

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Anak berkebutuhan khusus termasuk penyandang cacat merupakan salah satu sumber daya manusia bangsa Indonesia yang kualitasnya harus ditingkatkan agar dapat berperan, tidak hanya sebagai obyek pembangunan tetapi juga sebagai subyek pembangunan (Kemenkes, 2010).

Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang mengalami keterbatasan atau keluarbiasaan, baik fisik, mental-intelektual, sosial maupun emosional, yang berpengaruh secara signifikan dalam proses pertumbuhan atau perkembangannya dibandingkan dengan anak-anak lain yang seusia dengannya (Kemen-PPPA, 2013). *World Health Organization (WHO)* memperkirakan jumlah anak berkebutuhan khusus di Indonesia sekitar 7-10% dari total jumlah anak. Menurut data Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) tahun 2003, di Indonesia terdapat 679.048 anak usia sekolah berkebutuhan khusus atau 21,42% dari seluruh jumlah anak berkebutuhan khusus (Kemenkes, 2010).

Berdasarkan Susenas Triwulan 1 Maret 2011, jumlah anak Indonesia sebanyak 82.980.000, dari populasi tersebut, 9.957.600 anak adalah anak

berkebutuhan khusus dalam kategori penyandang disabilitas. Jumlah anak dengan kecerdasan istimewa dan berbakat istimewa adalah sebesar 2,2% dari populasi anak usia sekolah (4-18 tahun) atau sekitar 1.185.560 anak (Kemen-PPPA, 2013). Anak berkebutuhan khusus perlu dikenali dan diidentifikasi dari kelompok anak pada umumnya, karena mereka memerlukan pelayanan yang bersifat khusus, seperti pelayanan medik, pendidikan khusus maupun latihan-latihan tertentu yang bertujuan untuk mengurangi keterbatasan dan ketergantungan akibat kelainan yang diderita, serta menumbuhkan kemandirian hidup dalam bermasyarakat (Kemenkes, 2010).

Salah satu anak berkebutuhan khusus yang memerlukan pelayanan yang bersifat khusus adalah anak dengan lamban belajar atau *slow learner*. Menurut National Institute of Health, *United States of America* (USA) dalam (Idris, 2009) menyatakan bahwa *slow learner* adalah hambatan/ gangguan belajar pada anak dan remaja yang ditandai oleh adanya kesenjangan yang signifikan antara taraf intelegensia dan kemampuan akademik yang seharusnya dicapai, lebih lanjut dijelaskan bahwa kesulitan belajar kemungkinan disebabkan oleh gangguan di dalam sistem saraf pusat otak (gangguan neurobiologis) yang dapat menimbulkan gangguan perkembangan seperti gangguan perkembangan bicara, membaca, menulis, pemahaman dan berhitung. Siswa *slow learner* memiliki kemampuan yang rendah, dengan IQ (*Intelligence Quotient*) antara 70 sampai dengan 89 atau sedikit di bawah

normal tetapi belum termasuk tuna grahita (retardasi mental) (Sugiarti, R, dkk., 2012).

Keberadaan *slow learner* sangat dirasakan, dari sisi kuantitas diketahui bahwa jumlah siswa *slow learner* lebih banyak jika dibandingkan dengan anak yang dikategorikan berkebutuhan lainnya seperti anak retardasi mental, anak dengan ketidakmampuan belajar, gangguan visual/ pendengaran serta anak dengan trauma otak/ kepala (Shaw, dkk., 2005). Menurut Khaliq, dkk (2009) kelompok siswa *slow learner* mencapai 14% dari keseluruhan jumlah populasi anak berkebutuhan yang ada. Jumlah populasi yang melebihi sepuluh persen dapat dikatakan relatif besar. Lebih lanjut, keberadaan siswa *slow learner* yang secara fisik hampir sama dengan anak normal, menjadikan mereka kelompok yang terabaikan namun sebenarnya perlu pendampingan yang relatif mendalam. Secara ringkas, siswa *slow learner* adalah sekelompok anak yang mengalami kelainan namun tidak tampak secara signifikan.

Permasalahan *slow learner* ditemukan juga di Kabupaten Cirebon, Data anak berkebutuhan khusus kegiatan pengembangan model sekolah inklusi di Sekolah Dasar (SD) Negeri I Astana Kecamatan Gunung Jati Kabupaten Cirebon Provinsi Jawa Barat tahun ajaran 2014/ 2015 dengan kriteria lamban belajar atau *slow learner* terdapat usia 7-14 tahun. Anak lamban belajar atau *slow learner* yang ada di SD Negeri I Astana berjumlah 31 siswa, dengan jumlah laki-laki sebanyak 18 siswa dan jumlah perempuan sebanyak 13 siswa.

