

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Pengawasan

a. Pengertian pengawasan

Pengawasan adalah upaya memeriksa apakah semua terjadi sesuai dengan rencana yang ditetapkan, perintah yang dikeluarkan dan prinsip yang dianut (Saputra, Y, 2008).

b. Pengertian pengawasan ibu

Pengawasan Ibu adalah suatu keberhasilan anaknya antara lain ditunjukkan dalam bentuk perhatian terhadap kegiatan pelajaran di sekolah dan menekankan arti pentingnya pencapaian prestasi oleh sang anak. Pengawasan ibu juga dapat diartikan sebagai usaha ibu dalam memperhatikan pertumbuhan dan perkembangan anak, baik jasmani maupun rohani, melalui bimbingan yang diberikan orang tua (Ihroni, T, O, 2004).

2. Perilaku

a. Pengertian perilaku

Perilaku merupakan hasil dari segala macam pengalaman dan interaksi manusia dengan lingkungannya. Wujud bisa berupa pengetahuan, sikap dan tindakan. Manusia cenderung mempunyai perilaku yang bersifat menyerah (*holistik*) dan pada dasarnya terdiri atas sudut pandang psikologi, fisiologi dan sosial, namun ketiga sudut

pandang ini sulit dibedakan pengaruh dan peranannya terhadap pembentukan perilaku manusia (Budiharto, 2010).

b. Pengertian perilaku kesehatan gigi

Perilaku kesehatan gigi meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan yang berkaitan dengan konsep sehat dan sakit gigi serta upaya pencegahannya. Konsep ini yang dimaksudkan dengan kesehatan gigi adalah gigi dan semua jaringan yang ada di dalam mulut, termasuk gusi. (Budiharto, 2010).

Pengetahuan merupakan ranah kognitif yang mempunyai tingkatan, yaitu: a) Tahu, merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah, misalnya mengingat kembali suatu objek atau rangsangan tertentu; b) Memahami, adalah kemampuan untuk menjelaskan secara benar objek yang diketahui; c) Aplikasi, yaitu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya; d) Analisis, yaitu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut; e) Sintesis, yaitu kemampuan untuk menggabungkan bagian-bagian ke dalam suatu bentuk yang baru; f) Evaluasi, yaitu kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek tertentu (Budiharto, 2010).

Sikap mengenai kesehatan gigi terdiri atas 3 komponen pokok, yaitu: a) Kepercayaan atau keyakinan terhadap suatu objek, misalnya seorang ibu berkeyakinan bahwa radang gusi pada anak dapat dicegah

dengan menggosok gigi anaknya secara teratur, maka si ibu akan berusaha keras untuk menggosok gigi anaknya dengan teratur; b) Kehidupan emosional atau evaluasi emosional, misalnya pengalaman bahwa gigi yang berlubang walau sudah ditambal di dokter gigi masih juga sakit tetapi setelah dicabut tidak lagi ada keluhan membuat seseorang menolak menambal giginya tetapi minta langsung dicabut saja jika ada gigi yang berlubang; c) Kecenderungan untuk bertindak contohnya, seorang ibu yang tahu kalau gusi berdarah disebabkan oleh kekurangan vitamin C, akan memberi vitamin C pada anaknya setiap kali dia melihat gusi anaknya berdarah (Budiharto, 2010).

Terwujudnya tindakan perlu faktor lain diantaranya adanya fasilitas atau sarana prasarana. Tindakan dibedakan menjadi 3 tingkatan: a) Praktik terpimpin, apabila subjek atau seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntutan atau menggunakan panduan, misalnya seorang anak kecil menggosok gigi namun masih selalu diingatkan oleh ibunya; b) Praktik secara mekanisme, apabila subjek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis maka disebut praktik atau tindakan mekanis, misalnya seorang anak secara otomatis menggosok gigi setelah makan tanpa disuruh oleh ibunya; c) Adopsi adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang, misalnya menggosok gigi, bukan sekedar gosok gigi, melainkan dengan teknik-teknik yang benar (Budiharto, 2010).

