

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Perilaku Kesehatan

a. Definisi Perilaku

Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2010).

b. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan pada hakekatnya adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit, penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Perilaku ini mempunyai respon terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan dan obat-obatan. Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelompok (Notoatmodjo, 2010) yaitu:

1) Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*)

Perilaku pemeliharaan kesehatan adalah usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit atau usaha untuk penyembuhan bila sakit. Perilaku pemeliharaan kesehatan terdiri dari tiga aspek, yaitu:

- a) Perilaku pencegahan penyakit dan penyembuhan bila sakit serta pemulihan kesehatan bila telah sembuh dari sakit.
 - b) Perilaku peningkatan kesehatan
 - c) Perilaku gizi
- 2) Perilaku pencarian dan penanganan sistem atau fasilitas
- Pelayanan kesehatan atau pencarian pengobatan (*health seeking behavior*), perilaku ini menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat sakit atau kecelakaan. Perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan ke luar negeri.
- 3) Perilaku kesehatan lingkungan
- Perilaku kesehatan lingkungan adalah cara seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatan.

Becker dalam Notoatmodjo (2010) mengklasifikasikan perilaku kesehatan menjadi tiga dimensi :

- 1) Pengetahuan kesehatan, pengetahuan tentang kesehatan mencakup apa yang diketahui oleh seseorang terhadap cara-cara memelihara kesehatan, seperti pengetahuan tentang penyakit menular, pengetahuan tentang faktor-faktor yang terkait dan atau mempengaruhi kesehatan, pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan, dan pengetahuan untuk menghindari kecelakaan.
 - 2) Sikap
- Sikap terhadap kesehatan adalah pendapat atau penilaian seseorang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan, seperti

sikap terhadap penyakit menular dan tidak menular, sikap terhadap faktor-faktor yang terkait dan atau memengaruhi kesehatan, sikap tentang fasilitas pelayanan kesehatan, dan sikap untuk menghindari kecelakaan.

3) Praktek Kesehatan

Praktek kesehatan untuk hidup sehat adalah semua kegiatan atau aktivitas orang dalam rangka memelihara kesehatan, seperti tindakan terhadap penyakit menular dan tidak menular, tindakan terhadap faktor-faktor yang terkait dan atau mempengaruhi kesehatan, tindakan tentang fasilitas pelayanan kesehatan, dan tindakan untuk menghindari kecelakaan.

c. Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan

Menurut teori Lawrance Green (1980) dalam Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor (Notoatmodjo, 2010) yaitu:

1) Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan sebagainya.

2) Faktor pemungkin (*enabling factor*)

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat.

3) Faktor penguat (*reinforcing factor*)

Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas kesehatan, termasuk juga undang-undang, peraturan yang terkait dengan kesehatan.

d. Proses Perubahan Perilaku

Dalam penelitian Rogers mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadaptasi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan (Notoatmodjo, 2010) yaitu:

- 1) *Awareness* (kesadaran), yaitu orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek).
- 2) *Interest* (merasa senang), yaitu orang mulai tertarik terhadap stimulus atau obyek tersebut.
- 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden baik.
- 4) *Trial* (mencoba), yaitu orang telah mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki stimulus.
- 5) *Adaptation* (menerima), yaitu subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

e. Jenis-jenis Perilaku

Skinner dalam Notoatmodjo (2010) menjelaskan bahwa perilaku terjadi melalui proses adanya stimulasi terhadap organisme, kemudian organisme tersebut memberikan respon atas stimulus yang diperoleh.

Untuk itu Skinner membagi dua jenis perilaku berdasarkan respon terhadap stimulus-stimulus yang mungkin muncul antara lain:

1) Perilaku Tertutup (*Covert Behavior*)

Perilaku tertutup merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk perilaku tertutup (tidak terlihat/tidak nampak). Reaksi ini terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus.

2) Perilaku Terbuka (*Overt Behavior*)

Perilaku terbuka merupakan respon terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terlihat. Perilaku ini dapat diamati oleh orang lain dengan mudah.

f. Domain Perilaku

Menurut Blom dalam (Notoatmodjo, 2010) membagi domain perilaku menjadi 3 bentuk yaitu:

1) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, raba dan rasa. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*).

2) Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Batasan-batasan tersebut dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu dalam kehidupan sehari-hari yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial.

3) Keterampilan

Keterampilan merupakan tindakan akibat adanya suatu respon (Notoatmodjo, 2010). Keterampilan adalah tindakan peserta didik sehubungan dengan materi pendidikan yang di berikan.

g. Cara Pengukuran Perilaku

Pengukuran perilaku dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat/pernyataan responden terhadap suatu obyek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat responden (Azwar, 2013).

Penilaian perilaku dikatakan sesuai (positif) bila nilai mean hitung lebih besar dari nilai mean tabel. Sedangkan dikatakan tidak sesuai (negatif) bila nilai mean hitung lebih rendah dari nilai *mean* tabel.

2. Pengetahuan

a. Definisi

Pengetahuan adalah hasil tahu dari manusia dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui penginderaan manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan peraba. Sebagian besar pengetahuan itu diperoleh melalui mata dan telinga (Wawan dan Dewi, 2011).

b. Tingkatan Pengetahuan

Tingkatan pengetahuan menurut taksonomi Bloom dalam Wawan dan Dewi (2011) dibagi menjadi 6 dalam domain kognitif, meliputi :

- 1) Tahu, merupakan tingkat pengetahuan paling rendah. Tahu artinya dapat mengingat kembali suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Ukuran bahwa seseorang itu tahu, adalah ia dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan menyatakan.
- 2) Memahami, artinya kemampuan untuk memperjelas dan menginterpretasikan dengan benar tentang objek yang diketahui. Seseorang yang telah paham tentang sesuatu harus dapat menjelaskan, memberi contoh dan menyimpulkan.
- 3) Penerapan, yaitu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya.
- 4) Analisis, artinya kemampuan menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut.

- 5) Sintesis, artinya kemampuan menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru untuk menyusun suatu formulasi-formulasi. Ukuran kemampuan adalah ia dapat menyusun, meringkaskan, merencanakan, dan menyesuaikan atau rumusan yang telah ada.
- 6) Evaluasi, artinya kemampuan melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek atau materi. Penilaian-penilaian ini berdasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau kriteria-kriteria yang telah ada.

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Wawan dan Dewi (2011) faktor- faktor yang mempengaruhi pengetahuan, meliputi faktor internal dan eksternal.

1) Faktor internal

a) Minat

Minat diartikan sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu dengan adanya pengetahuan yang tinggi didukung minat yang cukup bagi seseorang sangatlah mungkin seseorang tersebut berperilaku sesuai dengan apa yang diinginkan.

b) Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan, atau sebagai cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi dapat dijadikan salah satu cara untuk memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali

pengalaman yang telah diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi pada masa lalu. Sesuatu yang pernah dialami seseorang akan menambah pengetahuan tentang sesuatu yang bersifat nonformal.

c) Usia

Semakin bertambahnya usia seseorang dapat berpengaruh pada bertambahnya pengetahuan yang telah diperolehnya, tetapi pada usia tertentu atau menjelang usia lanjut kemampuan untuk menerima atau mengingat suatu pengetahuan akan berkurang.

2) Faktor eksternal, meliputi:

a) Pendidikan

Merupakan upaya untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan. Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang kepada orang lain agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang maka makin mudah pula bagi mereka untuk menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang mereka miliki.

b) Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung.

c) Informasi

Orang yang memiliki sumber informasi yang lebih banyak akan memiliki pengetahuan yang lebih luas pula. Salah satu sumber informasi yang berperan penting bagi pengetahuan adalah media masa.

d) Lingkungan budaya

Dalam hal ini faktor keturunan dan bagaimana orangtua mendidik sejak kecil mendasari pengetahuan yang dimiliki oleh remaja dalam berfikir selama jenjang hidupnya.

e) Sosial ekonomi

Tingkat sosial ekonomi yang rendah menyebabkan keterbatasan biaya untuk menempuh pendidikan, sehingga pengetahuannya pun menjadi rendah. Keluarga dengan status sosial ekonomi tinggi lebih baik dan mudah tercukupi dibandingkan dengan keluarga dengan status sosial ekonomi rendah, hal ini akan mempengaruhi kebutuhan akan informasi termasuk kebutuhan sekunder, sehingga tingkat pengetahuannya pun menjadi terbatas.

d. Cara Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan cara wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan - tingkatan pengetahuan (Wawan dan Dewi, 2011).