Anak lamban belajar atau *slow learner* ditandai dengan potensi intelektual sedikit dibawah rata-rata tetapi belum termasuk gangguan mental. Mereka butuh waktu lama dan berulang-ulang untuk dapat menyelesaikan tugas-tugas akademik maupun non akademik (Kemen-PPPA, 2013).

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan anak berkebutuhan khusus, termasuk *slow learner* harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial, ekonomis dan bermartabat. Pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis (Kemenkes, 2010).

Pelayanan kesehatan pada anak *slow learner* membutuhkan perhatian karena sebagian anak dengan *slow learner* memiliki kondisi yang membawa resiko pada kesehatan gigi dan mulut, karena kebersihan gigi dan mulutnya cenderung tidak diberikan prioritas dalam pelayanan kesehatan individu (Gates, 2003). Pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* khususnya kebersihan gigi perlu diperhatikan, mengingat bahwa anak *slow learner* sangat rentan mengalami kerusakan gigi karena terdapat faktor resiko. Studi pendahuluan yang dilakukan, didapatkan hasil bahwa anak *slow learner* menunjukkan kebersihan gigi dan mulut yang buruk dan kebutuhan perawatan gigi yang tidak terpenuhi. Hasil studi pendahuluan ditemukan 80,64% dari seluruh anak *slow learner* tersebut memiliki kebersihan gigi dan mulut yang buruk.

Permasalahan tersebut akan memperburuk kondisi kesehatan anak dan mengganggu kenyamanan serta menambah kesulitan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi, sehingga kebutuhan akan kebersihan gigi pada anak *slow learner* harus lebih diperhatikan. Hal tersebut tampak jelas bahwa status kebersihan gigi dan mulut anak *slow learner* jauh dari harapan. *Indicator Oral Health Global Goal* menurut WHO tentang status kesehatan gigi dan mulut penduduk Indonesia adalah memelihara kesehatan gigi dan mulut dari anak, remaja, dewasa hingga lansia. Selain itu, target kementerian kesehatan untuk menjadikan setiap anak bebas dari karies dan mampu memelihara kesehatan gigi dan mulutnya adalah 90%.

Riset kesehatan dasar (Riskesdas) (2007) menunjukkan perilaku penduduk umur 10 tahun ke atas yang berkaitan dengan kebiasaan menggosok gigi dan kapan waktu menggosok gigi dilakukan. Sebagian besar penduduk umur 10 tahun ke atas (91,1%) mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari. Hasil optimal dalam menggosok gigi yang benar didapat dengan menggosok gigi setiap hari pada waktu pagi hari sesudah sarapan dan malam sebelum tidur. Pada umumnya masyarakat (90,7%) menggosok gigi setiap hari pada waktu mandi pagi dan atau sore. Proporsi masyarakat yang menggosok gigi setiap hari sesudah makan pagi hanya 12,6% dan sebelum tidur malam hanya 28,7%.

Prevalensi nasional menggosok gigi setiap hari adalah 94,2% sebanyak 15 provinsi berada dibawah prevalensi nasional. Perilaku yang benar

dalam menggosok gigi berkaitan dengan faktor gender, ekonomi dan daerah tempat tinggal ternyata ditemukan sebagian besar penduduk Indonesia menggosok gigi pada saat mandi pagi maupun mandi sore sebanyak (76,6%). Masyarakat yang menggosok gigi dengan benar adalah setelah makan pagi dan sebelum tidur malam, untuk Indonesia ditemukan hanya 2,3% (Risksedas 2013).

Perubahan perilaku ke arah yang lebih baik hanya dapat dilakukan melalui proses yang disengaja dengan *grand design* yang mencakup proses (Mubarak, 2011). Metode atau cara yang digunakan untuk mengimplementasikan *grand design* (rencana) yang sudah disusun dapat tercapai secara optimal apabila metode yang digunakan untuk merealisasikan strategi tersebut tepat. Keberhasilan implementasi strategi penyuluhan/ pembelajaran sangat tergantung pada cara seseorang menggunakan metode penyuluhan/ pembelajaran, karena suatu strategi penyuluhan/ pembelajaran hanya mungkin dapat diimplementasikan melalui penggunaan metode penyuluhan/ pembelajaran.

