#### BAB 2

#### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### 2.1 Promosi Kesehatan

Dalam The Ottawa Charter for Health Promotion (1986), promosi kesehatan merupakan proses untuk memampukan seseorang dalam meningkatkan kesehatannya. Untuk mencapai keadaan fisik, mental dan kesejahteraan masyarakat, individu atau kelompok harus mampu mengidentifikasi dan menyadari aspirasi untuk memenuhi kebutuhan dan mengubah atau mengatasi masalah dalam lingkungannya sendiri. Oleh karena itu, kesehatan dipandang sebagai sumber daya bagi kebutuhan sehari-hari, bukan hanya tanggungjawab sektor kesehatan saja, namun juga dijadikan sebagai gaya hidup dalam menciptakan kesejahteraan.

Hasil yang diharapkan dari suatu promosi kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif. Perubahan perilaku yang belum atau tidak kondusif ke perilaku yang kondusif ini mengandung berbagai dimensi sebagai berikut (Notoatmodjo, 2007).

#### 1. Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku masyarakat yang tidak sesuai dengan nilai-nilai kesehatan menjadi perilaku yang sesuai dengan nilai-nilai kesehatan, atau dari perilaku negatif ke perilaku yang positif.

#### 2. Pembinaan Perilaku

Pembinaan terutama ditujukan kepada perilaku masyarakat yang sudah sehat agar tetap dipertahankan kesehatannya, artinya masyarakat yang sudah

mempunyai perilaku hidup sehat (healthy life style) tetap dilanjutkan atau dipertahankan.

# 3. Pengembangan Perilaku

Pengembangan perilaku sehat ini terutama ditujukan untuk membiasakan hidup sehat bagi anak-anak. Perilaku sehat bagi anak seyogianya dimulai sedini mungkin, karena kebiasaan perawatan terhadap anak, termasuk kesehatan yang diberikan oleh orang tua, akan langsung berpengaruh kepada perilaku sehat anak selanjutnya.

Menurut *WHO (1984)* dalam Notoatmodjo (2007), strategi global (promosi kesehatan) memerlukan cara pendekatan yang strategis agar tercapai secara efektif dan efisien sebagai berikut.

# 1. Advokasi (Advocacy)

Kegiatan yang ditujukan kepada pembuat keputusan (decision makers) atau penentu kebijakan (policy makers) yang mempunyai pengaruh terhadap publik. Tujuannya adalah agar para pembuat keputusan mengeluarkan kebijakan-kebijakan, antara lain dalam bentuk peraturan, undang-undang, instruksi dan sebagainya yang menguntungkan kesehatan publik. Sasaran advokasi adalah para pejabat eksekutif dan legislatif, para pemimpin dan pengusaha, serta organisasi politik dan organisasi masyarakat, baik tingkat pusat, provinsi, kabupaten, kecamatan maupun desa atau kelurahan.

## 2. Dukungan sosial (Social support)

Kegiatan yang ditujukan kepada para tokoh masyarakat, baik formal (guru, lurah, camat, petugas kecamatan dan sebagainya) maupun informal (tokoh agama dan sebagainya) yang mempunyai pengaruh di masyarakat. Tujuan

kegiatan ini adalah agar kegiatan atau program kesehatan tersebut memperoleh dukungan dari para tokoh masyarakat dan tokoh agama.

# 3. Pemberdayaan masyarakat (Empowerment)

Pemberdayaan ini ditujukan kepada masyarakat langsung sebagai sasaran primer atau sasaran utama promosi kesehatan. Tujuannya adalah agar masyarakat memiliki kemampuan dalam mememelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri.

Dalam promosi kesehatan diperlukan suatu metode yang digunakan agar promosi kesehatan mencapai tujuan pendidikan dengan hasil yang optimal. Menurut Notoatmodjo (2007), metode pendidikan kesehatan diklasifikasikan dalam tiga kelompok berdasarkan jumlah sasarannya yaitu metode pendidikan individual, kelompok dan massa. Metode pendidikan yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Bentuk pendekatannya dapat berupa bimbingan, penyuluhan atau wawancara.

Metode pendidikan kelompok dibedakan menjadi kelompok besar (>15 orang) misalnya ceramah atau seminar, sedangkan pendidikan kesehatan untuk kelompok kecil (≤15 orang) dapat berupa diskusi kelompok, curah pendapat, memainkan peran (role play) atau permainan simulasi (simulation game). Metode pendidikan massa sesuai untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Beberapa contoh metode yang cocok untuk pendekatan massa antara lain pidato, ceramah umum, tulisan-tulisan di majalah atau koran serta dengan pemasangan billboard di pinggir jalan seperti spanduk, poster dan sebagainya.

