

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Dasar Teori

1. Pengetahuan Kesehatan Gigi dan Mulut

a. Pengertian

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2002), pengetahuan diartikan sebagai segala sesuatu yang diketahui/kepandaian ataupun segala sesuatu yang diketahui berkenaan dengan hal (mata pelajaran) di sekolah. Pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia terjadi melalui pancaindera yang dimilikinya seperti indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan peraba. Waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi intensitas perhatian dan persepsi terhadap obyek. Pengetahuan seseorang sebagian besar diperoleh melalui indera pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (mata) (Notoatmodjo, 2010).

Pengetahuan merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk pada saat seseorang mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengamatan terhadap suatu obyek tertentu (Mubarak *et al.*, 2007). Pengetahuan adalah pandangan di dalam pikiran manusia sebagai hasil dari penggunaan pancainderanya. Pengetahuan berbeda sekali dengan kepercayaan (*beliefes*), takhayul (*superstition*), dan penerangan-penerangan yang keliru (*misinformation*) (Mubarak *et al.*, 2007).

Menurut Wawan dan Dewi (2011), pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal. Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Pengetahuan seseorang tentang suatu obyek mengandung dua aspek, yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan obyek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap obyek tertentu.

Berdasarkan pemaparan di atas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan adalah sebuah hasil yang diperoleh oleh manusia tentang kebenarannya setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu melalui pancaindera manusia dalam proses penginderaan. Hasil pengetahuan dipengaruhi oleh faktor persepsi terhadap obyek tersebut. Pengetahuan atau kognitif merupakan dominan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*ovent behavior*) (Notoadmodjo 2010).

Menurut Notoadmodjo (2010), pengetahuan dikatakan cukup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu: tahu (*know*), memahami (*comprehention*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*syntesis*), dan evaluasi (*evaluation*). Tahu adalah suatu kemampuan seseorang untuk mengingat-ingat kembali yang telah

dipelajari sebelumnya (*recall*) atau mengenali kembali. Memahami adalah kemampuan seseorang untuk mengerti atau memahami sesuatu setelah sesuatu itu diketahui dan bisa menjelaskan apa yang telah dipahami. Aplikasi adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenar-benarnya. Analisis adalah suatu kemampuan menjabarkan suatu obyek ke dalam sebuah komponen-komponen tetapi masih ada kaitannya satu sama lain. Sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau obyek tertentu.

Sebelum orang mengubah perilaku baru (berperilaku baru), dalam diri orang tersebut terjadi suatu proses yang berurutan, yaitu: kesadaran (*awareness*), merasa tertarik (*interest*), menimbang-nimbang (*evaluation*), mencoba (*trial*), dan adopsi (*adoption*). Kesadaran (*awareness*) diartikan seseorang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek). Merasa tertarik (*interest*), tertarik terhadap stimulus atau obyek yang didapat. Pada tahap ini sikap subyek mulai timbul. Menimbang-nimbang (*evaluation*), menimbang dampak yang didapat terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Tahap ini sikap subyek semakin baik. Mencoba (*trial*), subyek mulai mencoba melakukan sesuatu dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus. Adopsi (*adoption*), subyek sudah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan,

kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus (Rogers, 1974 *cit.* Notoatmodjo, 2010).

Terdapat dua faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu internal dan eksternal. Faktor internal antara lain pendidikan, pekerjaan dan umur. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Pekerjaan dapat membentuk suatu pengetahuan karena adanya tukar informasi. Umur mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang sehingga berpengaruh pada pengetahuan. Faktor eksternal antara lain lingkungan dan sosial budaya. Lingkungan merupakan suatu keadaan yang berada di sekitar manusia dan bisa mempengaruhi perilaku seseorang. Sosial budaya dalam masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi. Pengetahuan seseorang dapat diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu : baik (76%-100%), cukup (56%-75%), dan kurang (<56%) (Arikunto, 2006 *cit.* Wawan dan Dewi, 2011).

