

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Kebersihan Gigi dan Mulut

a. Pengertian

Kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian dari kesehatan secara umum karena gigi merupakan bagian dari tubuh, sementara itu tubuh mempengaruhi pikiran, dan pikiran mempengaruhi semangat. Kesehatan gigi dan mulut dipandang sebagai investasi dalam kehidupan (Darby dan Walsh, 2010).

Pendidikan kesehatan gigi merupakan proses belajar untuk meningkatkan derajat kesehatan gigi masyarakat. Mengetahui betapa pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut serta penyebab apabila kebersihan gigi dan mulut tidak dijaga merupakan tujuan dari pendidikan kesehatan gigi (Herijulianti dkk, 2001). Menjaga kebersihan gigi dan mulut merupakan bagian dari pencegahan masalah kesehatan gigi dan mulut yang dapat dilakukan dengan manajemen perilaku untuk mencegah penyakit gigi dan mulut serta promosi kesehatan (Darby dan Walsh, 2010). Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 Pasal 93 menyebutkan, pelayanan kesehatan gigi dan mulut

dilakukan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk peningkatan kesehatan gigi, penyakit gigi, pengobatan penyakit gigi dan pemulihan kesehatan gigi oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan atau masyarakat yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan (Kemenkes, 2012).

b. Oral Hygiene Index Simplified (*OHI-S*)

Indeks yang digunakan untuk mengukur kebersihan gigi dan mulut yaitu *OHI* (*Oral Hygiene Index*), *OHI-S* (*Simplified Oral Hygiene Index*), *PHP-M* (*Modified Patient Hygiene Performance*), *Plaque Free Score Index*, *Plaque Control Record*, dan *Oral Health Status Index* (Carranza, 2006). *OHI-S* diperkenalkan oleh Green dan Vermillion pada tahun 1964. Tujuan penggunaan *OHI-S* ini adalah mengembangkan suatu teknik pengukuran yang dapat dipergunakan untuk mempelajari epidemiologi dari penyakit periodontal dan kalkulus, untuk menilai hasil dari cara sikat gigi, menilai kegiatan kesehatan gigi dari masyarakat, serta menilai efek segera dan jangka panjang dari program pendidikan kesehatan gigi (Notohartoyo dan Halim, 2010). *OHI-S* digunakan karena dapat mengukur kebersihan gigi dan mulut suatu kelompok dengan metode yang sederhana dan cepat (Hiremath, 2011).

Syarat gigi yang dapat diperiksa sebagai kriteria *OHI-S* yaitu (Marya, 2011):

- 1) Gigi permanen yang sudah erupsi sempurna
- 2) Gigi yang di restorasi *full crown* tidak di skoring
- 3) Hilangnya tinggi permukaan gigi karena karies atau trauma tidak dilakukan skoring
- 4) Pada gigi posterior, gigi yang pertama kali erupsi diperiksa, biasanya molar pertama
- 5) Pada gigi anterior, yang diperiksa adalah insisivus sentralis kanan atas dan insisivus sentralis kiri bawah
- 6) Jika gigi insisivus sentralis yang akan diperiksa tidak ada, dapat digantikan dengan insisivus sentralis yang berlawanan sisi

Menurut (Hiremath, 2011), ada beberapa keuntungan melakukan penelitian menggunakan *OHI-S*, yaitu mudah digunakan, waktu pemeriksaan yang diperlukan sedikit, dapat digunakan untuk penelitian lapangan, untuk penelitian epidemiologi penyakit periodontal, menentukan status kebersihan gigi dan mulut suatu kelompok maupun berguna dalam evaluasi edukasi kebersihan gigi dan mulut. Adapun kekurangan *OHI-S* sendiri yaitu derajat kesensitifan kurang dibanding versi sebelumnya, penilaian skor debris dan kalkulus yang kurang tepat dapat terjadi maupun tidak cocok untuk penilaian status kebersihan gigi dan mulut individu.

Penilaian kebersihan gigi dan mulut ini dilihat dari debris dan kalkulus yang terdapat di permukaan gigi sebagai indikator penilaian *OHI-S* (Greene dan Vermillion, 1964). Skor *OHI-S* (*Oral Hygiene Index Simplified*) diperoleh dari penjumlahan *Debris Index* dan *Calculus Index*. Ada 3 kategori skor *OHI-S* atau skor untuk menentukan kebersihan gigi dan mulut yaitu baik (0-1,2), sedang (1,3-3,0), buruk (3,1-6,0) (Carranza, 2012).