3. Pelihara diri kesehatan gigi dan mulut

a. Pengertian pelihara diri

Pelihara diri atau self care dalam kesehatan adalah serangkaian tindakan yang dilakukan oleh seseorang untuk memelihara kesehatannya. Tindakan ini meliputi tindakan untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit dan mengobati penyakit secara sederhana (Depkes, 2012).

Pelihara diri dalam kesehatan merupakan usaha yang dilakukan seseorang untuk memelihara dan menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha-usaha untuk penyembuhan bilamana seseorang sakit (Notoatmojo, S, 2010).

b. Pengertian pelihara diri kesehatan gigi dan mulut

Pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut adalah suatu usaha untuk menjaga kesehatan gigi dan mulut agar tidak sakit dan usaha penyembuhan apabila sakit. Ada 4 faktor utama agar seseorang mau melakukan pemeliharaan kesehatan gigi, yaitu: 1) merasa mudah terserang penyakit gigi; 2) percaya bahwa penyakit gigi dapat dicegah; 3) pandangan bahwa penyakit gigi dapat berakibat fatal; 4) mampu menjangkau dan memanfaatkan fasilitas kesehatan (Budiharto, 2010).

Aktivitas pelihara diri kesehatan gigi dan mulut secara sederhana yang dianjurkan adalah: 1) sikat gigi setelah sarapan dan sebelum tidur malam; 2) gunakan sikat gigi yang berbulu halus dan pasta gigi yang berflouride; 3) mengurangi mengkonsumsi makanan yang

mengandung gula lengket; 4) mengkonsumsi buah-buahan berserat sebagai pencuci mulut (Ramadhan, 2010).

Pendapat serupa dikemukakan oleh Herijulianti, dkk. (2002) bahwa kegiatanelihara diri kesehatan gigi dan mulut meliputi: Pelaksanaan hygiene mulut, pelaksanaan hygiene mulut yang sederhana adalah dengan menyikat gigi. Menyikat gigi merupakan cara yang dianjurkan untuk membersihkan deposit lunak dan plak pada permukaan gigi. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam menyikat gigi antara lain: a) teknik menyikat gigi harus sederhana, tepat, efisien dan dapat membersihkan semua gigi dan gusi terutama daerah saku gusi interdental; b) cara menggosok gigi harus sistematis supaya tidak ada lagi gigi yang terlampaui; c) lamanya menyikat gigi dianjurkan umumnya 2 menit; dan d) supaya menyikat gigi lebih baik, dapat digunakan *disclosing solution* sebelum dan sesudah menyikat gigi (Sriyono, W. N, 2007).

Kebiasaan mengkonsumsi makanan yang tepat, kebiasaan mengkonsumsi buah dan sayuran berserat tinggi seperti apel, jeruk dan wortel sangat baik untuk gigi dan tubuh. Makanan berserat tinggi sebenarnya dapat berfungsi sebagai sikat gigi secara alamiah karena akan membersihkan gigi dan membuatnya terlihat lebih putih. Vitamin C dalam jeruk juga sangat diperlukan untuk menjaga kesehatan jaringan gusi (Ramadhan, 2010).

Meningkatnya konsumsi snek dan makanan cepat saji yang kebanyakan mengandung banyak gula, maka sering sulit bagi individu untuk menghindarkan konsumsi gula yang banyak. Hubungan antara DMF dengan memakan makanan antara waktu (ngemil), telah banyak dibuktikan. Langkah utama yang harus diambil oleh individu yaitu mengurangi insidensi karies dengan membatasi konsumsi makanan diantara waktu makan yang berupa snek, makanan bergula, roti dan cokelat (Sriyono, W. N, 2007).

Menghindari kebiasaan yang tidak baik untuk kesehatan gigi dan mulut, kebiasaan yang tidak baik seperti mengisap jempol, menggigit benda keras dan sebagainya, terkadang dapat menjadi hal yang biasa dan berlangsung sementara, namun ketika kebiasaan ini melewati toleransi fisik, sistem dapat menjadi rusak dan membahayakan kesehatan seseorang (Tarigan, R, 2013).

