

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit Periodontal

2.1.1 Definisi

Penyakit periodontal adalah suatu inflamasi kronis pada jaringan pendukung gigi (periodontium). Penyakit periodontal dapat hanya mengenai gingiva (gingivitis) atau dapat menyerang struktur yang lebih dalam (periodontitis). Gambaran klinis yang membedakan antara gingivitis dan periodontitis adalah ada tidaknya kerusakan jaringan periodontal destruktif umumnya dihubungkan dengan keberadaan dan atau meningkatnya jumlah bakteri patogen spesifik seperti *Phorphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Bacteriodes forsythus* dan *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (Carranza, 2012).

2.2 Etiologi Penyakit Periodontal

2.2.1 Faktor Utama

Penyebab utama dari penyakit periodontal adalah iritasi bakteri. Bakteri menumpuk dan berkolonisasi pada leher gingiva untuk membentuk plak pada keadaan kebersihan mulut yang tidak memadai. Semua bakteri plak dianggap mempunyai beberapa faktor virulensi yang menyebabkan inflamasi gingival dan kerusakan periodontal. Keadaan ini menunjukkan bahwa plak akan menimbulkan penyakit

tanpa tergantung komposisinya. Namun demikian, sejumlah plak biasanya tidak mengganggu kesehatan gingiva dan periodontal dan beberapa pasien bahkan mempunyai jumlah plak yang cukup besar yang sudah berlangsung lama tanpa mengalami periodontitis yang merusak walaupun mereka mengalami gingivitis (Carranza, 2012).

Bakteri yang berperan dalam pembentukan plak adalah *simple mono-layer* bakteri gram-positif, yaitu *cocoid* seperti *S.sanguis*, *A.viscosus*, dan *S.mutans* yang berkolonisasi pada permukaan email dan *marginal gingiva* kemudian membentuk koloni mikroba yang kompleks secara terus menerus oleh bakteri gram-negatif anaerob, yaitu: *coccus*, *filame* dan *spirochetes* (Lang, NP. *et al.*, 2009).

2.2.2 Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi antara lain berupa faktor lokal dan faktor sistemik. Faktor lokal meliputi kavitas karies, restorasi gagal, tumpukan sisa makanan, gigi tiruan yang desainnya tidak baik, kawat orthodonti dan susunan gigi geligi yang tidak teratur, sedangkan faktor sistemik meliputi usia, *cigarettes*, penyakit sistemik, faktor hormonal, gangguan psikologi dan obat-obatan (Carranza, 2012).

2.3 Plak Bakteri

2.3.1 Definisi

Dental plak merupakan suatu deposit lunak yang terdiri atas kumpulan bakteri yang berkembang biak di dalam lapisan suatu matrik intraseluler. Lapisan ini terbentuk dan melekat erat pada permukaan gigi bila seseorang mengabaikan kebersihan gigi dan mulutnya. Plak ini tetap

melekat meskipun ada gerakan otot, aksi pembersihan saliva, ataupun berkumur jika tanpa disertai pembersihan secara mekanis. Dalam jumlah sedikit plak tidak dapat terlihat kecuali apabila telah diwarnai dengan *disclosing solution* atau telah mengalami diskolorasi oleh pigmen – pigmen yang berada dalam rongga mulut. Apabila plak telah menumpuk, plak akan terlihat berwarna abu–abu, kekuningan dan kuning. Plak biasanya terbentuk pada sepertiga permukaan gingival dan pada permukaan gigi yang cacat dan kasar (Megananda *et al*, 2009).

2.3.2 Macam Plak

a. Plak Supragingiva

Plak supragingival didefinisikan sebagai plak yang menumpuk mahkota klinis gigi di atas gingiva margin. Plak supragingiva dalam jumlah yang sedikit tidak terlihat secara klinis kecuali bila plak tersebut diwarnai oleh pigmen yang berasal dari rongga mulut atau pewarnaan dengan *disclosing solution*. Selama akumulasi dan pembentukan plak, plak nampak sebagai massa globular yang terlihat dengan permukaan bernodul yang bervariasi warnanya mulai abu-abu kekuningan sampai kuning. Plak supra gingival pada umumnya berkembang pada daerah 1/3 gingiva terutama pada permukaan yang kasar dan tepi restorasi yang *overhanging*.