1) *Debris Index*

Debris merupakan bahan lunak yang terdapat di permukaan gigi, dapat berupa plak, material alba, dan debris makanan (Putri dkk., 2009). Plak merupakan substansi yang terkumpul di permukaan gigi yang mengandung bakteri dan biasa ditemukan pada *pit* dan *fissure* oklusal gigi, margin servikal gigi, serta poket periodontal (Fiske dkk., 2007). Pemeriksaan *Debris Index* yaitu dengan cara menggunakan sonde yang diletakkan pada permukaan gigi secara mendatar (Greene dan Vermillion, 1964).

Skor untuk penilaian debris adalah:

0= Tidak terdapat debris atau pewarnaan ekstrinsik

1= Terdapat debris lunak yang menutupi kurang dari 1/3 atau 1/3 permukaan gigi, atau tidak ada debris lunak namun ada pewarnaan ekstrinsik yang menutupi sebagian atau seluruh permukaan gigi

2= Terdapat debris lunak yang menutupi lebih dari 1/3 namun kurang dari 2/3 permukaan gigi

3= Terdapat debris lunak yang menutupi lebih dari 2/3 atau seluruh permukaan gigi

Debris Index diperoleh dengan menjumlahkan skor penilaian debris kemudian dibagi dengan banyaknya gigi yang diperiksa.

Penilaian *Debris Index* yaitu:

0-0,6= Baik

0,7-1,8= Sedang

1,9-3,0= Buruk

2) *Calculus Index*

Kalkulus merupakan deposit bakteri dari plak yang termineralisasi atau terkalsifikasi di gigi. Kalkulus yang sudah mengeras tidak dapat dihilangkan dengan cara menyikat gigi atau menggunakan *floss* (Felton dkk, 2009).

Calculus Index diperiksa dengan cara yang sama seperti *Debris Index*. Penjumlahan penilaian kalkulus kemudian dibagi dengan jumlah gigi yang diperiksa akan didapatkan *Calculus Index* (Greene dan Vermillion, 1964). Skor penilaian kalkulus ada empat poin yang membedakan berdasarkan tempat dan lebarnya, dengan poin pertama atau label 0 dengan keterangan tidak ada kalkulus, poin kedua atau label 1 dengan keterangan terdapat kalkulus

supragingival yang menutupi kurang dari 1/3 permukaan gigi, poin ketiga atau label 2 dengan keterangan terdapat kalkulus supragingival yang menutupi lebih dari 1/3 namun kurang dari 2/3 permukaan gigi, atau sekitar bagian servikal gigi terdapat sedikit kalkulus subgingival, poin keempat atau label 3 dengan keterangan terdapat kalkulus supragingival yang menutupi lebih dari 2/3 atau seluruh permukaan gigi, atau pada permukaan gigi ada kalkulus subgingival yang menutupi dan melingkari seluruh servikal (*Greene and Vermillion, 1964 cit WHO, 2007*).

2. Anak Berkebutuhan Khusus

a. Definisi

Anak berkebutuhan khusus didefinisikan sebagai anak yang membutuhkan pembelajaran secara khusus karena mengalami gangguan fisik, mental, inteligensi, dan emosi (Kosasih, 2012). Istilah mengenai anak berkebutuhan khusus berkembang seiring pemahaman ilmu pengetahuan dan kesadaran masyarakat serta budaya masyarakat (Santoso, 2012). Istilah-istilah yang dapat dipergunakan sebagai terminologi lain dari anak berkebutuhan khusus yaitu *impairment*, *disability*, dan *handicap*.

World Health Organization (WHO) mendefinisikan masing-masing istilah itu sebagai berikut (Kosasih, 2012):

- 1) *Impairment*: kehilangan atau ketidaknormalan dalam hal psikologis, atau struktur anatomi atau fungsinya, biasanya digunakan pada level organ.
- 2) *Disability*: keterbatasan atau kurangnya kemampuan (yang dihasilkan dari *impairment*) untuk menampilkan aktivitas sesuai dengan aturannya atau masih dalam batas normal, biasanya digunakan dalam level individu.
- 3) *Handicap*: ketidakberuntungan individu yang dihasilkan dari *impairment* atau *disability* yang membatasi atau menghambat pemenuhan peran yang normal pada individu.

