

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Karies Gigi

2.1.1 Definisi Karies Gigi

Karies gigi adalah penyakit jaringan gigi yang ditandai dengan kerusakan jaringan, dimulai dari permukaan gigi (ceruk, fisura, dan daerah interproksimal) meluas ke arah pulpa (Rasinta, 2017). Karies gigi adalah kerusakan jaringan keras gigi yang disebabkan oleh asam yang ada dalam karbohidrat melalui perantara mikroorganisme yang ada dalam saliva (Isro'in, 2012).

Karies gigi dapat dialami oleh setiap orang dan dapat timbul pada satu permukaan gigi atau lebih, serta dapat meluas ke bagian yang lebih dalam dari gigi misalnya dari email ke dentin atau ke pulpa. (Rasinta, 2017)

2.1.2 Bentuk-Bentuk Karies Gigi

1. Berdasarkan cara meluasnya karies gigi

a. Karies berpenetrasi

Karies yang meluas dari email ke dentin dalam bentuk kerucut. Perluasannya secara penetrasi, yaitu merembes ke arah dalam.

b. Karies nonpenetrasi

Karies yang meluas dari email ke dentin dengan jalan meluar ke arah samping sehingga menyebabkan bentuk seperti periuk.

c. Berdasarkan stadium karies

Pada klasifikasi tersebut, karies dibagi menurut dalamnya :

a. Karies superfisialis

Karies ini baru mengenai email saja, sedang dentin belum terkena.

b. Karies media

Karies sudah mengenai dentin, tetapi belum melebihi setengah dentin.

c. Karies profunda

Karies mengenai lebih dari setengah dentin dan kadang-kadang sudah mengenai pulpa. Karies profunda tersebut dapat dibagi lagi menjadi 3 bagian, diantaranya :

- 1) Karies profunda stadium I. Karies telah melewati setengah dentin, biasanya belum dijumpai radang pulpa.
- 2) Karies profunda stadium II. Masih dijumpai lapisan tipis yang membatasi karies dengan pulpa. Biasanya di sini telah terjadi radang pulpa.
- 3) Karies profunda stadium III. Pulpa telah terbuka dan dijumpai bermacam-macam radang pulpa. (Rasinta, 2017)

d. Berdasarkan lokasi karies

G. V. Black mengklasifikasikan kavitas atas 5 bagian dan diberi tanda dengan nomor romawi, dimana kavitas diklasifikasikan berdasarkan permukaan gigi yang terkena karies. Pembagian tersebut diantaranya :

a. Klas I

Karies yang terdapat pada bagian oklusal (ceruk dan fisura) dari gigi premolar dan molar (gigi posterior). Dapat juga pada gigi anterior di foramen caecum.

b. Klas II

Karies yang terdapat pada bagian aproksimal gigi-gigi molar atau premolar, yang umumnya meluas sampai ke bagian oklusal.

c. Klas III

Karies yang terdapat pada bagian aproksimal dari gigi depan, tetapi belum mencapai margo-insisalis (belum mencapai sepertiga insisal gigi).

d. Klas IV

Karies yang terdapat pada bagian aproksimal dari gigi-geligi depan dan sudah mencapai margo-insisalis (telah mencapai sepertiga insisal dari gigi).

e. Klas V

Karies yang terdapat pada bagian sepertiga leher dari gigi-geligi depan maupun gigi belakang pada permukaan labial, lingual, palatal, ataupun bukal dari gigi.

f. Klas VI

Karies yang terdapat pada tepi insisal atau tonjol oklusal pada gigi belakang yang disebabkan oleh abrasi, atrisi, atau erosi.

(Rasinta, 2017)

e. Berdasarkan banyaknya permukaan gigi yang terkena karies

1. Karies simple

Karies yang dijumpai pada satu permukaan saja, misalnya labial, bukal, lingual, mesial, distal, oklusal.

2. Karies komplek.

Karies yang sudah meluas dan mengenai lebih dari satu bidang permukaan gigi, misalnya mesio-distoinisial, mesio-oklusal. (Rasinta, 2017)

3. Klasifikasi berdasarkan keparahan

Menurut klasifikasi ini, karies dikelompokkan menjadi :

- a. Karies insipien : mengenai kurang dari setengah ketebalan email
- b. Karies moderat : mengenai lebih dari setengah ketebalan email, tetapi tidak mencapai pertemuan dentin dan email.
- c. Karies lanjutan : mengenai pertemuan dentin-email dan kurang dari setengah jarak pulpa.
- d. Karies parah : mengenai lebih dari setengah jarak ke pulpa. (Rasinta, 2017)

4. Klasifikasi berdasarkan WHO

Klasifikasi ini berdasarkan bentuk dan kedalaman lesi karies dan dibagi menjadi 4 skala, diantaranya :

- a. D1 : secara klinis dideteksi lesi email.
- b. D2 : kavitas pada email.
- c. D3 : kavitas mengenai dentin.

d. D4 : lesi meluas ke pulpa. (Rasinta, 2017)

2.1.3 Faktor Penyebab Karies Gigi

Faktor yang saling berinteraksi sehingga menyebabkan karies gigi, diantaranya sebagai berikut :

1. Komponen dari gigi dan air ludah (saliva) yang meliputi komposisi gigi, morfologi gigi, posisi gigi, Ph saliva, kuantitas saliva, kekentalan saliva.
2. Komponen mikroorganisme yang terdapat dalam mulut dan mampu menghasilkan asam melalui peragian yaitu streptococcus, laktobasil.
3. Komponen makanan yang sangat berperan adalah makanan yang mengandung karbohidrat misalnya sukrosa dan glukosa yang diragikan oleh bakteri sehingga membentuk asam.
4. Komponen waktu. (Isro'in, 2012)

2.1.4 Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Karies Gigi

1. Keturunan

Dari suatu penelitian terhadap 12 pasang orang tua dengan keadaan gigi yang baik, terlihat bahwa anak-anak dari 11 pasang orang tua memiliki keadaan gigi yang cukup baik.

Di samping itu, dari 46 pasang orang tua dengan presentase karies yang tinggi, hanya 1 (satu) pasang yang memiliki anak dengan gigi yang baik, 5 (lima) pasang dengan presentase karies sedang, selebihnya 40 pasang dengan presentase karies yang tinggi. Akan tetapi, dengan teknik pencegahan karies demikian maju pada akhir-akhir ini,

sebetulnya faktor keturunan dalam proses terjadinya karies tersebut telah dikurangi. (Rasinta, 2017)

2. Ras

Pengaruh ras terhadap terjadinya karies gigi sangat sulit ditentukan. Namun, keadaan tulang rahang suatu ras bangsa mungkin berhubungan dengan presentase karies yang semakin meningkat atau menurun. Misalnya, pada ras tertentu dengan rahang yang sempit sehingga gigi-geligi pada rahang sering tumbuh tidak teratur. Dengan keadaan gigi yang tidak teratur ini akan mempersukar pembersihan gigi, dan ini akan mempertinggi presentase karies pada ras tersebut. (Rasinta, 2017)

3. Jenis kelamin

Dari pengamatan yang dilakukan oleh *Milhahn-Turkeheim* pada gigi M1 yang menunjukkan bahwa pria dengan presentase M1 kanan 74,5 %, M1 kiri 77,6 % dan wanita dengan presentasi M1 kanan 81,5 %, M1 kiri 82,3 %. Hasil tersebut mengemukakan bahwa presentase karies gigi pada wanita lebih tinggi dibandingkan dengan pria. Presentase karies molar kiri lebih tinggi dibanding dengan molar kanan, karena faktor pengunyahan dan pembersihan dari masing-masing bagian gigi. (Rasinta, 2017)

4. Usia

Terdapat 3 fase umur dilihat dari sudut gigi-geligi, diantaranya sebagai berikut :

- a. Periode gigi campuran, disini molar 1 paling sering terkena karies.

- b. Periode pubertas (remaja) usia antara 14-20 tahun. Pada masa pubertas terjadi perubahan hormonal yang dapat menimbulkan pembengkakan gusi, sehingga kebersihan mulut menjadi kurang terjaga. Hal inilah yang menyebabkan presentase karies lebih tinggi.
- c. Usia antara 40-50 tahun.

Pada usia ini sudah terjadi retraksi atau menurunnya gusi dan papil sehingga sisa-sisa makanan sering leih sukar dibersihkan. (Rasinta, 2017)

5. Makanan

Makanan yang sangat berpengaruh terhadap gigi dan mulut dibagi menjadi 2 diantaranya :

- a. Isi makanan yang menghasilkan energi seperti karbohidrat, protein, lemak, vitamin. Unsur-unsur tersebut berpengaruh pada masa pra-erupsi serta pasca-erupsi dari gigi-geligi.
- b. Fungsi mekanis dari makanan yang dimakan.

