-S anak (Oktavilia dkk, 2014).



BAB 7**KESIMPULAN DAN SARAN****7.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis data tentang efektivitas metode penyuluhan menggunakan poster terhadap OHI-S anak tunarungu di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang dalam rangka promosi kesehatan gigi dan mulut, dapat ditarik kesimpulan bahwa :

1. Hasil pengukuran OHI-S sebelum dilakukan penyuluhan menggunakan media poster pada anak tunarungu menghasilkan rata-rata skor OHI-S sebesar 0,9794 yang termasuk kategori baik.
2. Hasil pengukuran OHI-S setelah dilakukan penyuluhan pada anak tunarungu menggunakan media poster menghasilkan rata-rata skor OHI-S sebesar 0,6041 yang termasuk kategori baik.
3. Metode penyuluhan menggunakan media poster tidak efektif terhadap OHI-S anak tunarungu di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian, saran yang bisa diberikan adalah sebagai berikut:

1. Diharapkan dapat dikembangkan alat peraga penyuluhan kesehatan gigi dan mulut yang lebih kreatif dan inovatif terutama alat peraga yang lebih mengutamakan fungsi visual agar mampu

memaksimalkan kemampuan anak tunarungu dalam menerima informasi yang diberikan.

2. Diperlukan penelitian lain yang dapat menggambarkan kebutuhan siswa sekolah dasar luar biasa tipe B tentang kebersihan gigi dan mulut dan menemukan penyebab masalah kesehatan gigi dan mulut tersebut.
3. Diharapkan untuk mengembangkan pembuatan kartu kontrol dengan desain yang lebih menarik dan mengisi kartu kontrol agar dengan pengawasan dan perhatian penuh dari orang tua sehingga pengisian kartu kontrol dapat lebih teliti dan terisi 100% agar meningkatkan kebersihan gigi dan mulut anak tunarungu.
4. Orang tua sebaiknya selalu mendampingi dan mengingatkan anak untuk rajin menyikat gigi minimal dua kali sehari serta peran guru di sekolah untuk meningkatkan pendidikan kesehatan gigi dan mulut saat proses belajar mengajar sebagai upaya promotif dan preventif.
5. Diharapkan untuk membangun UKGS di SDLB karena anak penyandang cacat berisiko lebih tinggi terkena penyakit gigi dan mulut dibanding anak normal sehingga diperlukan pelayanan kesehatan berkala dalam upaya peningkatan kesehatan gigi dan mulut.

DAFTAR PUSTAKA

- Alhamda, S. 2011. *Status Kebersihan Gigi dan Mulut dengan Status Karies Gigi (Kajian pada Murid Kelompok Umur 12 Tahun di Sekolah Dasar Negeri Kota Bukittinggi)*. Padang. hal. 110
- Alimin, Z. 2008. *Hambatan Belajar dan Hambatan Perkembangan Pada Anak Yang Mengalami Kehilangan Fungsi Pendengaran: Jurusan PLB FIP UPI*. hal. 107, 109, 110
- Barus, A. 2012. *Kesehatan Gigi dan Mulut yang Efektif dalam Meningkatkan Kecerdasan Spiritual Anak*. Politeknik Kesehatan Kemenkes Jakarta I. hal. 16-17
- Carranza, F.A. 2015. *Clinical Periodontology*. 12th. Ed. WB. Saunders Company. Philadelphia: hal. 728-745
- Darwita, R.R., Herry N., Budiharto., Puspa D.P., Rizky A, Sandy R.A. 2011. *Efektivitas Program Sikat Gigi Bersama terhadap Resiko Karies Gigi pada Murid Sekolah Dasar*. Universitas Indonesia. hal. 207
- Depkes RI. 2008. *Pusat Promosi Kesehatan, Pedoman Pengelolaan Promosi Kesehatan, Dalam Pencapaian PHBS*. Jakarta. hal. 9
- Dorlan, W.A.N. 2010. *Kamus Kedokteran Dorlan*. Edisi 31. Jakarta: EGC. hal. 536
- Fitriani, S. 2011. *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu. hal. 88, 167-172
- Gede, Y.I., Pandelaki K., Mariati NW. 2013. *Hubungan Pengetahuan Kebersihan Gigi Dan Mulut Dengan Status Kebersihan Gigi Dan Mulut Pada Siswa SMA Negeri 9 Manado*: Universitas Sam Ratulangi Manado. hal. 2
- Hiremath, S.S. 2011. *Textbook of Preventive and Community Dentistry*. Second Edition. India. hal. 202, 203
- Kemenkes RI. 2008. *Pedoman Sosialisasi Prosedur Operasi Standart*. Jakarta. hal. 27-29
- Kemenkes RI. 2010. *Pedoman Pelayanan Kesehatan Anak di Sekolah Luar Biasa (SLB) bagi Petugas Kesehatan*. Jakarta. hal. 2,12
- Kemenkes RI. 2012a. *Data dan Informasi Kesehatan: Seri Buletin Penyakit Tidak Menular*. Jakarta. hal. 15
- Kemenkes RI. 2012b. *Pedoman Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS)*. Jakarta. hal. 4, 15, 20