Istilah yang dapat digunakan sebagai terminologi anak berkebutuhan khusus yaitu *disorder* yang artinya kondisi medis yang dapat dijelaskan atau suatu penyakit. Beberapa orangtua lebih memilih mendeskripsikan anaknya dengan istilah anak berkebutuhan khusus dibanding *disabled* atau *handicap* (Miall dkk., 2007). Menurut *U.S Maternal and Child Health Bureau*, anak berkebutuhan khusus adalah anak yang memiliki resiko tinggi pada kondisi fisik kronik, pertumbuhan, kebiasaan, atau emosional dan membutuhkan bantuan lebih dibanding anak normal lainnya (Woodhead, 2008).

Anak berkebutuhan khusus memiliki hak yang sama dengan anak biasa lainnya menurut isi deklarasi hak asasi manusia

penyanggah cacat yang meliputi hak untuk mendidik dirinya, hak untuk pekerjaan dan profesi, hak untuk memelihara kesehatan dan fisik secara baik, hak untuk hidup mandiri dan hak untuk kasih sayang (Santoso, 2012)

b. Klasifikasi

Anak berkebutuhan khusus dikelompokkan menjadi dua golongan yaitu masalah dalam sensorimotor yang meliputi *Hearing Disorders* (kelainan pendengaran atau tunarungu), *Visual Impairment* (kelainan penglihatan atau tunanetra) dan *Physical Disability* (kelainan fisik atau tunadaksa). Masalah dalam belajar dan tingkah laku meliputi *Intellectual Disability* (keterbelakangan mental atau tunagrahita), *Learning Disability* (ketidakmampuan belajar atau kesulitan belajar khusus), *Behaviour Disorders* (anak nakal atau tunalaras), *Gifted and talented* (anak berbakat) dan *Multi handicap* (cacat lebih dari satu atau tunaganda) (Santoso, 2012).

Menurut Kosasih (2012), anak-anak yang tergolong ke dalam jenis anak berkebutuhan khusus adalah:

- 1) *Autism*, yaitu gangguan perkembangan yang terjadi pada anak yang mengalami kondisi menutup diri
- 2) *Cerebral palsy*, yaitu gangguan kendali terhadap fungsi motorik dikarenakan kerusakan pada otak yang sedang berkembang
- 3) *Down syndrome*, yaitu kelainan kromosom yang dapat dikenal dengan melihat manifestasi klinis yang cukup khas

- 4) Indigo, yaitu perilaku seorang anak yang lebih dewasa dibandingkan usianya dan memiliki kemampuan intuisi yang sangat tinggi
- 5) Kesulitan belajar, yaitu cacat syaraf (*neurological handicap*) yang mempengaruhi kemampuan otak anak untuk mengerti, mengingat, dan mengomunikasikan informasi
- 6) Sindrom asperger, yaitu gangguan kejiwaan pada diri seseorang yang ditandai dengan rendahnya kemampuan bersosialisasi dan berkomunikasi
- 7) *Thalassemia*, yaitu penyakit keturunan yang disebabkan oleh kegagalan pembentukan salah satu dari empat rantai asam amino yang membentuk hemoglobin
- 8) Tunadaksa, yaitu anggota tubuh tidak mampu melaksanakan fungsinya yang disebabkan oleh berkurangnya kemampuan anggota tubuh untuk melaksanakan fungsi secara normal
- 9) Tunagrahita, yaitu suatu kondisi anak yang kecerdasannya jauh di bawah rata-rata dan ditandai oleh keterbatasan inteligensi dan ketidakcakapan terhadap komunikasi sosial
- 10) Tunalaras, yaitu ketidakmampuan seseorang menyesuaikan diri terhadap lingkungan sosial, bertingkah laku menyimpang dari norma-norma yang berlaku
- 11) Tunanetra, yaitu ketidakmampuan seseorang dalam penglihatan atau tidak berfungsinya indra penglihatan

