



**EFEKTIVITAS VIDEO DAN BAHASA ISYARAT SEBAGAI MEDIA  
PENYULUHAN KESEHATAN TERHADAP PENINGKATAN  
PENGETAHUAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT  
PADA ANAK PENDERITA TUNARUNGU**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Kedokteran Gigi (S1)  
dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran Gigi

Oleh

**Lita Damafitra**

**NIM 111610101054**

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI**

**UNIVERSITAS JEMBER**

**2015**

**PERSEMBAHAN**

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT, yang telah memberi segala rahmat.
2. Kedua orang tuaku, Ayahanda Sumardi dan Ibunda Rike Eliyawati serta Adikku Nabila Azka Septiara yang tercinta;
3. Guru-guruku dan teman-temanku sampai saat ini;
4. Almamater Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember yang tercinta.

**MOTTO**

*Wallahu ma'as shoobiriin*

“Dan Allah menyertai orang-orang yang sabar”\*)

(Q.S. Al-Anfal ayat 66)

“Sesungguhnya bersama kesukaran itu ada keringanan. Karena itu bila kau sudah selesai (mengerjakan yang lain). Dan berharaplah kepada Tuhanmu\*)

(Q.S. Al Insyirah : 6-8)

“Musuh yang paling berbahaya di dunia ini adalah penakut dan bimbang. Teman yang paling setia, hanyalah keberanian dan keyakinan yang teguh.”

(Andrew Jackson)

---

\*) Departemen Agama Republik Indonesia. 1998. *Al Qur'an* dan Terjemahannya. Semarang: PT Kumudasmoro Grafindo

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Lita Damafitra

NIM : 111610101054

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: ” *Efektivitas Video dan Bahasa Isyarat sebagai Media Penyuluhan Kesehatan terhadap Peningkatan Pengetahuan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak Penderita Tunarungu*” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 25 Maret 2015

Yang menyatakan,

Lita Damafitra

NIM 111610101054

**SKRIPSI**

**EFEKTIVITAS VIDEO DAN BAHASA ISYARAT SEBAGAI MEDIA  
PENYULUHAN KESEHATAN TERHADAP PENINGKATAN  
PENGETAHUAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT  
PADA ANAK PENDERITA TUNARUNGU**

Oleh

Lita Damafitra

NIM 111610101054

**Pembimbing**

**Dosen Pembimbing Utama : drg. Zahara Meilawaty, M.Kes**  
**Dosen Pembimbing Pendamping : drg. Hestieyonini Hadnyanawati, M.Kes**

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul “*Efektivitas Video dan Bahasa Isyarat sebagai Media Penyuluhan Kesehatan terhadap Peningkatan Pengetahuan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak Penderita Tunarungu*” telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : 25 Maret 2015

tempat : Fakultas kedokteran Gigi Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua,

Drg. Kiswaluyo, M.Kes

NIP. 19670821199601001

Pembimbing Ketua,

drg. Zahara Meilawaty, M.Kes

NIP. 198005272008122002

Tim Penguji

Anggota,

drg, Dyah Setyorini, M.Kes

NIP. 196604012000032001

Pembimbing Pendamping,

drg. Hestieyonini H., M.Kes

NIP. 197306011999032001

Mengesahkan

Dekan Fakultas Kedokteran Gigi

drg. Hj. Herniyati, M.Kes

NIP. 195909061985032001

## RINGKASAN

**Efektivitas Video dan Bahasa Isyarat sebagai Media Penyuluhan Kesehatan terhadap Peningkatan Pengetahuan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak Penderita Tunarungu:** Lita Damafitra, 11610101054; 2015: 67 Halaman; Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember.

Penyakit gigi dan mulut masih banyak ditemukan pada masyarakat luas, tidak hanya terjadi pada orang dewasa tetapi terjadi juga pada anak-anak. Penyuluhan kesehatan gigi sangat efektif dalam memperbaiki tingkat kesehatan gigi dan mulut. Penyuluhan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia untuk meningkatkan kesadaran akan nilai kesehatan sehingga dengan sadar mau mengubah perilakunya menjadi perilaku hidup sehat.

Penyuluhan kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai metode, tetapi tidak semua orang atau anak bisa menerima berbagai metode penyuluhan dengan mudah. Kondisi anak dengan ketidakmampuan mental atau cacat fisik memerlukan perhatian khusus secara terus menerus. Anak tuna rungu mempunyai keterbatasan pada indra pendengaran antara lain berbicara dan berkomunikasi. Komunikasi sesama tuna rungu di dalam masyarakat yang lebih luas menggunakan bahasa isyarat. Selain itu, metode yang dibutuhkan untuk menunjang keberhasilan pembelajaran dan pemahaman anak tuna rungu karena mereka mempunyai daya tagkap visual yang tinggi. Media video merupakan salah satu media penyuluhan yang membutuhkan modalitas anak antara lain *auditory* dan *visual* yang memiliki keuntungan yaitu dapat mengulang penampilan penjelasan penyuluhan untuk menambah kejelasan anak.

Jenis penelitian ini adalah *quasi eksperimental* dengan rancangan pendekatan *non randomized control group pre-test post-test design*. Penelitian ini dilaksanakan di Sekolah Dasar Luar Biasa Patrang, Jember yang dimulai pada bulan Oktober 2014. Populasi pada penelitian ini adalah siswa-siswi Sekolah Dasar Luar Biasa Patrang.

Sample pada penelitian ini diambil dengan menggunakan teknik *Total Sampling* yaitu sampel yang ada pada jumlah populasi diambil seluruhnya. Variabel penelitian ini adalah pengetahuan kesehatan gigi dan mulut dengan alat ukur kuisioner sebelum dan setelah penyuluhan. Sampel dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yang diambil secara acak sehingga didapatkan pada kelompok perlakuan didapatkan 11 anak dan kelompok kontrol 10 anak. Prosedur penelitian dimulai dari pengumpulan data awal dengan pengisian pre-test oleh kedua kelompok kemudian diberikan penyuluhan dengan materi yang sama. Kelompok perlakuan menggunakan video dan bahasa isyarat sedangkan kelompok kontrol menggunakan ceramah dan bahasa isyarat, setelah itu siswa melakukan pengisian kuisioner post-test dengan soal yang sama dengan pre-test. Data yang didapat ditabulasi dan dianalisis.

Data yang diperoleh menunjukkan ada perbedaan keefektifan antara metode video dan bahasa isyarat dengan metode ceramah, kedua metode mengalami peningkatan namun salah satu metode menunjukkan lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut. Tingkat keefektifan dapat dilihat melalui nilai perbedaan rata-rata. Kesimpulan penelitian adalah metode penyuluhan video dan bahasa isyarat efektif dalam meningkatkan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada anak penderita tunarungu.

## PRAKATA

Puji Syukur kehadiran ALLAH SWT atas segala anugerah dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “*Efektivitas Video dan Bahasa Isyarat sebagai Media Penyuluhan Kesehatan terhadap Peningkatan Pengetahuan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak Penderita Tunarungu*”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Jurusan Kedokteran Gigi Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan dan motivasi berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Orang tuaku yang sangat ananda cintai dan sayangi, Ayahanda Sumardi dan Ibunda Rike Eliyawati, serta Adikku Nabila Azka Septiara. Terimakasih atas doa, kasih sayang, perhatian, dukungan, dan kesabaran yang selalu tercurah setiap waktu untuk ananda.
2. drg. Hj. Herniyati, M. Kes., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember, beserta seluruh staf pengajar dan karyawan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember;
3. drg. Zahara Meilawaty, M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, saran dan motivasi dengan penuh kesabaran sehingga skripsi ini dapat terselesaikan;
4. drg. Hestieyonini H., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan, saran dan motivasi dengan penuh kesabaran sehingga skripsi ini dapat terselesaikan;
5. drg. Kiswaluyo, M.Kes., selaku Dosen Penguji Ketua dan drg. Dyah Setyorini, M.Kes., selaku Dosen Penguji Anggota yang telah bersedia menguji dan memberikan masukan hingga terselesaikannya skripsi ini;
6. drg. Niken Probosari, M.Kes. sebagai Dosen Pembimbing Akademik yang selalu membimbing saya selama ini.

7. Kepala Sekolah SDLB Patrang yang menjadi tempat penelitian, dan Adik Siswa kelas 1-5 SD yang sudah memberikan izin dan kerjasamanya sehingga penelitian ini bisa berjalan dengan baik;
8. Sahabatku Ayudia, Novita, Laili, Maulidia yang sudah banyak memberi semangat walaupun kita jauh.
9. Teman-temanku yang telah membantu skripsi ini; Sekti, Nindi, Berty, Danang, Lubna, Mbak Izzah, Fitria, Tatit, Heny, Ria, Harish, Nia, Whylda, Deo, Asyiah, Dwi, Aulia N., Aulia M., Maulida dan yang terlupa untuk disebutkan yang sudah banyak membantu dan memberi semangat.
10. Rekan-rekan angkatan 2011 yang kubanggakan, semoga kita bisa menjaga kekompakkan hingga kita sukses bersama.
11. Guru-guruku terhormat, baik guru dalam pendidikan formal dan non-formal, hingga dosen-dosen di Perguruan Tinggi yang telah memberikan ilmu dan bimbingannya;
12. Semua pihak yang turut membantu dalam penyelesaian skripsi ini baik tertulis maupun tidak, semoga amal ibadah kalian dibalaskan oleh Allah SWT.

Penulis telah berupaya sekuat tenaga dan pikiran dalam pembuatan dan penyempurnaan skripsi ini. Mudah-mudahan dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Jember, 25 Maret 2015

Penulis

**DAFTAR ISI**

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	ii
<b>HALAMAN MOTO</b> .....	iii
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	iv
<b>HALAMAN PEMBIMBING</b> .....	v
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	vi
<b>RINGKASAN</b> .....	vii
<b>PRAKATA</b> .....	ix
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xi
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xiv
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xv
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xvi
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	3
<b>1.3 Tujuan</b> .....	3
<b>1.4 Manfaat</b> .....	4
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	5
<b>2.1 Efektivitas</b> .....	5
2.1.1 Pengertian Efektivitas .....	5
2.1.2 Pendekatan Efektivitas .....	5
2.1.3 Ukuran Efektivitas .....	6
2.1.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Efektivitas .....	6
<b>2.2 Pengetahuan</b> .....	7
2.3.1 Pengertian .....	7
2.3.2 Klasifikasi .....	7

2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan .....	9
<b>2.3 Tunarungu .....</b>	<b>12</b>
2.3.1 Definisi Tunarungu .....	12
2.3.2 Karakteristik Tunarungu .....	13
2.3.3 Klasifikasi Tunarungu .....	15
2.3.4 Faktor Penyebab Tunarungu .....	18
2.3.5 Dampak tunarungu terhadap perkembangan fungsi kognitif..	18
2.3.6 Pengaruh Pendengaran pada Perkembangan Bicara dan Bahasa .....	19
<b>2.4 Penyuluhan Kesehatan Gigi dan Mulut .....</b>	<b>19</b>
2.2.1 Tujuan Penyuluhan .....	20
2.2.2 Komponen Penyuluhan .....	20
2.2.3 Metode Penyuluhan .....	21
2.2.4 Alat Bantu Peraga dan Media Penyuluhan .....	23
2.2.5 Media Video .....	26
2.2.6 Bahasa Isyarat .....	27
<b>2.5 Hipotesis .....</b>	<b>28</b>
<b>2.6 Peta Konsep .....</b>	<b>28</b>
<b>BAB 3. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>29</b>
<b>3.1 Jenis Penelitian .....</b>	<b>29</b>
<b>3.2 Tempat dan Waktu Penelitian .....</b>	<b>29</b>
3.2.1 Tempat Penelitian .....	29
3.2.2 Waktu Penelitian .....	29
<b>3.3 Populasi Penelitian .....</b>	<b>29</b>
<b>3.4 Sampel Penelitian .....</b>	<b>29</b>
<b>3.5 Variabel Penelitian .....</b>	<b>30</b>
<b>3.6 Prosedur Penelitian .....</b>	<b>31</b>
3.6.1 Prosedur Pengambilan Sampel .....	31
3.6.2 Prosedur Penyuluhan .....	31

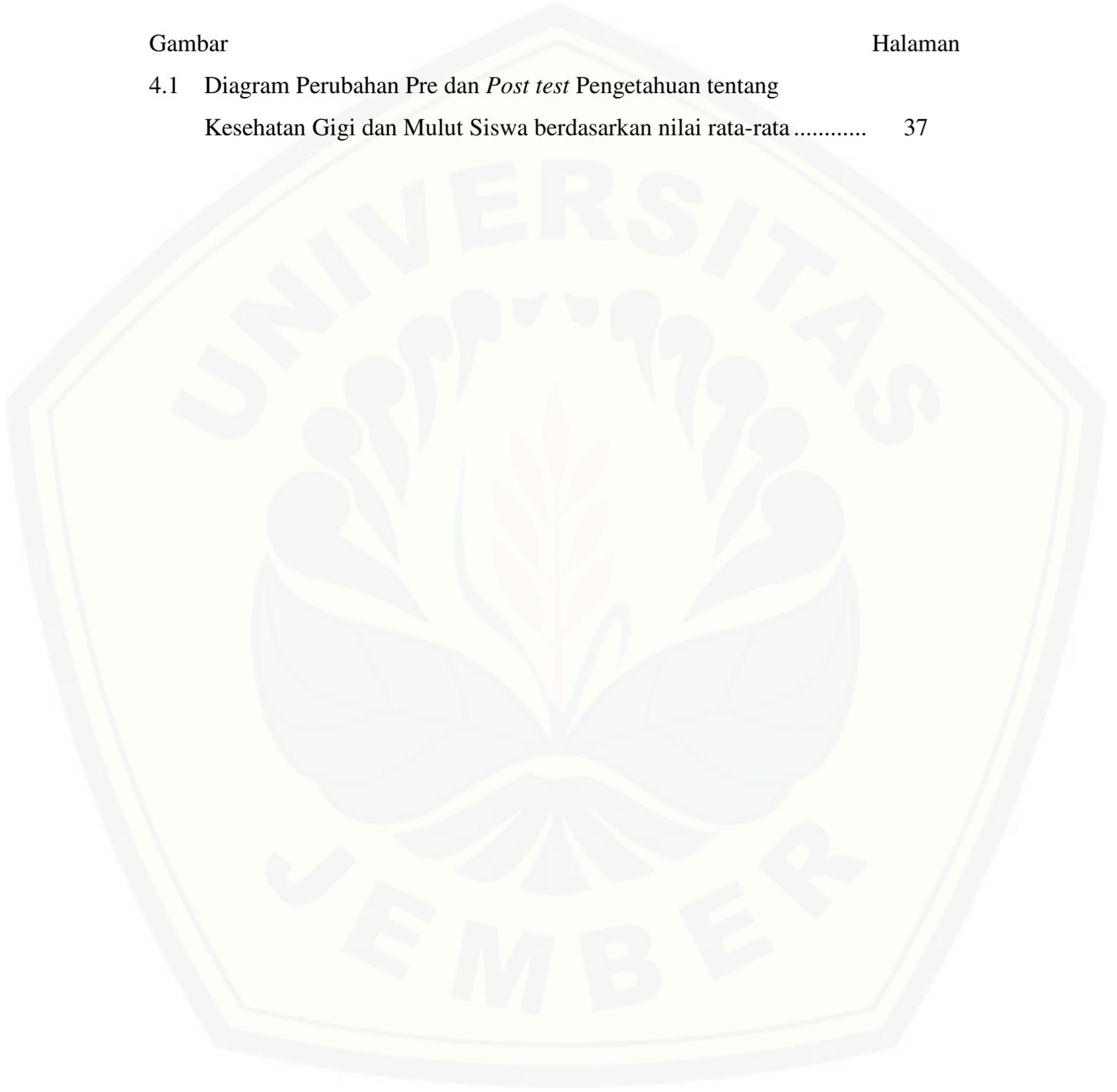
3.7 Analisa Data .....	31
3.8 Alur Penelitian .....	32
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	33
4.1 Hasil Penelitian .....	33
4.1.1 Distribusi Sampel Penelitian .....	33
4.1.2 Perubahan Nilai <i>Pre test</i> dan <i>Post test</i> Pengetahuan Kesehatan Gigi dan Mulut Siswa berdasarkan nilai rata-rata ..	36
4.2 Analisis Data .....	38
4.2.1 Uji beda Pengetahuan Siswa Sebelum Penyuluhan .....	38
4.2.2 Uji Beda Pengetahuan Siswa Sebelum Dan Sesudah Penyuluhan Menggunakan Metode Video Dan Bahasa Isyarat .....	38
4.2.3 Uji Beda Pengetahuan Siswa Sebelum dan Sesudah Penyuluhan Menggunakan Metode Ceramah .....	39
4.2.4 Uji Beda Nilai <i>Post test</i> Penyuluhan Menggunakan Metode Video dan Bahasa Isyarat dan Metode Ceramah .....	39
4.3 Pembahasan .....	40
<b>BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	45
5.1 Kesimpulan .....	45
5.1 Saran .....	45
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	46
<b>LAMPIRAN</b> .....	50