Sumber informasi dilihat dari jenis media dibagi dalam: *media auditif*, *media visual*, dan *media audio visual* yang mempengaruhi pengetahuan. *Media auditif* hanya mengandalkan kemampuan suara yang dapat membantu untuk menstimulasikan indra pendengar (pita suara, piringan hitam, radio). *Media Visual* mengandalkan indra penglihatan yang dapat membantu untuk menstimulus indra mata. Media ini ada 2 bentuk yaitu ditampilkan (film, *slide*) dan tidak ditampilkan (peta, bagan, bola

dunia, boneka). *Media Audio Visual* terdapat unsur suara dan unsur gambar (film bingkai suara, *video cassette*, film suara) (Mubarak *et al.*, 2007).

b. Pengetahuan Kesehatan Gigi dan Mulut

Pengetahuan kesehatan gigi dan mulut merupakan salah satu usaha dalam mencegah dan mengurangi masalah kesehatan gigi dan mulut melalui pendekatan pendidikan kesehatan gigi dan mulut. Pendidikan kesehatan gigi dan mulut diharapkan dapat mengubah kebiasaan individu atau masyarakat menuju ke arah perilaku yang lebih sehat (Ramadhan *et al.*, 2016). Pengetahuan tentang kebersihan gigi dan mulut sangat penting untuk terbentuknya tindakan dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut (Gede *et al.*, 2013).

Pengetahuan tentang kesehatan gigi dapat dilihat dari beberapa komponen penilai yaitu pengetahuan tentang gigi sehat, penyebab masalah kesehatan gigi, akibat masalah kesehatan gigi, dan cara perawatan gigi yang benar. Pengetahuan sangat penting dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut, meningkatkan daya tahan tubuh, serta memperbaiki fungsi mulut dalam meningkatkan nafsu makan (Ramadhan *et al.*, 2016).

Tingkat kedalaman pengetahuan seseorang dapat diukur dengan wawancara atau angket (kuisisioner) yang menanyakan tentang suatu hal yang ingin diukur dari subyek penelitian berdasarkan tingkatan-tingkatannya (Mubarak *et al.*, 2007).

2. Kebersihan Gigi dan Mulut

a. Pengertian

Kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian dari kesehatan umum yang saling berkaitan satu dan lainnya karena akan memengaruhi kesehatan tubuh secara keseluruhan yang memerlukan penanganan segera sebelum terlambat sehingga dapat memengaruhi kondisi kesehatan gigi dan mulut seseorang. (Lossu *et al.*, 2015). Menurut Sangkey *et al.*, (2015), kebersihan gigi dan mulut merupakan suatu keadaan dimana gigi geligi yang berada di dalam rongga mulut terbebas dari sejumlah hal yang bisa menyebabkan kebersihan gigi dan mulut terganggu, seperti debris, karang gigi dan sisa makanan yang menempel di permukaan gigi. Rongga mulut merupakan suatu tempat yang memiliki temperatur, kelembaban dan makanan yang ideal bagi perkembangan bakteri, bakteri inilah yang memengaruhi kondisi pada kesehatan gigi dan mulut (Gopdianto *et al.*, 2015).

Dalam usaha menjaga kebersihan mulut secara personal faktor kesadaran dan perilaku pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut sangat berpengaruh. Hal ini penting dikarenakan kegiatan yang dilakukan di rumah tidak ada pengawasan dari siapapun, sehingga perilaku menjaga kebersihan gigi dan mulut tergantung dari pengetahuan, pemahaman, kesadaran serta kemauan dari seseorang itu sendiri. Untuk tujuan tersebut cara paling mudah dan umum dilakukan adalah dengan cara menyikat gigi secara teratur dan benar pada waktu yang tepat yaitu

malam sebelum tidur dan pagi sesudah sarapan serta periksakan kesehatan gigi karena hal tersebut merupakan usaha yang dapat dilakukan secara personal (Gopdianto *et al.*, 2015). Menurut Alhamda (2011), makanan juga sangat berpengaruh terhadap kesehatan gigi dan mulut, makanan terbagi dua yaitu dapat membersihkan gigi serta mengurangi kerusakan gigi seperti apel, jambu air, bengkuang dan lain sebagainya, dan ada makanan yang dapat merusak kesehatan gigi yaitu makanan yang manis, lunak dan melekat pada gigi amat merusak gigi seperti permen dan coklat.

b. Status Kebersihan Gigi dan Mulut

Status kebersihan gigi dan mulut adalah suatu keadaan kebersihan rongga mulut terbebas dari adanya plak dan semua faktor lokal yang dapat menyebabkan akumulasi plak seperti debris, kalkulus serta impaksi makanan pada permukaan gigi (Sangkey *et al.*, 2015 ; Bakar, 2015). Indeks yang dapat digunakan untuk mengetahui status kebersihan gigi dan mulut, yaitu:

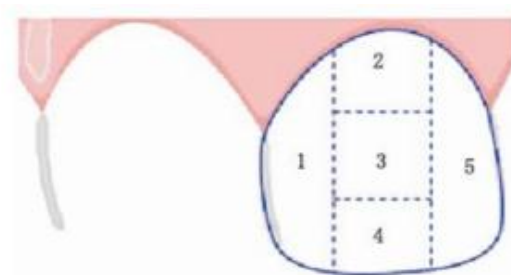
1) Indeks *PHP* (*Patient Hygiene Performance Index*)