Makanan yang bersifat membersihkan gigi. Makanan merupakan penggosok gigi alami, tentu saja akan mempengaruhi kerusakan gigi (seperti apel, jambu air, dsb). Sebaliknya makanan yang lunak dan melekat pada gigi akan merusak gigi (seperti coklat).

Karies terjadi ketika proses remineralisasi menjadi lebih lambat dibandingkan proses demineralisasi, serta adanya kehilangan mineral. Hal ini dapat cegah dengan menghindari makanan yang manis dan menghilangkan plak. (Rasinta, 2017)

6. Unsur kimia

Unsur-unsur kimia yang mempunyai pengaruh terhadap terjadinya karies gigi masih dalam penelitian. Unsur kimia yang paling mempengaruhi presentase karies gigi adalah flour. Sedangkan, unsur kimia yang dapat mempengaruhi terjadinya karies adalah cadmium, platina, selenium. (Rasinta, 2017)

2.1.5 Unsur-Unsur Pencegahan Karies Gigi

Pencegahan karies gigi bertujuan untuk mempertinggi taraf hidup dengan memperpanjang kegunaan gigi di dalam mulut. Unsur-unsur pencegahan karies gigi dapat dibagi menjadi 5 bagian, diantaranya :

1. Tindakan pra-erupsi

Tindakan ini ditujukan demi kesempurnaan struktur email dan dentin atau gigi pada umumnya. Seperti kita ketahui, yang mempengaruhi pembentukan dan pertumbuhan gigi kecuali protein dalam pembentukan matriks gigi. Vitamin dan zat mineral juga dapat mempengaruhi atau menentukan kekuatan dan kekerasan gigi. Vitamin dan mineral tersebut adalah :

- a. Vitamin : terutama A, C, D
- b. Mineral : terutama Ca, P, F, Mg (Rasinta, 2017)

Oleh karena itu, sebelum terjadinya pengapuran pada gigi bayi, ibu hamil dapat diberi makanan yang mengandung unsur-unsur vitamin dan mineral. Pemberian kalsium berupa tablet pada ibu hamil ada baiknya jika tidak terlalu banyak, karena kelebihan kalsium akan menyebabkan

kesukaran waktu melahirkan. Kesukaran tersebut disebabkan oleh pengapuran yang terlalu cepat dari tengkorak kepala bayi tersebut.

2. Tindakan pasca-erupsi

Dokter gigi secara etika wajib dan bertanggung jawab memberikan penjelasan secara klinis kepada pasien tentang cara mencegah karies gigi selain merawat lesi karies aktif yang berlangsung. Ada beberapa metode yang dapat diberitahukan kepada pasien untuk mencegah siklus terjadinya karies. Adapun metode yang dapat dilakukan, diantaranya pengaturan diet, kontrol plak, penggunaan fluor, keadaan pH mulut rendah, kekurangan cairan saliva, kontrol bakteri, dan penutup fisur (Rasinta, 2017)

3. Kontrol plak

Kontrol plak dapat dilakukan dengan cara :

- 1) Menyikat gigi dengan pasta gigi berfluoride.
- 2) Menggunakan dengan benang gigi (pada anak yang umurnya lebih tua).
- 3) Penggunaan bahan kimia seperti klorheksidin pada kasus tertentu.
- 4) Memantau dengan cairan pewarna plak dan mencatatnya. (Monty, Agus & Jack, 2014)

4. Pola makan

- 1) Jangan mengonsumsi minuman yang mengandung pemanis buatan dalam botol atau gelas minum.
- 2) Hentikan mengonsumsi ASI yang sudah terlalu lama (kadar laktosanya tinggi).

- 3) Sarankan minuman yang lebih aman (seperti air mineral, susu, atau teh tawar).
- 4) Batasi camilan yang mengandung gula pada jam makan atau satu hari dalam seminggu.
- 5) Hindari makanan manis yang lengket, kenyal, dan berkaramel.
- 6) Waspada gula-gula yang tersembunyi (pada buah kering seperti kismis, yoghurt, biskuit dengan perasa buatan, dan saus). (Monty, Agus & Jack, 2014)

5. Fissure sealant

Pada anak-anak, fissure sealant terbukti dapat mengurangi fisur dan lubang karies gigi pada molar tetap sebanyak 45-70%. Terdapat tipe sealant yang diisi maupun tidak diisi, baik dengan opaquer maupun dengan warna tertentu. Glass ionomer cement dapat digunakan sebagai penutup sementara pada pasien yang kurang kooperatif atau pada gigi molar yang sebagian erupsi. Bahan sealant relatif mudah diaplikasikan tetapi isolasi gigi dan kontrol terhadap saliva tetap terjaga. Bahan ini harus diaplikasikan sedini mungkin setelah gigi erupsi pada anak dengan kecenderungan karies dan diperiksa secara berskala untuk melihat bila terdapat sealant yang pecah. Fissure sealant diindikasikan pada kelompok anak sebagai berikut :

- 1) Memiliki karies pada gigi geligi sulung.
- 2) Memiliki riwayat keluarga atau saudara dengan karies.
- 3) Memiliki karies di gigi molar pertama tetap.
- 4) Kebersihan mulut yang buruk.

- 5) Gangguan medis tertentu.
- 6) Berkebutuhan khusus/disabilitas.
- 7) Gigi-gigi yang memiliki fisur lubang yang dalam (Monty, Agus & Jack, 2014).

2.2 Konsep Kebiasaan Menggosok Gigi

Menurut Tamrin (2014) menggosok gigi adalah salah satu upaya untuk menjaga kebersihan gigi dan mulut agar terhindar dari karies gigi. Kebiasaan menggosok gigi harus dilakukan dengan cara yang benar yaitu dengan menyikat semua daerah pada permukaan gigi, dan dilakukan dengan waktu yang tepat, yaitu sesudah makan dan sebelum tidur. Menggosok gigi sesudah makan dapat membersihkan sisa makanan yang masih menempel di permukaan gigi sehingga dapat mencegah pembentukan plak gigi yang membantu perkembangbiakan dan kolonisasi bakteri penyebab karies, menggosok gigi sebelum tidur dapat mencegah interaksi antara sisa makanan dan bakteri yang diakibatkan karena menurunnya produksi saliva saat tidur (Adi, 2015).

Menggosok gigi dengan teliti sedikitnya empat kali sehari (setelah makan dan waktu tidur) adalah dasar program higiene mulut yang efektif. Sikat gigi harus memiliki pegangan yang lurus, bulunya harus cukup kecil untuk menjangkau semua bagian mulut dan sikat gigi harus diganti setiap 3 bulan sekali. Semua permukaan gigi-dalam, luar dan pengunyah harus disikat dengan teliti (Potter & Perry, 2012).

2.2.1 Waktu Menyikat Gigi

Waktu terbaik untuk menyikat gigi merupakan setelah makan dan sebelum tidur. Menyikat gigi setelah makan berfungsi untuk mengangkat sisa-sisa makanan yang menempel di permukaan atau di sela-sela gigi dan gusi. Sedangkan menggosok gigi sebelum tidur, berfungsi untuk menahan perkembangbiakan bakteri dalam mulut karena dalam keadaan tidur tidak diproduksi ludah. Ludah (saliva) berfungsi untuk membersihkan mulut dan gigi secara alami (Hidayat, 2016).

Untuk itu berusaha menjaga kebersihan gigi dan mulut meskipun dalam keadaan atau kondisi yang bersih sebelum tidur. Ketika bangun pagi, gigi masih dalam keadaan relatif bersih, sehingga menggosok gigi kembali ketika setelah melakukan sarapan pagi (Hidayat, 2016).

2.2.2 Penggunaan Pasta Gigi Pada Anak

Beberapa dari orang tua ada yang sangat mempedulikan dan memperhatikan kesehatan gigi dan mulut anak-anaknya. Namun tidak sedikit pula yang acuh tak acuh terhadap kesehatan gigi dan mulut anak-anaknya. Pemberian pasta gigi untuk balita tidak dianjurkan. Menyikat gigi balita, sebaiknya tidak menggunakan pasta gigi akan tetapi cukup dengan menyikat gigi dan diberi air minum (air matang atau air mineral). Karena balita belum bisa berkumur, sehingga kurang tepat jika diberikan pasta gigi (Hidayat, 2016).