**DAFTAR TABEL**

Tabel	Halaman
4.1 Distribusi Sampel Penelitian Berdasarkan Kelas .....	33
4.2 Distribusi Sampel Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin .....	34
4.3 Distribusi Sampel Penelitian Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Kesehatan Gigi dan Mulut Sebelum dan Setelah Penyuluhan .....	34
4.4 Distribusi Kategori Pengetahuan Sebelum dan Setelah Penyuluhan berdasarkan Kelas .....	35
4.5 Distribusi Kategori Pengetahuan Sebelum dan Setelah Penyuluhan berdasarkan Jenis Kelamin.....	35
4.6 Tabel distribusi silang tingkat pengetahuan sebelum dan setelah penyuluhan dengan masing-masing metode penyuluhan .....	36
4.7 Perubahan Nilai Pre dan <i>Post test</i> Pengetahuan tentang Kesehatan Gigi dan Mulut Siswa .....	36
4.8 Hasil Uji beda Nilai <i>Pre test</i> .....	38
4.9 Hasil Uji Beda Nilai <i>Pre test</i> dan <i>Post test</i> Metode Video dan Bahasa isyarat .....	38
4.10 Hasil Uji Beda Nilai <i>Pre test</i> dan <i>Post test</i> Metode Ceramah.....	39
4.11 Hasil Uji Beda Nilai <i>Post test</i> .....	39
4.12 Hasil Uji Keefektifan .....	39

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar	Halaman
4.1 Diagram Perubahan Pre dan <i>Post test</i> Pengetahuan tentang Kesehatan Gigi dan Mulut Siswa berdasarkan nilai rata-rata .....	37



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
A. Hasil Uji Statistik.....	50
B. Hasil Skoring Pre test dan Post test Kuisiner .....	52
C. Surat Pernyataan ( <i>Inform Consent</i> ).....	53
D. Surat Ijin Penelitian.....	55
E. Kuisiner .....	56
F. Surat Pernyataan Persetujuan Kepala Sekolah.....	58
G. Foto Penelitian .....	60
H. Materi Penyuluhan .....	66

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut merupakan salah satu upaya meningkatkan kesehatan, namun orang sering mengabaikan masalah kesehatan gigi dan mulutnya yang disebabkan pengetahuan tentang kebersihan gigi dan mulut yang kurang (Gede dkk, 2013:84-88). Penyakit gigi dan mulut masih banyak ditemukan pada masyarakat luas terutama pada anak-anak, seperti karies gigi (Sondang dan Hamada, 2008:4-15). Pencegahan terjadinya penyakit gigi dan mulut dapat dilakukan dengan penyuluhan kesehatan gigi sejak dini, karena penyuluhan ini sangat efektif dalam memperbaiki tingkat kesehatan gigi dan mulut (Tambun, 2002:1-7).

Penyuluhan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi dengan tujuan mempengaruhi perilaku manusia baik secara individu, kelompok maupun masyarakat untuk meningkatkan kesadaran akan nilai kesehatan sehingga mau mengubah perilakunya menjadi perilaku hidup sehat (Muninjaya, 2004:220-234). Materi atau pesan penyuluhan yang disampaikan kepada sasaran hendaknya disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan dari sasaran dan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti sehingga materi yang disampaikan dapat dirasakan langsung manfaatnya (Effendy, 2003:84). Penyuluhan kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai metode, antara lain wawancara, ceramah, diskusi dan bermain peran, tetapi tidak semua orang atau anak bisa menerima berbagai metode penyuluhan dengan mudah (Maulana, 2009:5)

Kondisi anak dengan ketidakmampuan mental atau cacat fisik memerlukan perhatian khusus secara terus menerus disebabkan anak ini mempunyai keterbatasan untuk membersihkan mulutnya dan membutuhkan bantuan dari orang lain (Angela, 2005:130-134). Anak tuna rungu mempunyai keterbatasan pada indra pendengaran antara lain berbicara dan berkomunikasi. Apabila dilihat secara fisik, anak tunarungu

tidak berbeda dengan anak dengar pada umumnya. Pada saat berkomunikasi barulah diketahui bahwa anak tersebut mengalami tunarunguan. Anak tuna rungu mendapat kesulitan dalam berkomunikasi karena ketidakmampuan untuk menangkap dan menyampaikan suatu masalah, sehingga memerlukan pelayanan kesehatan yang cukup memadai untuk menjaga kesehatan gigi dan mulutnya. Pengajaran bahasa bagi anak tunarungu harus dimulai sedini mungkin bila kita mengharapkan tingkat keberhasilan yang optimal (Respathy, 2003:2).

Anak tuna rungu menggunakan bahasa isyarat sebagai komunikasi sehari-hari. Bahasa isyarat adalah tatanan yang sistematis tentang seperangkat isyarat jari, tangan dan berbagai gerak yang melambangkan kosa kata bahasa Indonesia (Departemen Pendidikan Nasional, 2001). Tingkat keberhasilan pengenalan bahasa isyarat tangan mencapai 69 %, maka perlu diberikan pengenalan bahasa isyarat yang lebih luas (Asriani, 2010:150-154), salah satu contoh metode penyuluhan untuk penderita tuna rungu, yaitu musik yang berupa CD (*Corps Diplomatique*) dan buku “*pop-up*” yang menunjang bagi pengoptimalan sisa pendengaran motorik mereka pada tahap deteksi bunyi (Asriani, 2012:1-7). Metode visual selain metode audio juga dibutuhkan untuk menunjang keberhasilan pembelajaran dan pemahaman anak tuna rungu karena mereka mempunyai daya tagkap visual yang tinggi. Metode visual adalah sesuatu yang dapat ditangkap, dilihat, diartikan dengan alat indera mata (Salim, 2005:8).

Media video merupakan salah satu media penyuluhan yang membutuhkan modalitas anak antara lain *auditory* dan *visual*. Media video memiliki keuntungan yaitu dapat mengulang materi penjelasan penyuluhan untuk menambah kejelasan anak dan dapat menampilkan gambar bergerak yang cukup esensial digunakan untuk pembelajaran yang menuntut penguasaan sebuah materi, gambar dan suara yang muncul membuat anak tidak cepat bosan, sehingga mendorong anak untuk mengetahui lebih jauh materi yang disampaikan (Anggraini, 2009:3).

Berdasarkan penelitian sebelumnya, tentang status kesehatan gigi dan mulut yang dilakukan pada anak kelompok tuna rungu di Kabupaten Jember pada tahun 2010 didapatkan skor kebersihan gigi dan mulut lebih buruk (1,8 = sedang) daripada

kelompok tidak tuna rungu (1,2 = baik) serta kelompok tuna rungu lebih rentan terkena karies (def-t tinggi = 4,0). Tuna rungu juga mempunyai tingkat pengetahuan kesehatan gigi dan mulut yang lebih rendah daripada kelompok tidak tuna rungu. Sekolah Dasar Luar Biasa Patrang merupakan salah satu sekolah yang digunakan pada penelitian tersebut dan mempunyai siswa-siswi tuna rungu terbanyak (Widasari, 2010:48-50). Berdasarkan keadaan diatas peneliti ingin melihat keefektivitasan metode penyuluhan kesehatan gigi dan mulut menggunakan media video dan bahasa isyarat terhadap pengetahuan kesehatan gigi dan mulut anak tuna rungu di Sekolah Dasar Luar Biasa Patrang di Kabupaten Jember.

## **1.2 Rumusan Masalah**

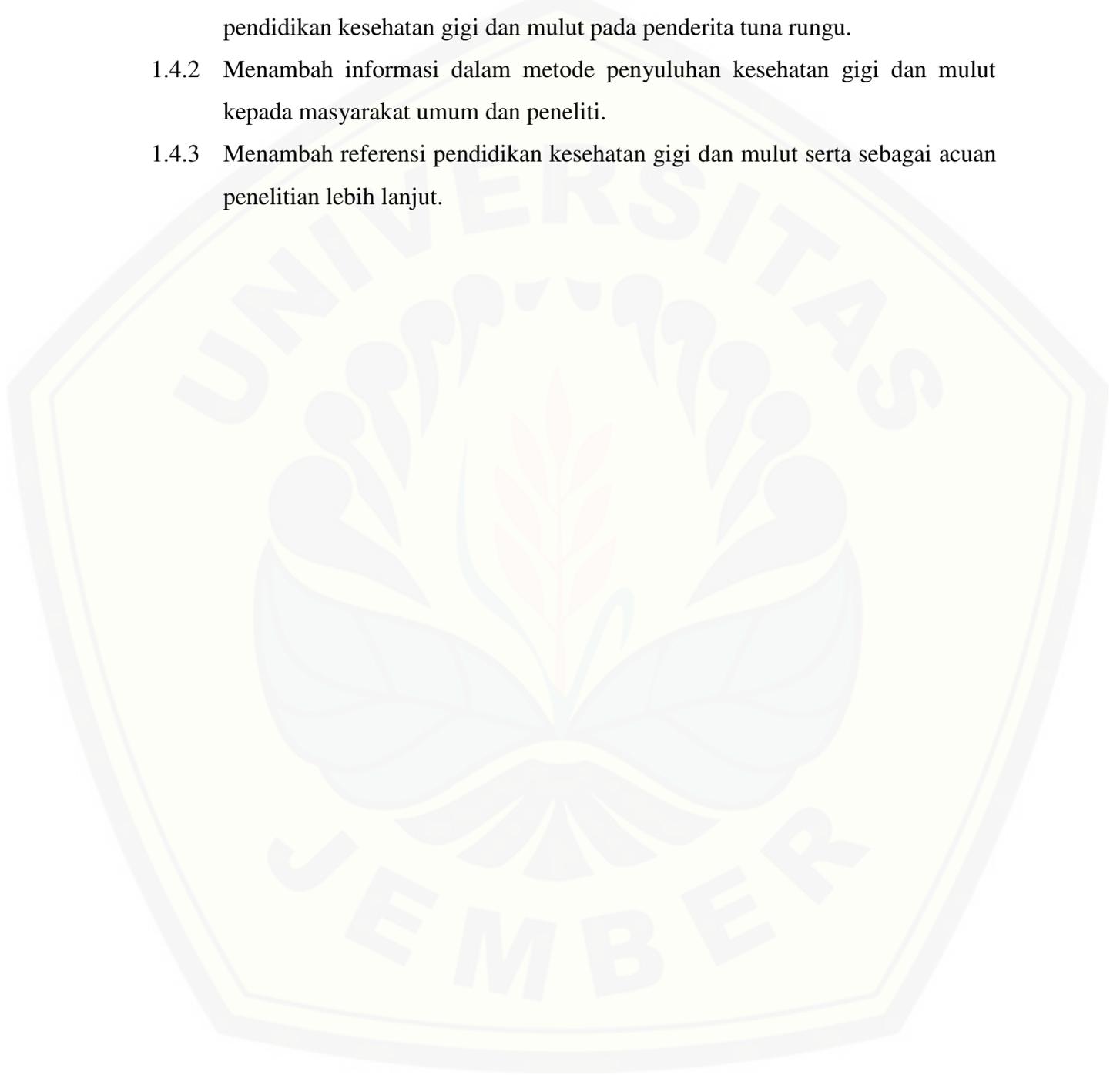
Berdasarkan latar belakang yang diuraikan, timbul permasalahan yaitu bagaimana efektivitas video dan bahasa isyarat sebagai media penyuluhan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada anak penderita tuna rungu ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Penelitian bertujuan untuk mengetahui efektivitas video dan bahasa isyarat sebagai media penyuluhan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada anak penderita tuna rungu.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

- 1.4.1 Meningkatkan pengetahuan dan mempertahankan daya ingat terhadap pendidikan kesehatan gigi dan mulut pada penderita tuna rungu.
- 1.4.2 Menambah informasi dalam metode penyuluhan kesehatan gigi dan mulut kepada masyarakat umum dan peneliti.
- 1.4.3 Menambah referensi pendidikan kesehatan gigi dan mulut serta sebagai acuan penelitian lebih lanjut.