Penyuluhan adalah suatu metode atau cara mengubah perilaku dengan domain pengetahuan dan sikap sehingga pada akhirnya seseorang dapat melakukan tindakan perubahan dengan benar. Beberapa metode penyuluhan/ pembelajaran yang digunakan untuk mengimplemantasikan strategi penyuluhan/ pembelajaran adalah diantaranya metode ceramah, metode demonstrasi, metode diskusi dan metode simulasi (Sanjaya, 2007). Dalam

proses penyampaian materi penyuluhan kepada sasaran pemilihan metode yang tepat sangat membantu pencapaian usaha mengubah tingkah laku sasaran yaitu menggunakan metode demonstrasi (Herijulianti, dkk., 2002).

Metode demonstrasi adalah suatu cara penyajian pengertian atau ide yang dipersiapkan dengan teliti untuk memperlihatkan berbagai cara melakukan suatu tindakan, adegan atau menggunakan suatu prosedur. Demonstrasi juga dapat diartikan sebagai suatu cara menyajikan bahan penyuluhan dengan cara mempertunjukkan secara langsung obyeknya atau cara memperlihatkan suatu proses menggunakan alat bantu peraga (Herijulianti, dkk., 2002). Tujuan metode demonstrasi adalah memperlihatkan kepada kelompok bagaimana cara membuat sesuatu dengan prosedur yang benar, meyakinkan kepada kelompok bahwa ide baru tersebut dapat dilaksanakan setiap orang, meningkatkan minat orang untuk belajar dan mencoba sendiri dengan prosedur yang didemonstrasikan (Herijulianti, dkk., 2002).

Keuntungan metode demonstrasi itu sendiri adalah proses penerimaan sasaran terhadap materi yang diberikan akan lebih berkesan secara mendalam sehingga mendapatkan pemahaman yang lebih baik dan sempurna, mengurangi kesalahan dibandingkan membaca atau mendengar karena persepsi yang jelas diperoleh dari hasil pengamatan, benda-benda yang digunakan benar nyata sehingga hasrat untuk mengetahui lebih dalam dapat dikembangkan, peragaan dapat diulang dan dicoba oleh peserta, dengan mengamati demonstrasi masalah atau pertanyaan yang ada dapat terjawab (Herijulianti, dkk., 2002).

Metode demonstrasi juga memiliki beberapa kelemahan, diantaranya yaitu metode demonstrasi memerlukan persiapan yang lebih matang, sebab tanpa adanya persiapan demonstrasi bisa gagal dan menyebabkan metode ini tidak efektif. Demonstrasi memerlukan peralatan, bahan-bahan dan tempat yang memadai yang berarti penggunaan metode ini memerlukan pembiayaan yang lebih mahal dibandingkan dengan metode ceramah. Selain itu, demonstrasi memerlukan kemampuan dan keterampilan yang khusus, sehingga dituntut untuk bekerja lebih profesional (Sanjaya, 2007).

Metode yang tepat sangat membantu pencapaian usaha mengubah perilaku sasaran. Menurut Notoatmojo (2003) perubahan perilaku baru/ adopsi perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan bersifat langgeng (*long lasting*), sebaliknya perilaku yang tidak didasarkan oleh pengetahuan dan kesadaran tidak akan berlangsung lama. Ada berbagai faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, salah satunya adalah media.

Media dapat membantu peserta lebih memahami tentang pendidikan kesehatan. Media/ alat bantu pendidikan kesehatan adalah alat yang digunakan oleh petugas kesehatan dalam menyampaikan bahan materi atau pesan kesehatan. Macam – macam media pendidikan kesehatan yang digunakan dalam metode demonstrasi diantaranya adalah pantum dan audiovideo (Notoatmodjo, 2012).

Media pantum salah satu yang digunakan dalam metode demonstrasi sebagai alat bantu untuk mempertunjukkan kepada peserta suatu proses

sehingga bahan materi atau pesan yang disampaikan dapat diterima. Kelebihan metode penyuluhan demonstrasi dengan menggunakan media pantum adalah perhatian dapat lebih dipusatkan dan proses belajar siswa lebih terarah pada materi yang sedang dipelajari. Selain itu ada kelemahan metode penyuluhan demonstrasi dengan menggunakan media pantum, diantaranya adalah sasaran kadang kala sukar melihat dengan jelas benda yang diperagakan (Simamora, R, 2009).

Selain pantum, media pendidikan kesehatan yang digunakan dalam metode demonstrasi , diantaranya yaitu audiovideo. Berdasarkan beberapa pendapat para ahli dapat disimpulkan bahwa audiovideo adalah salah satu jenis media audio-visual dan dapat menggambarkan suatu obyek yang bergerak bersama-sama dengan suara alamiah atau suara yang sesuai sehingga dapat menarik perhatian pada waktu mengajarkan suatu materi dan dapat memusatkan perhatian pada penyajiannya serta dapat memfokuskan penjelasan pada materi yang perlu penekanan (Arsyad, 2011).