- Kholid, A. 2012. *Promosi Kesehatan Dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media, dan Aplikasinya*. Jakarta: Raja Grafindo Persada. hal. 47
- Laksmi, D. 2012. *Media Grafis Poster*. Diunduh dari http://file.upi.edu/Direktori/FIP/Jur.Kurikulum_dan_Tek._Pendidikan/197706132001122-Laksmi_Dewi/Media_Grafis/Media_Grafiss_HSL_Mhsiswa/poster/Poster_fix.pdf. hal. 6
- Manson, JD., Eley BM. 2013. *Buku Ajar Periodontia. Edisi 2*, Anastasia S (penterjemah), Hipokrates. Jakarta. hal. 119
- Maulana, H.D.J. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: KGC. hal. 12-13
- Maulani, C. 2005. *Kiat Merawat Gigi Anak*. Jakarta: PT Elex media. Hal 59-60
- Mintjelungan, C., Kustina, K., Elvira, Y. 2013. *Gambaran Status Periodontal dan Kebutuhan Perawatan Anak Tunarungu Usia Sekolah di Sekolah Luar Biasa GMIM Damai Temohon*. Manado: Universitas Sam Ratulangi. hal. 2
- Muhson, A. 2010. *Pengembangan Media Pembelajaran Berbasis Teknologi Informasi: Jurusan Pendidikan Akuntansi Indonesia*. hal. 2-4
- Nazilah, A.N. 2013. *Panduan Penulisan Tugas Akhir/Skripsi dan Laporan Kerja Praktik*. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. hal. 53
- Nield, G.J.S., Willmann, DE. 2011. *Foundations of Periodontics for the Dental Hygienist. 3rd*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins. hal. 67-73
- Noreba, Tuti R., Wan F.M., 2015. *Gambaran Pengetahuan dan Sikap Orang Tua Siswa Kelas I dan II SDN 005 Bukit Kapur Dumai Tentang Karies Gigi*. Universitas Riau. hal. 1-2
- Notoatmodjo, S. 2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya*. Jakarta: Rineka Cipta. hal. 22, 30-31
- Notohartojo I.T., Halim F.X.S. 2010. *Gambaran kebersihan mulut dan gingivitis pada murid sekolah dasar di Puskesmas Sepatan, Kabupaten Tangerang*. Media Litbang Kesehatan. hal. 10
- Nugrahanti, M.D, 2014. *Pengaruh Suasana Kondusif dalam Pembelajaran terhadap Konsentrasi Belajar Siswa di MTs Negeri Wonosegoro Tahun Ajaran 2014*. Salatiga: Sekolah Tinggi Agama Islam Negeri (STAIN). hal. 101
- Nurhidayat, O. 2012. *Perbandingan Media Powerpoint dengan Flipchart Dalam Meningkatkan Pengetahuan Kesehatan Gigi dan Mulut*. Universitas Negeri Semarang. hal. 32