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Efektivitas

#### 2.1.1 Pengertian

Efektivitas merupakan suatu ukuran yang memberikan gambaran seberapa jauh target (kuantitas, kualitas dan waktu) dapat tercapai. Dimana makin besar presentase target yang dicapai, makin tinggi efektivitasnya (Sedarmayanti, 2001: 59). Efektivitas menekankan pada perbandingan antara rencana dengan tujuan yang dicapai, sehingga efektivitas pembelajaran sering kali diukur dengan tercapainya tujuan pembelajaran atau dapat pula diartikan sebagai ketepatan mengelola suatu situasi dalam pembelajaran (Degeng, 1989: 19).

#### 2.1.2 Pendekatan Efektivitas

Menurut Martani dan Lubis (1987: 55), ada tiga pendekatan dalam mengukur efektivitas organisasi, yaitu:

- a. Pendekatan sumber (*resource approach*) yakni mengukur efektivitas dari *input*. Pendekatan mengutamakan adanya keberhasilan organisasi untuk memperoleh sumber daya, baik fisik maupun non fisik yang sesuai dengan kebutuhan organisasi.
- b. Pendekatan proses (*process approach*) adalah untuk melihat sejauh mana efektivitas pelaksanaan program dari semua kegiatan proses internal atau mekanisme organisasi.
- c. Pendekatan sasaran (*goals approach*) dimana pusat perhatian pada *output*, mengukur keberhasilan organisasi untuk mencapai hasil (*output*) yang sesuai dengan rencana.

### 2.1.3 Ukuran efektivitas

- a. Kejelasan tujuan yang hendak dicapai
- b. Kejelasan strategi pencapaian tujuan
- c. Proses analisis dan perumusan kebijaksanaan yang mantap
- d. Perencanaan yang matang
- e. Penyusunan program yang tepat
- f. Tersedianya sarana dan prasarana
- g. Sistem pengawasan dan pengendalian yang bersifat mendidik.

(Kurniawan, 2005:107)

### 2.1.4 Faktor yang Mempengaruhi Efektivitas

Faktor yang mempengaruhi efektivitas, yang dikemukakan oleh Richard M Steers (1985: 8):

- a. Karakteristik Organisasi adalah hubungan yang sifatnya relatif tetap seperti susunan sumber daya manusia yang terdapat dalam organisasi. Struktur merupakan cara yang unik menempatkan manusia dalam rangka menciptakan sebuah organisasi. Dalam struktur, manusia ditempatkan sebagai bagian dari suatu hubungan yang relatif tetap yang akan menentukan pola interaksi dan tingkah laku yang berorientasi pada tugas.
- b. Karakteristik Lingkungan, mencakup dua aspek. Aspek pertama adalah lingkungan ekstern yaitu lingkungan yang berada di luar batas organisasi dan sangat berpengaruh terhadap organisasi, terutama dalam pembuatan keputusan dan pengambilan tindakan. Aspek kedua adalah lingkungan intern yang dikenal sebagai iklim organisasi yaitu lingkungan yang secara keseluruhan dalam lingkungan organisasi.
- c. Karakteristik Pekerja merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap efektivitas. Di dalam diri setiap individu akan ditemukan banyak perbedaan, akan tetapi kesadaran individu akan perbedaan itu sangat penting dalam upaya

mencapai tujuan organisasi. Jadi apabila suatu organisasi menginginkan keberhasilan, organisasi tersebut harus dapat mengintegrasikan tujuan individu dengan tujuan organisasi.

- d. Karakteristik Manajemen adalah strategi dan mekanisme kerja yang dirancang untuk mengkondisikan semua hal yang di dalam organisasi sehingga efektivitas tercapai. Kebijakan dan praktek manajemen merupakan alat bagi pimpinan untuk mengarahkan setiap kegiatan guna mencapai tujuan organisasi. Dalam melaksanakan kebijakan dan praktek manajemen harus memperhatikan manusia, tidak hanya mementingkan strategi dan mekanisme kerja saja. Mekanisme ini meliputi penyusunan tujuan strategis, pencarian dan pemanfaatan atas sumber daya, penciptaan lingkungan prestasi, proses komunikasi, kepemimpinan dan pengambilan keputusan, serta adaptasi terhadap perubahan lingkungan inovasi organisasi.

## 2.2 Pengetahuan

### 2.3.1 Pengertian

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan atau kognitif adalah faktor yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*) (Notoatmodjo, 2003:121).

### 2.3.2 Klasifikasi

Penelitian Rogers (2003:5-6) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi tahapan pengetahuan dalam diri orang tersebut terjadi adalah sebagai berikut:

- a. Knowledge (pengetahuan), yakni orang tersebut mengetahui dan memahami akan adanya sesuatu perubahan baru.
- b. Persuasion (kepercayaan), yakni orang mulai percaya dan membentuk sikap terhadap perubahan tersebut
- c. Decision (keputusan), yakni orang mulai membuat suatu pilihan untuk mengadopsi atau menolak perubahan tersebut.
- d. Implementation (pelaksanaan) orang mulai menerapkan perubahan tersebut dalam dirinya.
- e. Confirmation (penegasan) orang tersebut mencari penegasan kembali terhadap perubahan yang telah diterapkannya, dan boleh merubah keputusannya apabila perubahan tersebut berlawanan dengan hal yang diinginkannya.

Penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut. Apabila penerima perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (long lasting). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama. (Notoatmodjo, 2003:121).

Notoatmodjo (2007:144-146), berpendapat bahwa pengetahuan seseorang terhadap obyek mempunyai intensitas dan tingkat yang berbeda-beda, hal ini tercakup domain kognitif yang dibagi dalam enam tingkatan, yaitu :

- a. Tahu (Know)

Tahu dapat diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Pengetahuan adalah mengingat kembali (Recall) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima, sehingga tahu adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang itu tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

b. Memahami (Comprehention)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar, orang yang telah paham terhadap objek suatu materi harus dapat menjelaskan, menyimpulkan, dan meramalkan terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (Application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi lain.

d. Analisis (Analysis)

Analisis merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi ke dalam komponen-komponen, tetapi masih didalam struktur organisasi tersebut yang masih ada kaitannya antara satu dengan lainnya.

e. Sintesis (Synthesis)

Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi yang ada.

f. Evaluasi (Evaluation)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek, dimana penilaian berdasarkan pada kriteria yang dibuat sendiri atau pada kriteria yang sudah ada.

### 2.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmojo (2003:121) ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu pendidikan, pelatihan dan pengalaman:

a. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Pendidikan yang tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Informasi yang semakin banyak masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Seseorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tentang sesuatu obyek juga mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif, kedua aspek inilah yang akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap obyek tertentu. Aspek positif yang semakin banyak dari obyek yang diketahui, akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap obyek tersebut.

b. Informasi

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Majunya teknologi akan tersedia bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru. Sarana komunikasi berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang. Penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi

baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.

c. Sosial Budaya dan Ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk dengan demikian seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut, hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

d. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu

e. Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan professional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya.

f. Usia

Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia madya, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua, selain itu orang usia madya akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada usia ini. Dua sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan selama hidup, yaitu semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya. *Intelligence Quotient* akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia, khususnya pada beberapa kemampuan yang lain seperti misalnyakosa kata dan pengetahuan umum. Teori tentang *Intelligence Quotient* menyatakan bahwa seseorang akan menurun cukup cepat sejalan dengan bertambahnya usia.

## 2.3 Tunarungu

### 2.1.1 Definisi Tunarungu

Istilah tunarungu secara etimologi dari kata tuna dan rungu, tuna artinya kurang dan rungu artinya pendengaran. Anak tunarungu adalah anak yang memiliki hambatan dalam pendengaran baik permanen maupun tidak permanen dan biasanya memiliki hambatan dalam berbicara sehingga mereka biasa disebut tunawicara (Kementrian Pendidikan Nasional, 2010:5). Anak Tunarungu/ Tunawicara mengalami gangguan komunikasi secara verbal karena kehilangan seluruh atau sebagian daya pendengarannya, sehingga mereka menggunakan bahasa isyarat dalam berkomunikasi, oleh karena itu pergaulan dengan orang normal mengalami hambatan.

Mereka memiliki sifat ego-sentris yang melebihi anak normal, cepat marah dan mudah tersinggung. Kesehatan fisik pada umumnya sama dengan anak normal lainnya (Kementrian Kesehatan RI, 2010:12). Menurut WHO, ketulian (*deafness*) merupakan kehilangan kemampuan untuk mendengar secara total pada satu atau dua telinga, sedangkan tunarungu (*hearing impairment*) mengacu pada kehilangan kemampuan mendengarkan baik sebagian ataupun seluruhnya (WHO, 2010).

Tuli (*deafness*) adalah seseorang yang kehilangan kemampuan mendengar 70 dB atau lebih, sehingga ia akan mengalami kesulitan untuk mengerti atau memahami pembicaraan orang lain walaupun menggunakan alat bantu dengar atau tanpa menggunakan alat bantu dengar (*hearing aid*). Seseorang dikategorikan lemah pendengaran (*hard of hearing*), jika ia kehilangan kemampuan dengar antara 35-69 dB, sehingga seseorang mengalami kesulitan mendengar suara orang lain secara wajar, tetapi tidak terhalang untuk mengerti atau mencoba memahami pembicaraan orang lain dengan menggunakan alat bantu dengar (Efendi, 2006:59-61).

### 2.1.2 Karakteristik tunarungu

Karakteristik anak tunarungu dari segi fisik tidak memiliki karakteristik yang khas, karena secara fisik anak tunarungu tidak mengalami gangguan yang terlihat. Dampak ketunarunguannya, anak tunarungu memiliki karakteristik yang khas dari segi yang berbeda. Mengenal dan mengidentifikasi anak tunarungu, perlu adanya kemampuan untuk mengetahui karakteristik yang dimilikinya. Berikut ini adalah karakteristik anak tunarungu menurut Hidayat (2006:129):

#### a. Karakteristik Fisik

- 1) Cara berjalan kaku dan agak membungkuk karena daya keseimbangannya terganggu.
- 2) Gerak kaki dan tangannya lincah/cepat sebab sering digunakan untuk berkomunikasi dengan lingkungannya sebagai pengganti bahasa lisannya.

- 3) Gerakan matanya cepat dan beringas, apabila organ ini tidak dijaga dengan baik dapat berakibat kemampuan melihat menurun karena selalu digunakan sebagai pengganti alat pendengarannya.
  - 4) Kemampuan bernafasnya pendek-pendek terganggu sehingga tidak mampu berbahasa dengan baik
- b. Karakteristik dalam segi bicara/bahasa
- 1) Biasanya individu yang tunarungu juga mengalami ketidakmampuan dalam berbahasa.
  - 2) Tunarungu yang diperoleh sejak lahir dapat belajar bicara dengan suara normal.
  - 3) Anak tunarungu miskin kosakata.
  - 4) Mengalami kesulitan didalam mengartikan ungkapan-ungkapan bahasa yang mengandung arti kiasan dan kata abstrak.
  - 5) Dia kurang menguasai irama dan gaya bahasa.
  - 6) Dia mengalami kesulitan dalam berbahasa verbal dan pasif dalam berbahasa.
- c. Karakteristik Kepribadiannya
- 1) Anak tunarungu yang tidak berpendidikan cenderung murung, penuh curiga, curang, kejam (bengis), tidak simpatik, tidak dapat dipercaya, cemburu, tidak wajar, egois, ingin membalas dendam, dan sebagainya.
  - 2) Lingkungan yang menyenangkan dan memanjakan dapat berpengaruh terhadap ketidakmampuan dalam penyesuaian mental maupun emosi.
  - 3) Anak tunarungu menunjukkan kondisi yang lebih neurotik, mengalami ketidakamanan dan berkepribadian tertutup (*introvert*).
- d. Karakteristik Emosi dan Sosialnya
- 1) Suka menafsirkan secara negatif
  - 2) Kurang mampu dalam mengendalikan emosinya dan sering emosi bergejolak.
  - 3) Memiliki perasaan rendah diri dan merasa diasingkan.
  - 4) Memiliki rasa cemburu dan prasangka karena tidak diperlakukan dengan adil serta sulit bergaul.

### 2.1.3 Klasifikasi Tunarungu

#### a. Klasifikasi berdasarkan tingkat kehilangan pendengaran

Mohammad Efendi pada tahun 2006 yang mengklasifikasikan anak tunarungu dimulai dari tingkat kehilangan pendengaran 20 dB. Menurutnya dikatakan anak mampu dengar/anak normal berada pada tingkat 0-20 dB. Untuk lebih jelas klasifikasi tunarungu berdasarkan tingkat kehilangan pendengaran dapat penulis kemukakan sebagai berikut:

- 1) Anak tunarungu dengan kehilangan antara 20-30 dB. Kemampuan anak tersebut sebagai berikut:
  - a) Anak berada pada ambang batas normal sehingga kemampuan mendengarnya masih baik.
  - b) Dapat mengikuti pembelajaran di kelas dengan posisi bangku di dekat guru.
  - c) Kemampuan berbicara baik karena dapat ditunjang melalui kemampuan pendengarannya.
- 2) Anak tunarungu dengan tingkat kehilangan pendengaran antara 30-40 dB. Kemampuan yang dimiliki anak yaitu :
  - a) Dapat mendengar pada jarak dekat.
  - b) Dapat mengekspresikan isi hatinya
  - c) Sulit memahami percakapan yang lemah dan tidak searah.
- 3) Anak tunarungu dengan tingkat kehilangan pendengaran antara 40-60 dB. Kemampuan yang dimiliki anak adalah
  - a) Dapat memahami percakapan dengan jarak 1 meter
  - b) Mengalami masalah dalam berbicara terutama pelafalan konsonan
  - c) Memiliki kesulitan dalam menggunakan bahasa yang baik dan benar.
  - d) Kosakata yang dimiliki anak terbatas.
- 4) Anak tunarungu dengan tingkat kehilangan pendengaran 60-70 dB (*severe losses*). Kemampuan yang dimiliki anak sebagai berikut
  - a) Mengalami kesulitan dalam membedakan suara

- b) Tidak menyadari getaran bunyi dari benda-benda di sekitarnya
  - c) Tidak mampu berbicara spontan sehingga membutuhkan layanan pendidikan khusus dan memakai alat bantu dengar.
- 5) Anak tunarungu dengan tingkat kehilangan pendengaran 70 dB ke atas (*profoundy losses*). Memiliki kemampuan sebagai berikut
- a) Hanya dapat mendengar suara keras dengan jarak 1 inci
  - b) Tidak menyadari bunyi yang keras sehingga tidak bereaksi
  - c) Kosakata dan penguasaan bahasa sangat lemah (Efendi, 2006:59-61).
- b. Klasifikasi secara etiologis

Klasifikasi secara etiologi ini berdasarkan pembagian sebab-sebab, dalam hal ini penyebab ketunarunguan ada beberapa faktor yaitu:

- 1) Pada saat sebelum dilahirkan
  - a) Salah satu atau kedua orang tua anak menderita tunarungu atau mempunyai gen sel pembawa sifat abnormal, misalnya dominat genes, recesive gen, dan lain-lain.
  - b) Karena penyakit, sewaktu ibu mengandung terserang suatu penyakit, terutama penyakit-penyakit yang diderita pada saat kehamilan tri semester pertama yaitu pada saat pembentukan ruang telinga. Penyakit itu ialah rubella, moribili, dan lain-lain.
  - c) Keracunan obat-obatan; pada suatu kehamilan ibu meminum obat-obatan terlalu banyak, ibu seorang pecandu alkohol, atau ibu tidak menghendaki kehadiran anaknya sehingga ia meminum obat penggugur kandungan, hal ini akan dapat menyebabkan ketunarunguan pada anak yang dilahirkan.
- 2) Pada saat kelahiran
  - a) Sewaktu melahirkan, ibu mengalami kesulitan sehingga persalinan dibantu dengan penyedotan (tang).
  - b) Prematuritas, yakni bayi yang lahir sebelum waktunya.