b. Plak Subgingiva

Plak subgingiva adalah plak yang terdapat di bawah gingival margin dalam sulkus gingival atau periodontal poket. Plak subgingiva dapat dibedakan atas plak subgingiva yang melekat pada gigi dan plak subgingiva yang melekat pada epitelium. Pada permukaan gigi,

bakteri plak melekat pada sulkus gingival dan poket periodontal. Plak subgingiva yang melekat pada epithelium merupakan komponen plak subgingiva yang berhubungan langsung dengan epitel subgingiva, dan meluas dari margin gingiva sampai junctional epithelium (Muin, 2011).

2.3.3 Mekanisme Pembentukan Plak

Proses pembentukan plak tersebut dapat dibagi menjadi tiga fase, yaitu pembentukan pelikel, kolonisasi awal pada permukaan gigi serta kolonisasi sekunder dan pematangan plak. Ketiga proses pembentukan plak ini akan dibahas dalam subbab berikut.

2.3.3.1 Pembentukan Pelikel

Pembentukan pelikel pada dasarnya merupakan proses perlekatan protein dan glikoprotein saliva pada permukaan gigi. Pelikel tersebut berasal dari saliva dan cairan sulkular. Pada fase awal permukaan gigi atau restorasi akan dibalut oleh pelikel glikoprotein. Pelikel merupakan suatu lapisan organik bebas bakteri dan terbentuk dalam beberapa menit setelah permukaan gigi yang bersih berkontak dengan saliva dan pada permukaan gigi berupa material stein yang terang apabila gigi diwarnai dengan bahan pewarna plak. Pelikel berfungsi sebagai penghalang protektif yang akan bertindak sebagai pelumas permukaan dan mencegah desikasi (pengeringan) jaringan. Selain itu, pelikel bekerja seperti perekat bersisi dua, satu sisi melekat ke permukaan gigi, sedangkan permukaan lainnya merupakan sisi yang melekatkan bakteri pada permukaan gigi.

2.3.3.2 Kolonisasi Awal pada Permukaan Gigi

Kolonisasi awal pada permukaan gigi di permukaan enamel dalam 3-4 jam didominasi oleh mikroorganisme fakultatif gram positif, seperti *Streptococcus sanguis*, *Streptococcus mutans*, *Streptococcus mitis*, *Streptococcus salivarius*, *Actinomyces viscosus* dan *Actinomyces naeslundii*. Pengkoloni awal tersebut melekat ke pelikel dengan bantuan *adhesion*, yaitu : molekul spesifik yang berada pada permukaan bakteri. Dalam perkembangannya terjadi perubahan ekologis pada biofilm, yaitu peralihan dari lingkungan awal yang bersifat aerob dengan spesies bakteri fakultatif gram-positif menjadi lingkungan yang sangat miskin oksigen dengan adanya spesies bakteri anaerob gram-negatif setelah 24 jam.

2.3.3.3 Kolonisasi Sekunder dan Pematangan Plak

Plak akan meningkat jumlahnya setelah kolonisasi awal permukaan gigi melalui dua mekanisme terpisah, yaitu:

- a. Multiplikasi dari bakteri yang telah melekat pada permukaan gigi.
- b. Multiplikasi serta perlekatan lanjut bakteri yang ada dengan bakteri baru.

Dalam tiga hari, pengkoloni sekunder yang tidak turut sebagai pengkoloni awal ke permukaan gigi yang bersih meningkat, seperti *Prevotella intermedia*, *Prevotella loesheii*, spesies *Capnocytophaga*, *Fusobacterium nucleatum* dan *Prophyromonas gingivalis*. Bakteri pengkoloni sekunder akan melekat ke bakteri yang sudah melekat ke pelikel. Interaksi yang menimbulkan perlekatan bakteri pengkoloni sekunder ke bakteri pengkoloni awal dinamakan koagregasi. Fase akhir

pematangan plak pada hari ke-7 ditandai dengan menurunnya jumlah bakteri gram positif dan meningkatnya bakteri gram negatif (Carranza, 2012).