Anak-anak tanpa kebiasaan buruk rongga mulut memiliki prevalensi bruksisme yang lebih tinggi. Bruksisme ditandai dengan kontraksi otot dengan tekanan yang lebih besar dibanding biasanya dan menciptakan gesekan dan suara yang ribut ketika gigi saling mengasah selama tidur. Kebiasaan menggeretakan dan mengetukan gigi dapat membuat gigi patah atau gempil (Tarigan, R, 2013).

Menggunakan flour sesuai dengan yang dianjurkan, fluoride sering direkomendasikan sebagai pelindung terhadap lubang gigi. Manfaat flour dalam pencegahan karies gigi dapat diartikan sebagai efektivitas

flour dalam menurunkan angka karies gigi dengan konsentrasi/dosis flour yang tepat untuk digunakan (Sriyono, W. N, 2007).

Flouridasi pada air minum misalnya atau flouridasi bahan makanan lainnya seperti garam dapur ini adalah cara yang paling sesuai, sebab orang tidak perlu membuat satu kebiasaan khusus untuk melakukan pemberian flour pada gigi, sedangkan cara lain yakni cara perorangan seperti halnya dengan menggosok gigi memakai odol berflour, berkumur larutan flour (Machfoedz, I, 2005).

Sikap positif biasanya diperlukan untuk melakukannya secara disiplin, sementara itu cara pemberian flour ini juga bisa dilakukan dengan aplikasi langsung kepada lapisan email gigi dan ini dilakukan oleh dokter gigi atau perawat gigi, namun demikian cara yang paling mudah dan hasilnya memadai adalah cara pemberian flour pada air minum atau seperti yang kita sebutkan diatas, yakni *flouridasi* air minum (Machfoedz, I, 2005).

Pemeriksaan diri sendiri dan mencari pengobatan yang tepat sedini mungkin, pemeriksaan diri sendiri merupakan hal yang sangat penting untuk mengetahui masalah-masalah yang terjadi dirongga mulut seperti memeriksakan gigi secara rutin setiap 6 bulan sekali. Tujuannya adalah sebagai tindakan mencegah kerusakan gigi, penyakit gusi dan kelainan-kelainan yang beresiko bagi kesehatan gigi dan mulut dan pendeteksian awal gangguan-gangguan gigi dan mulut yang mungkin belum kita sadari (Ramadhan, 2010).

Mematuhi nasihat-nasihat dari tenaga profesional kesehatan, mematuhi nasihat atau saran yang diberikan oleh tenaga kesehatan penting untuk dilaksanakan sebab tujuan dari pemberian nasihat itu sendiri adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan gigi dan mulut. Nasihat tenaga profesional tersebut antara lain: menyikat gigi 2 kali sehari yaitu pagi setelah sarapan dan malam sebelum tidur, mengkonsumsi makanan yang menyehatkan seperti buah-buahan dan sayuran, mengurangi makan makanan yang manis dan lengket. Penggunaan pelapis gigi (*dental sealant*) sangat perlu untuk mencegah gigi berlubang dan biasanya diaplikasikan pada anak-anak saat gigi molarnya erupsi, aplikasi topikal flour, konseling diet, program kontrol plak dan tes aktivitas karies (Sriyono, W. N, 2007).

4. Status karies

a. Pengertian karies

Karies adalah penyakit jaringan gigi yang ditandai dengan kerusakan jaringan, dimulai dari permukaan gigi (ceruk, fisura dan daerah interproksimal) meluas kearah pulpa (Brauer). 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 ke pulpa. Karies disebabkan berbagai hal, diantaranya adalah karbohidrat, mikroorganisme dan air ludah, permukaan dan bentuk gigi (Kidd, E. A., & Bechal, S. J, 1992).