- 3) Pada saat setelah kelahiran (post natal)
  - a) Ketulian yang terjadi karena infeksi, misalnya infeksi pada otak (meningitis) atau infeksi umum seperti difteri, morbili, dan lain-lain.
  - b) Pemakaian obat-obatan ototoksi pada anak-anak.
  - c) Karena kecelakaan yang mengakibatkan kerusakan alat pendengaran bagian dalam, misalnya jatuh (Somantri, 2005:94).
- c. Klasifikasi berdasarkan menurut lokasi terjadinya ketunarunguan
  - 1) Tunarungu konduktif

Terjadi karena beberapa organ yang berfungsi sebagai penghantar suara ditelinga bagian luar mengalami gangguan yang terdapat di telinga bagian dalam dan dinding labirin mengalami gangguan.
  - 2) Tunarungu perseptif (tunarungu saraf)

Terganggunya organ-organ pendengaran yang terdapat dibelahan telinga bagian dalam. Terjadi jika getaran suara yang diterima oleh telinga bagian dalam tidak dapat diteruskan ke pusat pendengaran di otak.
  - 3) Tunarungu campuran

Pada telinga yang sama rangkaian organ-organ telinga yang berfungsi sebagai penghantar dan menerima rangsangan suara mengalami gangguan (Efendi, 2006:59-61).
- d. Berdasarkan taraf penguasaan bahasa
  - 1) Tuli Prabahasa

Anak-anak yang kehilangan pendengarannya sebelum berbicara dan berbahasa, yang menyebabkan masalah dalam pembelajaran.
  - 2) Tuli Purnabahasa

Kehilangan pendengaran setelah dapat berbicara dan berbahasa (Muhammad, 2008:62).

#### 2.1.4 Faktor penyebab tunarungu

Menurut pendapat dari Moores dalam Mohammad Efendi (2006:59-61) adalah sebagai berikut :

- a. Ketunarunguan sebelum lahir ( prenatal ).
  - 1) Hereditas atau keturunan.
  - 2) Cacar jerman atau rubella.
  - 3) Taxoemia.
- b. Ketunarunguan saat lahir ( neonatal ).
  - 4) Lahir prematur.
  - 5) Rhesus faktor.
  - 6) Tang verlossing.
- c. Ketunarunguan setelah lahir ( posnatal ).
  - 7) Penyakit meningitis.
  - 8) Infeksi.
  - 9) Otitis media kronis.

#### 2.1.5 Dampak tunarungu terhadap perkembangan 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. Ketunarunguannya menghambat proses pencapaian pengetahuan secara lebih luas. Perkembangan intelegensi secara fungsional terhambat. Perkembangan kognitif anak tunarungu sangat dipengaruhi oleh perkembangan bahasa, sehingga hambatan pada bahasa akan menghambat perkembangan intelegensi anak tunarungu (Somantri, 2006:56-57).

### 2.1.6 Pengaruh Pendengaran pada Perkembangan Bicara dan Bahasa

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 ujaran sebagai sarana penerimaan dari pihak anak tunarungu.
- b. Menggunakan media tulisan dan membaca sebagai sarana penerimaannya.
- c. Menggunakan isyarat sebagai media (Somantri, 2006:97-99)

## 2.4 Penyuluhan Kesehatan Gigi dan Mulut

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 (Effendy, 2001:232), sedangkan penyuluhan kesehatan gigi dan mulut adalah upaya menanamkan pesan mengenai kesehatan gigi kepada masyarakat, kelompok, atau individu, dengan harapan mereka dapat memperoleh pengetahuan kesehatan gigi yang lebih baik. Harapannya dengan pengetahuan tersebut dapat mempengaruhi perubahan perilaku mereka (Notoatmodjo, 2005:286).

### 2.2.1 Tujuan Penyuluhan

Tujuan penyuluhan kesehatan pada hakekatnya sama dengan tujuan pendidikan kesehatan, menurut Efendi (2001:233) tujuan penyuluhan kesehatan adalah

- a. Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku hidup sehat dan lingkungan sehat, serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.
- b. Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental dan sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian.

Penyuluhan merupakan salah satu upaya promotif dalam pelaksanaan program Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS). Upaya promotif yang dilaksanakan di UKGS, lebih diarahkan pada pendekatan pendidikan kesehatan gigi. Tujuan UKGS adalah tercapainya derajat kesehatan gigi dan mulut murid yang optimal, sedangkan tujuan penyuluhan dalam program UKGS agar murid mempunyai kemampuan dan kebiasaan untuk memelihara kesehatan gigi dan mulutnya secara benar baik dalam pengetahuan, sikap, maupun tindakan (Herijulianti dkk., 2002:122-123).

### 2.2.2 Komponen Penyuluhan

Berhasil atau tidaknya penyuluhan ditentukan oleh berbagai faktor. Faktor-faktor yang dimaksud adalah kondisi dari interaksi antara komponen-komponen penyuluhan. Komponen tersebut adalah : penyuluh, sasaran, pesan, dan media.

#### a. Penyuluh

Penyuluh adalah pihak yang memberikan informasi terhadap sasaran. Penyuluh dapat terdiri dari seseorang, beberapa orang maupun lembaga. Menyuluh tentang kesehatan membutuhkan komunikasi yang baik, juga membutuhkan kompetensi educational tambahan sehingga seorang penyuluh kesehatan dapat bekerja dengan setting yang berbeda dan menggunakan strategi-strategi yang tepat untuk tujuan edukasi.

b. Sasaran

Sasaran adalah pihak yang menerima informasi dari pihak penyuluh. Dalam penyuluhan kesehatan gigi dan mulut perlu diperhatikan tingkat kemampuan masing-masing sasaran sesuai dengan kriteria sasaran yang dikehendaki. Sehingga agar tujuan dari penyuluhan kesehatan di Sekolah Dasar berhasil, maka penyuluhan kesehatan gigi dan mulut memerlukan strategi tertentu pada anak-anak Sekolah Dasar.

c. Pesan

Pesan adalah informasi atau materi yang disampaikan oleh penyuluh kepada sasaran. Pesan dapat berbentuk lisan maupun tulisan. Pesan penyuluhan terdiri atas isi penyuluhan dan lambang. Isi pesan penyuluhan bisa satu tetapi lambang yang dipergunakan untuk menyampaikan penyuluhan bermacam-macam seperti gambar, warna, bahasa, dan sebagainya. Lambang yang paling banyak dipergunakan dalam penyuluhan adalah bahasa karena bahasa dapat mengungkapkan pikiran, perasaan fakta dan opini, hal-hal yang konkret dan abstrak, karena itu dalam penyuluhan, bahasa memegang peranan yang penting.

d. Media

Media merupakan alat bantu pendidikan yang digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat oleh sasaran, karena alat-alat tersebut merupakan alat saluran untuk menyampaikan dan digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat (Poernomo, 2007: 65-6)

### 2.2.3 Metode Penyuluhan

Teknik dan metode adalah alat dan cara untuk menyampaikan pesan kepada masyarakat, kelompok, atau individu sehingga upaya promosi kesehatan dapat menjangkau sasaran yang efektif. Pemilihan metode dan teknik dalam menyampaikan informasi harus dipertimbangkan secara cermat dengan memperhatikan kemas-

informasinya, keadaan penerima informasi, termasuk sosial budaya dan hal lain yang merupakan lingkungan komunikasi seperti tempat dan waktu (Notoatmodjo, 2005:23). Berikut jenis metode penyuluhan

a. Berdasarkan Teknik Komunikasi

- 1) Metode penyuluhan langsung. Dalam hal ini para penyuluh langsung berhadapan atau bertatap muka dengan sasaran. Termasuk di sini antara lain : kunjungan rumah, pertemuan diskusi (FGD), pertemuan di balai desa, pertemuan di Posyandu, dll.
- 2) Metode yang tidak langsung. Dalam hal ini para penyuluh tidak langsung berhadapan secara tatap muka dengan sasaran, tetapi ia menyampaikan pesannya dengan perantara (media). Umpamanya publikasi dalam bentuk media cetak, melalui pertunjukan film, dsb.

b. Berdasarkan Jumlah Sasaran Yang Dicapai

1) Pendekatan perorangan

Penyuluh berhubungan secara langsung maupun tidak langsung dengan sasaran secara perorangan, antara lain : kunjungan rumah, hubungan telepon, dan lain-lain.

2) Pendekatan kelompok

Petugas promosi berhubungan dengan sekelompok sasaran. Beberapa metode penyuluhan yang masuk dalam kategori ini antara lain : Pertemuan, Demonstrasi, Diskusi kelompok, Pertemuan FGD, dan lain-lain

3) Pendekatan masal

Petugas Promosi Kesehatan menyampaikan pesannya secara sekaligus kepada sasaran yang jumlahnya banyak. Beberapa metode yang masuk dalam golongan ini adalah : Pertemuan umum, pertunjukan kesenian, Penyebaran tulisan/poster/media cetak lainnya, Pemutaran film, dll.

c. Berdasarkan Indera Penerima

- 1) Metode melihat/memperhatikan. Dalam hal ini pesan diterima sasaran melalui indera penglihatan, seperti : Penempelan Poster, Pemasangan Gambar/Photo, Pemasangan Koran dinding, Pemutaran Film
- 2) Metode pendengaran. Dalam hal ini pesan diterima oleh sasaran melalui indera pendengar, umpamanya : Penyuluhan lewat radio, Pidato, Ceramah, dll
- 3) Metode kombinasi. Dalam hal ini termasuk : Demonstrasi cara (dilihat, didengar, dicium, diraba dan dicoba) (Departemen Kesehatan RI, 2004:5).

#### 2.2.4 Alat Bantu Peraga dan Media Penyuluhan

a. Alat Bantu Peraga

Alat bantu peraga adalah alat-alat yang digunakan oleh penyuluh dalam menyampaikan informasi. Alat bantu ini sering disebut alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan meragakan sesuatu dalam proses penyuluhan. Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia itu diterima atau ditangkap melalui panca indera. Indera yang semakin banyak digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian/pengetahuan yang diperoleh. Alat peraga ini dimaksudkan untuk mengerahkan indera sebanyak mungkin kepada suatu objek sehingga mempermudah persepsi (Notoatmodjo, 2007:56).

Alat peraga berfungsi untuk menimbulkan minat sasaran mencapai sasaran yang lebih banyak, membantu mengatasi hambatan bahasa merangsang sasaran untuk melaksanakan pesan kesehatan, membantu sasaran untuk belajar lebih banyak dan tepat, merangsang sasaran untuk meneruskan pesan yang diterima kepada orang lain, mempermudah memperoleh informasi oleh sasaran, mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami dan akhirnya memberikan pengertian yang lebih baik, dan membantu menegakkan pengertian yang diperoleh (Notoatmodjo, 2003:73-74)

Soekidjo Notoatmodjo (2003: 65) menyatakan bahwa secara garis besar, alat bantu atau media pendidikan hanya ada tiga macam, yaitu:

- 1) Alat bantu lihat (visual aids) yang berguna dalam membantu menstimulasi indera mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses pendidikan.
- 2) Alat bantu dengar (audio aids), yaitu alat yang dapat membantu untuk menstimulasikan indera pendengar pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan.
- 3) Alat bantu lihat-dengar (Audio Visual Aids/ AVA) merupakan alat yang dapat membantu menstimulasikan indera mata dan pendengar ketika terjadi proses pendidikan.

b. Media Penyuluhan

Menurut Notoatmodjo (2005:290-291) kata media berasal dari bahasa latin “*medius*” yang berarti tengah, perantara, atau pengantar. Secara harfiah dalam bahasa Arab, media berarti perantara atau pengantar pesan dari pengirim ke penerima pesan. Media dalam promosi kesehatan dapat diartikan sebagai alat bantu promosi kesehatan yang dapat dilihat, didengar, diraba, dirasa atau dicium, untuk memperlancar komunikasi dan penyebaran 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 mengubah perilaku ke arah positif terhadap kesehatan.

Tujuan atau alasan mengapa media sangat diperlukan di dalam pelaksanaan penyuluhan kesehatan antara lain adalah :

- 1) Media dapat mempermudah penyampaian informasi.
- 2) Media dapat menghindari kesalahan persepsi.
- 3) Media dapat memperjelas informasi.
- 4) Media dapat mempermudah pengertian.
- 5) Media dapat mengurangi komunikasi verbalistik.
- 6) Media dapat menampilkan objek yang tidak dapat ditangkap dengan mata.

7) Media dapat memperlancar komunikasi.

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

1) Media cetak

Media ini mengutamakan pesan-pesan visual, biasanya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Contoh media ini adalah booklet, leaflet, flyer (selebaran), flip chart (lembar balik), Rubric atau tulisan pada surat kabar atau majalah, poster, foto yang mengungkapkan informasi kesehatan. Kelebihan media cetak antara lain tahan lama, mencakup banyak orang, biaya rendah, dapat dibawa kemana-mana, tidak perlu listrik, mempermudah pemahaman dan dapat meningkatkan gairah belajar. Media cetak memiliki kelemahan yaitu tidak dapat menstimulir efek gerak dan efek suara dan mudah terlipat.

2) Media elektronik

Media ini merupakan media yang bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dan penyampaiannya melalui alat bantu elektronika. Contoh media ini adalah televisi, radio, video film, cassette, CD, VCD. Kelebihannya antara lain lebih mudah dipahami, lebih menarik, sudah dikenal masyarakat, bertatap muka, mengikut sertakan seluruh panca indera, penyajiannya dapat dikendalikan dan diulang-ulang serta jangkauannya lebih besar. Kelemahan dari media ini adalah biayanya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu listrik dan alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, perlu keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya.