- Oktavilia, W.D., Niken P., Sulistiyani. 2014. *Perbedaan OHI-S DMF-T dan def-t pada Siswa Sekolah Dasar Berdasarkan Letak Geografis di Kabupaten Situbondo*: Universitas Jember. hal. 39-40
- Perry A.D., Beemsterbroer, LP. 2007. *Periodontology For The Dental Hygienis, 3rd Edition*. Saunders. hal. 76
- Rao, A. 2008. *Principle and Practice of Pedodontics*. ed. Jaypee Brothers Medical Publisher. India. hal. 111
- Rismawati L., Kamiel R.B., Rian A.G. 2012. *Analisis manajemen program Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) di UPTD Puskesmas Bantar*. Univ Siliwangi Tasikmalaya. Hal.7
- Rohmatun, A.S. 2011. *Efektifitas Media Visual Dalam Meningkatkan Kemampuan Memahami Isi Berita Pada Anak Tunarungu Di SMPLB Karya Mulia Surabaya*. Institut Agama Islam Negeri Sunan Ampel. hal. 92-93
- Sadiman, A., Rahardjo, H., Rahardjito. 2007. *Media Pendidikan Pengertian, Pengembangan, dan Pemanfaatannya*. Jakarta: Raja Grafindo Persada. hal. 59
- Siagian, K.V. 2005. *Gambaran Oral Hygiene dan Karies Gigi pada Siswa Sekolah Tunarungu dan Tidak Tunarungu Kelompok Usia 11-12 Tahun dan 14-16 Tahun*. Universitas Sumatera Utara. hal. 43-45
- Somantri, S. 2012. *Psikologi Anak Luar Biasa*. Bandung: PT. Refika Aditama, hal.93-98
- Siswanto., Susila., Suyanto. 2013. *Metodololgi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Yogyakarta: Bursa Ilmu. hal. 45
- Sukiman. 2012. *Pengembangan Media Pembelajaran*. Yogyakarta: Pedagogia. hal. 113-114
- Sudjana, N., Ahmad R. 2007. *Media Pengajaran*. Bandung : Sinar Baru Algesindo. hal. 51
- Vernino, A.R., Jonathan L.G., Elizabeth A.H. 2007. *The Periodontic Syllabus. Fifth Edition*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins. hal. 15
- Wasito, D.R., Sarwindah, D., Sulistiani, W. 2010. *Penyesuaian Sosial Remaja Tunarungu yang Bersekolah di Sekolah Umum*. Surabaya: Universitas Hang Tuah. hal. 2
- Wijono, D. 2010. *Manajemen Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat*. Surabaya: Duta Prima Airlangga. hal. 211,212
- Wiyatini, T., Henry S., Suharyo H. 2009. *Faktor-faktor lokal dalam mulut dan perilaku pencegahan yang berhubungan dengan Periodontitis (Studi kasus di tiga Puskesmas Kabupaten Demak)*. UNDIP. hal. 8-10

Lampiran 1

59

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sausan Umar

NIM : 115070400111030

Program Studi : Program Studi Pendidikan Dokter Gigi

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya,

menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri, apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa tugas akhir ini adalah jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

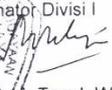
Malang, 18 Agustus 2015

Yang membuat pernyataan,

Sausan Umar

NIM. 115070400111030

ETHICAL CLEARANCE

	<p>KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN THE MINISTRY OF EDUCATION AND CULTURE FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA FACULTY OF MEDICINE UNIVERSITY OF BRAWIJAYA KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE Jalan Veteran Malang – 65145 Telp./ Fax. (62) 341 - 553930</p>
<p>KETERANGAN KELAIKAN ETIK ("ETHICAL CLEARANCE")</p> <p>No. 249 / EC / KEPK – S1 – PSPDG / 04 / 2015</p> <p>KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN</p>	
JUDUL	: Efektivitas Metode Penyuluhan Menggunakan Flipchart Terhadap OHI-S Anak Tunarungu Usia 6-12 Tahun di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang.
PENELITI	: Sausan Umar
UNIT / LEMBAGA	: S1 Pendidikan Dokter Gigi – Fakultas Kedokteran – Universitas Brawijaya Malang
TEMPAT PENELITIAN	: SDLB-B YPTB Malang
DINYATAKAN LAIK ETIK.	
<p>07 APR 2015</p> <p>Malang, Ata Ketua Koordinator Divisi I</p>  <p>Prof. Dr. Teguh W. Sardjono, DTM&H, MSc, SpPark NIP. 19520410 198002 1 001</p> 	
<p>Catatan :</p> <p>Keterangan Laik Etik Ini Berlaku 1 (Satu) Tahun Sejak Tanggal Dikeluarkan Pada Akhir Penelitian, Laporan Pelaksanaan Penelitian Harus Diserahkan Kepada KEPK-FKUB Dalam Bentuk Soft Copy. Jika Ada Perubahan Protokol Dan / Atau Perpanjangan Penelitian, Harus Mengajukan Kembali Permohonan Kajian Etik Penelitian (Amandemen Protokol).</p>	