Menurut Arikunto (2010), pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

- 1) Baik : Jika hasil 76% - 100%
- 2) Cukup : Jika hasil 56% - 75%
- 3) Kurang : Jika hasil < 56%.

e. Pengetahuan tentang Sikat Gigi

Tujuan kesehatan gigi adalah menghilangkan plak secara teratur dan mencegah agar plak tidak tertimbun dan lama kelamaan menyebabkan kerusakan pada jaringan gigi dan periodontal. Plak tidak dapat dihilangkan hanya berkumur-kumur dengan air, untuk menghilangkan plak perlu dilakukan tindakan menyikat gigi. Oleh karena itu perlu diperhatikan metode penyikatan dan sikat gigi yang digunakan (Asadoorian, 2006).

Menurut Dewi (2003) macam variasi sikat gigi yaitu ada dua :

- 1) Berdasarkan cara menggerakannya: sikat gigi manual dan sikat gigi elektrik
- 2) Berdasarkan fungsinya yaitu sikat gigi untuk pemeliharaan kesehatan gigi sehari-hari, sikat gigi pemakai piranti ortodonti cekat, sikat gigi pemakai gigi tiruan sebagian jembatan dan sikat gigi untuk perawatan periodonsia.

Syarat desain sikat gigi ideal menurut Dewi (2003) dan Putri *et al* (2010) yaitu:

- 1) Tangkai, nyaman dipegang dan stabil, pegangan sikat cukup lebar dan cukup tebal.

- 2) Kepala sikat, jangan terlalu besar, ukuran maksimal (25-29 mm x 10 mm); anak-anak (15 – 24 mm x 8 mm), dan balita (18 mm x 7 mm).
- 3) Tekstur bulu sikat gigi, tidak merusak jaringan lunak dan jaringan keras rongga mulut. Kekakuan bergantung diameter dan panjang filament serta elastisitasnya (*hard/medium/soft*).

Menurut Budha (2014)) desain bulu sikat gigi yaitu:

- 1) Jenis bulu sikat : (1) alami, misalnya bulu babi & lunak, elastisitas cepat hilang, (2) serat *artificial (nlon)*; dan (3) PBT (*polybutilene terephthalate*)
- 2) Terdiri dari 1600 bulu, panjang 11 mm, diameter 0,008 mm tersusun menjadi 40 rangkaian bulu dalam 3 atau 4 deretan.
- 3) Diameter bulu sikat: 0,2 mm (*soft brushes*), 0,3 mm (*medium brushes*), dan 0,4 mm (*hard brushes*).

Permukaan bulu sikat gigi yaitu:

- 1) Bentuk datar, cekung, cembung dan zig-zag, berujung rucing, bentuk V, saling silang (*exceed*) dan *progressive*.
- 2) Rumpun bulu sikat gigi (*tufted*), rumpun tunggal (*single tufted*) dan rumpun banyak (*multiple tufted*).

Menurut Hamsar (2005) desain Kepala Sikat Gigi:

- 1) Bentuk kepala sikat gigi ada 4 yaitu: segi empat, oval, segitiga dan trapezium.
- 2) Bentuk kepala sikat gigi yang baik adalah yang berbentuk segiempat dan bulat. Bulat dapat memberikan kenyamanan dan kemudahan menjangkau gigi posterior.

Menurut Putri (2010) sikat gigi anak-anak dan dewasa berbeda, jadi dianjurkan untuk tiap individu memiliki sikat gigi masing-masing. Sikat gigi perlu diganti secara periodic kurang lebih 3 bulan sekali. Sikat gigi yang perlu diganti adalah sikat gigi yang bulunya sudah tidak teratur lagi.

