

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Perilaku**

Perilaku dilihat dari segi biologis adalah kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup yang bersangkutan). Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmojo, 2012).

Perilaku merupakan bentuk respons dari stimulus, namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti bahwa meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respon tiap-tiap orang berbeda (Julia, Yani, & Budirahardjo, 2018).

Benyamin Bloom membagi perilaku manusia menjadi 3 domain sesuai dengan tujuan pendidikan. Bloom menyebutkan 3 ranah yakni kognitif, afektif, dan psikomotor. Teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan yakni pengetahuan, sikap, dan praktik/tindakan sebagai berikut :

##### **1) Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil atau wujud dari penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera, yakni indera penglihatan, penciuman, perasa dan peraba. Pengetahuan manusia sebagian besar diperoleh melalui indera

penglihatan dan pendengaran. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behaviour*) (Notoatmodjo, 2012).

Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif (pengetahuan) mempunyai enam tingkatan : a)Tahu (*know*), hal mengingat suatu materi yang sebelumnya telah dipelajari. Tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah; b)Memahami (*comprehension*), kemampuan seseorang dalam menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat meninterpretasikan materi tersebut secara benar dan jelas; c)Aplikasi (*aplication*), suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada kondisi yang nyata atau sebenarnya; d)Analisis (*analysis*), kemampuan dalam menjabarkan suatu materi ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi, dan masih berkaitan satu sama lainnya; e)Sintesis (*synthesis*), suatu kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru; f)Evaluasi (*evaluation*), kemampuan untuk melakukan penilaian pada suatu materi atau objek. Penilaian yang dilakukan berdasarkan kriteria yang ditentukan sendiri atau kriteria yang sudah ada (Notoatmodjo, 2012).

## 2) Sikap (attitude)

Sikap merupakan suatu komponen dari perilaku, dimana sikap belum berupa suatu wujud yang nyata atau merupakan respon tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat secara langsung dilihat akan tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap dalam kehidupan sehari-hari merupakan respon yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap dapat diperkuat dengan adanya suatu kepercayaan atau ketertarikan terhadap suatu objek (Sunaryo, 2014).

Terdapat beberapa tingkatan sikap yaitu : 1) Menerima, diartikan bahwa seorang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan; 2) Menanggapi, diartikan apabila seseorang memberikan jawaban atau tanggapan terhadap obyek yang dihadapkan; 3) Menghargai, diartikan seseorang memberikan nilai yang positif terhadap suatu objek seperti mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah; 4) Bertanggung jawab, seseorang pada tingkatan ini harus berani mengambil resiko apabila ada orang lain yang mencemooh ataupun resiko lainnya (Sunaryo, 2014).

## 3) Tindakan (practice)

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau berpendapat (sikap), proses selanjutnya adalah diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahuinya dan disikapinya (dinilai baik).

Memutuskan perilaku tertentu akan dibentuk atau tidak, seseorang selain mempertimbangkan informasi dan keyakinan tentang keuntungan atau kerugian yang akan didapat juga mempertimbangkan sejauh mana dia dapat mengatur perilaku tersebut (Fasalwati, 2016).

## 2. Perilaku Ibu Dalam Membimbing Menyikat gigi

Pengetahuan orangtua terutama seorang ibu terhadap bagaimana menjaga kesehatan gigi dan mulut sangat penting dalam mendasari terbentuknya perilaku yang mendukung kebersihan gigi dan mulut anak sehingga kesehatan gigi dan mulut anak dapat baik. Pengetahuan ibu tentang kesehatan gigi akan sangat menentukan status kesehatan gigi anaknya kelak. Seorang ibu memegang peranan penting dalam suatu keluarga, baik sebagai seorang isteri maupun sebagai seorang ibu dari anak-anaknya. Figur pertama yang dikenal anak begitu ia lahir adalah ibunya. Perilaku dan kebiasaan ibu dapat ditiru anak, namun pengetahuan saja tidak cukup perlu diikuti dengan sikap dan tindakan yang tepat (Gultom, 2010).