Pada anak usia tiga tahun ke atas, sebaiknya diajarkan berkumur-kumur pada saat menyikat gigi. Berikan pasta gigi kira-kira 0,5 cm atau sebesar biji kacang polong, dan usahakan berkumur dengan air yang sudah dimasak atau

air mineral. Karena anak usia tiga tahun ke atas belum terlalu memahami cara berkumur dengan benar, di khawatirkan anak akan menelan air dan pasta gigi tersebut. Jika terlalu banyak menelan pasta gigi yang mengandung flour, akan mengganggu pertumbuhan perkembangan gigi anak. Oleh karena itu, selalu awasi dan temani pada saat anak sedang menggosok gigi. (Hidayat, 2016)

2.2.3 Tanda Kesalahan Cara Menyikat Gigi

Menggosok gigi mungkin terlihat sebagai hal yang mudah untuk dilakukan, namun tanpa disadari bahwa banyak kesalahan yang dilakukan selama menggosok gigi. Sebaiknya kita tahu tanda-tanda yang tampak dari kesalahan menyikat gigi. Berikut terdapat empat tanda-tanda kesalahan cara menggosok gigi, di antaranya :

1. Karang gigi

Karang gigi merupakan plak yang mengeras karena proses mineralisasi. Kalau karang tersebut muncul maka bisa dipastikan bahwa kita tidak menggosok mahkota gigi dengan efektif dan tepat guna sehingga tidak sampai menghilangkan plak yang ada. Perhatikan cara menggosok gigi, terutama pada saat membersihkan pada bagian mahkota gigi bagian dalam (belakang).

2. Radang gusi

Radang gusi memiliki gambaran atau tanda-tanda berwarna merah tua, terlihat bengkak, terasa sakit, dan mengeluarkan darah baik secara tiba-tiba atau spontan ataupun karena terkena kontak dengan sesuatu seperti sikat gigi, ditekan makanan dan sebagainya. Hal ini disebabkan karena

menyikat gigi dengan tekanan yang terlalu besar pada daerah gusi. Bisa juga karena plak yang ada di daerah perbatasan gusi dan gigi tidak dibersihkan dengan cukup baik. Kurangi tekanan yang berlebihan atau kembali perhatikan teknik menyikat gigi yang efektif.

3. Gigi sensitif

Sebenarnya tidak ada penyakit gigi sensitif, tapi istilah ini digunakan untuk menggambarkan rasa ngilu yang muncul di gigi saat kontak dengan suhu yang terlalu dingin atau terlalu panas. Hal ini biasanya disebabkan karena kita menyikat gigi terlalu keras. Menyikat gigi terlalu keras dan penekanan seperti menyikat lantai kamar mandi tentu saja kan merusak lapisan gigi. Sebetulnya dan sebaiknya jangan menyikat gigi terlalu keras, jauh lebih baik menyikat gigi dengan penuh kelembutan.

4. Nafas bau

Seberapa napas bau lebih diakibatkan karena kegagalan pembersihan mulut secara keseluruhan, tidak terbatas pada gigi saja. Meski demikian, pembersihan atau penyikatan mahkota gigi yang tidak adekuat dan tepat juga dapat menimbulkan napas bau. Sisa makanan yang terjebak di sela gigi dan lubang gigi yang dipenuhi sisa makanan yang tidak dibersihkan oleh proses penyikatan dapat menyebabkan napas bau (Hernita, 2013).
Sebenarnya masih ada beberapa hal lagi yang dapat dijadikan tolak ukur kesalahan cara dan teknik menyikat mahkota gigi, namun secara garis besar terdapat empat hal yang mudah dimengerti dan cepat disadari oleh pasien atau orang awam (Hernita, 2013).

Segera konsultasikan cara menyikat mahkota gigi dengan benar, tepat, dan efektif ke dokter gigi jika kita menemukan salah satu hingga salah empat tanda yang telah disebutkan di atas. Jangan tunggu sampai terlambat (Hernita, 2013).

2.2.4 Cara Menggosok Gigi Dengan Baik

Berikut ini langkah-langkah menggosok gigi dengan baik dan benar, diantaranya sebagai berikut :

1. Gosok gigi searah

Menggosok gigi dengan searah, dari atas ke bawah untuk gigi bagian atas dan sebaliknya dari bawah ke atas untuk gigi bagian bawah. Inilah merupakan prinsip “dari merah ke putih” atau dari gusi ke ujung gigi agar kotoran yang tersapu tidak balik lagi. Gerakan searah juga akan menjaga kesehatan gusi.

2. Buatlah gerakan mengeluarkan kotoran dari sela-sela gigi.

3. Gosoklah perlahan semua permukaan gigi mulai dari bagian dalam, tengah, dan luar.

4. Bersihkan juga langit-langit, dinding mulut, dan permukaan lidah.

5. Usahakan air yang digunakan untuk menggosok gigi dalam keadaan bersih dan jernih. Bagi anak yang baru belajar berkumur atau menggosok gigi, sediakan air matang atau air mineral.

6. Jangan berkumur terlalu banyak, supaya fluoride masih tersisa untuk menjaga kekuatan gigi (Hidayat, 2016).

2.2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi kebiasaan menggosok gigi

Menurut Hermawan (2015), factor-faktor yang dapat mempengaruhi kebiasaan menggosok gigi pada anak-anak adalah :

1. Praktik social

Kelompok-kelompok social wadah seseorang pasien berhubungan dapat mempengaruhi praktik hygiene (menggosok gigi) pribadi. Selama masa kanak-kanak, kanak-kanak mendapatkan praktik menggosok gigi dari orang tua mereka. Kebiasaan keluarga, jumlah orang dirumah, dan ketersediaan air panas atau air mengalir hanya merupakan beberapa factor yang mempengaruhi perawatan kebersihan (menggosok gigi).

2. Status sosio ekonomi

Sumber daya ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkat praktik kebersihan (menggosok gigi) yang dilakukan. Apakah dapat menyediakan bahan-bahan yang penting seperti deodorant, sampo, pasta gigi, dan kosmetik (alat-alat yang membantu dalam memelihara hygiene dalam lingkungan rumah).

3. Pengetahuan

Pengetahuan tentang pentingnya hygiene (menggosok gigi) dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi praktik hygiene (menggosok gigi). Kendati kemudian, pengetahuan itu sendiri tidak cukup, harus termotivasi untuk memelihara perawatan diri.

4. Kebudayaan

Kepercayaan kebudayaan dan nilai pribadi mempengaruhi perawatan hygiene (menggosok gigi). Orang dari latar kebudayaan yang berbeda mengikuti praktek perawatan diri (menggosok gigi) yang berbeda.

5. Pilihan pribadi

Kebebasan individu untuk memilih waktu untuk perawatan diri, memilih produk yang ingin digunakan, dan memilih bagaimana cara melakukan hygiene.

6. Motivasi anak untuk menggosok gigi.

2.3 Konsep Story Telling (Bercerita)

2.3.1 Pengertian Story Telling (Bercerita)

Bercerita adalah suatu kegiatan untuk menyampaikan sebuah kisah atau cerita kepada anak-anak. Metode story telling dapat disampaikan melalui kata-kata, bisa diselingi lagu atau humor lucu (Kementerian Pendidikan, 2011). Pengertian yang lain tentang story telling atau bercerita adalah salah satu kebutuhan bagi anak yang disampaikan secara lisan baik dengan menggunakan alat atau tanpa alat, dan cerita juga sangat membantu untuk menghidupkan suasana dalam proses pembelajaran. Dengan melalui cerita, emosi anak selain perlu disalurkan juga dapat dilatih, emosi dapat diajak mengurangi berbagai perasaan manusia. Anak dapat dididik untuk menghayati kesedihan, kemalangan, derita nestapa, anak dapat juga diajak untuk berbagi kegembiraan, kebahagiaan, keberuntungan, dan keceriaan (Sudarmadji dkk, 2010).

Cerita merupakan uraian, gambaran, atau deskripsi tentang suatu peristiwa atau kejadian tertentu. Bercerita dapat dideskripsikan secara umum sebagai kegiatan yang memberikan informasi kepada anak baik secara lisan, tulisan, akting tentang nilai maupun tradisi budaya yang telah dipercaya melalui penggunaan alat peraga atau tidak guna dalam mengembangkan kemampuan sosial, belajar membaca, serta pemahaman tentang pengetahuan dunia melalui pengalaman yang didapatkan (Rahayu, 2013).

2.3.2 Fungsi Bercerita

Para ahli pendidikan sepakat bahwa bercerita pada anak-anak mempunyai beberapa fungsi yang sangat penting, diantaranya sebagai berikut :

1. Media penyampaian pesan moral dan nilai spiritual.

Menyampaikan nilai-nilai agama melalui cerita yang biasanya sering didengarkan anak-anak. Karena anak-anak biasanya senang mendengarkan cerita, maka secara otomatis pesan moral dan spiritual/agama yang kita sampaikan akan didengarkan anak-anak dengan hati senang.

2. Pendidikan imajinasi/fantasi.

Para pendidik dan ahli ilmu jiwa sepakat bahwa pada masa anak-anak berimajinasi atau berfantasi adalah sebuah proses kejiwaan yang sangat penting. Imajinasi atau fantasi akan mendorong rasa ingin tahu seorang anak. Rasa ingin tahu ini juga sangat penting untuk perkembangan intelektual anak. Imajinasi atau fantasi anak yang kaya atau luas juga akan berfaedah bagi pendidikan kreativitas anak. Untuk merangsang

imajinasi atau memperkaya daya fantasi anak, kita dapat melakukannya secara efektif melalui metode story telling atau bercerita.