Indeks ini diperkenalkan oleh Podshadley dan Haley (1986) merupakan indeks pertama yang dikembangkan dengan tujuan yaitu untuk menilai kebersihan perorangan atau individu dalam pembersihan plak setelah diberi instruksi menyikat gigi. Pemeriksaan kebersihan mulut dilakukan dengan indeks *PHP* dengan prosedur yaitu aplikasikan disclosing solution pada

permukaan gigi yang akan diperiksa yaitu gigi 16, 11, 26, 36, 31 dan 46 (Putri *et al.*, 2010).

Cara penilaian berdasarkan indeks plak *PHP* adalah sebagai berikut:

- a) Digunakan bahan pewarna gigi yang berwarna merah (*disclosing agent*) untuk memeriksa plak yang terbentuk.
- b) Pemeriksaan dilakukan pada mahkota gigi bagian bukal atau lingual dengan membagi tiap permukaan mahkota gigi menjadi lima bagian, yaitu 1 (mesial), 2 (sepertiga tengah gingival), 3 (sepertiga tengah), 4 (sepertiga tengah incisal atau oklusal), 5 (distal).



Gambar 1. Area Pemeriksaan *PHP*

- c) Pemeriksaan dilakukan sistematis pada:
 - i. Permukaan labial gigi insisif pertama kanan atas
 - ii. Permukaan labial gigi insisif pertama kiri bawah
 - iii. Permukaan bukal gigi molar pertama kanan atas
 - iv. Permukaan bukal gigi molar pertama kiri atas
 - v. Permukaan lingual gigi molar pertama kiri bawah
 - vi. Permukaan lingual gigi molar pertama kanan bawah

- d) Cara penilaian plak adalah: Nilai 0 = tidak ada plak, Nilai 1 = ada plak, maka jumlah poin pada setiap gigi berkisar antara 1 sampai 5.
- e) Cara pengukuran untuk menentukan indeks plak *PHP* yaitu dengan rumus:

$$\text{IP PHP} = \frac{\text{Jumlah total skor plak seluruh permukaan gigi yang diperiksa}}{\text{Jumlah gigi yang diperiksa}}$$

- f) Kriteria penilaian tingkat kebersihan mulut berdasarkan indeks plak *PHP* (*Personal Hygiene Performance*), yaitu:

Sangat Baik	= 0
Baik	= 0,1 – 1,7
Sedang	= 1,8 – 3,4
Buruk	= 3,5 – 5

2) Indeks *PHP-M* (*Personal Hygiene Performance-Modified*)

Indeks kebersihan gigi dan mulut *PHP-M* (*Personal Hygiene Performance-Modified*) dari Martin dan Meskin (1972) merupakan indeks yang telah dimodifikasi dari Indeks *PHP* (*Patient Hygiene Performance Index*) dari Podshadley dan Haley (1986). Indeks *PHP-M* digunakan untuk mengukur plak secara obyektif dengan menggunakan disclosing agent sebagai indikator plak pada gigi pada masa periode gigi bercampur. Prinsip pemeriksaan hampir sama dengan indeks *PHP*, permukaan yang diperiksa adalah bagian bukal dan lingual. Indeks *PHP* digunakan untuk menilai

debris sedangkan PHP-M untuk mengukur plak (Sriyono dan Sudiby, 2011).

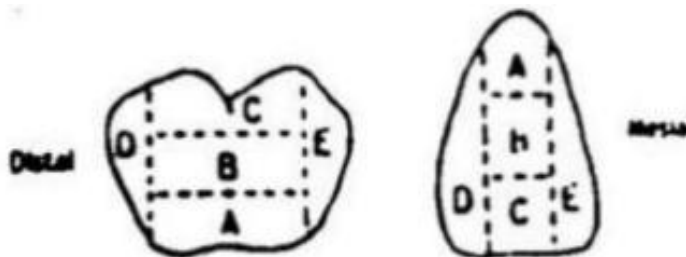
Berdasarkan Sriyono dan Sudiby (2011) gigi yang diperiksa pada metode *PHP-M* ini sebagai berikut:

- a) Gigi paling posterior yang tumbuh di kwadran kanan atas
- b) Gigi kaninus atas kanan sulung atau permanen, bila gigi ini tidak ada dapat digunakan gigi anterior lainnya
- c) Gigi molar satu atas kiri sulung atau premolar satu atas kiri
- d) Gigi paling posterior yang tumbuh di kwadran kiri bawah
- e) Gigi kaninus kiri bawah sulung atau permanen, bila gigi ini tidak ada dapat dipakai gigi anterior lainnya
- f) Gigi molar satu kanan bawah sulung atau premolar satu kanan bawah

Cara penilaian dengan *PHP-M*:

- a) Buatlah 2 garis imajiner pada gigi oklusal/incisal ke gingival, garis ini akan membagi gigi menjadi 3 bagian yang sama dari oklusal ke gingival. Masing-masing 1/3 bagian dari panjang garis imajiner, yang akhirnya membagi gigi menjadi 5 area (A, B, C, D dan E). 5 area tersebut, yaitu:
 - Area 1/3 gingival dari area tengah
 - Area 1/3 tengah
 - Area 1/3 incisal atau oklusal dari area tengah
 - Area mesial

- Area distal



Gambar 2. Area Pemeriksaan PHP-M

- Apabila terlihat plak disalah satu area maka diberi skor 1 dan jika tidak ada plak maka diberi skor 0
 - Hasil penilaian plak yaitu dengan menjumlahkan skor plak untuk setiap gigi berkisar antara 0-10
 - Skor plak untuk semua gigi berkisar antara 0-60
- 3) Plak Indeks (*PI*)

Indeks kebersihan gigi dan mulut oleh Loe dan Silness (1964), digunakan untuk mengukur ketebalan plak yang ada pada area gusi. Bagian yang diperiksa ada empat bagian yaitu distal, fasial, mesial dan lingual. Tetapi untuk cara yang sudah dimodifikasi, hanya digunakan tiga bagian yaitu mesial, fasial dan lingual. Sedangkan untuk bagian mesial diberi skor double, kemudian jumlahnya dibagi empat (Wilkins, 2005).

Prosedur pengukuran Plak Indeks (*PI*):

- Keringkan gigi yang akan diperiksa, gunakan alat bantu penerangan, kaca mulut, dan sonde atau dental probe.
- Beri nilai jika terdapat plak gigi pada sepertiga servikal.

- c) Gunakan dental probe untuk menguji permukaan gusi jika tidak ada plak yang ditemukan. Gunakan dental probe atau sonde mengelilingi pada sepertiga permukaan gigi dan dekat dengan sulkus gingiva. Jika tidak ada plak ketika dilakukan probe, maka area tersebut diberi nilai 0. Namun ketika dijumpai plak, maka diberi nilai 1.
- d) Gunakan *disclosing agent* jika diperlukan untuk memastikan memberi nilai 0 atau 1.
- e) Plak yang ada pada permukaan kalkulus dan tambalan gigi juga masuk dalam penilaian.

Kriteria penilaian Plak indeks (PI):

0 = Tidak ada plak gigi

1 = Plak yang melekat pada free gingiva dan pada perbatasan area gigi. Plak mungkin hanya bisa terlihat menggunakan *disclosing agent* atau menggunakan sonde atau dental probe yang mengelilingi permukaan gigi.

2 = Akumulasi deposit lunak dibawah poket gingiva yang dapat dilihat dengan mata atau deposit lunak yang ada pada gigi dan gingival margin.

3 = Deposit lunak banyak ditemukan dalam poket gingiva dan atau pada gigi dan margin gingiva.

Sedangkan untuk kategori penilaian Plak Indeks (*PI*) adalah sebagai berikut:

Sangat baik	= 0
Baik	= 0,1 – 0,9
Sedang	= 1,0 – 1,9
Buruk	= 2,0 – 3,0

4) Indeks *OHI* (*Oral Hygiene Index*)

OHI merupakan gabungan dari indeks debris dan indeks kalkulus dengan demikian *OHI* merupakan hasil penjumlahan dari indeks debris dan indeks kalkulus, setiap indeks menggunakan skala nilai dari 0-3 (Green and Vermillion, 1964).

Pemeriksaan skor debris atau kalkulus pada semua gigi di permukaan bukal dan lingual dari 3 segmen pada rahang atas maupun rahang bawah, kemudian pilih gigi yang paling kotor setiap segmen, yaitu:

- a) Segmen pertama, mulai dari distal caninus sampai molar ketiga kanan rahang atas
- b) Segmen kedua, diantara caninus kanan dan kiri
- c) Segmen ketiga, mulai dari mesial caninus sampai molar ketiga kiri

5) Indeks *OHI-S* (*Oral Hygiene Index Simplified*)

Indeks yang digunakan untuk mengukur status kebersihan gigi dan mulut dari Green and Vermillion (1964). *OHI-S* adalah suatu cara

untuk mengukur dan menilai kebersihan gigi dan mulut seseorang dengan cara menjumlahkan nilai indeks debris dan nilai indeks kalkulus (Sangkey *et al.*, 2015).