Lampiran 3

Lembar Persetujuan Subjek

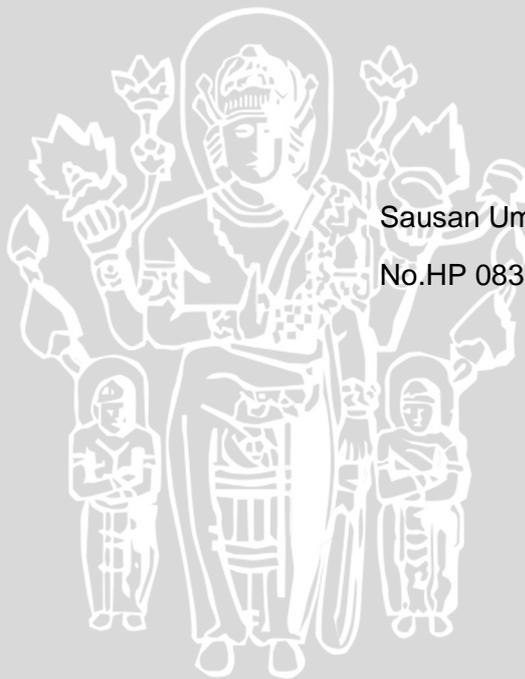
PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya adalah Sausan Umar Jurusan Pendidikan Dokter Gigi dengan ini memohon Bapak/Ibu untuk mengizinkan putra/putri dari Bapak/Ibu dalam berpartisipasi secara sukarela dalam penelitian yang berjudul "Efektivitas Metode Penyuluhan Menggunakan Poster terhadap OHI-S Anak Tunarungu di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang".
2. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas penyuluhan menggunakan media poster terhadap OHI-S anak tunarungu di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang. Dapat memberi manfaat antara lain dapat meningkatkan tingkat kebersihan gigi dan mulut, serta dapat memberikan alternatif metode pembelajaran dalam program UKGS.
Penelitian ini akan berlangsung selama 2 hari dengan selang waktu dari hari pertama dan hari ke dua adalah 10 minggu, dengan alasan proses pembentukan karang gigi menjadi maksimum terjadi selama 10 minggu. Responden yang diambil adalah seluruh anak tunarungu yang memenuhi kriteria inklusi di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang yang akan diambil dengan cara *total sampling*.
3. Prosedur pengambilan sampel adalah semua siswa yang bersedia menjadi sampel penelitian diberi penyuluhan tentang kesehatan gigi dan mulut dengan menggunakan media poster. Sebelum dilakukan penyuluhan, para siswa diperiksa kebersihan mulutnya oleh peneliti dan dokter gigi. Setelah penyuluhan selesai, para siswa diberi kartu kendali dengan harapan para siswa dapat menerapkan sikat gigi secara rutin di rumah dan orang tua memberi tanda tangan pada kartu kendali tersebut. Setelah 10 minggu, peneliti kembali ke tempat penelitian untuk memeriksa kebersihan mulut para siswa yang dilakukan oleh peneliti dan dokter gigi.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu peroleh dengan keikutsertaan putra/putri Bapak/Ibu adalah meningkatnya kebersihan gigi dan mulut.
5. Jika muncul ketidaknyaman/kerugian yang Bapak/Ibu rasakan, maka Bapak/Ibu dapat menghubungi peneliti/contact person sebagai berikut :
Sausan Umar (083850000806)

6. Seandainya Bapak/Ibu tidak menyetujui cara ini maka Bapak/Ibu dapat memilih cara lain atau Bapak/Ibu boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali. Untuk itu Bapak/Ibu tidak akan dikenai sanksi apapun.
7. Nama dan jati diri putra/putri dari Bapak/Ibu akan tetap dirahasiakan.
8. Dalam penelitian ini putra/putri dari Bapak/Ibu akan mendapatkan kompensasi berupa sikat gigi, pasta gigi, buku alat tulis dan konsumsi.

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

Peneliti



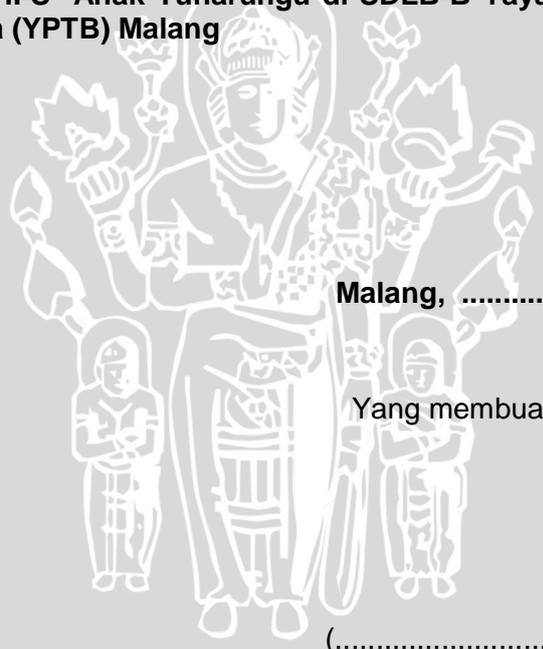
Sausan Umar

No.HP 0838 500 0 080 6

Pernyataan Persetujuan untuk Berpartisipasi dalam Penelitian

Saya yang bertandatangan dibawah ini meyakini bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar persetujuan diatas dan telah dijelaskan oleh peneliti
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela mengizinkan putra/putri saya untuk ikut serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul **Efektivitas Metode Penyuluhan Menggunakan Poster Terhadap OHI-S Anak Tunarungu di SDLB-B Yayasan Pendidikan Tunas Bangsa (YPTB) Malang**



Malang, , 2015

Peneliti

Yang membuat pernyataan

(.....)