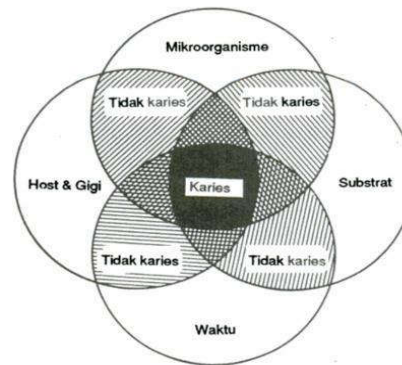
Karbohidrat yang tertinggal didalam mulut dan mikroorganismenya merupakan penyebab dari karies gigi, sementara penyebab karies gigi yang tidak langsung adalah permukaan dan bentuk dari gigi tersebut. Gigi dengan fisur yang dalam mengakibatkan sisa-sisa makanan mudah melekat dan bertahan, sehingga produksi asam oleh bakteri akan berlangsung dengan cepat dan menimbulkan karies gigi (Tarigan, R, 2103).

Karies merupakan suatu penyakit jaringan keras gigi yaitu email, dentin dan sementum yang disebabkan oleh aktivitas suatu jasad renik dalam suatu karbohidrat yang dapat diragikan, tandanya adalah adanya demineralisasi jaringan keras gigi yang kemudian diikuti oleh kerusakan bahan organikanya, akibatnya terjadi invasi bakteri dan kematian pulpa serta penyebaran infeksinya ke jaringan periapiks yang dapat menyebabkan nyeri (Kidd, E. A., & Bechal, S. J, 1992).

b. Etiologi karies

Jenis karbohidrat makanan ada beberapa macam, misalnya sukrosa dan glukosa dapat diragikan oleh bakteri tertentu dan membentuk asam sehingga pH plak akan menurun sampai dibawah 5 dalam tempo 1-3 menit. Penurunan pH yang berulang-ulang dalam waktu tertentu akan mengakibatkan demineralisasi permukaan gigi yang rentan dan proses karies pun dimulai (Kidd, E. A., & Bechal, S. J, 1992). Paduan faktor penyebab tersebut digambarkan sebagai

lingkaran yang bersitumpang (gambar 1) dan karies baru bisa terjadi hanya kalau faktor-faktor tersebut diatas ada.



Gambar 1. Faktor etiologi terjadinya karies
(Sumber: Chemiawan, 2011)

c. Bentuk-bentuk karies

Menurut Tarigan (2013) karies gigi terbagi menjadi beberapa bentuk, antara lain: berdasarkan cara meluasnya, karies gigi dibagi menjadi: a) Karies berpenetrasi yaitu karies yang meluas dari email ke dentin dalam bentuk kerucut. Perluasannya secara penetrasi, yaitu merembes ke arah dalam; b) Karies nonpenetrasi yaitu karies yang meluas dari email ke dentin dengan jalan meluas ke arah samping sehingga menyebabkan bentuk seperti pariuk.

Berdasarkan stadium karies, pada klasifikasi ini, karies dibagi menurut dalamnya: a) Karies superfisialis adalah karies baru mengenai email saja, sedang dentin belum terkena; b) Karies media adalah karies sudah mengenai dentin, tetapi belum melebihi setengah dentin; c) Karies profunda adalah karies sudah mengenai

lebih dari setengah dentin dan kadang-kadang sudah mengenai pulpa (Tarigan, R, 2013).

Berdasarkan lokasi karies, G.V. Black mengklasifikasi kavitas atas 5 bagian dan diberi tanda dengan nomor romawi, dimana kavitas diklasifikasi berdasarkan permukaan gigi yang terkena karies. Pembagian tersebut adalah: a) Klas I adalah karies yang terdapat pada bagian oklusal (ceruk dan fisura) dari gigi premolar dan molar (gigi posterior). Dapat juga terdapat pada gigi anterior di *foramen caecum*; b) Klas II adalah karies yang terdapat pada bagian aproksimal gigi-gigi molar atau premolar, yang umumnya meluas sampai ke bagian oklusal; c) Klas III adalah karies yang terdapat pada bagian aproksimal dari gigi depan, tetapi belum mencapai margo-insisialis (belum mencapai sepertiga insisal gigi); d) Klas IV adalah karies yang terdapat pada bagian aproksimal dari gigi-geligi depan dan sudah mencapai margo-insisialis (telah mencapai sepertiga insisal dari gigi); e) Klas V adalah karies yang terdapat pada bagian sepertiga leher dari gigi-geligi depan maupun gigi belakang pada permukaan labial, lingual, palatal, ataupun bukal dari gigi; f) Ada juga klas VI (*Simon*), yaitu karies yang terdapat pada tepi insisal dan tonjol oklusal pada gigi belakang yang disebabkan oleh abrasi, atrisi atau erosi.