Peran orang tua sangat berpengaruh dalam merawat dan memelihara kesehatan gigi anak secara teratur seperti menyikat gigi, memperhatikan pola makan dan melakukan pemeriksaan kesehatan gigi secara rutin ke klinik gigi. Di Indonesia kebanyakan orang tua tidak mendampingi dan mendidik anak untuk merawat gigi yang secara tidak langsung membiasakan anaknya memang senang pada makanan manis (Suciari, Arief, & Rachmawati, 2012).

Orang tua (ibu) sebaiknya membiasakan diri memeriksakan kesehatan seluruh tubuh termasuk kesehatan gigi dan mulut anaknya. Cara perawatan gigi anak di rumah; 1) memberi pengertian pada anak mengenai manfaat dari menyikat gigi; 2) mengajari anak cara menyikat gigi dengan cara ibu memberikan contoh cara menyikat gigi; 3) memberikan pasta gigi ber*flouride* untuk memaksimalkan kesehatan gigi dan mulut agar menurunkan resiko karies; 4) memotivasi anak untuk menyikat gigi setiap setelah sarapan pagi dan sebelum tidur malam (Talibo, Mulyadi, & Bataha, 2016).

Mustofa, 2010 teknik pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut yang dapat dilaksanakan dan merupakan peran seorang ibu yaitu: 1) menyikat gigi adalah hal yang paling penting dalam mencegah gigi berlubang. Menyikat gigi dapat dapat menghilangkan penyebab utamanya yaitu plak (Prasasti, 2016); 2) diet sehat anak penting untuk kesehatan umum yang optimal. Faktor yang paling penting dalam hubungan diet dengan kesehatan gigi dan mulut adalah frekuensi konsumsi makanan yang mengandung karbohidrat dan glukosa yang dimurnikan seperti nasi, roti dan umbi-umbian (Andlaw dan Rock, 2010).

Hal-hal yang dapat dilakukan dalam diet sehat untuk anak adalah; 1) perbanyak makan buah-buahan dan sayuran; 2) hindari mengisi botol dengan air manis seperti the, sirup, dll; 3) jika makan menggunakan dot, sediakan satu botol bersih bebas dari gula; 4) anak jangan dibiasakan

minum susu sampai terlelap tidur karena memicu terjadinya karies (Prasasti, 2016).

### 3. Menyikat Gigi

#### a. Pengertian Menyikat Gigi

Menyikat gigi adalah cara yang umum dianjurkan untuk membersihkan berbagai kotoran yang melekat pada permukaan gigi dan gusi. Lama menggosok gigi tidak ditentukan, tetapi biasanya dianjurkan maksimal 5 menit (minimal 2 menit), yang penting dilakukan secara sistematis supaya tidak ada bagian-bagian yang terlampaui. Cara yang dianjurkan mulai dari posterior ke anterior pada sisi-sisi rahang bawah dan rahang atas, dan berakhir pada posterior sisi lain (Kusumawardhani, 2016).

Menyikat gigi adalah suatu upaya yang dilakukan untuk menjaga agar gigi tetap dalam keadaan yang bersih dan sehat. Kelainan pada gigi anak retardasi mental yang sering terjadi yaitu karies gigi dan kelainan pada gusi (Agustiningsih dan Ahmad, 2016).

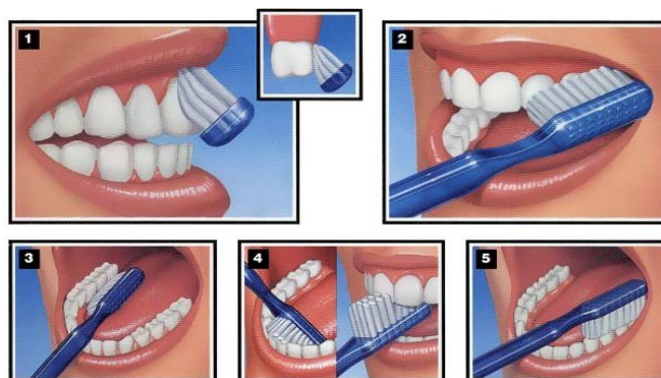
#### b. Frekuensi menyikat gigi

Makanan yang menempel pada gigi, seperti permen memerlukan waktu relatif lama untuk membersihkan. Sebagian besar kerusakan gigi terjadi disebabkan oleh bakteri, maka waktu yang ideal untuk menggosok gigi adalah setelah makan makanan yang lengket (Kusumawardhani, 2016).