12) Tunarungu, yaitu kekurangan atau kehilangan kemampuan mendengar yang disebabkan oleh kerusakan fungsi dari sebagian atau seluruh alat atau organ-organ pendengaran, baik menggunakan maupun tanpa alat bantu dengar

c. Etiologi

Penyebab umum terjadinya kelainan pada anak berkebutuhan khusus dikelompokkan menjadi tiga, yaitu *prenatal* (sebelum kelahiran) dibedakan menjadi faktor internal dan eksternal. Faktor internal yaitu karena faktor genetik dan keturunan sedangkan faktor eksternal dapat berupa benturan pada kandungan ibu, jatuh sewaktu hamil, atau akibat makanan atau obat yang menciderai janin. Natal (saat kelahiran) kelainan anak bisa terjadi disebabkan saat ibu sedang melahirkan misalnya kelahiran yang sulit, pertolongan yang salah, infeksi karena ibu mengidap sifilis. *Post natal* (setelah kelahiran) kelainan yang disebabkan saat setelah anak ada di luar kandungan atau *post natal* dapat terjadi karena kecelakaan, bencana alam, sakit, keracunan, dan sebagainya (Santoso, 2012).

3. Tunarungu

a. Definisi

Secara etimologi dari kata 'tuna' dan 'rungu', tuna artinya kurang dan runggu artinya pendengaran. Orang dikatakan tunarungu apabila ia tidak mampu mendengar (*deaf*) atau kurang mampu mendengar suara (*hard of hearing*). Tunarungu merupakan kondisi

terdapatnya kerusakan fungsi dari sebagian atau seluruh alat atau organ-organ pendengaran yang menyebabkan kekurangan atau hilangnya kemampuan mendengar (Kosasih, 2012). Anak tunarungu secara fisik tidak berbeda dengan anak pada umumnya namun saat berkomunikasi barulah diketahui bahwa mereka tunarungu (Kemendiknas, 2010). Kehilangan pendengaran dapat dialami oleh seseorang seiring bertambahnya usia namun dapat juga dialami oleh anak-anak baik kehilangan pendengaran sebagian maupun total (Welbury dkk., 2005). Anak tunarungu mengalami gangguan komunikasi secara verbal, sehingga mereka menggunakan bahasa isyarat dalam berkomunikasi, oleh karena itu terdapat hambatan dalam pergaulan orang normal (Kemendikbud RI, 2010). Kehilangan pendengaran kurang dari 20 dB, biasanya tidak menimbulkan efek terhadap perkembangan anak, tetapi kehilangan lebih dari 40 dB menimbulkan gangguan dalam perkembangan bicara (Hull dan Johnston, 2008).

b. Klasifikasi

Menurut Fiske dkk (2007), klasifikasi tunarungu berikut di dasarkan pada suara terendah yang dapat didengarkan oleh penderita tunarungu yang di ukur dalam satuan desibel meliputi tunarungu ringan (*mild deafness*): suara terendah yang dapat di dengar adalah 25-39 dB, tunarungu sedang (*moderate deafness*): suara terendah yang dapat di dengar adalah 40-69 dB, tunarungu berat (*severe deafness*):

suara terendah yang dapat di dengar adalah 70-94 dB dan tunarungu sangat berat (*profound deafness*): suara terendah yang dapat di dengar adalah 95 dB atau lebih.

Behrman dkk (2000), mengklasifikasikan tipe kehilangan pendengaran menjadi dua kelompok yaitu kehilangan pendengaran perifer adalah pendengaran tipe ini disebabkan oleh disfungsi dalam penghantaran suara melalui telinga luar atau tengah atau oleh transduksi energi suara menjadi aktivitas saraf pada telinga dalam dan saraf ke-8. Kehilangan suara ini dapat konduktif, sensorineural, atau campuran. Kehilangan pendengaran konduktif terjadi bila terdapat gangguan penghantaran suara melalui telinga luar dan tengah, atau keduanya. Kehilangan pendengaran sensorineural terjadi bila terdapat cedera pada perkembangan struktur telinga dalam, seperti penghancuran sel rambut karena kebisingan, penyakit, atau agen ototoksik, agenesis kokhlea, fistula perilimfatika jendela membrana bundar atau oval, dan lesi divisi akustik saraf ke-8. Kehilangan pendengaran kombinasi konduktif dan sensorineural disebut kehilangan pendengaran campuran. Kehilangan pendengaran sentral adalah pendengaran yang berasal sepanjang jalur sistem saraf pendengaran sentral, dari saraf ke-8 proksimal sampai korteks, biasanya disebut kehilangan pendengaran sentral. Tumor, penyakit demielinasi, kejang-kejang, dan berbagai sindrom (misal sindrom

Landau), dapat menyebabkan defisit pendengaran walaupun telinga luar, tengah, dan dalam normal.