Abrasi adalah keausan pada gigi yang terjadi selain dari pengunyahan normal. Atrisi adalah keadaan fisiologis pada

pengunyahan. Erosi adalah keausan gigi yang disebabkan oleh proses kimia (Tarigan, R, 2013).

Berdasarkan banyaknya permukaan gigi yang terkena karies, karies dibedakan menjadi: a) Karies simple adalah karies yang dijumpai pada satu permukaan saja, misalnya labial, bukal, mesial, distal dan oklusal; b) Karies kompleks adalah karies yang sudah luas dan mengenai lebih dari satu bidang permukaan gigi. Misalnya mesio-distoincisor, mesio-oklusal (Tarigan, R, 2013).

Berdasarkan keparahan, karies dibedakan menjadi: a) Karies insipient, mengenai kurang dari setengah ketebalan email; b) Karies moderat, mengenai lebih dari setengah ketebalan email, tetapi tidak mencapai pertemuan dentin-email; c) Karies lanjutan, mengenai pertemuan dentin-email dan kurang dari setengah jarak ke pulpa; d) Karies parah, mengenai lebih dari setengah jarak ke pulpa (Tarigan, R, 2013).

Berdasarkan WHO, klasifikasi ini didasarkan dari bentuk dan kedalaman lesi karies dan dibagi dalam 4 skala, yaitu: a) D1, secara klinis dideteksi lesi email; b) D2, kavitas pada email; c) D3, kavitas mengenai dentin; d) D4, lesi meluas ke pulpa (Tarigan, R, 2013).

d. Indeks DMF-T

1) Pengertian indeks DMF-T

Indeks DMF-T adalah indeks yang dipakai untuk mengukur pengalaman karies seseorang. Indeks DMF-T adalah

keadaan gigi geligi permanen seseorang yang pernah mengalami kerusakan, hilang dan perbaikan yang disebabkan oleh karies (WHO, 2013).

2) Penentuan skor DMF-T

Untuk pemeriksaan dilakukan dengan pemeriksaan sebagai berikut: D=*Decay*, yaitu: a) Gigi dengan karies yang masih bisa ditambal; b) Gigi dengan tambalan sementara; c) Gigi yang sudah ditambal tapi menunjukkan adanya proses karies (sekunder karies); d) Gigi dengan tambalan yang sudah hilang walaupun tanpa adanya karies, M=*Missing*, yaitu: a) Gigi tetap dengan karies yang tidak dapat ditambal lagi dan harus dicabut; b) Gigi yang sudah dicabut karena karies, F= *Filling*, yaitu: Gigi tetap dengan karies dan sudah ditambal dengan sempurna (WHO, 2013).

3) Penghitungan DMF-T

Jumlah keadaan gigi yang mengalami kerusakan, hilang dan perbaikan, pada gigi tetap yang disebabkan oleh karies. Rumus yang digunakan untuk menghitung DMF-T adalah $DMF-T = D + M + F$, untuk mendapatkan rata-rata DMF-T yaitu jumlah $D + M + F$ dibagi jumlah orang yang diperiksa (WHO, 2013).