Waktu terpenting menyikat gigi adalah yang terakhir malam hari sebelum tidur, karena aliran air ludah tidak seaktif siang hari dimana bakteri berkembang biak dari sisa makanan, menyikat gigi dilakukan pada pagi hari karena bakteri berkumpul dalam mulut. Frekuensi menyikat gigi sebaiknya dibersihkan 3 kali dalam sehari, setiap sesudah makan dan sebelum tidur malam. Anjuran tersebut tidak selalu dapat dilakukan, terutama bila di siang hari seseorang mempunyai kesibukan dalam pekerjaan (Kusumawardhani, 2016).

### c. Cara Menyikat Gigi

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menyikat gigi adalah sebagai berikut : 1) Teknik penyikatan gigi harus dapat membersihkan semua permukaan gigi dan gusi secara efisien; 2) Pergerakan sikat gigi tidak boleh menyebabkan kerusakan jaringan gusi atau abrasi gusi; 3) Teknik penyikatan harus sederhana, tepat dan efisien; 4) Frekuensi penyikatan gigi sebaiknya 2 kali sehari; 5) Lamanya penyikatan gigi dianjurkan 5 menit (Rahma, 2015).



Gambar 1. Cara menyikat gigi  
(Sumber; rsgm.maranatha.edu)

#### d. Manfaat dari Menyikat Gigi

Kegunaan menyikat gigi adalah untuk membersihkan gigi dari kotoran dan sisa-sisa makanan baik pada permukaan gigi maupun celah gigi, membersihkan ruang interdental dan celah gigi, untuk memijat gusi, mendapatkan keindahan gigi, kelihatan bersih karena tidak ada terdapat makanan dan mulut tidak bau (Widyastuti, 2015).

#### e. Syarat Sikat Gigi yang Baik

Beberapa syarat sikat gigi yang baik digunakan untuk menyikat gigi adalah : 1) Pilihlah sikat gigi yang kepalanya cukup kecil sehingga dapat digunakan dengan baik dalam rongga mulut; 2) Panjang bulu sikat gigi hendaknya sama. Sikat gigi dengan bulu yang panjangnya berbeda tidak dapat membersihkan permukaan datar tanpa menimbulkan tekanan pada beberapa bulu sikat; 3) Tekstur bulu sikat hendaknya memungkinkan digunakan dengan efektif tanpa merusak jaringan; 4) Gagang sikat harus cukup lebar dan tebal agar dapat dipegang kuat dan dikontrol dengan baik (Rahma, 2015).

#### f. Teknik Menyikat Gigi

Beberapa teknik dalam menyikat gigi adalah sebagai berikut : 1) Teknik Vertikal adalah teknik yang dilakukan dengan kedua rahang tertutup, kemudian permukaan bukal gigi disikat dengan gerakan keatas dan bawah. Permukaan lingual dan palatial dilakukan gerakan yang



sama dengan mulut terbuka; 2) Teknik Horizontal dilakukan pada permukaan bukal dan lingual disikat dengan gerakan kedepan dan kebelakang. Untuk permukaan oklusal gerakan horizontal yang sering disebut “*scrub brush technic*” dapat dilakukan dan terbukti merupakan cara yang sesuai dengan bentuk anatomis permukaan oklusal; 3) Teknik Roll atau Modifikasi Stillman teknik ini disebut “*ADA-roll Technic*” merupakan cara yang paling sering dianjurkan karena sederhana tetapi efisien dan dapat digunakan diseluruh bagian mulut. Bulu-bulu sikat ditempatkan pada gusi sejauh mungkin dari permukaan oklusal dengan ujung-ujung bulu sikat mengarah ke apeks dan sisi bulu sikat digerakan perlahan-lahan melalui permukaan gigi sehingga bagian belakang dari kepala sikat bergerak dengan lengkungan (Listriana, 2017).