Gambar 2.2 Teori Pembentukan Plak (Carranza, 2012)

2.4 Metode Kontrol Plak melalui Menyikat Gigi

Fokus dari setiap upaya untuk mencegah dan mengendalikan penyakit periodontal adalah pemeliharaan secara bertahap dan efektif kontrol plak oleh individu melalui kebersihan sehari-hari gigi dan mulutnya. Sebagian besar orang tidak menguasai perawatan diri yang optimal dan perilaku untuk meningkatkan kesehatan gigi dan mulut secara konsisten yang efektif. Menyikat gigi adalah metode yang paling sering dilakukan dan diterima luas dalam praktik kebersihan gigi dan mulut.

Tujuan utamanya adalah untuk menurunkan organisme dalam plak gigi sebagai penyebab penyakit gigi dan mulut termasuk karies gigi, penyakit periodontal, dan halitosis (Ristika, 2014).

Selain perawatan pencegahan yang dilakukan oleh dokter gigi, kebersihan mulut individu yang dilakukan di rumah juga penting. Kebersihan gigi dan mulut diperlukan untuk menghilangkan biofilm bakteri secara mekanik dengan menyikat gigi dan membersihkan daerah interproksimal dengan benang atau menyikat gigi menggunakan sikat interdental yang dirancang khusus. Sikat gigi secara manual paling sering digunakan untuk membantu menjaga kebersihan mulut karena efektivitas biaya dan kemudahan dalam ketersediaannya. Kebiasaan menyikat gigi yang baik harus dibentuk pada usia muda karena kontrol plak sangat penting untuk pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut. Kebiasaan menjaga kesehatan gigi dan mulut dipengaruhi oleh pengetahuan yang dimiliki (Ristika, 2014).

2.5 Macam Teknik Menyikat Gigi

Teknik menyikat gigi yang tepat sangat penting dalam mencapai kebersihan gigi dan mulut. Banyak anak yang tidak diberi pengetahuan tentang cara menyikat gigi. Keberhasilannya juga masih tergantung pada pasta gigi, jenis sikat, waktu menyikat, dan metode menyikat gigi yang digunakan. Metode menyikat gigi manual termasuk Bass, Stillman, Fones, Charter, horizontal, vertikal, Scrub, dan Roll telah diajarkan selama beberapa dekade. Dari beberapa metode menyikat gigi, metode Bass dan

metode Roll merupakan metode yang paling sering direkomendasikan dalam praktek dokter gigi (Ristika, 2014).

Metode Bass merupakan metode yang berfokus pada pembersihan servikal dan interproksimal gigi sedangkan pada metode Roll pembersihan daerah sulkus kurang tetapi memiliki keuntungan stimulasi gingiva yang baik. Menyikat gigi dengan metode Bass mengutamakan pembersihan plak pada daerah sulkus gingiva. Sebagian besar plak terdapat pada bagian di bawah margin gingiva. Secara teknik dalam menyikat gigi menggunakan metode Bass dibutuhkan kemampuan, kesabaran, dan pengetahuan mengenai cara menyikat gigi dengan metode tersebut agar diperoleh hasil yang optimal. Metode Roll lebih mengarah pada pembersihan mahkota klinis gigi. Menyikat gigi dengan metode Roll banyak dipakai karena sederhana dan mudah untuk dipelajari. Kemampuan subjek dalam menyerap informasi dan pengajaran tentang metode menyikat gigi juga berpengaruh pada pembersihan plak bagi anak-anak, tergantung pada urutan belajar dan perkembangan keterampilan motorik. Sehingga sebagian besar dokter gigi menganjurkan teknik menyikat gigi dengan metode Roll berdasarkan pertimbangan tersebut (Ristika, 2014).

2.6 Dental Health Education

2.6.1 Definisi

Pendidikan kesehatan gigi adalah proses pendidikan yang terencana, terarah, dan berkesinambungan untuk mengubah perilaku meliputi perubahan pengetahuan, sikap, dan tindakan yang mengarah

kepada upaya hidup sehat yang diharapkan bertambah baik sehingga diperoleh derajat kesehatan gigi dan mulut yang optimal (Herijulianti, 2002).