3. Memperkaya pengalaman batin.

Melalui cerita kita dapat menyajikan kemungkinan kejadian kehidupan manusia dan pengalaman kehidupan yang riil. Maka dengan ini anak-anak akan terlatih memahami berbagai makna kehidupan. Pengalaman batin akan lebih kaya dan membantu untuk mematangkan jiwanya.

4. Hiburan dan menarik perhatian.

Bercerita adalah sarana hiburan yang murah meriah. Di tengah-tengah kepenatan atau kejenuhan pada saat anak-anak mengaji, bermain, belajar serta sekolah tentu anak-anak sangat membutuhkan hiburan untuk merilekskan tubuh. Selain itu apabila kegiatan mengaji tampak memperlihatkan tanda-tanda kejenuhan, bercerita dapat dimanfaatkan untuk menarik kembali perhatian anak-anak yang mulai tidak aktif (Sudarmadji dkk, 2010).

2.3.3 Manfaat Bercerita

Manfaat kegiatan bercerita merupakan anak dapat mengembangkan kosa kata, kemampuan berbicara, mengekspresikan cerita yang disampaikan sesuai karakteristik tokoh yang dibacakan dalam keadaan yang menyenangkan, serta melatih keberanian anak untuk tampil di depan umum.

Hal ini sesuai dengan kurikulum bahwa manfaat dari kegiatan bercerita pada anak-anak, diantaranya :

1. Menyalurkan ekspresi anak dalam kegiatan yang menyenangkan.

2. Mendorong aktivitas, inisiatif, dan kreativitas anak agar berpartisipasi dalam kegiatan, memahami isi cerita yang telah dibacakan.
3. Membantu anak menghilangkan rasa rendah diri, murung, malu, dan segan untuk tampil di depan teman atau orang lain.

Menurut *Moeslichatoen*, mengemukakan bahwa manfaat dari bercerita adalah dapat mengkomunikasikan nilai-nilai budaya, sosial, keagamaan, menanamkan etos kerja, etor waktu, etos alam, mengembangkan fantasi anak, dimensi kegiatan dan bahasa anak. Kegiatan bercerita juga memiliki sejumlah aspek yang diperlukan dalam perkembangan imajinasi anak, mendorong anak untuk mencintai bahasa, memberi wadah bagi anak-anak untuk belajar emosi dan perasaan seperti sedih, gembira, simpati, marah, senang, cemas, serta emosi lainnya (Rahayu, 2013).

2.3.4 Jenis-Jenis Cerita Anak

Ada beberapa ragam judul cerita untuk anak usia dini, diantaranya sebagai berikut :

1. Cerita rakyat

Cerita rakyat berasal dari ciri khas daerah tersebut. Dongeng, legenda, mite, dan sage merupakan bagian dari cerita rakyat namun memiliki perbedaan pada permasalahan cerita, tokoh, serta anggapan tentang keberadaan cerita tersebut. Fabel dan lelucon merupakan bagian dari dongeng. Fabel adalah cerita yang menggambarkan watak seseorang yang disimbolkan dengan binatang, sedangkan lelucon adalah menceritakan kebodohan seseorang yang disampaikan dengan penuh keluguan.

Legenda merupakan cerita yang dianggap benar dan bukan hal yang sakral. Sage merupakan dongeng yang mengandung unsur sejarah dan mite adalah dongeng yang menceritakan tentang dewa-dewi atau makhluk lain yang bersifat kedewaan.

2. Cerita realitas

Cerita ini mengisahkan tentang kehidupan nyata sesuai dengan apa yang dialami seseorang, manusia sebagai tokoh cerita menggambarkan kegiatan sehari-hari dengan penyampaian moral.

3. Cerita sains

Cerita ini bersifat alamiah dan sangat dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta perubahan zaman. Cerita sains yang diperkenalkan pada anak seperti tentang proses perubahan yang terjadi di lingkungan sekitar.

4. Biografi

Biografi berisi tentang riwayat hidup seseorang yang menceritakan tentang pengalamannya. Biografi biasanya ditulis dengan tujuan untuk memacu semangat dan pantang menyerah dalam menghadapi berbagai masalah.

5. Cerita keagamaan

Cerita yang berisi tentang kisah dari agama tertentu. Cerita keagamaan dapat menanamkan sikap dan perilaku yang baik pada diri anak.

6. Berdasarkan pemanfaatan alat peraga

a. Bercerita dengan alat peraga

Metode story telling atau metode bercerita dengan alat peraga dapat membantu pendongeng dalam penyampaian suatu cerita dengan mudah kepada anak-anak atau audiens. Penggunaan alat peraga dalam metode bercerita tersebut diantaranya boneka tangan, boneka jari, boneka flanel, wayang, dan lain-lain.

b. Bercerita tanpa alat peraga

Bercerita tanpa menggunakan alat peraga dan lebih mengoptimalkan seluruh anggota tubuh, mimik muka, ekspresi, suara, dan lain-lain.

(Sudarmadji dkk, 2010)

2.3.5 Pemilihan Cerita Anak

Pemilihan cerita sangat diperlukan, agar cerita yang dibawakan anak disesuaikan dengan tingkat perkembangannya. Menurut *Whitehead* menyatakan bahwa anak usia pra sekolah sampai usia sekolah membutuhkan cerita yang pendek dan langsung pada intinya. Cerita memiliki berbagai komponen yang hadir dan tidak dapat dipisahkan. Komponen cerita tersebut, diantaranya :

1. Tema

Tema adalah ide utama cerita dan menjadi dasar bagi perkembangan cerita, karena setiap peristiwa yang ada dalam cerita tidak dapat berdiri sendiritanpa hubungan jelas. Oleh karena itu, tema menjadi acuan untuk membangun dan mengembangkan sebuah cerita. Tema merupakan ide utama cerita sehingga setiap cerita yang disampaikan tidak boleh menyimpang dari tema tersebut.

2. Latar

Latar meliputi hubungan waktu, tempat, dan lingkungan sosial tempat terjadinya peristiwa yang diceritakan.

3. Tokoh

Cerita mempunyai tokoh-tokoh cerita. Tokoh cerita merupakan individu rekaan yang mengalami peristiwa. Tokoh cerita hadir sebagai pembawa pesan yang ingin disampaikan kepada pembaca. Tokoh cerita memiliki kualitas moral yang mengacu pada perwatakan tokoh cerita. Dalam cerita ada tokoh yang baik dan tidak baik.

4. Alur

Alur merupakan rangkaian peristiwa atau struktur cerita yang menghubungkan sebab akibat dalam cerita. Cerita tidak hanya menunjukkan urutan waktu secara lurus saja, tetapi urutan waktu dapat berjalan ke belakang (Flashback). Alur yang biasanya sering digunakan untuk anak-anak dalam cerita adalah alur maju berdasarkan usia dan tingkat konsekuensinya.

5. Gaya bahasa

Penggunaan gaya bahasa dalam cerita perlu diperhatikan. Gaya bahasa mudah dipahami dan dimengerti oleh anak. Cerita yang terlalu deskriptif tidak disukai anak namun cerita yang mengandung rima-rima tertentu sangat disukai anak dengan menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh anak.

6. Format buku cerita

Format buku cerita memegang peranan penting dalam menarik minat anak. Bentuk, gambar, halaman, ilustrasi, pemilihan huruf, perpaduan warna, tata letak, serta kualitas kertas yang sangat diminati anak-anak (Rahayu, 2013)

2.4 Konsep Media Boneka Tangan

2.4.1 Pengertian Boneka Tangan

Boneka merupakan tiruan/model manusia atau hewan yang biasanya bagi masyarakat umumnya di gunakan untuk berbagai keperluan misalnya sebagai mainan anak, hiasan, dan pentas sandiwara. Tiruan/model manusia ini dibuat dalam bermacam corak, ciri fisik, maupun bahannya. Wayang kulit sebagai model yang 2 dimensi sedangkan berbagai macam boneka sebagai model 3 dimensi (Daryanto, 2013).

boneka merupakan benda tiruan dari bentuk manusia dan atau binatang. Boneka dimanfaatkan sebagai media pembelajaran dengan cara dimainkan dalam sebuah pertunjukan. Penggunaan boneka sebagai media pendidikan dapat dilihat di berbagai wilayah di Indonesia. Di Jawa Barat, penggunaan boneka tongkat yang disebut “wayang golek” digunakan untuk memainkan cerita-cerita Mahabarata dan Ramayana. Di Jawa Timur dan Jawa Tengah digunakan dua boneka tongkat dalam dua dimensi yang dibuat dari kayu yang disebut “wayang krucil” dan boneka bayang-bayang yang disebut “wayang kulit.” Penggunaan media boneka sebagai media pembelajaran dapat dibuat dengan menyesuaikan perkembangan zaman, tujuan penggunaan dan keadaan sosio-kultural masing-masing (Daryanto, 2013).