Pada waktu bulu-bulu sikat melalui mahkota klinis, kedudukannya hampir tegak lurus permukaan email. Gerakan diulang 8-12 kali setiap daerah dengan sistematis sehingga tidak ada yang terlewat; 4) Teknik Kombinasi teknik ini menggabungkan teknik menyikat gigi horizontal (kiri-kanan), vertikal (atas-bawah) dan sirkular (memutar), Setelah itu dilakukan penyikatan pada lidah di seluruh permukaannya, terutama bagian atas lidah. Gerakan pada lidah tidak ditentukan, namun umumnya adalah dari pangkal belakang lidah sampai ujung lidah (Listriana, 2017).

#### 4. Karies

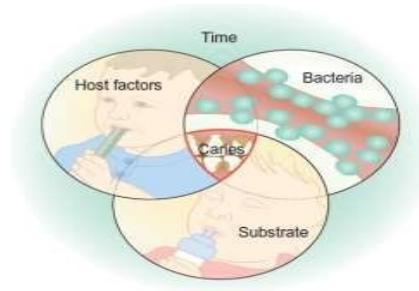
##### a. Karies

Karies adalah penyakit jaringan gigi yang ditandai dengan kerusakan jaringan, dimulai dari permukaan gigi (ceruk, fissure dan daerah interproksimal) meluas ke arah pulpa. Karies 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 pulpa. Karies dikarenakan berbagai sebab, diantaranya adalah karbohidrat, mikroorganisme dan air ludah dan permukaan dan bentuk gigi. Karbohidrat yang tertinggal didalam mulut dan mikroorganisme merupakan penyebab dari karies gigi, sementara penyebab karies gigi yang tidak langsung adalah permukaan dan bentuk gigi tersebut. Gigi dengan fissure yang dalam mengakibatkan sisa-sisa makanan mudah melekat dan bertahan sehingga produksi asam oleh bakteri akan berlangsung dengan cepat dan menimbulkan karies gigi (Tarigan, 2013).

Karies gigi adalah suatu proses penghancuran setempat jaringan kalsifikasi yang dimulai pada bagian permukaan gigi melalui proses dekalsifikasi lapisan email gigi yang diikuti oleh lisis struktur organik secara enzimatik sehingga terbentuk kavitas (lubang) yang bila dibiarkan akan menembus email serta dentin dan dapat mengenai bagian pulpa (Arifah, 2016).

## b. Etiologi Karies

Karies merupakan hasil dari beberapa faktor pencetus, yaitu *host*, substrat, bakteri dan waktu.



Gambar 2. Faktor Etiologi terjadinya karies

### 1) *Host*

*Host* atau tuan rumah merupakan gigi tersebut, dijelaskan beberapa hal yang berhubungan dengan karies pada gigi adalah faktor morfologi gigi (ukuran dan bentuk gigi), struktur enamel, faktor kimia dan kristalografis. Pit dan fisur yang dalam pada morfologi gigi belakang, disertai permukaan gigi yang kasar sangat mempengaruhi penumpukan sisa makanan dan perlekatan plak yang membantu proses karies. Enamel gigi memiliki susunan kimia kompleks yang mengandung 97% mineral, 1% air, dan 2% bahan organik (Pintauli, 2010).

### 2) *Substrat*

Substrat merupakan hasil fermentasi karbohidrat. Bakteri memerlukan substrat sebagai sumber energi dan akhir dari produk metabolisme bakteri yaitu asam. Komponen karbohidrat

yang dapat difermentasikan oleh bakteri menjadi asam adalah asam laktat dan asetat (Putri , Herijuliaty, & Nurjannah, 2012). Makanan dan minuman yang mengandung karbohidrat (*sukrosa*) akan dimetabolisme oleh bakteri di dalam plak, yang menyebabkan pH plak asam sehingga terjadi demineralisasi email. Proses pH kembali menjadi normal memerlukan waktu sekitar 30-60 menit, jika konsumsi karbohidrat secara berulang akan mempertahankan pH tetap dalam keadaan asam (Kidd dan Bechal, 2013).

### 3) Bakteri

Bakteri yang dapat menjadi pencetus terjadinya karies yaitu *Streptococcus mutan* dan *Lactobacillus* yang dapat membuat asam dari karbohidrat. Bakteri tersebut memiliki kemampuan membuat polisakarida ekstra seluler yang membantu bakteri melekat pada gigi dan satu sama lain di dalam plak (Kidd dan Bechal, 2013).