Tabel 1. Kode Status Gigi Geligi dalam Menentukan Nilai DMF-T

Kondisi / Status	Kode	D/M/F
Sehat	0	-
Gigi dengan karies	1	D
Gigi dengan tumpatan dengan karies	2	D
Gigi dengan tumpatan tanpa karies	3	F
Gigi dicabut / telah dicabut karena karies	4	M
Gigi dicabut karena sebab lain, bukan karena karies	5	-
Fissure sealant	6	-
Bridge abutment, mahkota khusus, implant	7	-
Gigi belum erupsi / tidak tumbuh	8	-
Gigi tidak termasuk dengan kriteria diatas	9	-

(Sumber : WHO 2013)

Indeks karies gigi permanen meliputi kerusakan, pencabutan, dan penambalan, dimana setiap gigi hanya memperoleh satu skor D, M atau F, dilihat mana yang lebih parah. WHO menyatakan bahwa indeks DMF-T ≤ 1 gigi yaitu baik, dan indeks DMF-T > 1 gigi yaitu jelek (WHO, 2013).

Rumus yang digunakan untuk menghitung DMF-T yaitu dengan menjumlahkan angka *Decay*, *Missing*, *Filling*, kemudian untuk mendapatkan DMF-T rata-rata yaitu jumlah angka *Decay*, *Missing*, *Filling* dibagi dengan jumlah orang yang diperiksa. Kategori DMF-T menurut “*World Health Organization*” (WHO) yaitu sangat rendah (0,0-1,1), rendah (1,2-2,6), sedang (2,7-4,4), tinggi (4,5-6,5), sangat tinggi ($> 6,6$) (WHO, 2013).

5. Anak

Menurut pengetahuan umum, yang dimaksud dengan anak adalah seseorang yang lahir dari hubungan pria dan wanita, sedangkan yang diartikan dengan anak-anak atau *juvenale* adalah seseorang yang masih dibawah usia tertentu dan belum dewasa serta belum kawin. Pengertian dimaksud merupakan pengertian yang sering kali dijadikan pedoman dalam mengkaji berbagai persoalan tentang anak (UU No. 36, 2009).

Menurut UU No. 25 tahun 2014 pasal 1 dalam peraturan menteri ini yang dimaksud dengan: a) anak adalah seseorang yang sampai berusia 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan; b) anak usia sekolah adalah anak umur lebih dari 6 tahun sampai sebelum berusia 18 tahun; c) remaja adalah kelompok usia 10 tahun sampai berusia 18 tahun; d) anak dengan disabilitas adalah anak yang memiliki keterbatasan fisik, mental, intelektual atau sensorik dalam jangka waktu lama, yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dan sikap masyarakatnya dapat menemui hambatan yang menyulitkan untuk berpartisipasi penuh dan efektif berdasarkan kesamaan hak (UU No. 25, 2014).

6. Anak Tunagrahita

a. Pengertian anak tunagrahita

Anak tunagrahita merupakan suatu kondisi anak yang kecerdasannya jauh dibawah rata-rata yang ditandai oleh keterbelakangan intelegensi dan ketidakcakapan dalam komunikasi sosial, akibatnya anak berkebutuhan khusus tunagrahita ini sukar

untuk mengikuti pendidikan di sekolah biasa (Atmaja, J. R, 2018).

b. Klasifikasi tunagrahita

Tunagrahita digolongkan menjadi 3 golongan: tunagrahita ringan disebut juga *moron* atau debil. Skala binet mengemukakan bahwa kelompok ini memiliki IQ antara 52-68, sedangkan menurut *Skala Wescher (WISC)* memiliki IQ 55-69. Mereka masih dapat belajar membaca, menulis, dan berhitung sederhana, dengan bimbingan dan pendidikan yang baik, anak terbelakang mental ringan pada saatnya akan memperoleh penghasilan untuk diri sendiri (Soemantri, S, 2012).

Anak terbelakang mental ringan dapat dididik menjadi tenaga kerja semi-skilled seperti pekerjaan laundry, pertanian, peternakan, pekerjaan rumah tangga, bahkan jika dilatih dan dibimbing dengan baik anak tunagrahita ringan juga dapat bekerja dipabrik-pabrik. Pada umumnya pada anak tunagrahita ringan tidak mengalami gangguan fisik tampak seperti anak normal pada umumnya, disebabkan itu agak sukar membedakan secara fisik antara anak tunagrahita ringan dengan anak yang normal (Soemantri, S, 2012).