3) Media luar ruang

Media menyampaikan pesannya di luar ruang, bisa melalui media cetak maupun elektronik misalnya papan reklame, spanduk, pameran, banner dan televisi layar lebar. Kelebihan dari media ini adalah lebih mudah dipahami, lebih menarik, sebagai informasi umum dan hiburan, bertatap muka, mengikut

sertakan seluruh panca indera, penyajian dapat dikendalikan dan jangkauannya relatif besar. Kelemahan dari media ini adalah biaya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu alat canggih untuk produksinya, persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, memerlukan keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya (Tjiptono, 1997:243).

#### 2.2.5 Media Video

Menurut Cheppy (2010: 5) 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 tampak dengar (audio visual) yang dapat digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan/materi pelajaran (Ayuningrum, 2012:5). Media video merupakan media audio visual yang dilengkapi fungsi peralatan suara dan gambar dalam satu unit yang biasa disebut media video murni (Munadi, 2008:13). Berdasarkan proses pembelajarannya metode video mempunyai tujuan, yaitu :

a. Tujuan Kognitif

Mitra kognitif dapat dikembangkan, yakni yang menyangkut kemampuan mengenal kembali kemampuan memberikan rangsangan berupa gerak yang serasi. Video dipertunjukan serangkaian gambar diam yang dapat digunakan dalam menunjukan berbagai contoh bersikap, khususnya menyangkut interaksi manusiawi.

b. Tujuan psikomotor

Video merupakan media yang paling tepat untuk 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 (Utaminingsyas, 2012:12-13).

### 2.2.6 Bahasa Isyarat

Komunikasi total merupakan konsep yang bertujuan mencapai komunikasi yang efektif antara sesama tunarungu ataupun kaum tunarungu dengan masyarakat luas dengan menggunakan media berbicara, membaca bibir, mendengar, dan berisyarat secara terpadu.

Sistem Isyarat Bahasa Indonesia (SIBI) yang dibakukan itu merupakan salah satu media membantu komunikasi kaum tunarungu di dalam masyarakat yang lebih luas. Wujudnya adalah tatanan yang sistematis tentang seperangkat isyarat jari, tangan dan berbagai gerak yang melambangkan kosa kata bahasa Indonesia. Di dalam pembakuan tersebut, dipertimbangkan beberapa tolak ukur yang mencakup segi kemudahan, keindahan, dan ketepatan pengungkapan makna atau struktur kata. Hal lainnya yang perlu diperhatikan dalam penggunaan SIBI, adalah sebagai berikut:

- a. Sistem isyarat harus secara akurat dan konsisten mewakili Sintaksis bahasa Indonesia yang paling banyak digunakan oleh masyarakat Indonesia, hal ini merupakan tujuan utama suatu sistem isyarat, yaitu suatu sistem yang mengalihkan bahasa masyarakat umum dalam isyarat, berbeda dengan bahasa isyarat yang bisa memiliki tata bahasa aturan yang berbeda dengan bahasa Indonesia yang biasa berkembang di antara kaum tunarungu secara alami dan sampai sekarang belum diteliti.
- b. Sistem isyarat yang disusun harus mewakili satu kata dasar atau imbuhan, tanpa menutup kemungkinan ada beberapa pengecualian bagi dikembangkannya isyarat yang mewakili satu makna.
- c. Sistem isyarat harus disesuaikan dengan perkembangan kemampuan dan kejiwaan siswa.

- d. Sistem isyarat harus mudah dipelajari dan digunakan oleh siswa, guru, orang tua murid, dan masyarakat (Wijayanto, 2009:6).

## 2.5 Hipotesis Penelitian

Media penyuluhan dengan video dan bahasa isyarat efektif terhadap pengetahuan tentang kesehatan gigi dan mulut anak penderita tunarungu.

## 2.6 Peta Konsep



## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian *Quasy Eksperimental* dengan rancangan penelitian *non randomized control group pre-test post-test design*. Rancangan ini anggota sampel dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok eksperimen dan kelompok (Notoatmojo, 2005:48).

### 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

#### 3.2.1 Tempat Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di Sekolah Dasar Luar Biasa Patrang, Jember.

#### 3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada Oktober 2014.

### 3.3 Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah siswa-siswi penderita tunarungu di Sekolah Dasar Luar Biasa Patrang Kabupaten Jember sebanyak 21siswa.

### 3.4 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah seluruh siswa-siswi tunarungu Sekolah Dasar Luar Biasa Patrang Kabupaten Jember yang disebut Total Sampel yaitu sampel yang ada pada jumlah populasi diambil seluruhnya. Hal tersebut dilakukanjika jumlah populasi relatif kecil (Setiadi, 2007:75).

### 3.5 Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah pengetahuan kesehatan gigi dan mulut.

a. Definisi Operasional

Pengetahuan kesehatan gigi dan mulut adalah segala sesuatu yang diketahui seseorang tentang cara menjaga kesehatan dan kebersihan gigi dan mulut, serta cara menggosok gigi yang benar.

b. Alat Ukur

Kuisisioner (Pre-test dan Post-test)

c. Metode Pengukuran

Hasil pre-test dan post-test yang berupa angka kemudian ditabulasi dengan rumus sebagai berikut

$$c = \frac{X_n - X_1}{k}$$

Keterangan:

c = Perkiraan besarnya (*class width, class size, class length*)

k = Banyaknya kelas

X<sub>n</sub> = Nilai observasi terbesar

X<sub>1</sub> = Nilai observasi terkecil

Tiap pertanyaan untuk jawaban benar diberi nilai 1 sedangkan jawaban salah diberi nilai 0.

Nilai maksimum 10

Nilai minimum 0

Jumlah kelompok 3

Hasil Range yang didapatkan selanjutnya diinterpretasikan dalam kriteria kualitatif sebagai berikut:

6,8-10 : Pengetahuan kesehatan gigi dan mulut baik

3,4-6,7 : Pengetahuan kesehatan gigi dan mulut sedang

0-3,3 : Pengetahuan kesehatan gigi dan mulut rendah

(Supranto, 2000:64)

### 3.6 Prosedur Penelitian

#### 3.6.1 Prosedur Pengambilan Sampel

Sampel dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yang diambil berdasarkan kriteria jenis kelamin dan kelas, sehingga didapatkan pada kelompok perlakuan didapatkan 11 anak dan kelompok kontrol 10 anak.

#### 3.6.2 Prosedur Penyuluhan

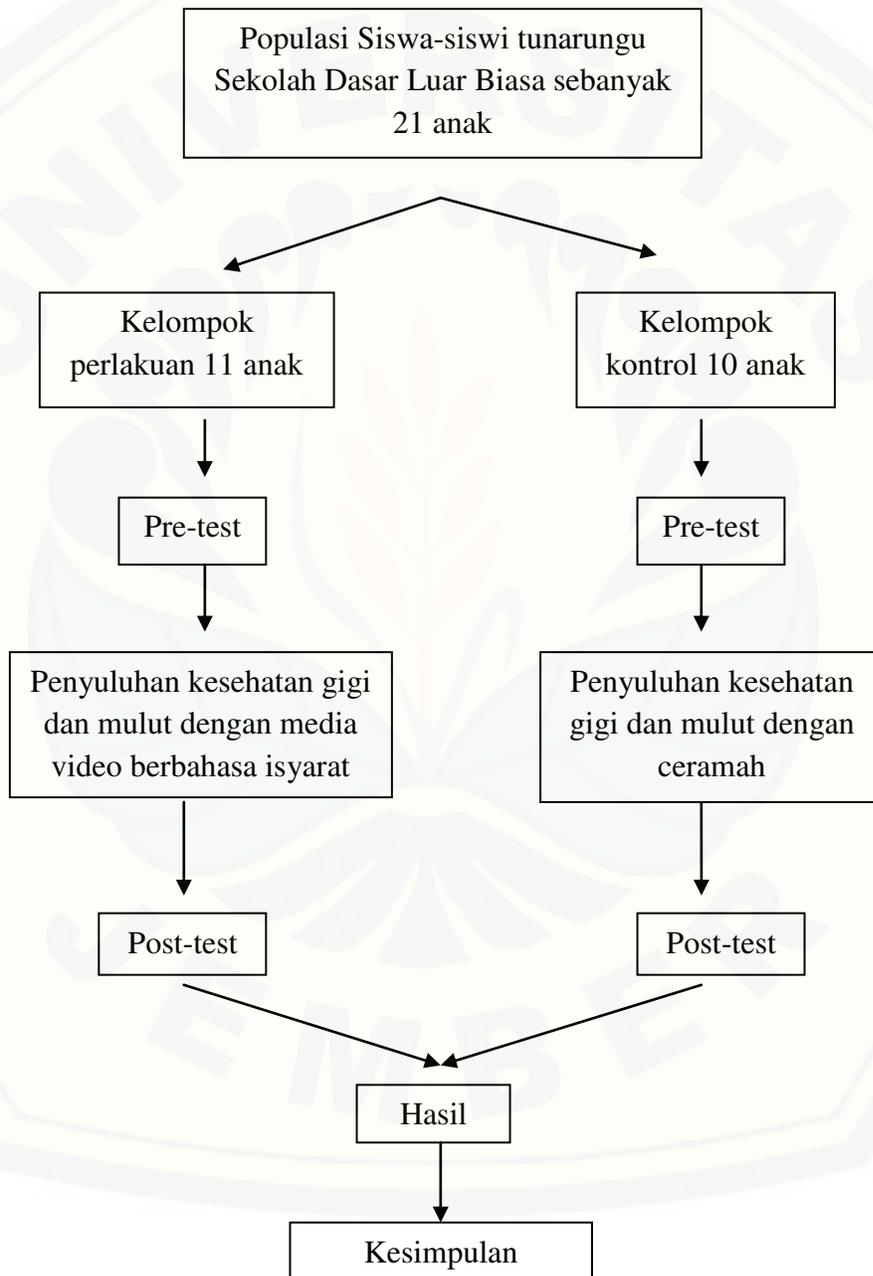
- a. Pengumpulan data awal dilakukan pre-test kepada semua kelompok yaitu kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol berupa pengisian kuisioner selama kurang lebih 15 menit tentang pengetahuan kesehatan gigi dan mulut.
- b. Siswa diberi penyuluhan tentang kesehatan gigi dan mulut dengan media video yang berisi bahasa isyarat kepada kelompok perlakuan, sedangkan pada kelompok kontrol diberikan penyuluhan menggunakan bahasa isyarat.
- c. Siswa diberikan post-test berupa pengisian kuisioner lagi dengan soal yang sama selama kurang lebih 15 menit.
- d. Data yang terkumpul akan dianalisis supaya didapatkan hasil dan kesimpulan.

### 3.7 Analisis Data

Hasil data penelitian berupa nilai *pretest* dan *posttest* dilakukan tabulasi terlebih dahulu, setelah itu dilakukan analisis menggunakan uji beda non parametrik, yaitu *Man Whitney Test* untuk mengetahui perbedaan nilai sebelum penyuluhan. Hal ini untuk melihat sama tidaknya pengetahuan siswa sebelum penyuluhan, selanjutnya dilakukan *Wilcoxon Signed Ranks Test* untuk melihat perbedaan nilai sebelum dan sesudah penyuluhan pada setiap metode. Uji selanjutnya yaitu *Man Whitney Test* untuk melihat perbedaan nilai sesudah penyuluhan pada kedua metode, setelah itu

untuk melihat metode mana yang lebih efektif untuk penyuluhan yaitu dapat dilihat pada *mean rank* pada data *Man Whitney Test*.

### 3.8 Alur Penelitian



## BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

### 4.1 Hasil Penelitian

#### 4.1.1 Distribusi Sampel Penelitian

Penelitian tentang efektivitas media penyuluhan kesehatan dengan media video dan bahasa isyarat terhadap peningkatan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada anak penderita tuna rungu dilakukan pada bulan Oktober 2014. Sampel dipilih dengan metode *Total Sampling* yaitu seluruh anggota populasi sebanyak 21 siswa tuna rungu. Sampel dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok perlakuan dengan penyuluhan video dan bahasa isyarat sebanyak 11 siswa dan kelompok kontrol dengan penyuluhan ceramah sebanyak 10 siswa. Penelitian dilakukan dengan menggunakan *pre test* dan *post test* kuisioner sebagai data untuk mengetahui ada tidaknya peningkatan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut.

Sampel penelitian terdiri dari siswa kelas 1 sampai kelas 5. Distribusi sampel berdasarkan kelas dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.1 Distribusi Sampel Penelitian Berdasarkan Kelas

Kelas	Jumlah	Persentase (%)
1	6	28,5
2	2	9,5
3	2	9,5
4	6	28,5
5	5	24
Jumlah	21	100

Sumber : Data Primer (2014).

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa sampel terbanyak dari kelas 1 dan 4 berjumlah 6 siswa (28,5%). Sampel penelitian yang paling sedikit adalah pada kelas 2 dan 3 yaitu berjumlah 2 siswa (9,5%).

Sampel yang diteliti terdiri dari laki-laki dan perempuan pada seluruh kelompok. Tabel distribusi sampel penelitian berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel. 4.2 Distribusi Sampel Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah	%
Laki-laki	9	43
Perempuan	12	57
Jumlah	21	100

Sumber : Data Primer (2014).

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa siswa perempuan lebih banyak daripada siswa laki-laki yaitu berjumlah 12 siswa (57%), sedangkan jumlah siswa laki-laki berjumlah 9 siswa (43%).

Nilai pengetahuan seluruh siswa sebelum dan setelah penyuluhan ditabulasi berdasarkan kategori pengetahuan. Distribusi sampel penelitian berdasarkan tingkat pengetahuan dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 4.3 Distribusi Sampel Penelitian Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Kesehatan Gigi dan Mulut Sebelum dan Setelah Penyuluhan

Kategori	Sebelum		Setelah	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Rendah	5	24	0	0
Sedang	12	57	4	19
Baik	4	19	17	81
Jumlah	21	100	21	100

Sumber : Data Primer (2014)

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa sebelum penyuluhan tingkat pengetahuan siswa kategori rendah sebanyak 5 siswa (24%), kategori sedang sebanyak 12 siswa (57%), dan kategori baik sebanyak 4 siswa (19%). Setelah penyuluhan tidak ada kategori rendah, kategori sedang 4 siswa (19%) dan kategori baik sebanyak 17 siswa (81%).