Kelebihan video antara lain bersifat dinamis sehingga merangsang rasa dan mudah memberi kesan, selain itu juga mempercepat kadar pemahaman seseorang (Hermaningsih dan Nargis., 2010). Selain kelebihan, media video juga mempunyai kekurangan, diantaranya yaitu pengambilan yang kurang tepat dapat menyebabkan timbulnya keraguan penonton dalam menafsirkan gambar yang dilihatnya, video membutuhkan alat proyeksi untuk dapat menampilkan gambar yang ada di dalamnya, pembuatan video

membutuhkan biaya yang tidak sedikit. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Asma'a, dkk (2013) menyatakan bahwa perubahan perilaku pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus menggunakan video diperoleh hasil yang signifikan.

Berdasarkan hal tersebut perlu dilakukan pendekatan yang tepat untuk memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut bagi anak *slow learner* agar dapat meningkatkan kemandirian untuk menolong dirinya sendiri dalam memelihara kesehatan giginya dan mencapai derajat kesehatan gigi dan mulut secara optimal. Pendekatannya yaitu melalui penerapan paradigma sehat yang mengutamakan dan meningkatkan upaya promotif dan preventif sejak usia dini serta mengubah perilaku dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut.

Hal tersebut diatas yang melatarbelakangi peneliti untuk mengkaji lebih lanjut tentang perbedaan antara audiovideo dengan demonstrasi pantum terhadap perilaku dan status kebersihan gigi & mulut anak *slow learner* dengan harapan dapat mengubah perilaku dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut serta meningkatkan status kebersihan gigi dan mulut anak *slow learner* melalui audiovideo atau dengan demonstrasi pantum.

B. Perumusan Masalah

Uraian pada latar belakang masalah yang telah dikemukakan di atas memberikan dasar bagi peneliti untuk merumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut: Bagaimana perbedaan antara audiovideo dengan demonstrasi

pantum terhadap perilaku dan status kebersihan gigi & mulut anak *slow learner*?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan sebelum dan sesudah diberikan pengajaran cara menggosok gigi antara audiovideo dibanding dengan demonstrasi pantum terhadap perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) dan status kebersihan gigi & mulut anak *slow learner*.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis perbedaan sebelum dan sesudah diberikan pengajaran cara menggosok gigi antara audiovideo dibanding dengan demonstrasi pantum terhadap perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) anak *slow learner*.
- b. Menganalisis perbedaan sebelum dan sesudah diberikan pengajaran cara menggosok gigi antara audiovideo dibanding dengan demonstrasi pantum terhadap status kebersihan gigi dan mulut anak *slow learner*.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat yang didapat dari penelitian ini adalah:

1. Aspek Teoritis (Keilmuan)

- a. Menambah keilmuan tentang efektifitas audiovideo terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan anak *slow learner*.

- b. Menambah keilmuan tentang efektifitas demonstrasi pantum terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan anak *slow learner*.
 - c. Menambah ilmu pengetahuan tentang efektifitas audiovideo terhadap status kebersihan gigi & mulut anak *slow learner*.
 - d. Menambah ilmu pengetahuan tentang efektifitas demonstrasi pantum terhadap status kebersihan gigi & mulut anak *slow learner*.
 - e. Memberi informasi dan masukan yang bermanfaat bagi tenaga pengajar baik guru maupun tenaga kesehatan tentang alternatif pilihan antara audiovideo dengan demonstrasi pantum pada anak *slow learner*.
 - f. Sebagai bahan referensi untuk penelitian lebih lanjut.
 - g. Menambah keilmuan dan informasi untuk pengembangan dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada anak *slow learner*.
2. Aspek Praktis (Guna laksana)
- a. Audiovideo diharapkan dapat menjadi alternatif pendekatan pada anak *slow learner* untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan tentang pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut.
 - b. Demonstrasi pantum diharapkan dapat menjadi alternatif pendekatan pada anak *slow learner* untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan tentang pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut.

- c. Penerapan audiovideo diharapkan menjadi alternatif terapi pilihan perawat gigi untuk diaplikasikan dalam memenuhi kebutuhan dasar anak *slow learner* secara personal.
- d. Penerapan audiovideo diharapkan dapat diaplikasikan untuk menangani anak *slow learner* secara berkesinambungan.
- e. Penerapan audiovideo sebagai alat bantu mengidentifikasi perubahan perilaku dalam pemenuhan kebutuhan higiene personal anak *slow learner*.
- f. Penerapan audiovideo sebagai alat bantu mengidentifikasi peningkatan kebersihan gigi & mulut anak *slow learner*.
- g. Penerapan audiovideo diharapkan dapat dijadikan alternatif pilihan terapi pada mahasiswa pendidikan vokasi keperawatan gigi dalam melaksanakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada anak *slow learner*.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian perbedaan antara audiovideo dengan demonstrasi pantum terhadap perilaku (pengetahuan, sikap, keterampilan) dan kebersihan gigi & mulut anak *slow learner* belum pernah dilakukan. Beberapa penelitian tentang media pembelajaran menggosok gigi pada anak berkebutuhan khusus telah dilakukan oleh peneliti lain, akan tetapi memiliki perbedaan seperti pada tabel berikut ini.