2.4.2 Klasifikasi Boneka

Boneka diklasifikasikan menjadi lima jenis diantaranya, sebagai berikut :

1. Boneka jari, dimainkan dengan jari tangan.
2. Boneka tangan, satu tangan memainkan satu boneka.
3. Boneka tongkat seperti wayang-wayangan.
4. Boneka tali (marionet), cara menggerakkan melalui tali yang menghubungkan kepala, tangan, dan kaki.
5. Boneka bayang-bayang (shadow puppet), dimainkan dengan cara mempertontonkan gerak bayang-bayangnya.

Berdasarkan paparan di atas mengenai berbagai jenis boneka, peneliti memilih boneka tangan sebagai media pembelajaran menyimak dongeng. Pemilihan boneka tangan sebagai media pembelajaran menyimak dongeng karena dapat menarik perhatian, minat siswa, dan stimulus yang baik dalam kegiatan menyimak dongeng. Media boneka berfungsi membantu mempermudah pemahaman isi cerita dan penokohan dalam dongeng (Daryanto, 2013).

2.5 Konsep Media Video

2.5.1 Pengertian Video

Menurut Hidayat, bercerita merupakan aktivitas menuturkan sesuatu yang mengisahkan tentang perbuatan, pengalaman, atau kejadian yang sungguh-sungguh terjadi maupun hasil rekaan (Rahayu, 2013). Kegiatan bercerita melibatkan pendengaran, penglihatan, berbicara, dan ekspresi yang dibutuhkan ketika bercerita. Larkin menyatakan bercerita adalah seni bercakap-cakap secara lisan (Rahayu, 2013).

Video merupakan suatu medium yang sangat efektif untuk membantu proses pembelajaran, baik untuk pembelajaran massal, individual, maupun berkelompok. Video juga merupakan bahan ajar non cetak atau suatu media yang kaya informasi dan tuntas karena dapat disampaikan secara langsung. Disamping itu, video menambah suatu dimensi baru terhadap pembelajaran. Hal ini karena, karakteristik teknologi video yang dapat menyajikan gambar bergerak pada siswa dan suara yang menyertainya (Daryanto, 2013).

Kegiatan bercerita melalui video merupakan kegiatan penyampaian informasi yang dilakukan seseorang secara langsung kepada orang lain melalui sinyal audio dapat dikombinasikan dengan gambar bergerak (Daryanto, 2013).

2.5.2 Keuntungan Melalui Media Video

Dengan kemajuan teknologi video juga telah memungkinkan format sajian video dapat bermacam-macam, mulai dari kaset, DVD, VCD. Hal ini dapat mempermudah kita dalam menontonnya melalui video player, DVD, dan juga dapat didistribusikan lewat siaran televisi. Terdapat beberapa keuntungan dalam proses pembelajaran melalui media video tersebut, diantaranya sebagai berikut :

- 1) Materi yang telah direkam dalam bentuk video dapat disampaikan secara tatap muka (Langsung).
- 2) Materi dapat disampaikan dengan jarak jauh tanpa kehadiran guru.
- 3) Program video dapat dikombinasi dengan animasi dan pengaturan durasi waktu cepat.

2.5.3 Kelemahan Melalui Media Video

Terlepas dari keuntungan-keuntungan yang telah dijelaskan diatas tersebut, video juga sebagai media yang memiliki beberapa kelemahan-kelemahan diantaranya sebagai berikut :

1) Fine details

Merupakan media tayangnya tidak dapat menampilkan obyek yang sekecil-kecilnya dengan sempurna.

2) Size information

Merupakan media yang tidak dapat menampilkan obyek dengan ukuran yang sebenarnya.

3) Third dimention

Merupakan sebuah gambar yang diproyeksikan oleh video umumnya berbentuk dua dimensi.

4) Opposition

Pengambilan yang kurang tepat dapat menyebabkan timbulnya keraguan penonton dalam menafsirkan gambar yang dilihatnya.

5) Setting

Merupakan sebuah adegan yang ditampilkan dengan dua orang yang sedang bercakap-cakap diantara kerumunan orang banyak, akan sulit bagi penonton dalam menebak dimana kejadian tersebut berlangsung.

6) Material pendukung

Video membutuhkan alat proyeksi untuk dapat menampilkan gambar yang ada didalamnya.

7) Budget

Dalam proses pembuatan video tersebut membutuhkan biaya yang tidak sedikit (Daryanto, 2013).

2.6 Domain Perilaku

Menurut Benyamin Bloom (1908) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2012), membagi perilaku manusia itu kedalam tiga domain, ranah atau kawasan yakni : 1) Kognitif (*Cognitive*), 2) afektif (*affective*), 3) psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangan, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni :

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu penginderaan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran (telinga) dan indra penglihatan (mata).

Proses perkembangan kognitif seseorang menurut piaget dalam Shadiq & Mustajab (2011) bahwa tanpa adanya pengalaman baru, struktur kognitif para siswa berada dalam keadaan equilibrium (tenang dan stabil). Jadi perkembangan kognitif seseorang ditentukan oleh seberapa besar interaksinya dengan lingkungan (pengalaman baru) yang harus dikaitkan atau dihubungkan dengan struktur kognitif (skema) mereka, melalui proses organisasi dan adaptasi. Skema yang

diberikan oleh piaget untuk dapat menjelaskan mengapa seseorang memberikan respon terhadap stimulus dan berhubungan dengan ingatan. Skema adalah struktur kognitif yang digunakan oleh manusia untuk mengadaptasi diri terhadap lingkungan secara intelektual (Hergenhahn, 2010).

Adaptasi terdiri dari dua proses yang terjadi bersama-sama, yaitu :

1. Asimilasi

Merupakan suatu proses dimana informasi atau pengalaman baru disesuaikan dengan kerangka kognitif yang sudah ada dibenak anak. Secara teoritis, asimilasi tidak menghasilkan perubahan skema tetapi asimilasi mempengaruhi pertumbuhan skema.

2. Akomodasi

Akomodasi merupakan suatu proses perubahan atau pengembangan kerangka kognitif yang sudah ada dibenak anak agar sesuai dengan pengalaman yang baru dialami. Asimilasi dan akomodasi terjadi sama – sama mengisi pada setiap individu yang menyesuaikan dengan lingkungannya.

3. Aquilibrasi

Aquilibrasi merupakan keseimbangan antara pribadi seseorang dengan lingkungannya atau antara asimilasi dan akomodasi. Ketika seorang anak mengalami pengalaman baru, ketidakseimbangan hampir mengiringi anak sampai mampu melakukan asimiliasi atau akomodasi terhadap informasi baru

yang ada pada akhirnya mampu mencapai keseimbangan (aquililibrium)

Pengetahuan seseorang terhadap objek memiliki intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi menjadi 6 tingkat pengetahuan, yakni :

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Untuk mengetahui atau mengukur bahwa orang tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan-pertanyaan seperti apa tanda anak-anak yang mengalami kurang gizi (Notoatmodjo, 2012).

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat mengintrepetasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut (Notoatmodjo, 2012).

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain (Notoatmodjo, 2012).

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang

diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram terhadap objek tersebut (Notoatmodjo, 2012).

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain sintesis merupakan suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada (Notoatmodjo, 2012).

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku dimasyarakat (Notoatmodjo, 2012).

2. Sikap (*Attitude*)

Sikap adalah suatu respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya).

Newcomb (Notoatmodjo, 2012) salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap adalah kesiapan atau ketersediaan untuk

bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dalam kata lain fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan), atau reaksi tertutup.

Seperti halnya pengetahuan, sikap juga memiliki tingkat-tingkat berdasarkan intensitasnya, sebagai berikut (Notoatmodjo, 2012):

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan, objek. Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang tua terhadap ceramah-ceramah tentang gizi.

b. Menanggapi (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang telah diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

c. Menghargai (*valuing*)

Seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti dengan memahaminya orang lain. Bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespons.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatnya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, dia harus berani mengambil resiko bila ada orang lain yang mencemoohnya atau adanya resiko lain.

3. Tindakan atau praktik (*practice*)

Seperti telah dijelaskan diatas bahwa sikap merupakan kecenderungan untuk bertindak (praktik). Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain diantaranya dengan adanya fasilitas atau sarana dan prasarana (Notoatmodjo, 2012).