# 2.2 Pelatihan Menyikat Gigi

Menurut Astoeti (2006), pelatihan (*training*) merupakan salah satu bagian dari pendidikan. Pelatihan merupakan kunci dalam pelaksanaan proses pemberdayaan masyarakat. Pendidikan lebih bersifat filosofis dan teoritis, sedangkan pelatihan bersifat spesifik, praktis dan segera. Artinya, pelatihan berhubungan secara spesifik dengan pekerjaan yang dilakukan dan apa yang dilatihkan dapat segera diaplikasikan sehingga materi harus praktis. Pendidikan dan pelatihan memiliki tujuan pembelajaran.

Astoeti (2006) menjelaskan bahwa pelatihan adalah usaha atau kegiatan mengubah perilaku manusia dengan berbagai cara dan strategi atas dasar proses belajar. Pelatihan yang efektif memerlukan beberapa syarat, yaitu rencana yang baik, pelatih yang cakap, peserta yang memenuhi syarat jumlah dan kualitasnya, suasana pelaksanaan, serta sarana dan fasilitas yang mendukung.

Petugas kesehatan, petugas lain atau tokoh masyarakat yang menjadi panutan (seperti guru atau orang tua) adalah pendidik kesehatan (*health educator*). Mereka merupakan panutan perilaku, termasuk perilaku kesehatan. Oleh sebab itu, mereka harus mempunyai sikap dan perilaku positif dan merupakan pendorong atau penguat perilaku sehat masyarakat sehingga mereka perlu mendapatkan pendidikan dan pelatihan khusus tentang kesehatan dan ilmu perilaku.

Derajat kesehatan gigi masyarakat yang optimal bisa dicapai bila masyarakat mempunyai pengetahuan, kesadaran, kemampuan dan kemauan pemeliharaan kesehatan gigi yang baik, didapatkan dari kegiatan-kegiatan yang diutamakan pada upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan gigi seperti

penyuluhan, kampanye menyikat gigi ataupun pemberian tablet fluor pada daerah dengan kadar fluor dalam air minum rendah (Depkes RI, 2004).

Anak sekolah dasar merupakan salah satu kelompok masyarakat yang rawan terhadap penyakit gigi dan mulut. Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) adalah upaya kesehatan masyarakat yang ditujukan untuk memelihara dan 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. Upaya Kesehatan Masyarakat pada UKGS berupa kegiatan intervensi perilaku yang meliputi penggerakan guru, dokter kecil, orang tua murid melalui lokakarya atau pelatihan, pendidikan kesehatan gigi oleh guru, sikat gigi masal, penilaian kebersihan mulut oleh guru atau dokter kecil, serta pembinaan oleh tenaga kesehatan (Depkes RI, 2004).

Secara umum, populasi negara ini dapat dikatakan masih kurang pengetahuannya di bidang penyakit gigi serta hubungannya dengan penyakit-penyakit lainnya. Di negara-negara maju, terlihat dengan jelas adanya penurunan insidensi penyakit gigi dan mulut. Hal ini merupakan keberhasilan pendidikan kesehatan gigi dan mulut bagi masyarakat dan perubahan pola diet masyarakat serta penggunaan fluoride dalam bentuk air minum, permen karet, dan pasta gigi. Untuk mencapai Sehat Gigi dan Mulut Indonesia 2020, perlu dikembangkan tujuan program kesehatan gigi dan mulut yang memiliki cakupan nasional, tentunya upaya yang dikembangkan haruslah bertolak pada tujuan-tujuan kesehatan yang telah ada saat ini (Moeis, 2004).

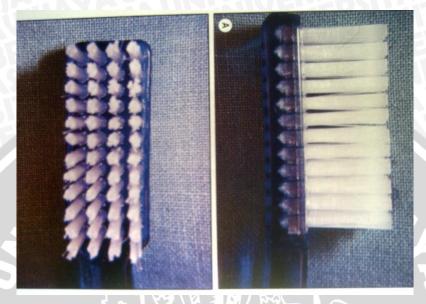
# 2.3 Metode Menyikat Gigi

Menyikat gigi adalah cara yang umum dianjurkan untuk membersihkan deposit lunak pada permukaan gigi dan gusi dan merupakan tindakan preventif dalam menuju keberhasilan dan kesehatan rongga mulut yang optimal, oleh karena itu teknik menyikat gigi harus dimengerti dan dilaksanakan secara efektif, teliti, dan teratur.