Menurut Greene dan Vermillion (1964), penilaian debris dan kalkulus, yaitu:

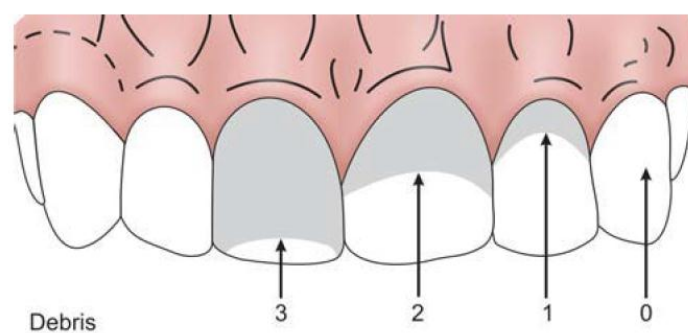
Kriteria Indeks Debris

0 = tidak ada debris lunak

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

2 = ada selapis debris lunak menutupi lebih dari 1/3 permukaan gigi tetapi tidak lebih dari 2/3 permukaan gigi

3 = ada selapis debris lunak menutupi lebih dari 2/3 permukaan gigi



Gambar 3. Kriteria Indeks Debris

Kriteria penilaian debris memiliki ketentuan sebagai berikut.

$$\text{Indeks Debris} = \frac{\text{jumlah penilaian debris}}{\text{jumlah gigi yang diperiksa}}$$

Penilaian indeks debris adalah sebagai berikut:

0-0,6 = Baik (*good*)

0,7-1,8 = Sedang (*fair*)

1,9-3,0 = Buruk (*poor*)

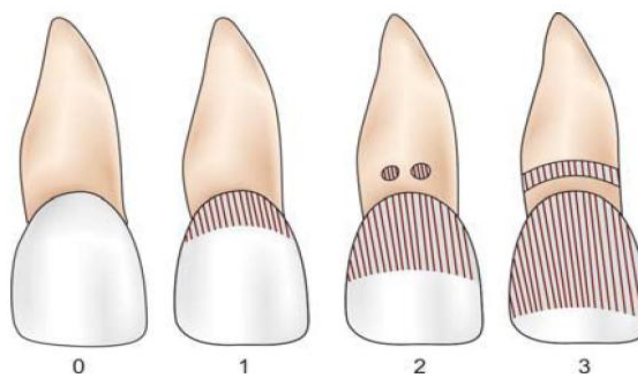
Kriteria Indeks Kalkulus

0 = tidak ada kalkulus

1 = ada kalkulus supragingiva menutupi tidak lebih dari $\frac{1}{3}$ permukaan gigi

2 = ada kalkulus supragingiva menutupi lebih dari $\frac{1}{3}$ permukaan gigi tetapi tidak lebih dari $\frac{2}{3}$ permukaan gigi dan atau adanya kalkulus subgingival berupa bercak hitam di sekitar leher gigi

3 = ada kalkulus supragingiva menutupi lebih dari $\frac{2}{3}$ permukaan gigi dan atau kalkulus subgingiva berupa cincin hitam di sekitar leher gigi



Gambar 4. Kriteria Indeks Kalkulus

Kriteria penilaian kalkulus mengikuti ketentuan sebagai berikut.

$$\text{Indeks Kalkulus} = \frac{\text{jumlah penilaian kalkulus}}{\text{jumlah gigi yang diperiksa}}$$

Penilaian indeks kalkulus adalah sebagai berikut:

0-0,6 = Baik (*good*)

0,7-1,8 = Sedang (*fair*)

1,9-3,0 = Buruk (*poor*)

Kriteria penilaian OHI-S mengikuti ketentuan sebagai berikut.

$$\text{OHI} - \text{S} = \text{Nilai I.D} + \text{Nilai I.K}$$

Kalsifikasi hasil skor OHI-S adalah sebagai berikut:

0-1,2 = Baik (*good*)

1,3-3,0 = Sedang (*fair*)

3,1-6,0 = Buruk (*poor*)

Pemilihan gigi sebagai indeks untuk pemeriksaan debris dan kalkulus dilakukan pada permukaan gigi tertentu menurut (Sari *et al.*, 2015), yaitu:

Untuk gigi rahang atas yang diperiksa

1. Gigi M1 (Molar satu atas kanan) pada permukaan bukal
2. Gigi I1 (Incisivus satu atas) pada permukaan labial
3. Gigi M1 (Molar satu atas kiri) pada permukaan bukal

Untuk gigi rahang bawah yang diperiksa

1. Gigi M1 (Molar satu bawah kanan) pada permukaan lingual
2. Gigi I1 (Incisivus satu bawah) pada permukaan labial
3. Gigi M1 (Molar satu bawah kiri) pada permukaan lingual

3. Anak Usia 10-16 Tahun

Anak adalah masa seseorang telah melewati 2 masa yaitu masa kehamilan dan masa bayi. Menurut Santrock (2011), terdapat 5 kelompok periode yang digunakan dalam menggambarkan perkembangan anak yaitu: masa prenatal, bayi, masa kanak-kanak awal, masa kanak-kanak menengah dan akhir, dan masa remaja. Masa prenatal (*prenatal period*) adalah masa yang dimulai sejak pembuahan sampai kelahiran. Masa kanak-kanak awal (*early childhood*) adalah usia sekitar 5-6 tahun sejak berakhirnya masa bayi. Masa ini kadang kala dikatakan sebagai masa prasekolah. Anak akan mengembangkan keterampilan kesiapan bersekolah (mengikuti instruksi, mengenali huruf). Masa kanak-kanak menengah dan akhir (*middle and late childhood*) adalah masa perkembangan anak usia sekitar 6-11 tahun. Masa ini terkadang disebut masa sekolah dasar. Pada masa ini anak-anak belajar menguasai keterampilan dasar seperti membaca dan menulis. Masa remaja (*adolescence*) adalah masa perkembangan dimulai dari usia 10-12 tahun dan berakhir pada usia 18-22 tahun. Masa ini disebut periode transisional. Pada masa ini anak-anak mengalami perkembangan psikologis serta pola identifikasi dari masa kanak-kanak menjadi dewasa.

Anak usia 10-16 tahun adalah anak yang memasuki masa kanak-kanak menengah dan akhir, dan masa remaja. Dimana Anak usia 6-11 tahun adalah masa pertengahan dan akhir (*middle and late childhood*) masa di mana anak mulai dapat memahami dan mulai belajar apa yang

telah dia lihat. Anak usia 10-16 tahun adalah masa remaja (*adolescence*) masa di mana anak mulai mencari identitas diri dan masa pengalaman belajar dalam menentukan tindakan apa yang kelak akan dilakukannya. Semakin usia anak bertambah akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya. Anak yang memasuki usia sekolah memiliki risiko lebih besar terjadinya penyakit gigi dan mulut (Yulianti dan Muhlisin, 2011).

4. Tunarungu

Tunarungu merupakan seseorang yang mengalami hambatan dalam mendengar baik permanen maupun tidak permanen dan biasanya memiliki hambatan dalam berbicara sehingga biasa disebut tunawicara (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Ketunarunguan dibedakan menjadi dua kategori, yakni *deaf* (tuli) dan *hard of hearing* (kurang dengar). Tuli berarti mereka yang memiliki kerusakan yang berat pada indra pendengaran sehingga pendengarannya tidak berfungsi lagi. Kurang dengar adalah mereka yang indra pendengarannya mengalami kerusakan tetapi masih berfungsi untuk mendengar baik menggunakan alat bantu dengar ataupun tidak (Dwijosumarto, 1990).

a. Klasifikasi Tunarungu

Klasifikasi ketunarunguan dibagi menjadi 4 kelompok yaitu tunatungu ringan (*mild hearing*), memiliki daya tangkap yang dapat didengar 25-49 dB. Tunarungu sedang (*moderate deafness*), memiliki

daya tangkap yang dapat didengar 40-69 dB. Tunarungu berat (*severe deafness*), memiliki daya tangkap yang dapat didengar 70-94 dB. Tunarungu sangat berat (*profound deafness*), memiliki daya tangkap yang dapat didengar > 94 dB (Fiske *et al.*, 2007).