Kategori tingkat pengetahuan sebelum dan setelah penyuluhan ditabulasi berdasarkan kelas. Tabel distribusi tingkat pengetahuan sebelum dan setelah penyuluhan berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 4.4 Distribusi Kategori Pengetahuan Sebelum dan Setelah Penyuluhan berdasarkan Kelas

Kelas	Kategori	Rendah		Sedang		Baik	
		Sebelum	Setelah	Sebelum	Setelah	Sebelum	Setelah
1		0	0	3	2	3	4
2		1	0	1	1	0	1
3		1	0	1	0	0	2
4		1	0	5	1	0	5
5		2	0	2	0	1	5
Jumlah		5	0	12	4	4	17

Sumber : Data Primer (2014)

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa sebelum penyuluhan ditemukan tingkat pengetahuan kategori rendah paling banyak yaitu pada kelas 5 (2 siswa), tingkat pengetahuan kategori sedang paling banyak pada kelas 4 (5 siswa), kategori baik paling banyak pada kelas 1 (3 siswa). Setelah penyuluhan tingkat pengetahuan siswa tidak ada kategori rendah, kategori sedang paling banyak yaitu pada kelas 1 (2 siswa), dan kategori baik paling banyak yaitu pada kelas 4 dan 5 (5 siswa) .

Kategori tingkat pengetahuan sebelum dan setelah penyuluhan ditabulasi berdasarkan jenis kelamin. Tabel distribusi tingkat pengetahuan sebelum dan setelah penyuluhan berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 4.5 Distribusi Kategori Pengetahuan Sebelum dan Setelah Penyuluhan berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Kategori	Rendah		Sedang		Baik	
		Sebelum	Setelah	Sebelum	Setelah	Sebelum	Setelah
Laki-laki		4	0	4	0	1	9
Perempuan		1	0	8	4	3	8
Jumlah		5	0	12	4	4	17

Sumber : Data Primer (2014)

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa sebelum penyuluhan ditemukan tingkat pengetahuan kategori rendah paling banyak yaitu pada laki-laki (4 siswa), kategori sedang paling banyak pada perempuan (8 siswa), kategori baik paling banyak pada perempuan (3 siswa). Setelah penyuluhan tidak ditemukan siswa kategori rendah,

kategori sedang hanya ditemukan pada perempuan (4 siswa), dan kategori baik paling banyak pada laki-laki (9 siswa) .

Sampel penelitian juga didistribusikan berdasarkan tingkat pengetahuan pada setiap kelompok penyuluhan yang digunakan. Tabel distribusi silang tingkat pengetahuan sebelum dan setelah penyuluhan dengan masing-masing metode penyuluhan dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 4.6 Tabel distribusi silang tingkat pengetahuan sebelum dan setelah penyuluhan dengan masing-masing metode penyuluhan

Katagori Kelompok	Rendah		Sedang		Baik	
	Sebelum	Setelah	Sebelum	Setelah	Sebelum	Setelah
Perlakuan	4	0	6	1	1	10
Kontrol	1	0	6	3	3	7
Jumlah	5	0	12	4	4	17

Sumber : Data Primer (2014).

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa sebelum penyuluhan ditemukan tingkat pengetahuan kategori rendah paling banyak pada kelompok perlakuan (4 siswa), kategori Baik paling banyak pada kelompok kontrol (3 siswa), setelah penyuluhan tidak ditemukan tingkat pengetahuan kategori rendah, kategori sedang paling banyak pada kelompok kontrol (3 siswa), dan kategori baik paling banyak pada kelompok perlakuan (10 siswa).

#### 4.1.2 Perubahan Nilai *Pre test* dan *Post test* berdasarkan nilai rata-rata

Peningkatan pengetahuan siswa dapat dilihat dari nilai rata-rata sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan kesehatan gigi dan mulut. Tabel perubahan nilai rata-rata *pre* dan *post test* dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 4.7 Perubahan Nilai Pre dan *Post test* Pengetahuan tentang Kesehatan Gigi dan Mulut Siswa

Kelompok	Mean <i>Pre test</i>	SD	Mean <i>Post test</i>	SD	$\Delta$
Perlakuan	3,90	1,44	8,72	1,48	4,82
Kontrol	5,30	1,63	7,30	1,25	2,00

Ket :

Mean : Rata-rata

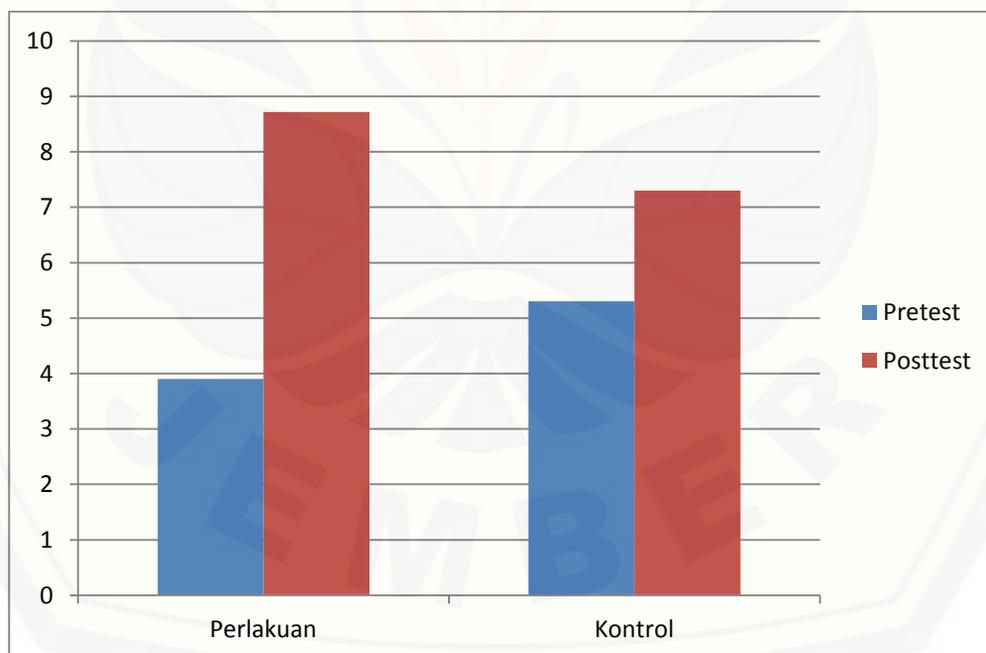
SD : Standar Deviasi (Simpang Baku)

$\Delta$  : Selisih nilai *post test* dengan *pre test*

Sumber : Data Primer (2014)

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa pada tiap kelompok mengalami peningkatan pengetahuan yang dapat dilihat dari selisih nilai rata-rata *post test* dan *pre test*. Pada kelompok perlakuan selisih nilai rata-rata *post test* dengan *pre test* adalah 4,82 sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 2,00.

Perubahan *post test* dan *pre test* pengetahuan kesehatan gigi dan mulut siswa dalam bentuk diagram dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 4.1 Diagram Perubahan Pre dan *Post test* Pengetahuan tentang Kesehatan Gigi dan Mulut Siswa berdasarkan nilai rata-rata

## 4.2 Analisis Data

### 4.2.1 Uji beda Pengetahuan Siswa Sebelum Penyuluhan

Nilai *pre test* pada setiap kelompok diuji beda terlebih dahulu menggunakan *Mann-Whitney Test* untuk mengetahui apakah ada perbedaan pengetahuan sebelum penyuluhan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Tabel 4.8 Hasil Uji beda Nilai *Pre test*

	Sig. (2-tailed)
<i>Pre test</i> kelompok perlakuan dan kontrol	0,06

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa nilai signifikan ( $p > \alpha = 0,05$ ) yang berarti bahwa pengetahuan tiap kelompok sebelum penyuluhan tidak ada beda, sehingga dapat dilanjutkan uji selanjutnya untuk melihat peningkatan dan keefektivitasan dari dua metode penyuluhan.

### 4.2.2 Uji Beda Pengetahuan Siswa Sebelum Dan Sesudah Penyuluhan Menggunakan Metode Video Dan Bahasa Isyarat

Nilai *pre test* dan *post test* dari kelompok video dan bahasa isyarat dianalisis menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test* untuk mengetahui ada tidaknya perbedaan nilai pengetahuan siswa sebelum dan sesudah penyuluhan.

Tabel 4.9 Hasil Uji Beda Nilai *Pre test* dan *Post test* Metode Video dan Bahasa isyarat

	Asymp. Sig (2-tailed)
Sebelum dan sesudah penyuluhan	0,00

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa signifikansi ( $p < \alpha = 0,05$ ). Hal tersebut menunjukkan terdapat perbedaan nilai sebelum dan sesudah penyuluhan dengan menggunakan metode video dan bahasa isyarat.

#### 4.2.3 Uji Beda Pengetahuan Siswa Sebelum dan Sesudah Penyuluhan Menggunakan Metode Ceramah

Nilai *pre test* dan *post test* dari kelompok ceramah dianalisis menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test* untuk mengetahui ada tidaknya perbedaan nilai pengetahuan siswa sebelum dan sesudah penyuluhan.

Tabel 4.10 Hasil Uji Beda Nilai *Pre test* dan *Post test* Metode Ceramah

Pengetahuan Kelompok Kontrol	Asymp. Sig (2-tailed)
Sebelum dan sesudah penyuluhan	0,01

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa signifikansi ( $p < \alpha = 0,05$ ). Hal tersebut menunjukkan terdapat perbedaan nilai sebelum dan sesudah penyuluhan dengan menggunakan metode ceramah.

#### 4.2.4 Uji Beda Nilai *Post test* Penyuluhan Menggunakan Metode Video dan Bahasa Isyarat dan Metode Ceramah

Perbedaan nilai pengetahuan siswa sesudah penyuluhan atau nilai *post test* diuji menggunakan *Man-Whitney Test* untuk mengetahui keefektifitasan dari kedua metode penyuluhan. Hasil uji beda tersebut tercantum pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.11 Hasil Uji Beda Nilai *Post test*

	Sig. (2-tailed)
<i>Post test</i> kelompok perlakuan dan kontrol	0,01

Tabel 4.11 menunjukkan nilai signifikansi ( $p < \alpha = 0,05$ ). Hal tersebut dapat diartikan bahwa ada perbedaan keefektifan antara metode video dan bahasa isyarat dengan metode ceramah.

Tabel 4.12 Hasil Uji Keefektifan

	Mean Rank
<i>Post test</i> kkelompok perlakuan	14,05
<i>Post test</i> kelompok kontrol	7,65

Tabel 4.12 menunjukkan tingkat keefektifan yang dapat dilihat dari nilai *mean rank* yang menunjukkan nilai 14,05. Nilai tersebut menunjukkan selisih rata-rata kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, sehingga nilai rata-rata kelompok perlakuan lebih besar dibanding dengan rata-rata kelompok kontrol yang artinya kelompok perlakuan lebih efektif.

### 4.3 Pembahasan

Berdasarkan distribusi data sampel penelitian yang telah dilakukan terhadap siswa Sekolah Dasar Luar Biasa Patrang yang terbagi berdasarkan kelas dan jenis kelamin (Tabel 4.1 dan 4.2) didapatkan hasil bahwa siswa terbanyak pada kelas 1 dan 4, serta siswa perempuan lebih banyak daripada laki-laki yaitu berjumlah 12 siswa, hal ini didapatkan dari data sekolah bahwa mayoritas siswa berjenis kelamin perempuan.

Distribusi sampel penelitian berdasarkan tingkat pengetahuan kesehatan gigi dan mulut sebelum dan setelah penyuluhan menunjukkan bahwa sebelum penyuluhan untuk kategori sedang memiliki persentase terbanyak (57%), sedangkan setelah penyuluhan persentase terbanyak pada katagori baik yaitu 81% (Tabel 4.3), sehingga dapat diketahui dari jumlah persentase sebelum penyuluhan bahwa tingkat pengetahuan dasar pada anak tuna rungu masih kurang dikarenakan anak tuna rungu mengalami kekurangan atau kehilangan kemampuan mendengar. Gangguan mendengar yang dialami anak tuna rungu menyebabkan terhambatnya perkembangan bahasa anak, karena perkembangan tersebut sangat penting untuk berkomunikasi dengan orang lain. Berkomunikasi dengan orang lain membutuhkan bahasa dengan artikulasi atau ucapan yang jelas sehingga pesan/informasi yang akan disampaikan dapat tersampaikan dengan baik dan tidak adanya salah persepsi (Winarsih, 2007:23).

Distribusi kategori pengetahuan sebelum dan setelah penyuluhan ditabulasi berdasarkan kelas, hasil menunjukkan bahwa pada kelas 4 dan 5 paling banyak siswa yang memiliki tingkat pengetahuan kategori sedang dan baik (Tabel 4.4). Tingkat

pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh, semakin baik tingkat pendidikan seseorang semakin baik pula pengetahuannya. Melalui proses pendidikan yang melibatkan serangkaian aktivitas, maka seseorang individu akan memperoleh pengetahuan, pemahaman, keahlian, dan wawasan yang lebih baik (Fuad, 2003:23). Menurut Notoadmodjo (2003:16) pendidikan adalah suatu kegiatan atau proses pembelajaran untuk mengembangkan kemampuan sehingga sasaran pendidikan dapat berdiri sendiri.

Distribusi kategori pengetahuan sebelum dan setelah penyuluhan ditabulasi berdasarkan jenis kelamin yang didapatkan bahwa siswa dengan jenis kelamin laki-laki dan perempuan sama-sama mengalami peningkatan (Tabel 4.5). Klasifikasi tuna rungu tidak terdapat perbedaan berdasarkan jenis kelamin, sehingga perbedaan yang tampak antara laki-laki dan perempuan dilihat dari segi nilai dan tingkah laku. Perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang). Respon diberikan tergantung pada karakteristik dari orang yang bersangkutan, dan faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda yang disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dibedakan menjadi dua, yakni faktor internal (meliputi karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat given atau bawaan, misalnya tingkat kecerdasan, emosional dan jenis kelamin) dan faktor eksternal meliputi lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, maupun politik. (Notoadmodjo, 2003:114).

Hasil nilai *pre test* yang sudah ditabulasi kemudian dilakukan analisis perbedaan menggunakan *Mann-Whitney Test*. Signifikansi yang didapat yaitu sebesar 0,06 yang berarti lebih besar dari  $\alpha = 0,05$  sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa nilai *pre test* dari kedua metode tidak ada beda (Tabel 4.8), hal ini dikarenakan pengetahuan pendidikan tentang kesehatan siswa yang masih rendah. Pengetahuan manusia diperoleh melalui proses pengindraannya, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan bau. Pengetahuan manusia diperoleh melalui indera penglihatan (mata) dan pendengaran (telinga) terhadap suatu objek, tetapi

kelompok tuna rungu mengalami gangguan dalam proses pendengarannya sehingga kurangnya informasi yang didapatkan. Informasi yang kurang mengenai kesehatan gigi dan mulut pada anak tuna rungu akan membentuk perilaku yang salah dan mempengaruhi kebersihan mulutnya (Williams, 1998:48-49).