Bulu sikat dari sikat gigi biasanya terdiri atas 40 jonjot dalam 3 atau 4 baris dengan panjang 10 mm. Menyikat gigi dengan keras sebaiknya tidak dilakukan karena dapat melukai gingiva, menyebabkan resesi gingiva dan menyebabkan abrasi pada permukaan gigi. Bulu sikat yang lembut direkomendasikan karena dapat meminimalisir abrasi permukaan gigi dan gingiva serta dapat memaksimalkan efisiensi dari prosedur pembersihan di sekitar margin gingiva dan ke dalam sulkus gingiva. Persyaratan dasar pada sikat gigi yang harus dipenuhi antara lain (Eley et al., 2010):

- Kepala sikat harus berukuran relatif kecil sehingga mudah dimanipulasi secara efektif di dalam rongga mulut dengan panjang 2,5 cm untuk dewasa dan 1,5 cm untuk anak-anak.
- 2. Bulu sikat sebaiknya memiliki panjang yang sama sehingga dapat bekerja secara serentak (simultan).
- 3. Teksturnya harus dibuat seefektif mungkin tanpa menyebabkan kerusakan atau luka pada jaringan lunak maupun keras.
- Sikat gigi sebaiknya harus mudah disimpan dan dibersihkan. Bulu-bulu sikat yang padat cenderung membuat debris dan sisa pasta gigi tertinggal di dasar kepala sikat.

5. Tangkai sikat gigi sebaiknya nyaman dipakai dan aman digunakan di tangan.



Gambar 2.1 Bulu sikat gigi nampak dari atas dan samping Sumber: Eley. B.M, Soory.M and Manson. J.D. 2010. *Periodontics Six Edition.* Saunders. Elsevier.

Dalam penyikatan gigi harus diperhatikan hal-hal berikut (Eley et al., 2010):

- Teknik penyikatan gigi harus dapat membersihkan semua permukaan gigi dan gusi secara efisien terutama daerah saku gusi dan daerah interdental.
- Pergerakan sikat gigi harus meminimalisir terjadinya kerusakan atau abrasi pada permukaan gigi maupun gusi.
- 3. Teknik penyikatan harus sederhana, tepat dan efisien waktu.
- 4. Higienis dan non-toxic.

Pasta gigi merupakan bahan pembersih dan pemoles dalam menyikat gigi.

Pasta gigi berguna untuk meneruskan agen terapis pada gigi dan gingiva.

Kandungan fluoride yang ada pada pasta gigi membantu memperlambat demineralisasi pada enamel dan memicu terjadinya remineralisasi, hal tersebut

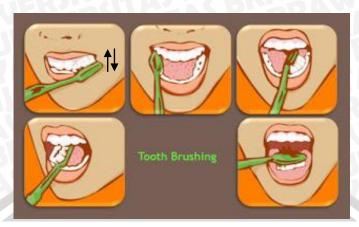
membantu untuk mencegah dan mengurangi karies pada gigi. Terdapat berbagai macam formulasi yang ada pada pasta gigi antara lain (Eley *et al.*, 2010):

- 1. Abrasif: Calcium carbonate, calcium pyrophosphate, aluminium silicate, dll.
- 2. Agen antibakteri: Sodium lauryl sulphate, zinc citrate trihydrate, triclosan, dll.
- 3. Agen anti-karies: Sodium monofluorophosphate, sodium fluoride, stannous fluoride.
- 4. Agen desensitasi: Stronium salts, sodium fluoride, formalin, dll.
- 5. Pengisi dan pengental pasta gigi: Sodium carboxymethyl cellulose.
- 6. Pelembab pasta gigi: Glycerine.
- 7. Detergent: Sodium lauryl sulphate.
- 8. Perasa pasta gigi: mint, perasa buah.
- 9. Agen pewarna pasta gigi
- 10. Pemanis pasta gigi: Sodium saccharin.

Tujuan utama dari menyikat gigi adalah untuk membuang plak dari permukaan gigi semaksimal mungkin. Penyikatan gigi sebaiknya dilakukan minimal dua kali sehari, yaitu setiap setelah makan pagi dan sebelum tidur malam. Banyak metode untuk menyikat gigi yang efektif dan efisien telah diperkenalkan. Beberapa metode berikut dikategorikan berdasarkan pola gerak ketika menyikat gigi (Newman *et al*, 2002; Newman *et al*, 2006; Eley *et al*, 2010):

# 1. Metode Vertikal

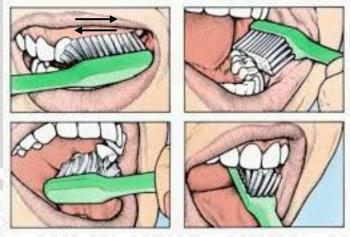
Metode vertikal dilakukan dengan kedua rahang tertutup, kemudian permukaan bukal gigi disikat dengan gerakan ke atas dan ke bawah. Untuk permukaan lingual dan palatinal dilakukan gerakan yang sama dengan mulut terbuka.