Menurut (Uden, 1971 *cit.* Winarsih, 2007) menyebutkan klasifikasi ketunarunguan, yaitu berdasar terjadinya ketunarunguan dan tempat kerusakan pada organ pendengaran. Berdasarkan sifat terjadinya ketunarunguan terbagi menjadi tunarungu bawaan dan tunarungu setelah lahir. Ketunarunguan bawaan diartikan anak sudah mengalami tunarungu dan indra pendengarannya sudah tidak berfungsi lagi ketika lahir. Ketunarunguan setelah lahir diartikan terjadi tunarungu setelah anak lahir diakibatkan oleh kecelakaan atau suatu penyakit. Berdasarkan tempat kerusakan pada organ pendengaran terbagi menjadi kehilangan pendengaran konduktif, kehilangan pendengaran sensori-neural dan campuran. Kehilangan pendengaran konduktif adalah hilangnya pendengaran disebabkan kerusakan pada bagian telinga luar dan tengah, sehingga menghambat bunyi yang akan masuk ke dalam telinga. Kehilangan pendengaran sensori-neural adalah hilangnya pendengaran disebabkan kerusakan pada telinga bagian dalam sehingga tidak dapat mendengar bunyi/suara. Kehilangan pendengaran campuran disebabkan adanya kerusakan telinga bagian tengah dan dalam.

b. Etiologi

Secara umum ketunarunguan dapat terjadi pada sebelum lahir (*prenatal*), ketika lahir (*natal*), dan sesudah lahir (*post natal*).

Sebelum dilahirkan (*prenatal*) dibagi menjadi 3 yaitu karena keturunan, penyakit dan keracunan obat-obatan. Karena keturunan yaitu salah satu atau kedua orang tua menderita tunarungu atau mempunyai gen sel pembawa sifat abnormal. Karena penyakit pada waktu mengandung ibu terkena suatu penyakit, terutama penyakit yang diderita pada saat kehamilan trimester pertama. Pada trimester ini ruang telinga mulai terbentuk. Karena keracunan obat-obatan ibu saat hamil meminum obat-obatan terlalu banyak, atau ibu seorang pecandu alkohol yang menyebabkan ketunarunguan pada anak.

Saat kelahiran (*natal*) yaitu pada waktu ibu mengalami kesulitan sehingga persalinan dibantu dengan *vacuum/penyedot* dan kelahiran *premature* dimana bayi lahir sebelum waktunya.

Setelah kelahiran (*Post natal*) disebabkan karena infeksi (infeksi otak (*meningitis*), *infeksi differi*, *morbili*) dan pemakaian obat-obatan otopsi pada anak (Sumantri, 1996).

B. Landasan Teori

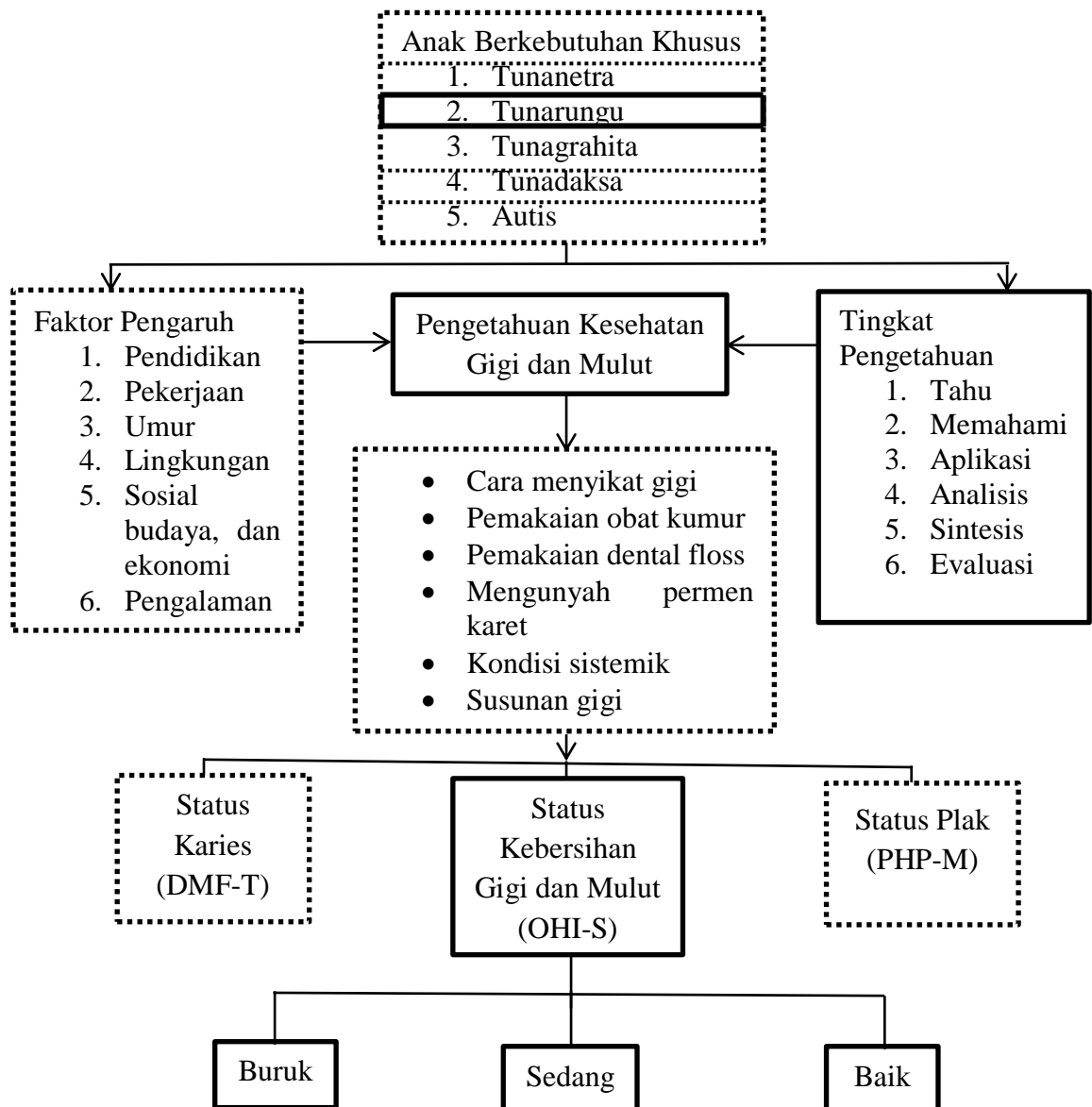
Pengetahuan merupakan hasil mengingat suatu hal dimana segala sesuatu yang telah diterima melalui pancaindera yang meliputi penglihatan, pendengaran, rasa dan raba.