Kelompok perlakuan dan kontrol mendapat materi penyuluhan setelah mengisi kuisioner *pre test* dengan 2 metode yang berbeda, tetapi isi materi yang sama. Kelompok perlakuan mendapat penyuluhan dengan metode video dan bahasa isyarat yang dibantu guru untuk menjelaskan materi, sedangkan pada kelompok kontrol mendapat penyuluhan dengan metode ceramah berbahasa isyarat yang dibantu guru untuk menjelaskan isi materi penyuluhan, kemudian kedua kelompok mengisi kuisioner (*post test*) dengan soal yang sama saat *pre test*.

Hasil *pre* dan *post test* tiap kelompok ditabulasi dan selanjutnya diuji beda menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test*. Uji tersebut menunjukkan bahwa nilai signifikansi lebih kecil dari  $\alpha = 0,05$  sehingga dapat diartikan terdapat perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan pengetahuan dengan kedua metode tersebut (Tabel 4.9 dan Tabel 4.10), hal ini membuktikan bahwa pada penyuluhan tentang kesehatan gigi dan mulut dengan metode video berbahasa isyarat dan ceramah memberikan efek meningkatkan pengetahuan siswa. Peningkatan pengetahuan dipengaruhi oleh media penyuluhan yang digunakan. Media berfungsi memperjelas materi pada saat penyuluhan agar meningkatkan kemampuan penerimaan pengetahuan siswa. Setiap media penyuluhan mempunyai intensitas berbeda saat diterima oleh sasaran penyuluhan, sehingga sangat mempengaruhi tingkat penerimaan responden terhadap isi materi penyuluhan yang disampaikan. Penyuluhan dapat bekerja optimal apabila dilakukan dengan metode, media, pesan materi dan penyuluh yang dapat bekerja secara harmonis sehingga dapat dikatakan efektif (Notoatmodjo, 2005:22).

Perubahan nilai secara individual dari nilai *pre test* dan *post test* pada kedua metode bisa disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu kecerdasan, perhatian, minat, dan motivasi. Kecerdasan yang ditangkap oleh seseorang itu berbeda-beda sehingga apa

yang diserap saat penyampaian materi tidak sama, sedangkan minat yaitu muncul berdasarkan kemauan diri sendiri. Siswa memiliki kemauan untuk mengetahui yang disampaikan peneliti juga berbeda-beda, ada yang berminat atau tidak. Perhatian juga merupakan salah satu faktor, sehingga ada siswa yang memperhatikan dengan serius dan ada siswa yang tidak memperhatikan peneliti saat memberikan penyuluhan. Motivasi yaitu pendorong dari diri seseorang untuk melakukan sesuatu. Seseorang tidak akan berusaha mempelajari sesuatu dengan baik, jika tidak mengetahui betapa penting dan bermanfaatnya hasil yang akan dicapai dari proses penyuluhan. Siswa yang tidak mempunyai motivasi akan mempunyai sifat tak acuh yang nantinya dalam menjawab kuisioner akan sembarangan tanpa memperhatikan jawaban itu salah atau benar (Mubarak, 2007:30).

Uji selanjutnya yaitu uji non parametrik *Mann-Whitney Test* untuk mengetahui perbedaan nilai setelah penyuluhan. Hasil uji menunjukkan ada perbedaan efektivitas penyuluhan menggunakan media video dan bahasa isyarat dengan metode ceramah. Kedua metode mengalami peningkatan, tetapi salah satu metode menunjukkan lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut (Tabel 4.11). Tingkat keefektifan dapat dilihat melalui nilai *mean rank*. Nilai 14,05 menunjukkan bahwa nilai rata-rata kelompok perlakuan lebih besar dibanding dengan rata-rata kelompok kontrol yang artinya kelompok perlakuan lebih efektif (Tabel 4.12). Media video dan bahasa isyarat merupakan teknologi audio visual yang sudah menjadi kebutuhan khusus pada saat ini. Metode penyuluhan menggunakan video merupakan suatu media yang mempunyai unsur suara (audio) dan gambar (visual) yang mempunyai kemampuan lebih baik. Teknologi audio visual digunakan untuk menyampaikan materi dengan menggunakan mesin-mesin mekanis dan elektronik. Pengajaran melalui pandangan dan pendengaran yang tidak seluruhnya tergantung kepada pemahaman kata atau simbol-simbol yang sama (Arsyad, 2010:24), sehingga baik digunakan untuk anak yang memiliki keterbatasan pada indera pendengaran seperti tuna rungu karena karakteristik tuna rungu ada yang masih mempunyai fungsi sisa-sisa pendengaran dan mempunyai kelebihan dalam hal

gerak motorik (Efendi 2006:59-61). Media video menurut Daryanto (2010:90) juga mempunyai kelebihan antara lain, ukuran tampilan video yang fleksibel dan dapat diatur sesuai kebutuhan. Format video pada umumnya disajikan dengan format dialog dengan unsur dramatisnya yang lebih banyak, seperti film lepas banyak bersifat imajinatif/video animasi (Cheppy, 2010:11-14). Permanarian (1995:26-35) menjelaskan bahwa penyuluhan pada anak tuna rungu dapat diberikan dengan gerakan bibir, bahasa isyarat, dan menggunakan alat peraga, sehingga untuk media penyuluhan yang saya lakukan ditambahkan alat peraga yaitu bahasa isyarat agar menambah keahaman terhadap isi materi penyuluhan yang diberikan. Kegiatan penyuluhan kesehatan gigi dan mulut menggunakan media video dan bahasa isyarat bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan anak-anak tuna rungu sehingga diharapkan dapat mengubah perilaku mereka dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut dengan benar.

## **BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN**

### **5.1 Kesimpulan**

Metode penyuluhan video dan bahasa isyarat lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada anak penderita tunarungu.

### **5.2 Saran**

- 5.2.1 Dapat dilakukan penelitian lebih lanjut dengan kelompok umur sampel yang lebih spesifik.
- 5.2.2 Dapat dilakukan penelitian lebih lanjut dengan sampel anak berkebutuhan khusus lainnya media video dan media tambahan lainnya.
- 5.2.3 Dapat dilakukan kerjasama dengan instansi terkait untuk meningkatkan penyuluhan kesehatan gigi dan mulut.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Angela, A. 2005. Pencegahan Primer Pada Anak Yang Berisiko Karies Tinggi. *Majalah Kedokteran Gigi (Dental Journal)* Vol.38 (3): 130-134.
- Anggraini, R. 2009. *Peningkatan Kemampuan Menyimak cerita Anak dengan Media Boneka Tangan pada Peserta Didik Kelas VI SD Negeri Mojokerto 3 Kedawung, Sragen*. Skripsi. Surakarta: UMS, Hal.3.
- Arsyad, A. 2010. *Media Pembelajaran*. Jakarta: PT. Rajagrafindo Persada, hal 24.
- Asriani, F. dan Susilawati, H. 2010. Pengenalan Isyarat Tangan Statis pada Sistem Isyarat Bahasa Indonesia Berbasis Jaringan Syaraf Tiruan Perambatan Balik. *Makara Teknologi* Vol.14 (2): 150-154.
- Asriani, P. N. 2012. Metode Pembelajaran Musik untuk Anak Tunarungu melalui Buku Pop-up “Ada Bunyi?”. *Jurnal Tingkat Sarjana Bidang Seni Rupa dan Desain ITB* Vol.1 (1): 1-7.
- Ayuningrum, F. 2012. *Pengembangan Media Video Pembelajaran Untuk Siswa Kelas X Pada Kompetensi Mengolah Soup Kontinental di Smk N 2 Godean*. Yogyakarta: UNY, hal. 5.
- Cheppy, R. 2010. *Pedoman Pengembangan Media Video*. Jakarta: P3AI UPI, hal. 5,11-14.
- Degeng, I Nyoman Sudana. 1989. *Ilmu Pengajaran Taksonomi Variable*. Jakarta: Depdikbud, hal. 19.
- Daryanto. 2010. *Media Pembelajaran*. Yogyakarta: Gava Media, hal. 90.
- Depkes RI. 2004. *Pusat Promosi Kesehatan, Pengembangan Media Promosi Kesehatan*. Jakarta, Hal. 5.
- Depdiknas. 2001. *Kamus Sistem Isyarat Bahasa Indonesia*. Jakarta: Depdiknas.
- Efendi, M. 2006. *Pengantar Psikopedagogik Anak Berkelainan Khusus*. Jakarta: PT Bumi Angkasa, Hal. 59-61.

- Effendy, N. 2003. *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat Edisi 2*. Jakarta: EGC, Hal. 84.
- Effendy, O. 2001. *Ilmu Komunikasi Teori dan Praktek, Remaja*. Bandung : PT.Remaja Rosdakarya, Hal. 232-233.
- Fuad, R. 2003. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Seksual terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja dalam Upaya Pencegahan Penularan HIV AIDS di Kodia Yogyakarta. *Berita Kedokteran Masyarakat* Vol.XIX(1): 23.
- Gede, Y., Pandelaki, K., Mariyati, N. W. 2013. Hubungan Pengetahuan Kebersihan Gigi Dan Mulut Dengan Status Kebersihan Gigi Dan Mulut Pada Siswa Sma Negeri 9 Manado. *Jurnal e-GiGi (eG)* Vol. 1 (2): 84-88.
- Herijulianti, Indriani, Suasti, dan Sri. 2002. *Pendidikan Kesehatan Gigi*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC, Hal. 122-123.
- Hidayat. 2006. *Bimbingan Anak Berkebutuhan Khusus*. Bandung: Upi press, Hal. 129.
- Martani, Huseini, dan Lubis, Hari. 1987. *Teori Organisasi (Suatu pendekatan Makro)*. PAU Ilmu-Ilmu Sosial-UI, hal. 55.
- Kemkes RI. 2010. *Pedoman Pelayanan Kesehatan Anak di Sekolah Luar Biasa (SLB) Bagi Petugas Kesehatan*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
- Kemdiknas. 2010. *Program Khusus SLB Tunarungu*. Jakarta: Kementrian Pendidikan Nasional Badan Penelitian dan Pengembangan, Hal.5.
- Kurniawan, Agung.2005. *Transformasi Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Pembaruan, hal.107.
- Maulana, H. D. J. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC, Hal. 5.
- Mubarak. 2007. *Promosi Kesehatan, Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Yogyakarta: Graha Ilmu, Hal. 30.
- Muhammad, J. 2008. *Special Education for Special Children*. Jakarta: Mizan Media Utama, Hal. 62.
- Munadi, Y. 2008. *Media Pembelajaran*. Jakarta: Gaung Persada Press, Hal. 13.

- Muninjaya, A. A. G. 2004. *Manajemen Kesehatan Edisi 2*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC, Hal. 220-234.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Ilmu kesehatan masyarakat*. Jakarta: PT Rineka Cipta, Hal. 16,65,73-74,114,121.
- Notoadmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: PT Rineka Cipta, Hal. 22,23,48,286,290-291.
- Notoadmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: PT Rineka Cipta, Hal. 56,144-146.
- Resphaty, S., Suharsono, I., dan Sarworini. 2003. *Karies Gigi pada Anak Tunarungu Usia 2-5 Tahun menurut Tingkat Kehilangan Pendengaran di SLB B Sanu Rama*. Medan: USU Press, Hal. 2.
- Rogers, E. M. 2003. *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press, hal 5-6.
- Salim, A. 2005. *Perancangan media pembelajaran berbasis komunikasi visual untuk anak-anak tunarungu*. Bachelor thesis, Petra Christian University, Hal. 8.
- Sedarmayanti. 2001. *Sumber Daya Manusia dan Produktivitas Kerja*. Bandung: Mandar Maju, Hal.59.
- Setiadi, 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu, Hal. 75.
- Somantri, S. 2006. *Psikologi Anak Luar Biasa*. Bandung: PT. Refika Aditama, Hal. 56-57,94,97-99.
- Sondang, P., dan Hamada, T. 2008. *Menuju Gigi Dan Mulut Sehat*. Medan: USU Press, Hal. 4-15.
- Steers, M. Richard. 1985. *Efektifitas Organisasi*. Jakarta: Erlangga, hal. 8.
- Supranto, 2000. *Teori dan Aplikasi Jilid 1 edisi 6*. Jakarta: Erlangga, Hal. 64.
- Permanarian, A. W. 1995. *Anak Tunarungu*. Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. Direktorat Jendral Pendidikan tinggi. Bandung, Hal. 26-35.
- Poernomo S. D. 2007. Metode Pendidikan Kesehatan Gigi. *Jurnal Ilmiah dan Teknologi Kedokteran Gigi FKG UPDM*. Vol 4: 65-6.

- Tambun, L. E. 2002. *Penyuluhan Kesehatan Gigi pada Anak*. Medan: USU Press, Hal. 1-7.
- Tjiptono, F. 1997, *Strategi Pemasaran*, Edisi 1, Penerbit Andi, Yogyakarta, hal. 243.
- Utaminingsyas, S. 2012. *Pengaruh Penggunaan Media Video Terhadap Kemampuan Menyimak Dongeng Pada Mata Pelajaran Bahasa Indonesia Siswa Kelas V SD Negeri Panjatan, Panjatan, Kulon Progo*. Yogyakarta: UNY, Hal. 12-13.
- WHO. 2010. *Deafness and Hearing Impairment*. [www.who.int/mediacentre/factsheet/fs300/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheet/fs300/en/index.html) [ 26 Juni 2014].
- Widasari, D. 2010. *Perbedaan Status Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak Tunarungu dengan Anak Tidak Tunarungu usia 6 sampai 12 Tahun*. Jember: UJ, Hal. 48-50.
- Wijayanto, C.P. 2009. *Membangun Aplikasi Pelatihan Bahasa Isyarat*. Hal. 6.
- William B.J. 1998. *Practical Oral Hiegiene for Handicaped Children*. Hal. 48-49
- Winarsih, Nurni. 2007. *Intervensi Dini Bagi Anak Tuna Rungu dalam Memperolehan Bahasa*. Jakarta. Direktorat. Hal. 23.