Gambar 2.2 Menyikat gigi dengan metode vertikal Sumber: www.dentatina.blogspot.com diakses tanggal 1 Agustus 2013

## 2. Metode Horizontal

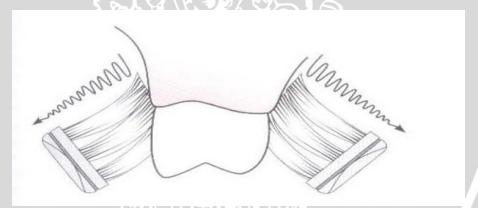
Permukaan bukal dan lingual disikat dengan gerakan ke depan dan ke belakang (mesial dan distal). Untuk permukaan oklusal gerakan horizontal yang sering disebut "scrub brush technic" dapat dilakukan dan terbukti merupakan cara yang sesuai dengan bentuk anatomis permukaan oklusal. Kebanyakan orang yang belum diberi pendidikan khusus, biasanya menyikat gigi dengan metode vertikal dan horizontal dengan tekanan yang keras. Cara-cara ini tidak baik karena dapat menyebabkan resesi gusi dan abrasi gigi.



Gambar 2.3 Menyikat gigi dengan metode horizontal Sumber: <u>www.ziyaziio.blogspot.com</u> diakses tanggal 1 Agustus 2013

#### 3. Metode Roll atau Modifikasi Stillman

Metode ini disebut dengan "ADA-roll Technic" dan merupakan cara yang paling sering dianjurkan karena sederhana tetapi efisien dan dapat digunakan di seluruh bagian mulut. Bulu-bulu sikat ditempatkan pada gusi sejauh mungkin dari permukaan oklusal dengan ujung-ujung bulu sikat mengarah ke apeks dan sisi bulu sikat digerakkan perlahan-lahan melalui permukaan gigi sehingga bagian belakang dari kepala sikat bergerak dengan lengkungan. Pada waktu bulu-bulu sikat melalui mahkota klinis, kedudukannya hampir tegak lurus permukaan email. Gerakan ini diulang 8-12 kali setiap daerah dengan sistematis sehingga tidak ada yang terlewat. Cara ini terutama sekali menghasilkan pemijatan gusi dan juga diharapkan membersihkan sisa makanan dari daerah interproksimal.



Gambar 2.4 Menyikat gigi dengan metode Modifikasi Stillman atau metode Roll Sumber: Newman, Takei and Carranza. 2002. Carranza's Clinical Periodontologi Ninth Edition. W. B. Saunders Co. Philadelphia

Pemijatan pada daerah gingiva oleh sikat gigi akan menyebabkan penebalan epitel, peningkatan keratinisasi dan peningkatan mitosis pada jaringan epitel dan jaringan ikat. Peningkatan keratin hanya terjadi pada oral gingiva dan tidak terjadi pada daerah yang rentan pada serangan mikroba seperti pada sulkus epitelium dan interdental. Namun penebalan epitel, peningkatan keratin dan peningkatan sirkuasi darah ini tidak menunjukkan manfaat untuk memulihkan

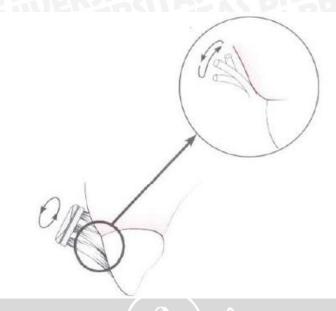
kesehatan gingiva. Kesehatan gingiva didapatkan dari pembersihan plak dibandingkan dengan pemijatan pada gusi (Newman *et al*, 2006).

# 4. Vibratory Method

Diantaranya adalah: (a) Metode Charter; (b) Metode Stillman-McCall dan (c) Metode Bass.