Menurut Hull dan Johnston (2008), mengklafikasikan tuli menjadi 2 yaitu tuli konduktif san tuli sensorineural. Tuli konduktif disebabkan karena terdapat disfungsi telinga tengah. Menurut Fiske dkk. (2007), tipe yang paling sering terjadi ini disebabkan karena cairan yang berada di telinga bagian tengah menghambat suara dari telinga bagian tengah menuju *cochlea* dan saraf auditorius. Kebanyakan tipe konduktif ini bersifat sementara namun dapat menjadi permanen. Tuli sensorineural disebabkan karena terdapat kerusakan koklea atau saraf pendengaran. Menurut Fiske dkk. (2007), tipe ini disebabkan karena terdapat kesalahan yang terdapat di dalam telinga atau saraf auditorius, biasanya karena masalah pada *cochlea*. Tipe ini bersifat permanen. Penderita tipe ini memiliki kesulitan mendengarkan dengan jelas, memahami ucapan, dan menginterpretasi suara (Scully dkk., 2007)

c. Etiologi

Penyebab gangguan pendengaran dapat dibagi menjadi empat kategori yaitu (Behrman dan Arvin, 2000):

1) Genetik-Kongenital

Anak dengan orangtua yang menderita ketulian familial berisiko mengalami gangguan pendengaran. Ketulian familial dapat dominan, resesif, atau terkait X.

2) Genetik-Pasca Lahir

Beberapa penyebab ditentukan secara genetik. Penderita gangguan pendengaran ini tidak mengekspresikan dirinya sampai sesudah lahir.

3) Nongenetik-Kongenital

Embrio rentan terhadap pengaruh cara dan bahan toksik pada saat awal kehamilan. Obat-obat ototoksik (misal streptomisin, kina, thalidomid), radiasi, infeksi (misal *rubella*, *cytomegalo virus*) dapat merusak perkembangan telinga saat trimester pertama.

4) Nongenetik-Pasca Lahir

Infeksi virus dan bakteri dapat merusak telinga dalam. Beberapa infeksi pada anak yang disertai ketulian mendadak meliputi *meningitis* kriptokokus, campak, dan *parotitis*. *Meningitis* merupakan penyebab utama gangguan pendengaran yang didapat pada masa anak. Kehilangan pendengaran pada anak dapat juga disebabkan oleh obat-obatan ototoksik (misal aminoglikosid, platinum), pajanan bising, trauma kepala, *otitis media*, serangan vaskular, lesi kranium, dan berbagai bahan toksik.

d. Karakteristik

Menurut Miall dkk. (2007), kondisi klinis dari anak tunarungu adalah kurang respon terhadap suara, bicaranya mengalami keterlambatan, masalah kebiasaan, keterbatasan dalam belajar, dan

gangguan syaraf. Van Uden mengemukakan beberapa sifat kepribadian anak tunarungu dibandingkan dengan anak normal, yaitu:

- 1) Lebih egosentris
- 2) Lebih tergantung kepada orang lain dan apa yang sudah dikenal
- 3) Perhatian anak tunarungu lebih susah dialihkan
- 4) Lebih memerhatikan yang konkret
- 5) Lebih miskin dalam fantasi
- 6) Mempunyai sifat polos, sederhana, tanpa banyak masalah
- 7) Perasaan anak tunarungu cenderung dalam keadaan ekstrem tanpa banyak nuansa
- 8) Lebih mudah marah dan cepat tersinggung
- 9) Kurang mempunyai konsep tentang hubungan
- 10) Mempunyai perasaan takut akan hidup yang lebih besar (Efendi, 2006).