3. Kesehatan Gigi

a. Definisi Kesehatan Gigi

Kesehatan gigi merupakan bagian yang tidak bisa dipisahkan dari kesehatan tubuh secara keseluruhan. Saat ini masalah kesehatan gigi masih menjadi prioritas kedua terutama bagi masyarakat Indonesia. Padahal dari sakit gigi yang tampaknya sepele, bisa menjadi pemicu timbulnya sejumlah penyakit berbahaya. Dari beberapa studi dilaporkan adanya hubungan antara penyakit gigi dengan penyakit jantung koroner, aterosklerosis, pneumonia, diabetes dan kelahiran prematur. Bahkan, penyakit gigi juga pernah dilaporkan bisa menyebabkan kematian. Informasi statistik rumah sakit di Indonesia pada tahun 2005 menunjukkan bahwa penyakit gigi kronis seperti penyakit pulpa dan periodontal termasuk dalam urutan ke-24 dari 50 peringkat utama penyebab kematian di rumah sakit (PDGI, 2009).

b. Anatomi dan Fisiologi Gigi

Gigi tersusun dalam kantong-kantong (alveoli) pada mandibula, gigi tertanam di dalam tulang rahang bawah dan rahang atas dan tersusun dalam dua lengkungan, lengkungan atas lebih besar dari lengkungan bawah sehingga kedudukan gigi bawah agak dilampaui oleh gigi atas.

Manusia memiliki dua macam susunan gigi yaitu gigi primer (desidua, susu) dan gigi sekunder (permanen) (Snell, 2006).

1) Gigi primer

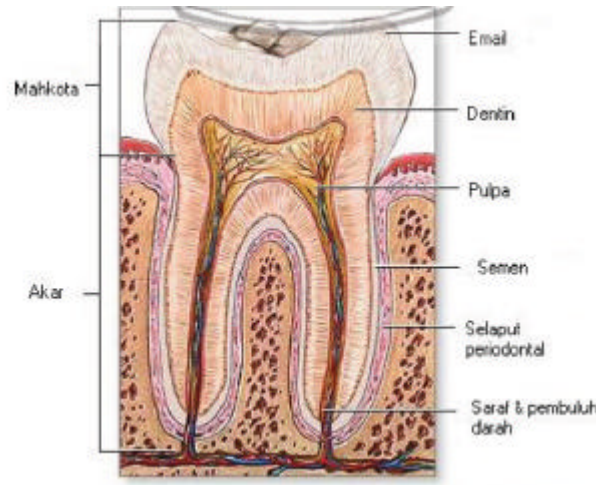
Anak-anak terdapat gigi primer (gigi susu dan gigi desidua) dengan jumlah 20 dimana pada setiap setengah rahang terdapat 5 buah gigi, yaitu 2 gigi seri (*insisivus*), 1 taring (*caninus*), 2 geraham (*molar*). Erupsi gigi primer yang pertama dimulai pada umur 6 bulan sampai 12 – 13 tahun dan diganti oleh gigi tetap (permanen, dewasa).

2) Gigi sekunder

Gigi tetap berjumlah 32, pada setiap setengah rahang terdapat 8 buah gigi, yaitu 2 gigi insisivus, 1 kaninus, dan 2 premolar yang menggantikan kedua molar gigi susu dan tambahan 3 molar (M3) lagi di bagian posteriornya. Molar tetap pertama muncul di belakang gigi molar primer terakhir pada 6 tahun disusul dengan molar berikutnya tiap 6 tahun, sehingga pergantian gigi akan selesai dengan tumbuhnya gigi bungsu 3 molar (M3) tetap pada usia sekitar 18 tahun. Karena harus menunggu terlalu lama 3 molar (M3) ini sering terperangkap dalam rahang bentuk gigi berbeda-beda sesuai dengan fungsinya.

Gigi serinya (tengah, lateral) untuk memotong, gigi taring yang runcing untuk menahan dan merobek makanan dan geraham (*molar*) untuk menghaluskan makanan, sehingga permukaan mempunyai beberapa tonjolan. Gigi seri dan taring mempunyai 2 akar dan molar

atas mempunyai 3 akar dan tidak dapat keluar karena gigi-gigi yang lain berdesakan di atasnya.