## a. Metode Charter

Pada permukaan bukal dan labial, sikat dipegang dengan tangkai dalam kedudukan horizontal. Ujung-ujung bulu diletakkan pada permukaan gigi membentuk sudut 45° terhadap sumbu panjang gigi mengarah ke oklusal. Kemudian sikat ditekan sedemikian rupa sehingga ujung-ujung bulu sikat masuk ke interproksimal dan sisi-sisi bulu sikat menekan tepi gusi. Sikat digetarkan dalam lengkungan-lengkungan kecil sehingga kepala sikat bergerak secara sirkuler, tetapi ujung-ujung bulu sikat harus tetap di tempat semula. Setiap kali dapat dibersihkan 2 atau 3 gigi. Permukaan oklusal disikat dengan gerakan yang sama, hanya saja ujung bulu sikat ditekan ke dalam ceruk dan fisura. Metode Charter merupakan cara yang baik untuk pemeliharaan jaringan tetapi keterampilan yang dibutuhkan cukup tinggi sehingga jarang pasien dapat melakukannya dengan sempurna.



Gambar 2.5 Menyikat gigi dengan metode Charter Sumber: Newman, Takei and Carranza. 2002. Carranza's Clinical Periodontologi Ninth Edition. W. B. Saunders Co. Philadelphia

# Metode Stillman-McCall

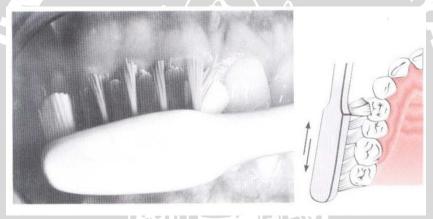
Posisi bulu-bulu sikat berlawanan dengan Charter. Sikat gigi ditempatkan sebagian pada gigi dan sebagian pada gusi, membentuk sudut 45° terhadap sumbu panjang gigi mengarah ke apikal, kemudian sikat gigi ditekankan sehingga gusi memucat dan dilakukan gerakan rotasi kecil tanpa mengubah kedudukan ujung bulu sikat. Penekanan dilakukan dengan cara sedikit menekuk bulu-bulu sikat tanpa mengakibatkan friksi atau trauma terhadap gusi.



Gambar 2.6 Menyikat gigi dengan metode Stillman-McCall Sumber : Putri M, Herijulianti E, dan Nurjannah N. 2010. Ilmu Pencegahan Penyakit Jaringan Keras dan Jaringan Pendukung Gigi. EGC. Jakarta

#### c. Metode Bass

Sikat ditempatkan dengan sudut 45° terhadap sumbu panjang gigi mengarah ke apikal dengan ujung-ujung bulu sikat pada tepi gusi. Dengan demikian, saku gusi dapat dibersihkan dan tepi gusi dapat dipijat. Sikat digerakkan dengan getaran-getaran kecil ke depan dan ke belakang selama kurang lebih 10-15 detik ke setiap daerah yang meliputi 2 atau 3 gigi. Menyikat gigi metode Bass paling sering digunakan pada pasien dengan penyakit periodontal karena penyikatan dengan metode ini menekankan pembersihan di daerah sulkus gingiva.

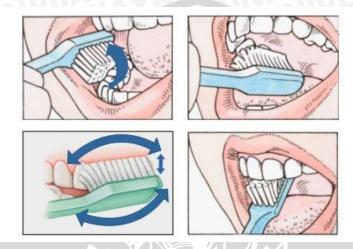


Gambar 2.7 Menyikat gigi denga metode Bass Sumber: Newman, Takei and Carranza. 2002. *Carranza's Clinical Periodontologi Ninth Edition*. W. B. Saunders Co. Philadelphia

## 5. Metode Fones atau Sirkuler

Bulu-bulu sikat ditempatkan tegak lurus pada permukaan bukal dan labial dengan gigi dalam keadaan oklusi. Sikat digerakkan dalam lingkaran-lingkaran besar sehingga gigi dan gusi rahang atas dan rahang bawah disikat sekaligus. Daerah proksimal tidak diberi perhatian khusus. Setelah semua permukaan bukal dan labial disikat, mulut dibuka lalu permukaan lingual dan palatinal disikat dengan gerakan yang sama, hanya dalam lingkaran-lingkaran yang lebih kecil. Cara ini agak sukar dilakukan di lingual dan palatinal sehingga dapat dilakukan

gerakan maju mundur untuk daerah ini. Metode ini dilakukan untuk meniru jalannya makanan di dalam mulut waktu mengunyah. Metode Fones dianjurkan untuk anak kecil karena mudah dilakukan.