e. Kebersihan Gigi dan Mulut Anak Tunarungu

Kondisi kebersihan gigi dan mulut anak tunarungu mayoritas menunjukkan kategori sedang (Agusta dkk., 2014). Implikasi kebersihan gigi dan mulut anak tunarungu yaitu mereka tidak dapat mendengarkan instruksi (Fiske dkk., 2007). Operator perlu mengetahui cara mereka berkomunikasi. Anak tunarungu akan membaca gerakan bibir, maka kita harus berhadapan langsung dengannya dan berbicara secara jelas dan perlahan. Anak tunarungu yang berkomunikasi melalui bahasa isyarat, praktisi dapat menyampaikannya lewat

orangtua (Koch dan Poulsen, 2001). Menjaga kebersihan gigi dan mulut anak tunarungu dapat ditanamkan dengan cara meningkatkan edukasi tentang kebersihan gigi dan mulut (Alse dkk., 2015). Edukasi melalui instruksi secara visual dinilai efektif dalam penanaman kesehatan gigi dan mulut pada anak tunarungu (Sandeep dkk., 2014). Gambar dan tulisan dapat digunakan sebagai alat pembantu (Koch dan Poulson, 2001).

4. Peran Pendidikan dan Pengetahuan Orangtua

Anak usia 2-4 tahun memiliki kegemaran untuk makan makanan yang manis, sedangkan orangtua kurang mempedulikan kebiasaan untuk menyikat gigi, jika seorang anak tidak mau menggosok gigi maka sebagai orangtua sebaiknya dapat memaksa anaknya untuk menggosok gigi terutama saat menjelang tidur malam (Mustaida, 2008).

Menurut penelitian Mardiaty (2006), menjelaskan bahwa peran serta orangtua sangat diperlukan dalam membimbing, memberikan pengertian, mengingatkan dan menyediakan fasilitas kepada anak agar anak dapat memelihara kebersihan gigi dan mulutnya. Orangtua juga mempunyai peran yang cukup besar di dalam mencegah terjadinya plak dan karies gigi pada anak. Pengetahuan orangtua sangat penting dalam mendasari terbentuknya perilaku yang mendukung atau tidak mendukung kebersihan gigi dan mulut anak. Pengetahuan yang kurang dapat disebabkan oleh tingkat pendidikan yang kurang dan dapat mempengaruhi kemampuan orangtua untuk mengakses informasi dan pemahaman

terhadap manfaat perawatan kesehatan gigi dan mulut bagi anak (Sumanti dkk., 2013).

Notoatmodjo (2012) mengungkapkan bahwa pengetahuan memiliki 6 tingkatan, yaitu :

1) Tahu

Tahu merupakan tingkatan pengetahuan paling rendah, karena seseorang dapat disebut tahu hanya dengan mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari rangsangan yang telah diterima sebelumnya. Mengingat disini termasuk menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan sesuatu.

2) Paham

Paham merupakan kemampuan untuk menginterpretasikan rangsangan yang diterima tersebut secara tepat. Orang yang telah paham biasanya dapat menjelaskan kembali objek yang dipelajari dengan menyebutkan contoh-contoh yang berhubungan dengan objek.

3) Aplikasi

Aplikasi merupakan kemampuan untuk menggunakan rangsangan yang telah diterima di kehidupan sebenarnya.

4) Analisis

Analisis merupakan kemampuan untuk menjelaskan dan menggambarkan rangsangan yang diterima kedalam komponen-komponen, tetapi masih ada kaitannya dengan satu sama lain.

5) Sintesis

Sintesis merupakan kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, misalnya dapat menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6) Evaluasi

Evaluasi merupakan kemampuan untuk menilai suatu objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria-kriteria yang telah ada.

Menurut Notoatmodjo (2007), ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, antara lain :

1) Pendidikan

Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin mudah orang tersebut untuk menerima informasi.

2) Media massa / Informasi

Media massa merupakan sarana komunikasi yang luas, contohnya televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain. Hal-hal tersebut mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang.

3) 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.

4) Pekerjaan

Pekerjaan dimiliki peranan penting dalam menentukan kualitas manusia, pekerjaan membatasi kesenjangan antara informasi kesehatan dan praktek yang memotivasi seseorang untuk memperoleh informasi dan berbuat sesuatu untuk menghindari masalah kesehatan.