## Lampiran A. Hasil Uji Statistik

### a. Wilcoxon Signed Ranks Test

**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Posttest_perlakuan - Pretest_perlakuan	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	,00	,00
	Positive Ranks	10 <sup>b</sup>	5,50	55,00
	Ties	1 <sup>c</sup>		
	Total	11		
Posttest_kontrol - Pretest_kontrol	Negative Ranks	0 <sup>d</sup>	,00	,00
	Positive Ranks	9 <sup>e</sup>	5,00	45,00
	Ties	1 <sup>f</sup>		
	Total	10		

- a. Posttest\_perlakuan < Pretest\_perlakuan
- b. Posttest\_perlakuan > Pretest\_perlakuan
- c. Posttest\_perlakuan = Pretest\_perlakuan
- d. Posttest\_kontrol < Pretest\_kontrol
- e. Posttest\_kontrol > Pretest\_kontrol
- f. Posttest\_kontrol = Pretest\_kontrol

### Test Statistics<sup>b</sup>

	Posttest_ perlakuan - Pretest_ perlakuan	Posttest_ kontrol - Pretest_ kontrol
Z	-2,823 <sup>a</sup>	-2,687 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,005	,007

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**b. Mann-Whitney Test****Ranks**

Sampel		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pretest	Perlakuan	11	8,64	95,00
	Kontrol	10	13,60	136,00
	Total	21		
Posttest	Perlakuan	11	14,05	154,50
	Kontrol	10	7,65	76,50
	Total	21		

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	Pretest	Posttest
Mann-Whitney U	29,000	21,500
Wilcoxon W	95,000	76,500
Z	-1,877	-2,445
Asy mp. Sig. (2-tailed)	,060	,014
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,072 <sup>a</sup>	,016 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Sampel

**Lampiran C. Hasil Skoring Pre test dan Post test Kuisiner****Kelompok Perlakuan**

Nama	Usia	Kelas	Jenis Kelamin	Nilai	
				Pretest	Posttest
Responden 1	9	2	L	4	10
Responden 2	14	3	L	2	9
Responden 3	14	4	P	4	9
Responden 4	13	4	L	3	10
Responden 5	16	4	L	4	8
Responden 6	17	4	P	5	5
Responden 7	14	5	L	3	8
Responden 8	14	5	L	7	8
Responden 9	14	5	P	4	9
Responden 10	13	5	P	5	10
Responden 11	18	5	L	2	10

**Kelompok Kontrol**

Nama	Usia	Kelas	Jenis Kelamin	Nilai	
				Pretest	Posttest
Responden 12	6	1	P	8	8
Responden 13	8	1	P	4	5
Responden 14	7	1	P	7	8
Responden 15	8	1	P	4	8
Responden 16	8	1	P	7	8
Responden 17	7	1	P	4	6
Responden 18	8	3	L	5	9
Responden 19	17	4	L	6	8
Responden 20	17	4	P	5	7
Responden 21	10	2	P	3	6

**Lampiran D. Surat Pernyataan**

## FORMULIR PERSETUJUAN PENELITIAN

Saya yang bernama Lita Damafitra (111610101054) merupakan mahasiswi Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember angkatan 2011. Penelitian ini dilakukan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan proses belajar pada program S1 Kedokteran Gigi Universitas Jember.

Judul penelitian ini adalah efektifitas video dan bahasa isyarat sebagai media penyuluhan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada anak penderita tunarungu. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui keefektifitasan media penyuluhan kesehatan, yaitu video dan bahasa isyarat terhadap peningkatan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada anak penderita tunarungu. Untuk keperluan tersebut saya mohon kesediaan untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Selanjutnya saya mohon kesediaan anda untuk mengisi kuesioner dengan jujur dan apa adanya. Jika anda bersedia, silahkan menandatangani pada lembar persetujuan sebagai bukti kesukarelaan anda.

Identitas pribadi sebagai responden akan dirahasiakan dan semua informasi yang diberikan hanya akan digunakan untuk penelitian ini. Anda berhak untuk ikut atau tidak ikut berpartisipasi tanpa ada sanksi dan konsekuensi buruk dikemudian hari. Jika ada hal yang kurang dipahami dapat bertanya langsung kepada peneliti. Atas perhatian dan kesediaan anda menjadi responden dalam penelitian ini saya ucapkan terima kasih.

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Usia : .....

Memberikan persetujuan untuk mengisi kuesioner yang diberikan peneliti. Saya mengerti bahwa saya menjadi bagian dari penelitian tentang “Efektifitas Video Dan Bahasa Isyarat Sebagai Media Penyuluhan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Kesehatan Gigi Dan Mulut Pada Anak Penderita Tuna Rungu”. Saya telah diberi penjelasan bahwa jawaban hanya dipergunakan untuk keperluan penelitian. Oleh karena itu saya secara sukarela berperan aktif dalam penelitian ini.

Jember,..... 2014

Responden

( ..... )

## Lampiran E. Surat Ijin Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI**  
Jl. Kalimantan No. 37 Jember ☎ (0331) 333536, Fak. 331991

Nomor : 356/UN25.1.8/TL/2014  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth.  
Kepala Sekolah Luar Biasa Patrang Jember  
di  
Jember

Dalam rangka pengumpulan data penelitian guna penyusunan Skripsi maka, dengan hormat kami mohon bantuan dan kesediaannya untuk memberikan ijin Penelitian bagi mahasiswa di bawah ini :

1. Nama : Lita Damafitra
2. NIM : 111610101054
3. Tahun Akademik : 2014/2015
4. Fakultas : Kedokteran Gigi Universitas Jember
5. Alamat : Jl. Mastrip 2 No. 35 Jember
6. Judul Penelitian : Efektifitas Video Dan Bahasa Isyarat Sebagai Media PenYuluhan Kesehatan Terhadap Peningkatan Kesehatan Gigi Dan Mulut Pada Anak Penderita Tuna Rungu
7. Lokasi Penelitian : SLB Patrang Jember
8. Data/Alat yang dipinjam : -
9. Waktu : Oktober 2014 s/d Selesai
10. Tujuan Penelitian : Untuk Mengetahui Efektifitas Video Dan Bahasa Isyarat Sebagai Media PenYuluhan Kesehatan Terhadap Peningkatan Kesehatan Gigi Dan Mulut Pada Anak Penderita Tuna Rungu
11. Dosen pembimbing : 1. drg. Zahara Meilawaty, M.Kes  
2. drg. Hestieyonini Hadnyawati, M.Kes

Demikian atas perkenan dan kerjasama yang baik disampaikan terima kasih.

Jember, 14 OCT 2014  
an. Dekan  
Pembantu Dekan I

  
**drg. R. Rahardvan Parnaadji, M.Kes, Sp.Prost**  
NIP. 196901121996011001

**Lampiran F. Kuisisioner****KUISISIONER PENGETAHUAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT**

Nama :

Kelas :

Jenis Kelamin :

1. Berapa kali sehari menyikat gigi ?
  - a. 1 kali
  - b. 2 kali
  - c. 3 kali
  - d. 4 kali
2. Kapan waktu yang tepat untuk menyikat gigi ?
  - a. Setelah mandi pagi hari dan sesudah sarapan pagi hari
  - b. Setelah mandi di siang hari dan sore hari
  - c. Pagi sesudah sarapan dan malam sebelum tidur
  - d. Setiap mandi pagi dan sore hari
3. Apa alat dan bahan yang digunakan untuk menyikat gigi dengan benar ?
  - a. Pasta gigi dan jari tangan
  - b. Pasta gigi dan sikat gigi
  - c. Sikat gigi dan bata
  - d. Jari tangan dan bata
4. Apakah alat lain untuk membersihkan sisa makanan disela-sela gigi ?
  - a. Benang gigi
  - b. Bata
  - c. Jari tangan
  - d. Pasta gigi
5. Berapa banyak pasta gigi yang digunakan ?
  - a. Sebanyak-banyaknya
  - b. Sedikit-dikitnya
  - c. Sebiji kacang polong

- d. Tidak tahu
6. Mengapa kita harus menyikat gigi ?
    - a. Supaya gigi bersih dan tidak mudah berlubang
    - b. Supaya gigi tampak putih
    - c. Supaya gigi tampak rapi
    - d. Supaya percaya diri
  7. Apa akibatnya jika kita tidak pernah menyikat gigi ?
    - a. Gigi kuat
    - b. Gigi bersih
    - c. Gigi berlubang
    - d. Gigi sehat
  8. Jenis makanan/minuman apa yang menyebabkan gigi berlubang ?
    - a. Sayur-sayuran
    - b. Makanan yang manis dan lengket
    - c. Buah-buahan
    - d. Air Putih
  9. Jenis makanan/minuman yang membuat gigi sehat dan kuat ?
    - a. Permen
    - b. Es krim
    - c. Makanan bergizi dan susu
    - d. Coklat
  10. Bagaimana cara sikat gigi yang benar ?
    - a. Maju mundur / memutar untuk bagian belakang gigi saja
    - b. Atas bawah untuk seluruh bagian gigi
    - c. Maju mundur / memutar untuk seluruh bagian gigi
    - d. Atas bawah untuk bagian belakang gigi saja

**Lampiran G. Surat Pernyataan Persetujuan Kepala Sekolah****PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : .....

Umur : .....

Jenis Kelamin : .....

Alamat : .....

Kepala Sekolah : .....

Dengan ini saya bersedia mengizinkan anak didik saya menjadi subyek penelitian yang dilakukan Oleh

Nama : Lita Damafitra  
NIM : 111610101054  
Fakultas : Kedokteran Gigi  
Universitas : Universitas Jember  
Judul penelitian : Efektifitas Video dan Bahasa Isyarat Sebagai Media Penyuluhan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Kesehatan Gigi Dan Mulut pada Anak Penderita Tunarungu

Saya telah menerima penjelasan mengenai apa saja yang dilakukan sebagai subyek dalam penelitian ini. Dengan demikian saya mengizinkan, anak didik saya menjadi subyek penelitian dengan sukarela.

Jember, .....2014

( ..... )

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Umi Salimah, S.Pd, M.Pd  
 Umur : 48 th  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Alamat : Sumber Sari Permai Blok 6-2 Jember  
 Kepala Sekolah : SDLB Negeri Patrang

Dengan ini saya bersedia mengizinkan anak didik saya menjadi subyek penelitian yang dilakukan Oleh

Nama : Lita Damafitra  
 NIM : 111610101054  
 Fakultas : Kedokteran Gigi  
 Universitas : Universitas Jember  
 Judul penelitian : Efektifitas Video dan Bahasa Isyarat Sebagai Media Penyuluhan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Kesehatan Gigi Dan Mulut pada Anak Penderita Tunarungu

Saya telah menerima penjelasan mengenai apa saja yang dilakukan sebagai subyek dalam penelitian ini. Dengan demikian saya mengizinkan, anak didik saya menjadi subyek penelitian dengan sukarela.



## Lampiran H. Foto Penelitian

### 1. Pengisian Kuisisioner Kelompok Perlakuan



**2. Pengisian Kuisisioner Kelompok Kontrol**



3. Penyuluhan dengan Metode Video dan Bahasa Isyarat

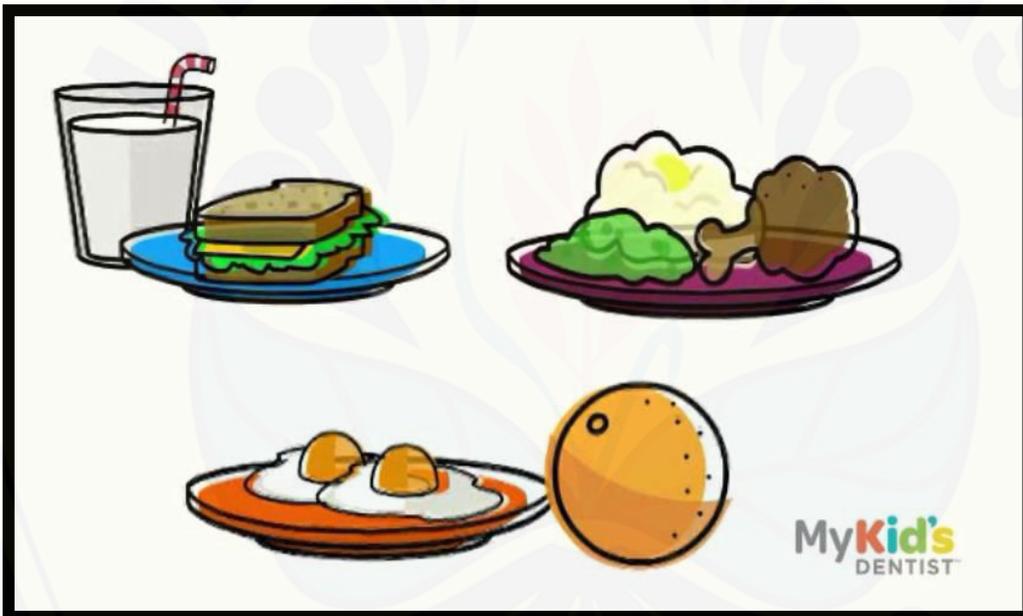


4. Penyuluhan dengan Metode Ceramah dan Bahasa Isyarat



5. Cuplikan Video Kesehatan Gigi dan Mulut





## Lampiran I. Materi Penyuluhan

Ayo, Waktumu untuk sikat gigi !

“Mengapa kita harus menyikat gigi ?”

Kita sikat gigi untuk gigi bersih dan gigi tidak berlubang

Ini gambar sisa-sisa makanan yang menempel di gigi setelah kita makan

Yang didalamnya terdapat kuman

Jika kuman dibiarkan maka akan membuat gigi kita berlubang

Untuk mencegah gigi berlubang maka kita harus sikat gigi agar gigi tetap sehat

Sikat gigi dilakukan 2 kali sehari

Yaitu setelah sarapan pagi dan sebelum tidur

“Bagaimana cara sikat gigi yang benar?”

Alat dan bahan yang digunakan untuk Menyikat gigi adalah sikat gigi dan pasta gigi

Sikat gigi yang digunakan sikat khusus untuk anak-anak

yaitu yang memiliki bulu sikat yang halus dan permukaan rata

Gunakan pasta gigi sebesar biji kacang polong

Sekarang, mari kita belajar cara sikat gigi

Pertama-tama buka mulut dan letakkan sikat di permukaan gigi

Lakukan dengan gerakan memutar pada seluruh bagian gigi

Atas , bawah , depan , belakang , kanan dan kiri.

Jangan lupa buang seluruh air dan sisa pasta yang berbahaya bagi perut

Selain sikat gigi ada alat lain untuk membersihkan gigi yaitu benang gigi

Benang gigi ini berfungsi untuk membersihkan sisa-sisa makanan yang ada disela-sela gigi

Dengan cara masukan benang dimasukan disela-sela gigi

Apakah makanan yang sehat untuk gigi?

Makan-makanan yang bergizi , yaitu sayur dan buah-buahan

Sedangkan makanan yang membuat gigi berlubang adalah makanan yang manis dan lengket seperti permen, es krim dan coklat

Untuk jenis minuman yang baik untuk gigi yaitu air putih dan susu rendah lemak

Jika kita memiliki gigi sehat kita juga memiliki senyum yang indah .

Maka, Rajinlah sikat gigi dan jangan lupa periksa ke dokter gigi 6 bulan sekali.