Tunagrahita sedang, golongan ini memiliki IQ 36-51, sesudah dewasa IQ mereka setara dengan anak-anak usia 4-7 tahun. Mereka dapat dididik mengurus diri sendiri, melindungi diri sendiri dari bahaya, seperti menghindari kebakaran, berjalan di jalan raya, berlindung dari hujan dan sebagainya (Soemantri, S, 2012).

Anak tunagrahita sedang sangat sulit bahkan tidak dapat belajar secara akademik seperti belajar menulis, membaca dan berhitung namun mereka secara sosial, seperti menulis nama sendiri, alamat rumahnya dan lain-lain. Anak tunagrahita sedang membutuhkan pengawasan dari ibu yang terus menerus (Soemantri, S, 2012).

Tunagrahita berat, kelompok anak tunagrahita berat sering disebut *idiot*. Kelompok ini dapat dibedakan antara anak tunagrahita berat dan sangat berat. Tunagrahita memiliki IQ 20-32 menurut Skala Binet dan menurut *Skala Wescler (WISC)* antara 25-39. Tunagrahita sangat berat memiliki IQ dibawah 19-24. Anak tunagrahita berat memerlukan bantuan perawatan secara total dalam hal berpakaian, mandi, makan dan lain-lain, bahkan mereka juga memerlukan perlindungan dari bahaya sepanjang menjalani hidupnya (Soemantri, S, 2012).

c. Karakteristik tunagrahita

Karakteristik anak tunagrahita dikelompokkan menjadi 4: karakteristik anak cacat mental *mild* (ringan) adalah mereka termasuk yang mampu didik, bila dilihat dari segi pendidikan, mereka tidak memperlihatkan kelainan fisik yang mencolok, walaupun perkembangan fisiknya sedikit agak lambat dari pada anak rata-rata (Atmaja, J. R, 2018).

Karakteristik anak cacat mental *moderate* (menengah) adalah mereka digolongkan sebagai anak yang mampu latih, di mana

mereka dapat dilatih untuk beberapa keterampilan tertentu, meskipun sering merespon lama terhadap pendidikan dan pelatihan. Mereka dapat dilatih untuk mengurus dirinya sendiri (Atmaja, J. R, 2018).

Karakteristik anak cacat mental *severe* adalah mereka memperlihatkan banyak masalah dan kesulitan, meskipun disekolah khusus, mereka membutuhkan perlindungan hidup dan pengawasan yang teliti, mereka juga membutuhkan pelayanan yang terus menerus, mereka tidak bisa mengurus diri sendiri tanpa bantuan orang lain meskipun tugas sederhana, mereka juga mengalami gangguan berbicara, mereka hanya bisa berkomunikasi secara vokal setelah pelatihan secara intensif. Tanda-tanda kelainan fisik lainnya lidah sering kali menjulur keluar, bersamaan dengan keluarnya air liur. Kepala sedikit membesar dari biasanya, kondisi fisik mereka lemah (Atmaja, J. R, 2018).

Karakteristik anak cacat mental *profound* mempunyai problem yang serius, baik menyangkut kondisi fisik, intelegensi serta program pendidikan yang tepat bagi mereka. Kelainan fisik lainnya dapat dilihat dari kepala yang lebih besar dan sering bergoyang-goyang. Penyesuaian dirinya sangat kurang dan bahkan sering kali meminta bantuan orang lain karena tidak dapat berdiri sendiri. Mereka membutuhkan bantuan medis yang baik dan intensif (Atmaja, J. R, 2018).

d. Etiologi anak tunagrahita

Etiologi anak tunagrahita disebabkan oleh: penyebab genetik dan kromosom, tunagrahita yang disebabkan oleh faktor genetik yang dikenal dengan *phenyketonuria*. *Phenyketonuria* merupakan suatu kondisi yang disebabkan oleh gen orang tua mengalami kurangnya produksi enzim yang memproses protein dalam tubuh sehingga terjadinya penumpukan asam *phenylpyruvic*. Penumpukan ini menyebabkan kerusakan otak. Faktor kromosom adalah *Down's syndrome* yang disebabkan adanya kromosom ekstra karena atas adanya perpindahan (Atmaja, J. R, 2018).