5. Sekolah luar biasa

a. Pengertian sekolah luar biasa

Sekolah luar biasa adalah sebuah lembaga formal yang bertanggung jawab dalam memberikan pendidikan optimal bagi anak berkebutuhan khusus. Lembaga pendidikan sekolah luar biasa dibentuk oleh banyak unsur untuk mencapai tujuan pendidikan dan pembelajaran bagi peserta didik yaitu anak berkebutuhan khusus. Sekolah luar biasa memiliki tugas yang berat tetapi penting. Sekolah luar biasa memiliki tugas berat karena harus selalu berperang dengan kelemahan, segala keterbatasan, dan tantangan dalam menselaraskan program kegiatan yang terealisasi dengan dinamika perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Sekolah luar biasa memiliki tugas yang penting karena sekolah

sangat diperlukan untuk mengembangkan potensi anak berkebutuhan khusus demi kelangsungan hidup yang harus selalu dinamis dan optimis. SLB merupakan lembaga pendidikan khusus yang menyelenggarakan program pendidikan bagi anak berkebutuhan khusus (Pramartha, 2015).

b. Sekolah luar biasa Negeri 1 Bantul

Sekolah Luar Biasa Negeri 1 Bantul adalah salah satu sekolah yang menampung anak tuna rungu di kota Yogyakarta yang berdiri sejak tahun 1971. SLB Negeri 1 Bantul menerima bermacam-macam siswa-siswi anak berkebutuhan khusus seperti tuna netra, tuna rungu, tuna grahita ringan, tuna grahita sedang, tuna daksa, tuna daksa ringan, dan autis. Sekolah ini terletak di jalan Wates 147, Km 3 ngestiharjo, Kasihan-Bantul. SLB Negeri 1 Bantul memiliki fasilitas pendukung yang cukup memadai seperti resource centre, UKS, klinik rehabilitasi, perpustakaan, asrama siswa, tempat ibadah, fasilitas olahraga, tempat bermain, dan fasilitas lainnya (SLB Negeri 1 Bantul, 2017)

B. Landasan Teori

Menjaga kebersihan gigi dan mulut merupakan hal yang penting karena dapat terhindar dari penyakit gigi dan mulut. Tingkat kebersihan gigi dan mulut seseorang dapat diukur dengan menggunakan *Oral Hygiene Index Simplified (OHI-S)*. Skor *OHI-S* diperoleh dari penjumlahan indeks debris dan indeks kalkulus yang menghasilkan kategori baik, sedang, dan buruk.

Pengetahuan adalah hasil tahu yang muncul setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan dan

perilaku mempengaruhi status kebersihan gigi dan mulut seseorang. Keterbatasan yang dimiliki anak berkebutuhan khusus menjadi hambatan mereka dalam perilaku menjaga kebersihan gigi dan mulut. Anak berkebutuhan khusus merupakan anak yang memiliki keterbatasan atau gangguan dalam hal intelektual, anggota gerak, mental, indera, maupun emosi. Jenis-jenis Anak berkebutuhan khusus yaitu tunagrahita, tunarungu, tunanetra, tunadaksa, tunalaras, autisme, tunaganda, kesulitan belajar, indigo, *down syndrome*, dan *cerebral palsy*.