Praktik atau tindakan tersebut dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan berdasarkan kualitasnya, sebagai berikut (Notoatmodjo, 2012) :

a. Praktik terpimpin (*guided response*)

Subjek atau seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan. Misalnya, seorang ibu memeriksakan kehamilannya tetapi masih menunggu diingatkan oleh bidan ataupun tetangganya.

b. Praktik secara mekanisme (*mechanism*)

Subjek atau seseorang yang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis, maka disebut tindakan atau praktik mekanis. Misalnya, seorang ibu selalu membawa anaknya ke posyandu untuk ditimbang tanpa harus menunggu perintah oleh kader ataupun petugas kesehatan.

c. Adopsi (*adoption*)

Adopsi merupakan suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Artinya, apa yang telah dilakukan tidak sekadar rutinitas atau mekanisme tetapi sudah dilakukan modifikasi atau tindakan yang berkualitas.

2.7 Pendidikan Kesehatan

2.7.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan proses belajar yang harus dialami oleh individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang menjadi sasaran dengan tujuan akhir perubahan perilaku (Nursalam, 2008). Menurut Wafid (2009) proses perubahan perilaku yang dinamis dimana perubahan tersebut bukan sekedar proses transfer materi atau teori maupun seperangkat prosedur dari seseorang ke orang lain, tetapi perubahan yang dapat terjadi karena adanya kesadaran dalam diri individual, kelompok maupun masyarakat itu sendiri (Prasetyawati, 2012).

Kesadaran untuk mengaplikasikan atau menerapkan pendidikan di bidang kesehatan dengan hasil yang diharapkan yaitu perilaku kesehatan atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif. Maksudnya, pendidikan kesehatan bertujuan agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara menjaga kesehatan, menghindari hal-hal yang dapat merugikan kesehatan mereka (Notoatmodjo, 2012).

2.7.2 Pentingnya Pendidikan Kesehatan

Masalah kesehatan di negara-negara pada prinsipnya menyangkut dua aspek, yakni aspek fisik (non perilaku) dan aspek non fisik yang mengenai

perilaku kesehatan. Berdasarkan dua masalah kesehatan tersebut, digunakan dua pendekatan, pendekatan fisik dan nonfisik (melalui peningkatan perilaku). Kedua pendekatan tersebut harus sejalan, dalam memecahkan masalah kesehatan. Pemberian fasilitas fisik, tanpa diikuti oleh peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat, akan mendapatkan hasil yang tidak sesuai, begitupun sebaliknya. Dengan demikian, semua program pelayanan kesehatan yang bersifat pelayanan dan penyediaan sarana fisik harus ditunjang dengan pendidikan kesehatan (Maulana, 2014).

2.7.3 Pendidikan Kesehatan Anak

Dalam melihat perkembangan anak dan perlunya pembelajaran pada anak usia prasekolah, tampaklah bahwa ada dua hal yang perlu diperhatikan pada pendidikan anak usia prasekolah, pertama adalah materi pendidikan, dan kedua metode pendidikan yang dipakai (Budiharto, 2010).

Perkembangan anak usia prasekolah, perlu adanya suatu pendidikan yang didesain sesuai dengan tingkat perkembangan anak. Kita perlu kembalikan ruang kelas menjadi arena bermain, bernyayi, bergerak bebas, kita jadikan ruang kelas sebagai ajang kreatif dan kesenangan bagi anak untuk rentang aktivitas yang lama.

2.7.4 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan umum pendidikan kesehatan adalah merubah perilaku kesehatan individu atau masyarakat, dari yang kurang menjadi cukup sampai baik. Akan tetapi, menurut Maulana (2014) perilaku mencakup hal yang luas, sehingga perlu dikategorikan agar mendapatkan rumusan tujuan pendidikan kesehatan sebagai berikut :

1. Menjadikan kesehatan sebagai hal yang bernilai dimasyarakat. Karena itu pendidik kesehatan memiliki tanggung jawab mengarahkan kebiasaan hidup sehat bagi masyarakat.
2. Menolong individu agar dapat melakukan kegiatan secara mandiri atau berkelompok dalam mencapai tujuan hidup sehat.
3. Mendorong penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang ada secara tepat guna.

2.7.5 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Notoadmodjo (2010) menjelaskan, sasaran pendidikan kesehatan dibagi dalam 3 kelompok :

1. Sasaran primer (Primary target)

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan. Sesuai dengan permasalahan kesehatan, maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi, kepala ruangan untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA (Kesehatan ibu dan anak). Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran primer ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat.

2. Sasaran sekunder

Para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan sebagainya.

Disebut sasaran sekunder, karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini diharapkan untuk selanjutnya kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat di sekitarnya. Di samping itu dengan perilaku sehat para tokoh masyarakat

sebagai hasil pendidikan kesehatan yang diterima, maka para tokoh masyarakat ini akan memberikan contoh atau acuan perilaku sehat bagi masyarakat sekitarnya. Usaha promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran sekunder ini adalah sejalan dengan strategi dukungan sosial (social support).

3. Sasaran tersier

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tersier pendidikan kesehatan. Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat (sasaran sekunder), dan juga kepada masyarakat umum (sasaran primer). Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran tersier ini sejalan dengan strategi advokasi.

2.7.6 Media Pendidikan Kesehatan

Menurut Fitriani (2011), media pendidikan kesehatan pada hakekatnya adalah alat bantu pendidikan Audio Visual Aids (AVA). Disebut media pendidikan karena alat-alat tersebut merupakan alat saluran (channel) untuk menyampaikan kesehatan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien.

Berdasarkan fungsi sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan (media), media ini dibagi menjadi 3 yakni (Fitriani, 2011) :

1. Media cetak

- 1) Booklet adalah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- 2) Leaflet adalah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi.
- 3) Flyer (selebaran) adalah seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
- 4) Flip chart (lembar balik) adalah media penyampaian pesan atau informasi-informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan sebaliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi berkaitan dengan gambar tersebut.
- 5) Rubrik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah mengenai suatu masalah kesehatan atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- 6) Poster adalah bentuk media cetak berisi pesan-pesan / informasi kesehatan yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.

2. Media elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan, jenisnya berbeda-beda antara lain :

1) Televisi

Penyampaian pesan atau informasi-informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi atau tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato (ceramah), TV spot, quiz atau cerdas cermat, dan sebagainya.

2) Radio

Penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui radio juga dalam bentuk bermacam-macam antara lain obrolan (tanya jawab), sandiwara radio, ceramah, radio spot, dan sebagainya.

3) Video

Penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan dapat melalui video

a. Slide

Slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan atau informasi-informasi kesehatan.

b. Film strip

Juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

3. Media papan

Papan yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai dan diisi pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan disini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum.

2.8 Konsep Usia Pra Sekolah

2.8.1 Pengertian Usia Pra Sekolah

Anak usia pra sekolah adalah anak yang berusia antara nol sampai enam tahun. Mereka biasanya mengikuti program *preschool*. Di Indonesia untuk usia 4-6 tahun biasanya mengikuti program taman kanak-kanak (Rizki, Anisa, & Lintang, 2015).

2.8.2 Ciri Umum Usia Pra Sekolah

Menurut snowman, mengemukakan ciri-ciri anak pra sekolah meliputi aspek fisik, sosial, emosi, dan kognitif anak.

1. Ciri fisik anak usia pra sekolah

Anak usia pra sekolah umumnya sangat aktif. Mereka telah memiliki penguasaan terhadap tubuhnya dan sangat menyukai kegiatan yang dilakukan sendiri. Setelah anak melakukan berbagai kegiatan, anak membutuhkan istirahat yang cukup. Otot-otot besar pada anak usia pra sekolah lebih berkembang dari kontrol terhadap jari dan tangan. Anak masih sering mengalami kesulitan apabila harus memfokuskan pandangannya pada obyek yang kecil ukurannya. Itulah, sebabnya koordinasi tangan dan matanya masih kurang sempurna. Rata-rata kenaikan berat badan per tahun sekitar 16,7-18,7 kg dan tinggi sekitar 103-110 cm. Mulai terjadi erupsi gigi permanen.

2. Ciri sosial anak usia pra sekolah

Anak usia pra sekolah biasanya mudah bersosialisasi dengan orang sekitarnya. Biasanya mereka mempunyai sahabat yang berjenis kelamin sama. Kelompok bermainnya cenderung kecil dan tidak

terlalu terorganisasi secara baik, oleh karena itu kelompok tersebut cepat berganti-ganti. Anak menjadi sangat mandiri, agresif secara fisik dan verbal, bermain secara asosiatif, dan mulai mengeksplorasi seksualitas.

3. Ciri emosional anak usia pra sekolah

Anak cenderung mengekspresikan emosinya dengan bebas dan terbuka. Sikap sering marah dan iri hati sering diperlihatkan.