### 4) Waktu

Keadaan asam yang terjadi berulang akan menyebabkan hilangnya kristal enamel dan dilanjutkan rusaknya permukaan enamel dengan memerlukan waktu berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Awal dekalsifikasi terjadi di *subsurface* selama 1-2 tahun sebelum menjadi kavitas (Putri , Herijuliaty, & Nurjannah, 2012).

### c. Penilaian Karies

#### 1) Indeks DMF-T

Nilai DMF-T adalah angka yang menunjukkan jumlah gigi dengan karies pada seseorang atau sekelompok orang. Angka D (*decay*) adalah gigi yang berlubang karena karies gigi, angka M (*missing*) adalah gigi yang dicabut karena karies gigi, angka F (*filling*) adalah gigi yang ditambal karena karies dan dalam keadaan baik (Amaniah, 2009).

Nilai DMF-T adalah penjumlahan D+ M+ F. Indikator utama pengukuran DMF-T menurut WHO adalah pada anak usia 12 tahun, yang dinyatakan dengan indeks DMF-T yaitu  $\leq 3$ , yang berarti pada usia 12 tahun jumlah gigi yang berlubang (D), dicabut karena karies gigi (M), dan gigi dengan tumpatan yang baik (F), tidak lebih atau sama dengan 3 gigi per anak (Amaniah, 2009).

Rumus yang digunakan untuk menghitung DMF-T :

$$\text{DMF-T} = \text{D} + \text{M} + \text{F}$$

DMF-T rata-rata = Jumlah D + M + F / Jumlah orang yang diperiksa.

Kategori DMF-T menurut WHO :

0,0 – 1,1 = sangat rendah

1,2 – 2,6 = rendah

2,7 – 4,4 = sedang

4,5 – 6,5 = tinggi

6,6 > = sangat tinggi

## 2) Indeks def-t Untuk Gigi Sulung

Indeks ini sama dengan DMF-T hanya saja indeks def-t digunakan untuk gigi sulung. e disini maksudnya eksfoliasi, yaitu jumlah gigi sulung yang hilang karena karies atau harus dicabut karena karies. Namun dalam beberapa penelitian eksfoliasi tidak digunakan (def-t) karena mencegah kemungkinan terjadinya kesalahan, sebab apakah pada eksfoliasi tersebut gigi responden benar-benar hilang karena karies atau bukan. Pada gigi sulung sering kali gigi hilang karena faktor resorpsi fisiologis atau trauma. Rumus untuk def- t sama dengan yang digunakan pada DMF-T (Yusuf, 2018).

## 5. Tunagrahita

### a. Pengertian Tunagrahita

Tunagrahita adalah keadaan dengan intelegensi yang kurang (subnormal) sejak masa perkembangan (sejak lahir atau sejak masa anak). Biasanya terdapat perkembangan mental yang kurang secara keseluruhan, tetapi gejala utama adalah intelegensi yang terbelakang. Tunagrahita disebut juga oligofrenia atau tunamental (Fitri & eliza, 2017).

Tunagrahita adalah suatu keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, yang ditandai oleh terjadinya hendayana keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik, dan sosial. Tunagrahita dapat terjadi dengan atau tanpa gangguan jiwa atau gangguan fisik lainnya (Fitri & eliza, 2017).

Tunagrahita adalah suatu keadaan yang ditandai dengan fungsi kecerdasan yang berada di bawah rata-rata yang disertai dengan kurangnya kemampuan menyesuaikan diri (perilaku maladaptif). Anak yang mengalami tunagrahita memiliki keterbelakangan dalam kecerdasan, mengalami kesulitan belajar dan adaptasi social (Somantri, 2012).

b. Ciri-ciri anak tunagrahita

Ciri-ciri umum anak tunagrahita, yaitu: memiliki IQ di bawah normal, yaitu sekitar di bawah 70. IQ atau daya tangkap seseorang mulai dapat ditentukan sekitar umur 3 tahun. Awal untuk melihat IQ seorang anak adalah pada saat ia mulai berkata-kata. Ada hubungan langsung antara kemampuan bahasa si anak dengan IQnya. Apabila seorang anak dengan IQ tinggi masuk sekolah, penguasaan bahasanya akan cepat dan banyak. IQ anak normal berkisar antara 90- 110 (Fitri & eliza, 2017).