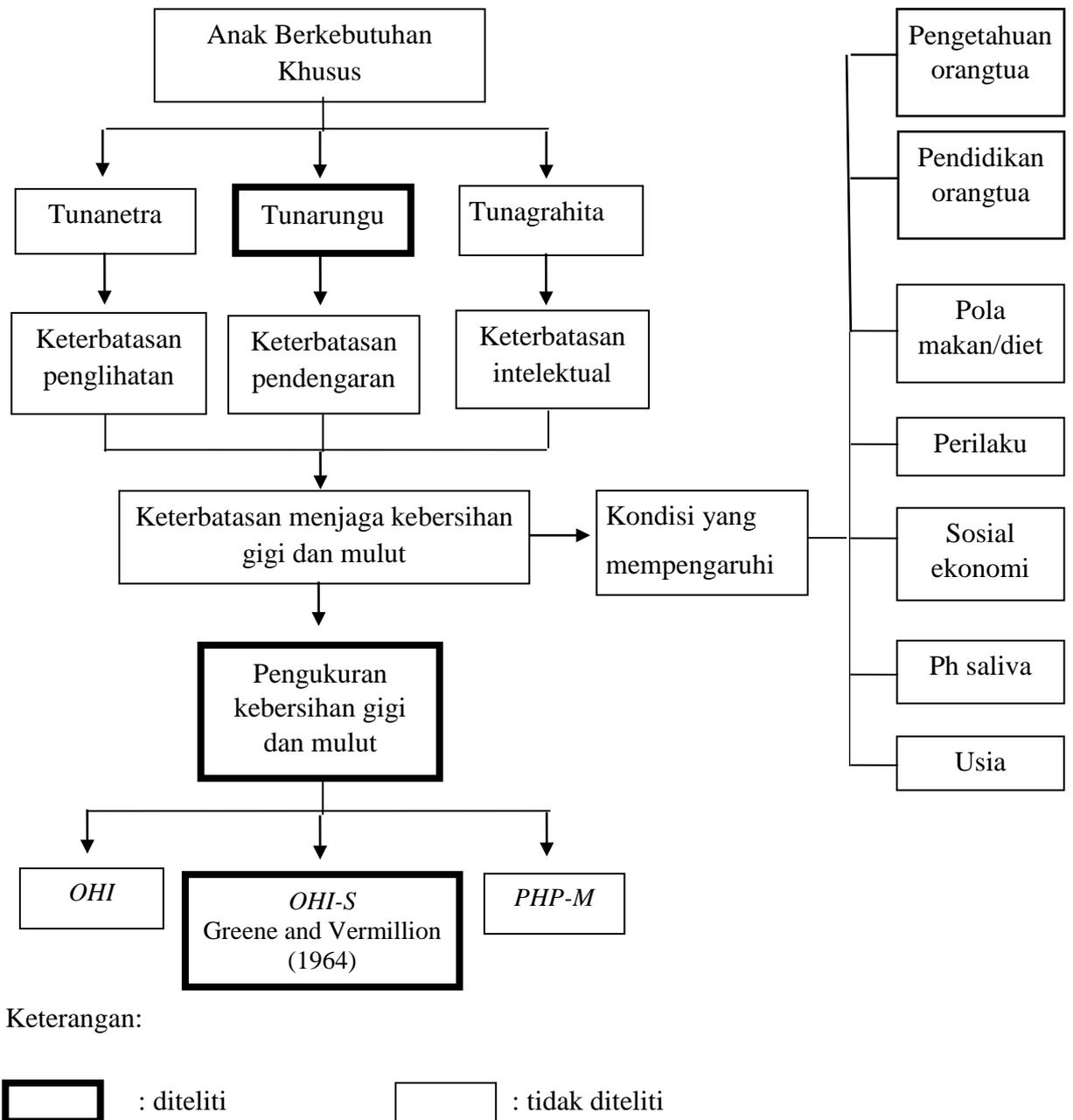
Anak tunarungu masih kooperatif dan mudah berkonsentrasi karena hanya fungsi pendengaran mereka saja yang terganggu. Tunarungu merupakan keadaan dimana kemampuan mendengar berkurang atau bahkan tidak dapat mendengar sama sekali. Kebersihan gigi dan mulut mereka masih dalam kategori sedang karena mereka masih mampu untuk menjaga kebersihan gigi dan mulut sendiri dengan baik, namun dengan instruksi yang berbeda.

Anak Berkebutuhan Khusus bersekolah di Sekolah Luar Biasa. Jenis-jenis sekolah luar biasa yaitu SLB-A untuk anak tunanetra, SLB-B untuk anak tunarungu, SLB-C untuk anak tunagrahita ringan, SLB-C1 untuk anak tunagrahita sedang, SLB-D untuk anak tunadaksa, SLB-E untuk anak tunalaras, SLB-F untuk anak autisme, dan SLB-G untuk anak tunaganda. Jenjang pendidikan SLB Negeri mulai dari SD hingga lanjutan.

Orangtua berperan dalam memelihara kesehatan gigi dan mulut anak berkebutuhan khusus, terutama plak dan karies gigi anak. Tingkat pendidikan

berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan orangtua sebagai dasar terbentuknya perilaku terhadap kesehatan gigi dan mulut anak.

C. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka konsep penelitian

D. Hipotesis

Berdasarkan landasan teori diatas, maka dapat diajukan hipotesis bahwa :

1. Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan orangtua dengan status kebersihan gigi dan mulut (*OHI-S*) pada anak tunarungu di SLB Negeri 1 Bantul.
2. Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan kesehatan gigi dan mulut orangtua dengan status kebersihan gigi dan mulut (*OHI-S*) pada anak tunarungu di SLB Negeri 1 Bantul.