Tabel 1.1 Penelitian Terkait

No	Peneliti/ Publikasi	Judul Penelitian	Sampel	Rancangan Penelitian	Hasil
1.	Asma'a M. Sallam dkk., (2013), 4; 184-190.	Efektifitas audiovisual modeling terhadap perubahan perilaku pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada anak autis.	36 anak autis dengan umur 6-12 tahun di The "Egyptian Autistic Society (EAS)".	Penelitian prospective study dengan pengambilan sampel secara random dibagi kedalam 3 grup yang berbeda.	Tidak ada hasil statistik signifikan terhadap perubahan perilaku anak autis setelah diberi intervensi pada grup A, tetapi ada perubahan perilaku pada grup B dan grup C.
2	Tri Sulistyorini (2014).	Pengaruh media animasi kartun <i>Dental Health Educatiom</i> (DHE) terhadap perubahan skor plak pada anak autis.	25 siswa autis kooperatif di sekolah Autis dan Hiperaktif Citra Mulia Mandiri.	Penelitian <i>Quasi experimental</i> dengan rancangan <i>one group pretest-posttest design</i> .	Nilai signifikan $p < 0,05$ antara skor plak sebelum DHE dan 2 minggu setelah DHE.
3	Sumarti Endah Purnamaningsih Maria Margaretha (2012).	Efektifitas <i>Video Self Modelling</i> terhadap kemampuan menggosok gigi pada anak dengan <i>Autisme Spectrum Disorders</i> di Karesidenan Banyumas.	3 subyek yang dipilih seimbang dalam hal IQ (<i>Intelegentia quotion</i>).	Desain penelitian eksperimen dengan pendekatan subyek tunggal (<i>Single subject experimental design</i>).	Hasil penelitian menyarankan penggunaan media VSM dalam merawat anak dengan autisme.
4	Muhammad Fiqih Sabilillah (2015).	Perbedaan antara Audiovideo dengan Demonstrasi Pantum terhadap Perilaku, Status Kebersihan Gigi & Mulut Anak <i>Slow Learner</i> : Kajian terhadap Perilaku Pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut.	31 anak <i>slow learner</i> yang telah bersedia menjadi responden penelitian.	Penelitian <i>Quasi experimental</i> dengan rancangan <i>pre-posttest with two group design</i> .	Ada perbedaan sebelum dan sesudah diberikan intervensi antara audiovideo dibanding dengan demonstrasi pantum terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan. Namun tidak ada perbedaan variabel status kebersihan gigi dan mulut.

Beberapa hal yang membedakan penelitian-penelitian sebelumnya dengan penelitian ini adalah:

1. Perbedaan pada tempat dan waktu penelitian.
2. Variabel bebas pada penelitian ini menggunakan audiovideo dengan demonstrasi pantum.
3. Variabel terikatnya yaitu perilaku (pengetahuan, sikap, keterampilan) dan status kebersihan gigi & mulut.
4. Perbedaan metodologi yang digunakan, yaitu *Quasi experimental* dengan rancangan *pre-posttest with two group design*.
5. Perbedaan pada kelompok intervensi/ perlakuan dilakukan.
6. Perbedaan pada sampel, yaitu dilakukan pada anak *slow learner*.

F. Ruang Lingkup

1. Waktu

Penelitian ini dilakukan bulan Juni s/d Agustus 2015.

2. Tempat

Tempat penelitian dilaksanakan di Sekolah Dasar Negeri I Astana (Model Sekolah Inklusi) Kecamatan Gunung Jati Kabupaten Cirebon Propinsi Jawa Barat pada anak *slow learner*.

3. Materi

Masalah penelitian dibatasi hanya pada perbedaan antara audiovideo dengan demonstrasi pantum terhadap pengetahuan, sikap dan pengetahuan (perilaku) dan status kebersihan gigi & mulut anak *slow*

learner di Sekolah Dasar Negeri I Astana (Model Sekolah Inklusi)

Kecamatan Gunung Jati Kabupaten Cirebon Propinsi Jawa Barat.