4. Ciri kognitif anak usia pra sekolah

Anak usia pra sekolah umumnya telah terampil dalam berbahasa. Sebagian besar dari mereka senang bicara, khususnya dalam kelompoknya. Sebaiknya anak diberi kesempatan untuk berbicara. Sebaiknya anak diberi kesempatan untuk berbicara. Sebagian dari mereka perlu dilatih untuk menjadi pendengar yang baik (Rizki, Anisa, & Lintang, 2015).

2.8.3 Perkembangan Kognitif

Perkembangan kognitif anak usia pra sekolah menurut piaget dalam Rizki, dkk (2015) masih masuk pada tahap pra-operasional. Tahap ini ditandai oleh adanya pemakaian kata-kata lebih awal dan memanipulasi simbol-simbol yang menggambarkan obyek atau benda dan keterikatan atau hubungan diantara mereka. Tahap pra-operasional ini juga ditandai oleh beberapa hal, antara lain: egosentrisme, ketidakmatangan pemikiran/ide/gagasan tentang sebab-sebab dunia di fisik, kebingungan antara simbol dan obyek yang mewakili, kemampuan untuk fokus pada

satu dimensi satu waktu serta kebingungan tentang identitas orang dan obyek (Rizki, Anisa, & Lintang, 2015).

2.8.4 Perkembangan Bahasa Usia Pra Sekolah

1. Anak usia 3 tahun dapat menyatakan 900 kata, menggunakan tiga sampai empat kalimat dan berbicara dengan tidak putus-putusnya (ceriwis).
2. Anak usia 4 tahun dapat menyatakan 1500 kata, menceritakan cerita yang berlebihan dan menyanyikan lagu sederhana (ini merupakan usia puncak untuk pertanyaan “mengapa”).

Anak usia 5 tahun dapat menyatakan 2100 kata, mengetahui empat warna atau lebih, nama-nama hari dan nama bulan dalam seminggu (Rizki, Anisa, & Lintang, 2015).

2.8.5 Perkembangan Psikososial

Menurut erikson dalam Rizki, dkk (2015), anak usia pra sekolah berada pada tahap ke-3 Inisiatif dan kesalahan. Tahap ini dilalui pada anak-anak usia 4-5 tahun (preschool age). Antara usia 3-6 tahun, anak menghadapi krisis psikososial dimana erikson mengistilhkannya sebagai “Inisiatif” melawan rasa bersalah (initiativ versus guilt). Pada usia ini, anak secara normal telah menguasai rasa otonomi dan memindahkan untuk menguasai rasa inisiatif.

Anak pra sekolah adalah seorang pembelajar yang penuh energi, antusiasme dan pengganggu dengan imajinatif yang aktif. Perkembangan rasa bersalah terjadi pada waktu anak dibuat merasa bahwa imajinasi dan aktivitasnya tidak dapat diterima. Anak pra sekolah mulai menggunakan

lasana sederhana dan dapat bertoleransi terhadap keterlambatan pemuasan dalam periode yang lama (Rizki, Anisa, & Lintang, 2015).

2.8.6 Perkembangan Moral

Menurut Kohlberg dalam Rizki, dkk (2015) anak pra sekolah berada di tahap pre konvensional pada tahap perkembangan moral yang berlangsung sampai usia 10 tahun. Pada fase ini kesadaran timbul dan penekanannya pada kontrol eksternal. Standar moral anak berada pada orang lain dan ia mengobservasi mereka untuk menghindari hukuman dan mendapatkan ganjaran (Rizki, Anisa, & Lintang, 2015).

2.8.7 Perkembangan Motorik

Perkembangan motorik halus dan motorik kasar pada anak pra sekolah, sebagai berikut :

a. Perkembangan motorik halus (fine motor)

Usia	Aktivitas
3 tahun	a. Anak dapat menyusun ke atas 9-10 balok. b. Anak dapat membentuk jembatan 3 balok. c. Anak dapat membuat lingkaran dan silang.
4 tahun	a. Anak dapat melepas sepatu. b. Anak dapat membuat bentuk segi empat. c. Anak dapat menambahkan 3 bagian ke gambar stik.
5 tahun	a. Anak dapat mengikat tali sepatu. b. Anak dapat menggunakan gunting dengan

	<p>baik.</p> <p>c. Anak dapat menyalin wajik dan segitiga.</p> <p>d. Anak dapat menambahkan 7 sampai 9 bagian ke gambar stik.</p> <p>e. Anak dapat menuliskan beberapa huruf dan angka, serta nama pertamanya.</p>
--	--

b. Perkembangan motorik kasar (gross motor)

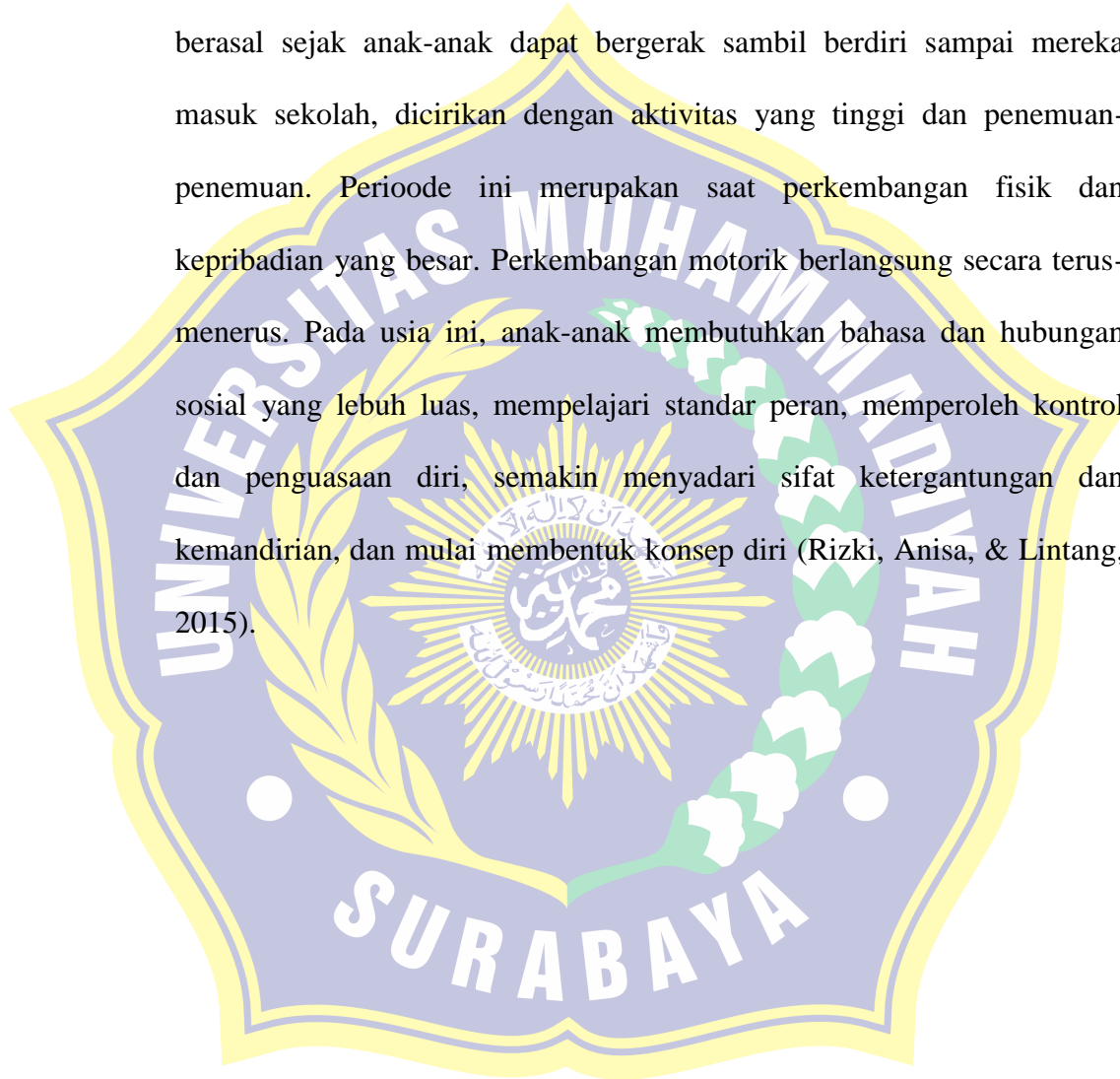
Usia	Aktivitas
3 tahun	<p>a. Anak dapat menaiki sepeda roda tiga.</p> <p>b. Anak menaiki tangga menggunakan kaki secara bergantian.</p> <p>c. Anak dapat berdiri dengan satu kaki selama beberapa detik.</p> <p>d. Anak dapat melompat jauh.</p>
4 tahun	<p>a. Anak dapat meloncat.</p> <p>b. Anak dapat menangkap bola.</p> <p>c. Anak dapat menuruni tangga menggunakan kaki secara bergantian.</p>
5 tahun	<p>a. Anak dapat meloncat.</p> <p>b. Anak dapat berjingkat dengan satu kaki.</p> <p>c. Anak dapat menendang dan menangkap bola.</p> <p>d. Anak dapat lompat tali.</p>