Tujuan pendidikan kesehatan gigi adalah untuk memperkenalkan kepada anak tentang kesehatan gigi dengan usaha preventif dan promotif, mengingatkan dan mengusahakan timbulnya kesadaran serta keyakinan untuk meningkatkan kesehatan gigi dan mulut, menjabarkan akibat yang ditimbulkan dari kelalaian menjaga kebersihan gigi dan mulut, menanamkan perilaku sehat sejak dini melalui kunjungan ke sekolah, dan menjalin kerjasama dengan masyarakat dalam memberikan penyuluhan langsung (Herijulianti, 2002).

2.6.2 Manfaat DHE dalam Kesehatan Gigi dan Mulut Anak

Manfaat pendidikan kesehatan gigi secara dini pada anak yang diajukan oleh para ahli pada intinya sama yaitu memberikan pengetahuan dan pemahaman tentang kesehatan gigi dan mulut, adanya perubahan perilaku anak setelah munculnya kesadaran dalam meningkatkan kesehatan gigi dan mulut, keikutsertaan orang tua memberikan pengaruh positif dalam memotivasi anak sejak dini tentang kesehatan gigi dan mulut, menghemat biaya, efisiensi waktu dan tenaga dalam perawatan gigi, dapat menurunkan tingkat penyakit gigi dan mulut seperti penyakit periodontal yang sering menyerang anak-anak sehingga upaya pencegahan dini melalui pendidikan kesehatan gigi kepada anak merupakan strategi yang paling efektif dan efisien (Kiranawati dkk., 2003).

2.7 Penyuluhan Kesehatan Gigi dan Mulut

2.7.1 Pengertian Penyuluhan Kesehatan Gigi dan Mulut

Penyuluhan merupakan suatu usaha terencana dan terarah dalam bentuk pendidikan non formal yang bertujuan merubah sikap dan tingkah laku individu atau sekelompok orang. Pada dasarnya kegiatan penyuluhan adalah suatu proses belajar yang memiliki karakteristik adanya perubahan tingkah laku yang relatif menetap dan terbentuk karena latihan atau pengalaman.

Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan.

Penyuluhan kesehatan gigi dan mulut adalah upaya-upaya yang dilakukan untuk merubah perilaku seseorang, sekelompok orang atau masyarakat sehingga mempunyai kemampuan dan kebiasaan untuk berperilaku hidup sehat di bidang kesehatan gigi dan mulut (Muin, 2011).

2.7.2 Tujuan Penyuluhan

Pasal 38 Undang-Undang RI No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan: "Penyuluhan kesehatan masyarakat diselenggarakan guna meningkatkan pengetahuan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk tetap hidup sehat dan aktif berperan serta dalam upaya kesehatan."

Adapun tujuan dari penyuluhan kesehatan gigi dan mulut menurut Muin (2011) adalah:

1. Meningkatkan pengetahuan kesehatan sasaran di bidang kesehatan gigi dan mulut.
2. Membangkitkan kemauan dan membimbing masyarakat dan individu untuk meningkatkan dan melestarikan kebiasaanelihara diri di dalam bidang kesehatan gigi dan mulut.
3. Mampu memelihara kesehatan gigi dan mulut baik sendiri maupun kesehatan keluarga.
4. Mampu menjalankan upaya mencegah terjadinya penyakit gigi dan mulut serta menjelaskan kepada keluarganya tentang pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut.
5. Mampu mengenal adanya kelainan dalam mulut sedini mungkin kemudian mencari sarana pengobatan yang tepat dan benar.

2.7.3 Media Penyuluhan

Menurut Notoatmodjo (2005) media dapat diartikan sebagai alat bantu promosi kesehatan yang dapat dilihat, didengar, diraba, dirasa atau dicitum, untuk memperlancar komunikasi dan penyebarluasan informasi. Media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik melalui media cetak, elektronika, dan media luar ruang, sehingga pengetahuan sasaran dapat meningkat dan akhirnya dapat merubah perilaku ke arah positif terhadap kesehatan.

Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan kesehatan, media dibagi menjadi 3 yaitu:

1) Media Cetak

Media ini mengutamakan pesan-pesan visual, biasanya terdiri dari gambar dan sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Contohnya adalah booklet, leaflet, *flyer* (selebaran), *flipchart*, majalah, poster atau foto yang mengungkapkan informasi kesehatan. Kelebihannya tahan lama, biaya rendah, mencakup banyak orang, dapat dibawa kemana-mana, tak perlu listrik, mempermudah pemahaman. Kelemahannya tidak dapat menampilkan efek gerak dan efek suara.