Anak tunagrahita mengalami keterbatasan dalam beradaptasi seperti: komunikasi, perawatan diri, kesehatan dan keselamatan, fungsi

akademis dan bekerja. Anak tunagrahita cenderung berteman dengan anak yang lebih muda usianya, ketergantungan terhadap orang tua sangat besar, sehingga harus selalu dibimbing dan diawasi (Rizkika, Baehaqi, & Putranto, 2014).

c. Klasifikasi Tunagrahita

Seorang psikolog dalam mengklarifikasi anak tunagrahita mengarah kepada aspek indeks mental intelegensinya, indikasinya dapat dilihat angka hasil tes kecerdasan, seperti IQ 0-25 dikategorikan idiot, IQ 25-50 dikategorikan imbesil, dan IQ 50-70 kategori debil atau moron. Seorang pedagogik dalam mengklarifikasinya anak tunagrahita didasarkan pada penilaian program pendidikan yang disajikan pada anak. Dari penilaian tersebut dapat dikelompokkan menjadi anak tunagrahita mampu didik, mampu latih dan mampu rawat (Atmaja, 2018).

Penilaian yang lain klasifikasi anak tunagrahita yang dalam hal ini dituturkan oleh Skala Binet dan Skala Weschler dijelaskan bahwa ada tiga hal sebagai berikut:

1) Tunagrahita ringan

Anak-anak yang tergolong tunagrahita ringan disebut juga dengan istilah debil atau tunagrahita yang mampu didik. Sebutan tersebut karena anak tunagrahita kategori ini masih dapat menerima pendidikan sebagaimana anak normal, tetapi dengan kadar ringan dan cukup menyita waktu. Menurut Skala Binet,



kelompok ini memiliki IQ antara 68-52, sedangkan menurut Skala Weschler (WISC) memiliki IQ antara 69-55. Anak tunagrahita ringan bisa melakukan kegiatan dengan tingkat kecerdasan anak-anak normal usia 12 tahun. Anak tunagrahita masih dapat belajar membaca, menulis, dan berhitung sederhana. Bimbingan dan didikan yang baik, anak tunagrahita ringan akan dapat memperoleh penghasilan untuk dirinya sendiri (Atmaja, 2018).

## 2) Tunagrahita Sedang

Anak-anak yang tergolong tunagrahita sedang disebut juga anak-anak yang mampu berlatih atau diistilahkan sebagai imbesil. Kelompok ini memiliki IQ 51-36 pada Skala Binet dan 54-40 menurut Skala Weschler (WISC). Anak-anak ini minimal mampu dilatih untuk mandiri, menjalankan aktivitas keseharian sendiri tanpa bantuan orang lain. Mandi, berpakaian, makan, berjalan, dan mampu mengungkapkan keinginan dalam pembicaraan sederhana. Anak tunagrahita sedang sangat sulit untuk belajar secara akademik seperti belajar menulis, membaca dan berhitung walaupun mereka bias belajar menulis secara sosial. Tingkat intelegensi tersebut, anak-anak tunagrahita sedang bisa mencapai kecerdasan maksimal setara dengan anak normal usia 7 tahun. Kehidupan sehari-hari, anak tunagrahita sedang sangat membutuhkan pengawasan yang terus menerus agar mampu terus berkesinambungan akan kebiasaan-kebiasaan yang akan terus

teringat dan mampu mengerjakan suatu hal yang sering dilakukannya (Atmaja, 2018).

### 3) Tunagrahita Berat

Tunagrahita berat diistilahkan sebagai idiot atau perlu rawat, karena IQ 32-20 menurut Skala Binet dan menurut Skala Weschler (WISC) antara 39-52. Anak-anak golongan ini sulit diajarkan mandi karena keterbatasan mental dan pemikiran ke arah kemandirian. Untuk menolong dirinya sendiri dalam bertahan hidup, rasanya sulit bagi anak-anak golongan ini. Kadang berjalan, makan, dan membersihkan diri perlu dibantu oleh orang lain. Anak tunagrahita berat hanya mampu memiliki kecerdasan optimal secara dengan anak normal usia 3 tahun. Kesabaran ekstra dan kasih sayang penuh sangat diperlukan untuk merawat mereka sepanjang hidupnya (Somantri, 2018).