(.....)

NIM.

Saksi I

Saksi II

(.....)

(.....)



Lampiran 4

Desain Poster

KARANG GIGI

Proses Pembentukan Karang Gigi




- 1

bakteri + air liur
+ sisa makanan = plak

waktu 0-7 hari
- 2

plak bergabung dengan
kotoran dan mineral

waktu 7-14 hari
- 3

kotoran dan mineral
mengeras menjadi
karang gigi

waktu >14 hari



Perawatan:
Menghilangkan
Karang Gigi
ke Dokter Gigi



Pencegahan:

2X
/DAY



- > Minimal sikat gigi 2 x sehari, setelah sarapan pagi dan sebelum tidur malam
- > Menyikat gigi
Kepala sikat berbentuk oval dengan ukuran 15-24 mm x 8 mm (anak-anak) dan 25-29 mm (dewasa). Bulu sikat yang halus, lembut, dan tidak menyerap air.
- > Menggunakan dental floss
- > Menjaga kesehatan gigi dan mulut



90x120 cm

Panjang x Lebar : 90 cm x 120 cm

Lampiran 5

LEMBAR PEMERIKSAAN ORAL HYGIENE INDEX (OHI-S)

Nama :

Usia :

Jenis Kelamin :

Pemeriksaan OHI-S Pertama

Tanggal :

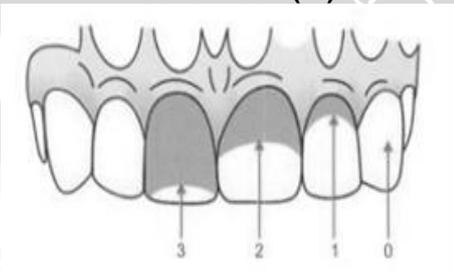
Elemen	Skor Debris	Skor Kalkulus
Bukal 16		
Labial 11		
Bukal 26		
Lingual 36		
Labial 31		
Lingual 46		

Pemeriksaan OHI-S Kedua

Tanggal:

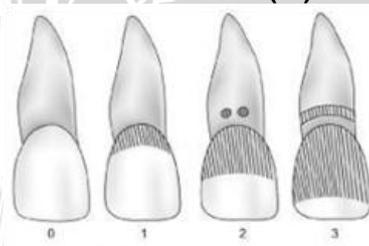
Elemen	Skor Debris	Skor Kalkulus
Bukal 16		
Labial 11		
Bukal 26		
Lingual 36		
Labial 31		
Lingual 46		

Debris Index (DI)



- 0 : tidak ada debris
- 1 : debris lunak ≤ 1/3 yang menutupi permukaan gigi
- 2 : debris yang menutupi > 1/3 tapi ≤ 2/3 permukaan gigi
- 3 : debris yang menutupi > 2/3 permukaan gigi

Calculus Index (CI)



- 0 : tidak ada kalkulus
- 1 : kalkulus supragingiva yang menutupi ≤ 1/3 permukaan gigi
- 2 : kalkulus supragingiva yang menutupi > 1/3 tapi ≤ 2/3 permukaan gigi atau ada noda kalkulus subgingiva pada bagian servikal gigi atau keduanya
- 3 : kalkulus supragingiva yang menutupi > 2/3 permukaan gigi atau ada lempengan kalkulus subgingiva pada bagian servikal gigi atau keduanya