Penyebab pada kelahiran yang paling berbahaya adalah penyakit rubela (campak jerman) pada janin, infeksi penyakit *sifilis* juga salah satu penyebabnya, sebab lainnya yaitu alkohol dan obat-obatan ilegal yang dikonsumsi wanita hamil (Atmaja, J. R, 2018).

Penyebab pada saat kelahiran, kelahiran prematur, adanya masalah proses kelahiran seperti kekurangan oksigen, kelahiran yang dibantu dengan alat-alat kedokteran berisiko terhadap anak yang akan menimbulkan trauma pada kepala (Atmaja, J. R, 2018).

Penyebab selama masa perkembangan anak-anak dan remaja, anak tunagrahita yang terjadi pada masa kanak-kanak dan remaja adalah penyakit radang selaput otak *meningitis* dan radang otak *encephalitis* yang tidak tertangani dengan baik sehingga mengakibatkan kerusakan otak (Atmaja, J. R, 2018).

B. Landasan Teori

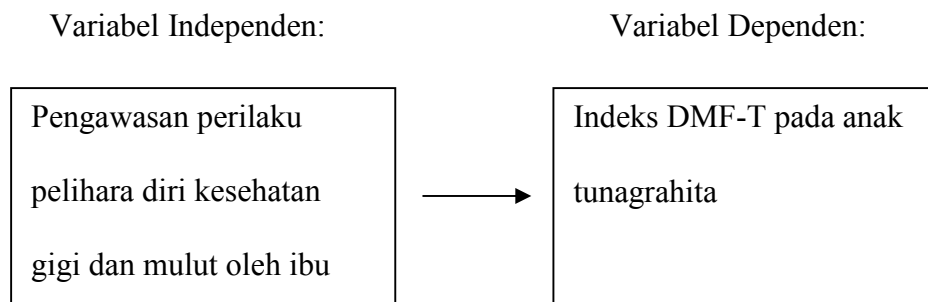
Pengawasan ibu dapat juga diartikan usaha ibu dalam memperhatikan pertumbuhan dan perkembangan anak, melalui bimbingan yang diberikan orang tua yaitu bisa berupa perilaku, dari perilaku anak ibu bisa mengawasi bagaimana perilaku pelihara diri anak, termasuk salah satunya adalah perilaku pelihara diri kesehatan gigi dan mulut. Pengawasan perilaku pelihara diri kesehatan gigi dan mulut oleh ibu juga sangat berperan penting untuk anak berkebutuhan khusus, salah satunya yaitu anak tunagrahita.

Pengawasan perilaku pelihara diri kesehatan gigi dan mulut oleh ibu ini apabila tidak bisa dilaksanakan semaksimal mungkin, bisa menyebabkan berbagai penyakit gigi dan mulut, salah satunya adalah karies.

Anak tunagrahita mempunyai potensi yang besar mempunyai masalah kesehatan gigi dan mulut, hal ini dipengaruhi oleh ketidakmandiriannya dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut, juga mempunyai rahang yang sukar untuk dibersihkan, sehingga menyebabkan penumpukkan plak yang bisa lama-kelamaan menyebabkan penyakit gigi dan mulut, salah satunya yaitu karies. Karies dapat diukur menggunakan indeks DMF-T.

C. Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka dan landasan teori diatas dapat disusun kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 2. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Berdasarkan uraian teori, landasan teori dan kerangka konsep dapat ditarik suatu hipotesis yaitu ada hubungan pengawasan perilaku pelihara diri kesehatan gigi dan mulut dengan indeks DMF-T pada anak tunagrahita.