Gambar 2.8 Menyikat gigi dengan metode Fones atau Sirkuler Sumber: ariekusuma357.wordpress.com diakses tanggal 1 Agustus 2013

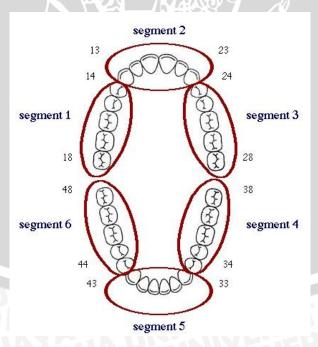
#### 2.4 Debris Index

Debris merupakan bahan lunak yang melekat pada gigi ataupun restorasi yang dapat berupa material alba, *food debris* atau *dental stain*. Material alba terdiri atas kumpulan mikroorganisme, deskuamasi sel epitel, leukosit dan protein saliva dengan atau tanpa *food debris*. Material alba berwarna kuning atau putih keabuan, lunak dan melekat pada permukaan gigi namun lebih mudah dibersihkan dengan berkumur atau semprotan air dibandingkan plak. Material alba dapat mengiritasi gingiva disebabkan oleh bakteri yang ada dan toksin yang dihasilkannya (Eley *et al.*, 2010).

Kebanyakan *food debris* dengan cepat akan melunak (liquifaksi) dengan bantuan enzim yang dihasilkan oleh bakteri dan akan dibersihkan secara alami oleh aliran saliva serta aksi mekanis dari lidah, pipi dan mulut. Kecepatan pembersihan makanan dari rongga mulut tergantung dari jenis makanan yang dikonsumsi. Plak bukan merupakan turunan dari *food debris*, melainkan lapisan

tipis pada permukaan gigi yang ditempeli oleh berbagai macam bakteri dalam satu lingkungan. Deposit yang terpigmentasi pada permukaan gigi disebut dengan *dental stain*. Stain merupakan masalah pada segi estetik karena stain tidak menyebabkan inflamasi pada gingiva. Stain dapat muncul karena penggunaan tembakau, kopi, teh, obat kumur dan pewarnaan dari makanan (Newman *et al.*, 2006).

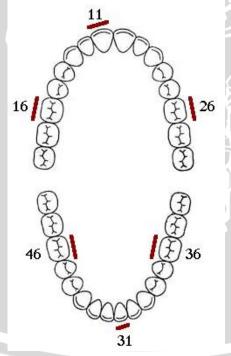
Dalam *Oral Health Database of Malmo University*, terdapat indeks untuk mengukur kebersihan gigi dan mulut seseorang seperti *Oral Hygiene Index* (Greene *and* Vermillion, 1960), *Oral Hygiene Index-Simplified* (Greene *and* Vermillion, 1964) dan *Plaque Index* (Loe and Silness, 1964). Pada *Oral Hygiene Index (OHI)* terdiri atas penilaian indeks debris dan indeks kalkulus. Penilaian dilakukan pada seluruh gigi-gigi rahang atas dan rahang bawah pada permukaan bukal dan lingual.



Gambar 2.9 Segmen pemeriksaan OHI Sumber: http://www.mah.se/CAPP/Methods-and-Indices/Oral-Hygiene-Indices/Oral-Hygiene-Index-Greene-and-Vermilion-1960-/

Setiap rahang dibagi menjadi tiga segmen, yaitu: (1) Segmen pertama, mulai dari kaninus sampai molar ketiga kanan, (2) Segmen kedua, gigi-gigi diantara kaninus kanan dan kiri dan (3) Segmen ketiga, mulai dari kaninus sampai molar ketiga kiri. Setelah semua gigi diperiksa, dipilih gigi yang paling kotor dari setiap segmen.

Oral Hygiene Index-Simplified (OHI-S) merupakan bentuk penyederhanaan dari OHI. Terdapat enam permukaan gigi indeks tertentu yang cukup dapat mewakili segmen-segmen dari seluruh pemeriksaan gigi yang ada pada rongga mulut. Gigi-gigi yang dipilih sebagai gigi indeks beserta permukaan indeks tersebut adalah permukaan bukal gigi 16 dan 26, permukaan labial gigi 11 dan 31, permukaan lingual gigi 36 dan 46.



Gambar 2.10 Gigi indeks pada penilaian *OHI-S*Sumber: <a href="http://www.mah.se/CAPP/Methods-and-Indices/Oral-Hygiene-Index-OHI-S/">http://www.mah.se/CAPP/Methods-and-Indices/Oral-Hygiene-Index-OHI-S/</a>

Permukaan yang diperiksa adalah permukaan gigi yang jelas terlihat dalam mulut, yaitu permukaan klinis bukan permukaan anatomis. Jika gigi indeks pada

suatu segmen tidak ada, lakukan penggantian gigi tersebut dengan ketentuan sebagai berikut:

- Jika gigi molar pertama tidak ada, penilaian dilakukan pada gigi molar kedua. Jika gigi molar pertama dan kedua tidak ada, penilaian dilakukan pada molar ketiga. Akan tetapi jika gigi molar pertama, kedua dan ketiga tidak ada, maka tidak ada penilaian untuk segmen tersebut.
- 2. Jika gigi insisif pertama kanan atas tidak ada, dapat diganti oleh gigi insisif kiri. Jika gigi insisif kiri bawah tidak ada, dapat diganti dengan gigi insisif pertama kanan bawah. Akan tetapi jika gigi insisif pertama kiri atau kanan tidak ada, maka tidak ada penilaian untuk segmen tersebut.
- 3. Gigi indeks dianggap tidak ada pada keadaan-keadaan seperti gigi hilang karena dicabut, gigi yang merupakan sisa akar, gigi yang merupakan mahkota jaket baik yang terbuat dari akrilik maupun logam, mahkota gigi sudah hilang atau rusak lebih dari ½ bagiannya pada permukaan indeks akibat karies atau fraktur, gigi yang erupsinya belum mencapai ½ tinggi mahkota klinis.
- 4. Penilaian dapat dilakukan jika minimal ada dua gigi indeks yang dapat diperiksa.

Dalam penilaian *OHI-S* dilakukan penilaian pada *Debris Index* dan *Calculus Index*. Diketahui bahwa kalkulus tidak berubah secara signifikan hanya dengan penyikatan, sehingga dalam penelitian ini hanya dilakukan penilaian pada *Debris Index* saja. Kriteria skor debris dapat dilihat pada tabel berikut:

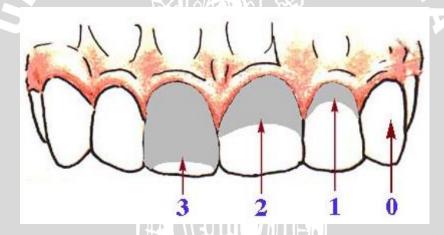
Tabel 2.1 Skor Debris Index

Skor	Kondisi
0	Tidak ada debris atau stain
1	Debris menutup tidak lebih dari 1/3 permukaan yang diperiksa
2	Debris menutup lebih dari 1/3 tetapi kurang dari 2/3 permukaan yang
	diperiksa
3	Debris menutup lebih dari 2/3 permukaan yang diperiksa

Tabel 2.1 Skor Debris Index

Sumber: Eley. B.M, Soory.M and Manson. J.D. 2010. Periodontics Six Edition. Saunders. Elsevier..

Penilaian skor *Debris Index* menurut Greene *and* Vermillion (1964) dapat diinterpretasikan dalam Gambar 2.11.



Gambar 2.11 Skor debris pada pemeriksaan kebersihan mulut menurut Greene *and* Vermillion (1964) Sumber: http://www.mah.se/CAPP/Methods-and-Indices/Oral-Hygiene-Indices/Oral-Hygiene-Index-Greene-and-Vermilion-1960-/

Menurut Putri (2010), cara pemeriksaan debris dapat dilakukan dengan atau tanpa menggunakan disclosing agent. Jika menggunakan disclosing agent, sebelum penetesan bibir pasien dibersihkan dari lisptik kemudian ulasi bibir dengan vaselin agar disclosing agent tidak menempel pada bibir. Pasien diminta untuk mengangkat lidahnya ke atas, teteskan disclosing agent sebanyak tiga tetes di bawah lidah. Dalam keadaan mulut terkatup sebarkan disclosing agent

dengan lidah ke seluruh permukaan gigi. Setelah tersebar, pasien diperbolehkan meludah, diusahakan tidak kumur. Periksalah gigi indeks pada permukaan indeksnya dan catat skor sesuai dengan kriteria.

Jika tidak menggunakan disclosing agent, gunakanlah sonde halfmoon atau dental probe untuk pemeriksaan debris. Gunakan sonde secara mendatar pada permukaan gigi, dengan demikian debris akan terbawa oleh sonde. Periksalah gigi indeks mulai dengan menelusuri dari 1/3 bagian insisal atau oklusal, jika pada bagian ini tidak ditemukan debris, lanjukan terus pada 2/3 bagian gigi, jika disini pun tidak dijumpai, teruskan sampai pada 1/3 bagian servikal.