OHI-S = DI + CI

Kriteria OHI-S

- Baik : 0.0 – 1,2
- Sedang : 1,3 – 3,0
- Buruk : 3,1 – 6,0



Lampiran 6

KARTU KONTROL AKTIVITAS MENYIKAT GIGI

Nama : _____ Usia : _____
 Jenis Kelamin : _____ Sekolah : _____

HARI KE-	AKTIVITAS MENYIKAT GIGI		HARI KE-	AKTIVITAS MENYIKAT GIGI		HARI KE-	AKTIVITAS MENYIKAT GIGI	
	PAGI (Setelah Sarapan)	MALAM (Sebelum Tidur)		PAGI (Setelah Sarapan)	MALAM (Sebelum Tidur)		PAGI (Setelah Sarapan)	MALAM (Sebelum Tidur)
	Minggu	Ke-1		Minggu	Ke-5		Minggu	Ke-9
1.			29.			57.		
2.			30.			58.		
3.			31.			59.		
4.			32.			60.		
5.			33.			61.		
6.			34.			62.		
7.			35.			63.		
	Minggu	Ke-2		Minggu	Ke-6		Minggu	Ke-10
8.			36.			64.		
9.			37.			65.		
10.			38.			66.		
11.			39.			67.		
12.			40.			68.		
13.			41.			69.		
14.			42.			70.		
	Minggu	Ke-3		Minggu	Ke-7			
15.			43.					
16.			44.					
17.			45.					
18.			46.					
19.			47.					
20.			48.					
21.			49.					
	Minggu	Ke-4		Minggu	Ke-8			
22.			50.					
23.			51.					
24.			52.					
25.			53.					
26.			54.					
27.			55.					
28.			56.					

***Mohon untuk mengisi kotak kosong dengan tanda tangan orang tua/wali**



Lampiran 7

HASIL PENELITIAN

No.	Sebelum Penyuluhan				Setelah Penyuluhan			
	DI	CI	OHI-S	Kriteria	DI	CI	OHI-S	Kriteria
1.	10	0	0,83	Baik	7	0	0,58	Baik
2.	8	0	0,67	Baik	7	0	0,58	Baik
3.	14	0	1,17	Baik	3	0	0,25	Baik
4.	13	0	1,08	Baik	5	0	0,42	Baik
5.	8	0	0,67	Baik	6	0	0,50	Baik
6.	8	0	0,67	Baik	5	0	0,42	Baik
7.	11	0	0,97	Baik	10	0	0,83	Baik
8.	8	0	0,67	Baik	5	0	0,42	Baik
9.	9	0	0,75	Baik	4	0	0,33	Baik
10.	11	1	1,00	Baik	7	1	0,67	Baik
11.	14	4	1,50	Sedang	11	5	1,33	Sedang
12.	11	0	0,97	Baik	7	0	0,58	Baik
13.	9	0	0,75	Baik	6	0	0,50	Baik
14.	14	7	1,75	Sedang	10	0	0,83	Baik
15.	8	0	0,67	Baik	4	0	0,33	Baik
16.	7	0	0,58	Baik	5	0	0,42	Baik
17.	14	0	1,17	Baik	8	0	0,67	Baik
18.	12	2	1,17	Baik	8	2	0,83	Baik
19.	8	0	0,67	Baik	0	0	0,00	Baik
20.	9	7	1,33	Sedang	7	9	1,33	Sedang
21.	8	5	1,08	Baik	5	4	0,75	Baik
22.	15	9	2,00	Sedang	9	5	1,17	Baik
23.	11	4	1,25	Baik	4	3	0,58	Baik
24.	9	0	0,75	Baik	3	1	0,33	Baik
25.	8	2	0,83	Baik	2	3	0,47	Baik
26.	13	0	1,08	Baik	9	1	0,83	Baik
27.	13	7	1,67	Sedang	10	9	1,58	Sedang
28.	7	0	0,58	Baik	1	0	0,08	Baik
29.	7	1	0,67	Baik	4	1	0,47	Baik
30.	10	1	0,97	Baik	5	1	0,50	Baik
31.	6	3	0,75	Baik	5	1	0,50	Baik
32.	7	1	0,67	Baik	2	1	0,25	Baik
	Rata-rata			Baik	Rata-rata			Baik

*OHI-S sebelum penyuluhan : Kategori sedang = 5 orang
 Kategori baik = 27 orang

*OHI-S setelah penyuluhan : Kategori sedang = 3 orang
 Kategori baik = 29 orang

Lampiran 8

HASIL UJI STATISTIK

Uji Normalitas

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
OHIS_sbl	.222	5	.200 [*]	.866	5	.252
	.258	10	.057	.861	10	.077
	.271	6	.192	.867	6	.216
	.219	3	.	.987	3	.780
	.207	8	.200 [*]	.827	8	.056
OHIS_ssd	.228	5	.200 [*]	.880	5	.310
	.168	10	.200 [*]	.869	10	.097
	.189	6	.200 [*]	.976	6	.928
	.270	3	.	.948	3	.562
	.324	8	.013	.827	8	.055

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

T berpasangan

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	OHI_S_SBL	.8322	32	.39382	.06962
	OHI_S_SSD	.7316	32	.40215	.07109

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	OHI_S_SBL & OHI_S_SSD	32	.693	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	OHI_S_SBL - OHI_S_SSD	.10063	.31171	.05510	-.01176	.21301	1.826	31	.077