2) Media Elektronik

Media yang bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar melalui alat elektronika. Contohnya televisi, radio, film, kaset, CD, VCD. Kelebihannya mudah dipahami, lebih menarik, melibatkan seluruh panca indera, penyajiannya dapat dikendalikan dan dapat diulang-ulang serta jangkauannya lebih besar. Kelemahannya biaya tinggi, sedikit rumit, perlu listrik dan alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, perlu keterampilan penyimpanan dan pengoperasian.

3) Media Luar Ruang

Media penyampaian di luar ruangan, melalui media cetak maupun elektronik misalnya papan reklame, spanduk, pameran, banner, dan televisi layar lebar. Kelebihannya lebih mudah dipahami, lebih menarik, sebagai informasi umum dan hiburan, melibatkan seluruh panca indera, dan jangkauannya relatif jauh

lebih besar. Kelemahannya biaya lebih tinggi, rumit, perlu alat canggih dan persiapan matang (Damafitra, 2015).

2.7.4 Media Video

Menurut Riyana (2010) media video pembelajaran adalah media yang menyajikan audio dan visual yang berisi pesan-pesan pembelajaran baik yang berisi konsep, prinsip, prosedur, teori aplikasi pengetahuan untuk membantu pemahaman terhadap suatu materi pembelajaran. Video merupakan bahan pembelajaran *audiovisual* yang dilengkapi fungsi peralatan suara dan gambar dalam satu unit yang biasa disebut media video murni. Berdasarkan proses pembelajarannya metode video mempunyai tujuan, yaitu:

a. Tujuan Kognitif

Menyangkut kemampuan mengenal kembali dengan memberikan rangsangan berupa gerak serasi. Video dipertunjukkan serangkaian gambar serta tulisan yang dapat menunjukkan dalam bersikap.

b. Tujuan Psikomotor

Memperlihatkan contoh ketrampilan yang menyangkut gerak, karena dapat diperjelas dengan cara diperlambat atau dipercepat.

c. Tujuan Afektif

Video dapat menjadi media yang sangat ampuh untuk mempengaruhi sikap dan emosi (Damafitra, 2015).

2.8 Anak Tunarungu

2.8.1 Definisi

Orang yang tunarungu adalah orang yang mengalami ketidakmampuan mendengar, sehingga mengalami hambatan dalam memahami pembicaraan orang lain melalui pendengarannya sendiri (Donald, 2001). Anak tunarungu biasanya juga diikuti hambatan dalam berbicara sehingga juga dapat disebut Tunawicara (Kementerian Pendidikan Nasional, 2010). Anak Tunarungu mengalami gangguan komunikasi secara verbal karena kehilangan seluruh atau sebagian daya pendengarannya, sehingga menggunakan bahasa isyarat dalam berkomunikasi.

Kesehatan fisik pada umumnya sama dengan anak normal lainnya, namun mereka memiliki sifat ego yang melebihi anak normal, cepat marah, dan mudah tersinggung (Kemenkes RI, 2010). Seseorang yang kehilangan kemampuan mendengar (70 dB atau lebih) disebut tuli, sehingga dia mengalami kesulitan untuk mengerti atau memahami pembicaraan orang lain walaupun menggunakan alat bantu dengar atau tanpa menggunakan alat bantu dengar. Seseorang dikategorikan lemah pendengaran (antara 35-69 dB), sehingga mengalami kesulitan mendengar suara orang lain secara wajar, tetapi tidak terhalang untuk mengerti dan memahami pembicaraan orang lain dengan alat bantu dengar (Donald, 2001).