Pengetahuan sebagian besar diperoleh melalui penglihatan dan pendengaran dari berbagai macam media, misalnya media cetak dan media elektronik. Media inilah seseorang bisa memperoleh pengetahuan dan sangat berpengaruh terhadap perilaku seseorang. Pengetahuan juga dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, diharapkan semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan luas pula pengetahuannya. Begitu juga pengetahuan terhadap kesehatan gigi dan mulut yang memengaruhi kesehatan umum seseorang. Kesadaran dan perilaku seseorang mempengaruhi usaha menjaga kebersihan gigi dan mulut seseorang. Perilaku menjaga kebersihan gigi dan mulut tergantung dari pengetahuan, pemahaman, serta kemauan dari seseorang itu sendiri.

Kebersihan gigi dan mulut adalah keadaan rongga mulut terbebas dari sisa makanan dan kalkulus pada permukaan gigi. Kebersihan gigi dan mulut dapat diukur dengan OHI-S yang berfungsi untuk mengukur tingkat kebersihan gigi dan mulut seseorang. Tingkat kebersihan gigi dan mulut diperoleh dengan menjumlahkan indeks debris dan indeks kalkulus. Debris merupakan sisa makanan lunak yang terdapat di rongga mulut dan mudah dibersihkan, sedangkan kalkulus merupakan sisa makanan yang sudah mengeras dan menempel di permukaan gigi di dalam rongga mulut. Hasil penjumlahan tersebut dapat menentukan apakah tingkat kebersihan gigi dan mulut seseorang itu termasuk ke dalam kriteria baik, sedang, ataupun buruk.

Ditinjau dari sudut pandang kebutuhan akan pelayanan kesehatan, khususnya kesehatan gigi dan mulut, maka kelompok anak berkebutuhan khusus lebih membutuhkan perhatian yang lebih dibandingkan anak-anak pada umumnya. Anak-anak berkebutuhan khusus dengan keterbatasan yang ada pada mereka, seperti kurang mampu untuk membersihkan rongga mulutnya sendiri, sehingga meningkatkan faktor risiko kerusakan gigi-gigi dan jaringan lunak sekitarnya. Anak berkebutuhan khusus, terutama anak yang memiliki gangguan dalam mendengar (tunarungu) hanya mengandalkan indra penglihatannya dalam memperoleh pengetahuan dikarenakan pendengaran yang dimiliki terbatas sehingga perilaku dalam menjaga status kebersihan gigi dan mulutnya menjadi terganggu.

C. Kerangka Konsep



D. Hipotesis

Penelitian ini mengemukakan suatu hipotesis yaitu terdapat hubungan tingkat pengetahuan kesehatan gigi dan mulut terhadap status kebersihan gigi dan mulut (*OHI-S*) pada anak tunarungu.