Lampiran 9

LAPORAN DATA JUMLAH PESERTA DIDIK SDLB MALANG

DINAS PENDIDIKAN KOTA MALANG

No.	Sekolah	NP SN	Status	Alamat	Kecamatan	Kabupa- ten/Kota	Jumlah Siswa
273.	SDLB Sumber Dharma	2053 4066	Swasta	Jl. Candi Jago 28 Malang	Kec. Blimbing	Kota Malang	23
274.	SDLB D-D1 YPAC Malang	2053 3714	Swasta	Jl. Raden Tumenggung Suryo 39	Kec. Blimbing	Kota Malang	45
275.	SLBS BCG IDAYU	2053 3730	Swasta	Perum. Graha Permata Sulfat	Kec. Blimbing	Kota Malang	14
276.	SDLB N Kedungkan- dang	2053 3636	Negeri	Jl. H. Ali Nasrudin No.2	Kec. Kedungkan- dang	Kota Malang	126
277.	SDLB-B YPTB Malang	2054 0188	Swasta	Jl. B. Slamet Riyadi 126	Kec. Klojen	Kota Malang	40
278.	SDLB Putra Jaya Malang	2053 4068	Swasta	Nusa Indah 11 A	Kec. Lowokwaru	Kota Malang	40
279.	SLB Autis Laboratorium UM	2054 0208	Swasta	Jl. Surabaya no.6	Kec. Lowokwaru	Kota Malang	30
280.	SLBS River Kids	2053 9435	Swasta	Perum. Uniga 41 Joyo Grand Atas	Kec. Lowokwaru	Kota Malang	28
281.	SDLBS Bhakti Luhur	2053 3113	Swasta	Jl. Raya Dieng no.40	Kec. Sukun	Kota Malang	234

Lampiran 10

DAFTAR SISWA SDLB-B YPTB MALANG
KELAS 1 s.d 6 TAHUN PELAJARAN 2014/2015

No.	Nama Siswa	No. Induk	Kelas	Tempat dan Tanggal Lahir
1.	Salsabila Naqiyyatun Nadhifah	269	1	Malang, 24-05-2006
2.	Jauza Kirana Ramadhani	277	1	Denpasar, 26-09-2006
3.	Reva Wahyu Andini	268	1	Malang, 05-09-2007
4.	Muhammad Irfan	267	1	Malang, 01-06-2005
5.	Kholida As Syifa	266	1	Malang, 11-05-2006
6.	Ayu Larasati Kusumaningrum	265	1	Malang, 22-03-2006
7.	Aura Herlinda Veronika	264	1	Lumajang, 30-03-2005
8.	Afif Aldiansyah	263	1	Malang, 28-01-2006
9.	Metyu Abhinaya Setya Putra	258	1	Malang, 25-06-2005
10.	Zachryansyah	262	2	Malang, 07-05-2006
11.	Triadi Bagus Tresna Pamungkas	261	2	Malang, 03-08-2005
12.	Raina Anahira Carissa	260	2	Malang, 06-04-2006
13.	Naila Diva Azzahra	259	2	Malang, 16-05-2006
14.	Gita Nuraini	257	2	Malang, 26-01-2006
15.	Ararya Ayodya Aptanta	256	2	Malang, 30-07-2005
16.	Anhika Arya Mahendra	255	2	Surabaya, 11-09-2006
17.	Amelia Latifah Putri Baskuri Achmad	254	2	Malang, 22-04-2006
18.	Akbar Atma Kharisma	253	2	Malang, 05-02-2005
19.	Jihaan	251	3	Batu, 24-03-2004
20.	Devi Lestari Putri Dwi Aulia	250	3	Malang, 20-12-2005
21.	Muhammad Dhani D.	248	4	Malang, 15-10-2002
22.	Rosita Hermawan Putri	247	4	Surabaya, 04-10-2001
23.	Fahmia Andika Rosalina	246	4	Malang, 10-09-1998
24.	Azza Aulan Nisa	245	4	Pekalongan, 03-10-2000
25.	Rendra Pranata	239	4	Malang, 19-07-2001
26.	Aditya Bagus Firmansyah	240	4	Malang, 01-06-2001
27.	Kent Zidan Ajsoko N	242	4	Malang, 10-07-2001
28.	Hafizh Ardiansyah	243	5	Malang, 26-01-2002
29.	Fany Wulandari	235	5	Malang, 17-06-2000
30.	Bunga Oktavia Shabrina	237	5	Malang, 23-10-2002
31.	Muhammad Ainur Roziqin	241	5	Malang, 05-04-2001
32.	Ahmad Fathinno	238	5	Malang, 05-11-2001
33.	Reza Revansyah Susanto	234	6	Malang, 01-08-2001
34.	Ferry Ardianto	233	6	Malang, 21-01-2001
35.	Farhan Ramadhan Soewandi	231	6	Malang, 23-12-2000
36.	Eka Galih Sandy Agusta	228	6	Malang, 25-08-2000
37.	Endjie Apta Martiaz Harine	227	6	Malang, 19-03-2001
38.	Rozaq Akbar Isna Putra	226	6	Malang, 01-02-2001