#### d. Karies Gigi Anak Tunagrahita

Karies gigi dan radang gusi lebih banyak terjadi pada anak-anak berkebutuhan khusus dibandingkan anak normal seusianya. Anak berkebutuhan khusus (ABK) yaitu anak dengan keterbatasan fisik dan mental yang memiliki keterbatasan kondisi fisik perkembangan, tingkah laku atau emosi. Hal ini menyebabkan terjadinya gangguan fungsi fisiologis, psikologis atau struktur anatomi berkurang atau hilang, sehingga tidak dapat menjalankan aktifitas kehidupan sehari-hari secara normal yang mengakibatkan perubahan dalam alam pikiran,

alam perasaan dan perbuatan. Salah satu kategori berkebutuhan khusus adalah anak tunagrahita. Tunagrahita secara lebih lengkap didefinisikan sebagai individu yang memiliki intelegensi yang signifikan berada dibawah rata-rata dan disertai dengan ketidakmampuan dalam adaptasi perilaku, yang muncul dalam masa perkembangan. Data Kementerian Kesehatan 2010 menunjukkan bahwa prevalensi karies di Indonesia mencapai 60-80% dari seluruh populasi, serta menempati peringkat ke-6 sebagai penyakit yang paling banyak diderita. Lebih khusus lagi pada anak tunagrahita prevalensi karies gigi dapat mencapai 82,6% dan hal tersebut termasuk dalam kategori cukup tinggi (Istiqomah, Susanto, Udiyono, & Adi, 2016).

Kekurangan dalam motivasi dan kemampuan berkonsentrasi membuat anak tunagrahita sulit dalam melakukan kegiatan yang berhubungan dengan tindakan kebersihan gigi (Rizkika, Baehaqi, & Putranto, 2014).

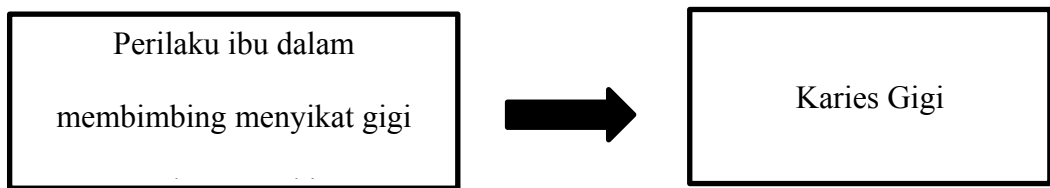
## **B. Landasan Teori**

Perilaku ibu dalam membimbing, mengingatkan dan memberi fasilitas menyikat gigi sangat mendasari terbentuknya kesehatan gigi dan mulut seperti menyikat gigi dengan teliti untuk mencegah akumulasi plak dalam terjadinya karies pada anak tunagrahita.

Karies gigi pada anak tunagrahita lebih jelek dibandingkan anak normal lainnya yang berkaitan dengan DMF-T sebagai pengukur karies gigi anak. Dalam hal tersebut pencegahan dan perawatan kesehatan gigi anak

merupakan hal terpenting dalam perilaku orangtua dalam menjaga kesehatan gigi. Anak tunagrahita memiliki keterbatasan mental, fisik dan emosi yang berbeda dengan anak normal, sehingga anak tunagrahita memerlukan bantuan dalam menjaga kebersihan diri khususnya kebersihan gigi dan mulut. Perbedaan keterbatasan yang mereka miliki, mempengaruhi perilaku dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut. Kekurangan dalam motivasi dan kemampuan berkonsentrasi membuat anak tunagrahita sulit dalam melakukan kegiatan yang berhubungan dengan tindakan kebersihan gigi.

### C. Kerangka Konsep



Gambar 3. Kerangka Konsep

### D. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah ada hubungan antara perilaku ibu dalam membimbing menyikat gigi dengan karies gigi anak tunagrahita.