	e. Anak dapat menyeimbangkan kaki bergantian dengan mata tertutup.
--	--

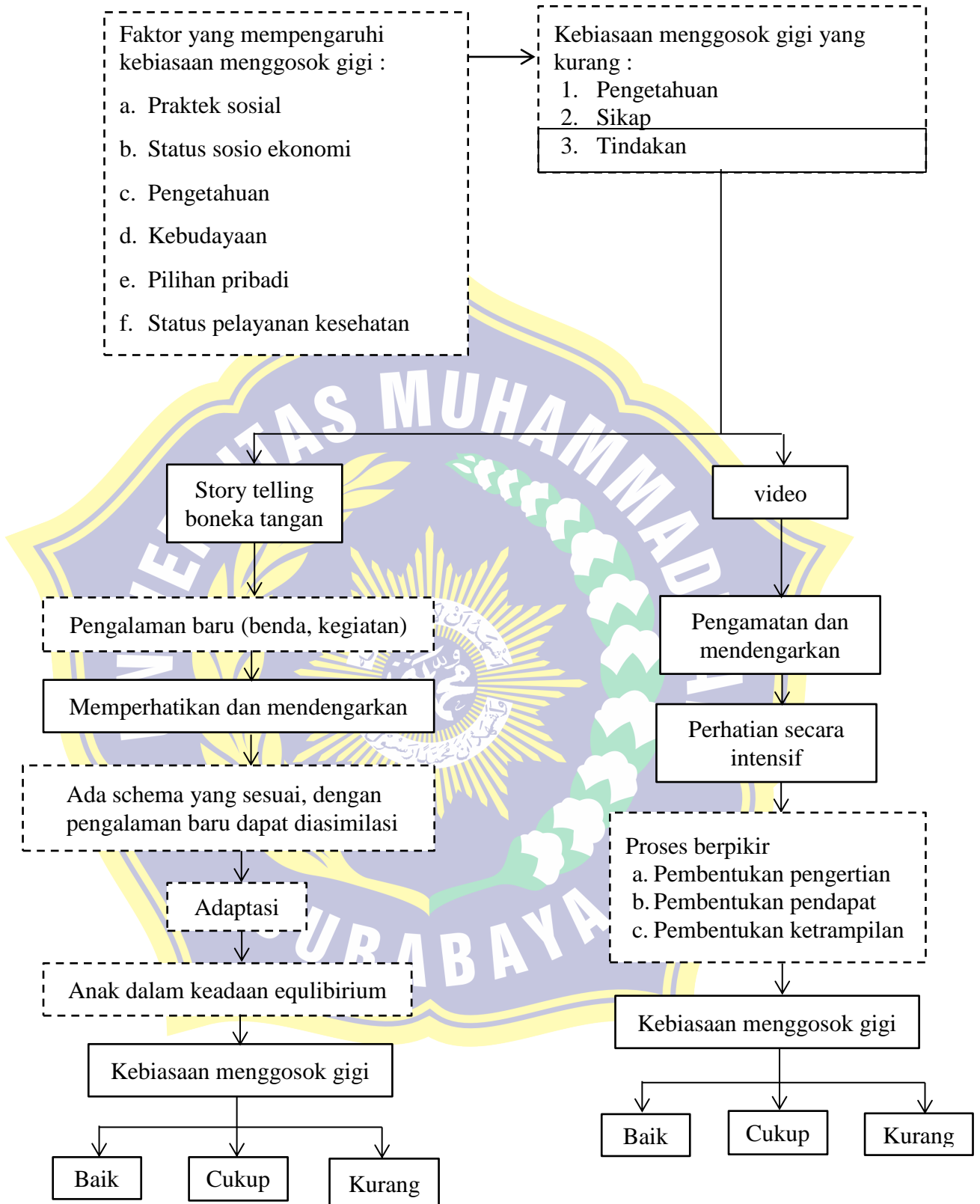
(Rizki, Anisa, & Lintang, 2015).

2.8.8 Tugas Perkembangan Usia Pra Sekolah

Anak usia pra sekolah berada pada masa kanak-kanak awal. Periode ini berasal sejak anak-anak dapat bergerak sambil berdiri sampai mereka masuk sekolah, dicirikan dengan aktivitas yang tinggi dan penemuan-penemuan. Periode ini merupakan saat perkembangan fisik dan kepribadian yang besar. Perkembangan motorik berlangsung secara terus-menerus. Pada usia ini, anak-anak membutuhkan bahasa dan hubungan sosial yang lebih luas, mempelajari standar peran, memperoleh kontrol dan penguasaan diri, semakin menyadari sifat ketergantungan dan kemandirian, dan mulai membentuk konsep diri (Rizki, Anisa, & Lintang, 2015).





2.9 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 : Perbedaan pendidikan kesehatan dengan media story telling boneka tangan dan video terhadap kebiasaan menggosok gigi pada anak usia prasekolah dengan karies gigi di TK Aisyiyah 05 Platuk Kecamatan Kenjeran Kota Surabaya.

Keterangan :

 : Yang diteliti

 : Yang tidak diteliti

2.10 Penjelasan

Menurut Potter dan Perry (2005), faktor-faktor yang mempengaruhi kebiasaan menggosok gigi adalah praktek sosial, status sosio ekonomi, pengetahuan, pilihan pribadi, kebudayaan, status pelayanan kesehatan dan motivasi anak untuk menggosok gigi. Faktor-faktor tersebut bisa mempengaruhi kebiasaan menggosok gigi pada anak-anak. Upaya yang dapat dilakukan untuk memperbaiki kebiasaan anak usia prasekolah salah satunya dengan pemberian pendidikan kesehatan melalui story telling boneka tangan dan video. Melalui story telling boneka tangan dan video penyampaian pesan dalam bentuk sebuah dongeng atau cerita anak tentang kebiasaan menggosok gigi sesuai dengan tumbuh kembang anak usia prasekolah. *Story telling* adalah suatu penyampaian isi perasaan melalui cerita yang menyenangkan tentang materi kesehatan gigi dan mulut dengan menggunakan *media boneka tangan* dan *video* (gambar yang bergerak) yang diaplikasikan dalam sebuah cerita (dongeng). Teori piaget menyebutkan bahwa organism hidup dan lahir dengan dua kecenderungan yang fundamental. Kemudian terjadi pengolahan informasi yang meliputi skema

(penyesuaian diri terhadap lingkungan secara intelektual), asimilasi (pengintegritasian informasi baru), akomodasi (penyesuaian struktur kognitif kedalam situasi yang baru), dan equilibrasi (penyesuaian kesinambungan antara similasi dan akomodasi). Pemberian informasi melalui pendidikan kesehatan dengan alat bantu/peraga video yang melibatkan peserta didik, sehingga interaksi antara pemberi informasi dan peserta didik lebih intensif, akan meningkatkan pengetahuan dan menumbuhkan yang positif meliputi psikomotor yang meningkat sehingga anak usia prasekolah yang rutin melakukan menggosok gigi sehari dua kali yakni pagi setelah sarapan dan malam sebelum tidur dapat mencegah terjadinya permasalahan dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut anak. Dari proses yang telah dijelaskan diatas tersebut metode pendidikan kesehatan *story telling boneka tangan* dan *video* mampu mengembangkan imajinasi anak, menarik perhatian, dan meningkatkan minat belajar anak. Kemudian terjadi perubahan pada kebiasaan menjaga kebersihan gigi dan mulut seperti menggosok gigi, waktu menggosok gigi berdasarkan tindakan. Melalui proses tersebut anak dapat meningkatkan kebiasaan yang baik dalam menggosok gigi pada anak usia prasekolah, baik secara tindakan kebiasaan menggosok gigi. Tahap pengetahuan adalah tahap seseorang belum memiliki informasi mengenai perilaku kebiasaan menggosok gigi, sehingga informasi mengenai kebiasaan menggosok gigi disampaikan melalui pendidikan kesehatan agar pengetahuan anak atau siswa dapat meningkat. Pengetahuan anak yang meningkat mengenai kebiasaan

menggosok gigi dapat berdampak pada sikap dan tindakan anak dalam menjaga kebiasaan menggosok gigi yang baik.

2.11 Hipotesis

Ada perbedaan pendidikan kesehatan dengan media story telling boneka tangan dan video terhadap kebiasaan menggosok gigi pada anak usia prasekolah dengan karies gigi di TK Aisyiyah 05 Platuk Kecamatan Kenjeran Kota Surabaya.