Lampiran 11

TINGKAT TUNARUNGU SISWA SDLB-B YPTB MALANG

KELAS 1 s.d 6 TAHUN PELAJARAN 2014/2015

No.	Nama Siswa	Telinga Kanan	Tingkat Tunarungu	Telinga Kiri	Tingkat Tunarungu
1.	Salsabila Naqiyatun Nadhifah	>100 dB	Tingkat 4	>100 dB	Tingkat 4
2.	Jauza Kirana Ramadhani	-	-	-	-
3.	Reva Wahyu Andini	105 dB	Tingkat 4	90 dB	Tingkat 4
4.	Muhammad Irfan	-	-	-	-
5.	Kholida As Syifa	>100 dB	Tingkat 4	>100 dB	Tingkat 4
6.	Ayu Larasati Kusumaningrum	>100 dB	Tingkat 4	>100 dB	Tingkat 4
7.	Aura Herlinda Veronika	>100 dB	Tingkat 4	>100 dB	Tingkat 4
8.	Afif Aldiansyah	>100 dB	Tingkat 4	>100 dB	Tingkat 4
9.	Metyu Abhinaya Setya Putra	>70 dB	Tingkat 3	>70 dB	Tingkat 3
10.	Zachryansyah	-	-	-	-
11.	Triadi Bagus Tresna Pamungkas	105 dB	Tingkat 4	70 dB	Tingkat 3
12.	Raina Anahira Carissa	>100 dB	Tingkat 4	70 dB	Tingkat 3
13.	Naila Diva Azzahra	108 dB	Tingkat 4	108 dB	Tingkat 4
14.	Gita Nuraini	-	-	-	-
15.	Ararya Ayodya Aptanta	>100 dB	Tingkat 4	>100 dB	Tingkat 4
16.	Andhika Arya Mahendra	>100 dB	Tingkat 4	>100 dB	Tingkat 4
17.	Amelia Latifah Putri Baskuri Achmad	>100 dB	Tingkat 4	>100 dB	Tingkat 4
18.	Akbar Atma Kharisma	>100 dB	Tingkat 4	>80 dB	Tingkat 3
19.	Jihaan	-	-	-	-
20.	Devi Lestari Putri Dwi Aulia	-	-	-	-
21.	Muhammad Dhani D.	-	-	-	-
22.	Rosita Hermawan Putri	>110 dB	Tingkat 4	>110 dB	Tingkat 4
23.	Fahmia Andika Rosalina	-	-	-	-
24.	Azza Aulan Nisa	>100 dB	Tingkat 4	>100 dB	Tingkat 4
25.	Rendra Pranata	-	-	-	-
26.	Aditya Bagus Firmansyah	>100 dB	Tingkat 4	>100 dB	Tingkat 4
27.	Kent Zidan Ajisoko N	98,75 dB	Tingkat 4	92,75 dB	Tingkat 4
28.	Hafizh Ardiansyah	90 dB	Tingkat 4	90 dB	Tingkat 4
29.	Fany Wulandari	-	-	-	-
30.	Bunga Oktavia Shabrina	>100 dB	Tingkat 4	>100 dB	Tingkat 4
31.	Muhammad Ainur Roziqin	-	-	-	-
32.	Ahmad Fathinno	80 dB	Tingkat 3	80 dB	Tingkat 3
33.	Reza Revansyah Susanto	-	-	-	-
34.	Ferry Ardianto	>90 dB	Tingkat 4	>90 dB	Tingkat 4
35.	Farhan Ramadhan Soewandi	>100 dB	Tingkat 4	>100 dB	Tingkat 4
36.	Eka Galih Sandy Agusta	-	-	-	-
37.	Endjie Apta Martiaz Harine	-	-	-	-
38.	Rozaq Akbar Isna Putra	-	-	-	-

Lampiran 12

DOKUMENTASI KEGIATAN



Pemeriksaan OHI-S sebelum penyuluhan



Pencatatan skor OHI-S



Penyuluhan menggunakan poster



Pemberian hadiah



Foto bersama siswa SDLB-B YPTB Malang



Pemeriksaan OHI-S setelah penyuluhan



Alat dan bahan yang digunakan



Foto bersama guru dan siswa SDLB-B YPTB Malang



Pemberian flipchart kepada SDLB-B YPTB Malang



Pemberian poster kepada SDLB-B YPTB Malang