2.8.2 Macam-macam Tunarungu

Mohammad Efendi (2006) mengklasifikasikan anak tunarungu dimulai dari tingkat kehilangan pendengaran 20 dB. Dikatakan bahwa

anak normal mendengar berada pada tingkat 0-20 dB. Adapun klasifikasi anak tunarungu berdasarkan tingkat kehilangan pendengaran sebagai berikut :

- 1) Tingkat I, 20-30 dB. Individu yang termasuk dalam kategori ini kemampuan mendengar masih baik dan kemampuan berbicara baik karena ditunjang kemampuan pendengarannya.
- 2) Tingkat II, 30-40 dB. Individu ini dapat mendengar pada jarak dekat, dapat mengekspresikan isi hatinya, namun sulit memahami percakapan yang lemah dan tidak searah.
- 3) Tingkat III, 40 – 60 dB. Individu ini dapat memahami percakapan dalam jarak 1 meter, mengalami masalah dalam berbicara pada pelafalan konsonan, memiliki kesulitan dalam menggunakan bahasa yang baik dan benar, kosakata yang dimiliki terbatas.
- 4) Tingkat IV, 60-70 dB. Individu ini sulit membedakan suara, tidak menyadari getaran bunyi di sekitarnya, tidak mampu berbicara spontan sehingga butuh layanan pendidikan khusus dan memakai alat bantu dengar.
- 5) Tingkat V, 70 dB lebih. Individu ini hanya dapat mendengar suara keras pada jarak 1 inci, tidak menyadari bunyi keras sehingga tidak bereaksi, kosakata dan penguasaan bahasa sangat lemah (Effendi, 2006).

2.8.3 Hambatan Tunarungu dalam Fungsi Kognitif

Intelegensi anak tunarungu secara potensial sama dengan anak normal, tetapi secara fungsional perkembangannya dipengaruhi oleh

tingkat kemampuan bahasanya, keterbatasan informasi dan daya abstraksi anak. Ketunarungannya menghambat proses pencapaian secara luas. Perkembangan intelegensi secara fungsional terhambat. Perkembangan kognitif tunarungu sangat dipengaruhi oleh perkembangan bahasa, sehingga hambatan pada bahasa akan menghambat perkembangan intelegensi anak tunarungu (Somantri, 2006).

2.8.4 Pengaruh Pendengaran pada Perkembangan Bahasa dan Bicara

Perkembangan kemampuan bahasa dan komunikasi anak tunarungu terutama yang tergolong tunarungu total tentu tidak mungkin untuk sampai pada penguasaan bahasa melalui pendengarannya, melainkan harus melalui penglihatannya dan memanfaatkan sisa pendengarannya, oleh sebab itu komunikasi bagi anak tunarungu mempergunakan segi aspek yang ada pada dirinya.

Adapun berbagai media komunikasi yang dapat digunakan sebagai berikut:

- a. Bagi anak tunarungu yang mampu bicara, tetap menggunakan bicara sebagai media dan membaca sebagai sarana penerimaan dari pihak tunarungu.
- b. Menggunakan media tulisan dan membaca sebagai sarana penerimaannya.
- c. Menggunakan isyarat sebagai media (Somantri, 2006).

2.9 Plaque Index

Merupakan indeks untuk menghitung skor akumulasi plak secara klinis yang diperkenalkan oleh Loe dan Silness. Pengukuran dilakukan pada gigi indeks 16, 11, 24, 36, 31, 44. Penilaian tiap permukaan gigi dibagi ke dalam empat unit penilaian, yaitu bidang mesial, distal, bukal/labial, dan lingual/palatal. Indeks ini tidak mempersoalkan perluasan plak ke arah koronal, tapi dengan melihat ketebalan plak (Feier, 2009).

Tabel 2.1 Kriteria Penilaian *Plaque Index* (Feier, 2009)

Nilai	Kriteria	Kategori
0	Tidak ada plak. $PI < 0,1$	Sangat baik
1	Selapis tipis plak melekat pada margin gingiva dan daerah yang dekat dengan permukaan gigi, ditandai dengan menggesekkan sonde/probe. $PI = 0,1-1,0$	Baik
2	Penumpukan plak yang sedang pada poket, margin gingiva dan daerah yang dekat permukaan gigi namun tidak sampai menutupinya. $PI = 1,1-2,0$	Sedang
3	Plak yang tebal pada poket, margin gingiva, dan sampai menutupi permukaan gigi. $PI = 2,1-3,0$	Buruk

Skor setiap gigi diperoleh dengan menjumlahkan skor keempat sisi yang diperiksa, lalu dibagi dengan empat (jumlah sisi yang diperiksa). Jumlah skor semua gigi yang diperiksa dibagi dengan jumlah gigi yang diperiksa maka diperoleh skor indeks plak individu.