Skor indeks debris ditentukan dengan cara menjumlahkan seluruh skor kemudian membaginya dengan jumlah segmen yang diperiksa dan menentukan kriteria indeks debris sesuai dengan ketentuan berikut:

Tabel 2.2 Kriteria Debris Index

Baik	Jika nilainya antara 0-0,6
Sedang	Jika nilainya antara 0,7-1,8
Buruk	Jika nilainya antara 1,9-3,0

Tabel 2.2 Kriteria Debis Indeks

Sumber: Putri M, Herijulianti E, dan Nurjannah N. 2010. Ilmu Pencegahan Penyakit

Jaringan Keras dan Jaringan Pendukung Gigi. EGC. Jakarta

#### Anak Usia Sekolah Dasar

Masa kanak-kanak akhir dimulai dari usia 6 tahun sampai kira-kira usia 12 tahun atau sampai tiba saatnya individu matang secara seksual. Anak pada masa ini digolongkan sebagai anak usia sekolah karena anak sudah memasuki dunia sekolah yang lebih serius, walaupun pembelajaran di sekolah tetap harus disesuaikan dengan dunia anak-anak yang khas. Masa ini juga ditandai dengan

perubahan dalam kemampuan dan perilaku, yang membuat anak lebih mampu dan siap untuk belajar dibandingkan sebelumnya.

Pada usia ini anak juga banyak belajar berbagai macam koordinasi visiomotorik. Aktivitas-aktivitas sensomotorik telah dapat diintegrasi menjadi aktivitas yang dikoordinasi yang sangat penting untuk belajar menulis dan menggambar. Pada usia 8-10 tahun, koordinasi motorik halus berkembang lebih baik lagi, dimana anak sudah dapat menulis huruf bersambung, ukuran huruf lebih kecil dan lebih rata. Usia 10-12 tahun mereka sudah mampu menunjukkan keterampilan yang lebih kompleks, rumit dan cepat yang diperlukan untuk menghasilkan kerajinan yang bermutu bagus atau memainkan musik dengan lagu yang agak sulit. Anak-anak perempuan menunjukkan keterampilan motorik halus yang lebih baik daripada anak laki-laki.

Mengacu pada tahap perkembangan kognitif dari Piaget (1954) dalam Santrock (2007), anak pada masa ini berada pada tahap operasional konkret yang berlangsung kira-kira usia 7-11 tahun. Pada tahap operasional konkret, anak-anak dapat memahami:

- a. Konservasi, yaitu kemampuan anak untuk memahami bahwa suatu zat/objek/benda tetap memiliki substansi yang sama walaupun mengalami perubahan dalam penampilan. Ada beberapa macam konservasi seperti konversi jumlah, panjang, berat dan volume.
- b. Klasifikasi, yaitu kemampuan anak untuk mengelompokkan atau mengklasifikasikan benda dan memahami hubungan antarbenda tersebut.
- c. Seriation, yaitu kemampuan anak untuk mengurutkan sesuai dimensi kuantitatifnya. Misalnya sesuai panjang, besar dan tingginya.

d. Transitivity, yaitu kemampuan anak memikirkan relasi gabungan secara logis. Jika ada relasi antara objek pertama dan kedua, dan ada relasi antara objek kedua dan ketiga, maka ada relasi antara objek pertama dan ketiga.

Pada masa sekolah ini anak menyadari bahwa bahasa merupakan alat komunikasi yang penting untuk menyampaikan maksud, keinginan dan kebutuhannya kepada orang lain. Kosakata bertambah banyak dan sudah dapat menguasai hampir semua jenis struktur kalimat. Ada pendapat yang menyatakan bahwa masa-masa kritis perkembangan bahasa terjadi antara usia dua tahun sampai dengan masa pubertas (11-12 tahun).

Hurlock (1980) dalam Soetjiningsih (2012) mengemukakan bahwa masa ini sering disebut sebagai usia berkelompok karena ditandai dengan adanya minat terhadap aktivitas teman-teman, meningkatnya keinginan yang kuat untuk diterima sebagai anggota suatu kelompok dan akan merasa kesepian dan tidak puas bila tidak bersama dengan teman-temannya. Leal, Bezerra dan Toledo (2002) menjelaskan bahwa menyikat gigi yang dilakukan pada anak dibawah umur 10 tahun tidaklah efisien. Hal ini dikarenakan anak-anak pada usia tersebut kurang memiliki motivasi dan masih memiliki ketangkasan yang kurang. Instruksi menyikat gigi sebaiknya diajarkan ketika anak-anak telah menjadi bagian aktif dalam pendidikan kesehatan gigi dan mulut. Instruksi sebaiknya diberikan sesuai dengan derajat kemampuan untuk menyikat gigi dan sebaiknya meliputi pelatihan yang sistematis dan penguatan (*reinforcement*). Anak-anak sebaiknya dididik sesuai perkembangan status psikologinya.

# Kerangka Teori