Gambar 2.1. Struktur Gigi
(Sumber: Snell, 2006)

Komponen gigi menurut Snell (2006) adalah:

- a) Mahkota gigi (mahkota klinis) yaitu bagian yang menonjol di atas gusi (*gingiva*), sedangkan mahkota anatomis adalah bagian gigi yang dilapisi email.
- b) Akar gigi yaitu bagian yang terpendam dalam alveolus pada tulang maksila atau mandibula.
- c) Leher gigi (*serviks*) yaitu tempat bertemunya mahkota dan akar gigi.

Aktivitas sangat tinggi selama pembentukan gigi dan berjalan terus-menerus dengan kecepatan rendah selama gigi hidup. Semua pembuluh darah pulpa berdinding tipis dan karena dindingnya bersifat kaku, maka jaringan pulpa peka terhadap perubahan tekanan hidrostatik misalnya radang ringan. Gusi bisa dikatakan sehat apabila tampak tanda-tanda sebagai berikut: warna merah muda, gusi melekat erat pada tulang

rahang, mempunyai bentuk seperti gigi pisau dan di sekitarnya seperti bulan sabit, tidak ada rasa sakit, tidak ada pendarahan dan tidak bengkak (Snell, 2006).

c. Pertumbuhan Gigi Pada Anak Usia Sekolah

Pertumbuhan gigi pada anak usia sekolah ditandai dengan tanggalnya gigi susu dan mulai tumbuhnya (erupsi) gigi tetap. Usia erupsi gigi tetap biasanya lebih bervariasi dibandingkan dengan gigi susu. Faktor seks dan rasial biasanya lebih berpengaruh misalnya pada anak wanita gigi erupsi lebih awal dibanding anak laki-laki; anak *caucasoid* erupsinya lebih lambat dibanding rasial bangsa lain.

Pada usia 6 tahun gigi geraham tetap pertama erupsi, anak memasuki periode gigi campuran sampai semua gigi susunya tanggal. Gigi seri rahang bawah dan rahang atas tanggal terlebih dahulu pada usia 6-8 tahun dan digantikan oleh gigi tetapnya. Sedangkan gigi taring tetap dan gigi premolar akan erupsi pada usia sekitar 9-12 tahun. Gigi tetap yang erupsi adalah gigi geraham tetap pertama. Erupsi di bagian belakang dari deretan gigi susu. Gigi tetap geraham pertama, kedua dan ketiga erupsi tanpa didahului oleh tanggalnya gigi susu dan tidak akan pernah diganti, diharapkan gigi ini bisa dipertahankan seumur hidup. Gigi tetap geraham pertama merupakan gigi yang terbesar dan sangat penting dalam menentukan lengkung rahang. Gigi tetap berikutnya yang akan erupsi adalah gigi seri bawah yang akan erupsi lebih ke lingual dari gigi susu yang akan tanggal. Gigi tetap sama dengan gigi susu, terbentuk

semasa di dalam rahim ibu. Bila gigi susu mengalami klasifikasi selama di dalam rahim, kalsifikasi gigi permanen terjadi setelah kelahiran. Gigi tetap yang mengalami kalsifikasi pertama adalah gigi geraham pertama. Kalsifikasi akan berlangsung terus sampai usia 8 tahun (tidak termasuk gigi geraham tetap ketiga (IDAI, 2002).

d. Penyakit Gigi Pada Anak Usia Sekolah

Perawatan gigi yang kurang dan tidak adekuat dapat menyebabkan gigi. Masalah yang biasa muncul pada anak-anak adalah gigi berlubang (karies), *maloklusi* dan penyakit *periodontal* (Schuurs (1992) dalam Dewanti, 2012)

1) Karies Gigi

Karies gigi atau yang lebih dikenal dengan gigi berlubang merupakan salah satu penyakit kronik yang paling sering mempengaruhi individu. Karies gigi pada anak usia sekolah memiliki prevalensi yang cukup tinggi dari tahun ke tahun. Karies merupakan penyakit multifaktorial yang melibatkan kerentanangigi, mikroflora kariogenik, dan lingkungan oral yang sesuai. Karies gigi dimulai dengan larutnya mineral email sebagai akibat terganggunya keseimbangan antara email dan sekelilingnya yang disebabkan oleh pembentukan asam mikrobial dari makanan yang tersisa di gigi dan menimbulkan destruksi komponen organik yang akhirnya terjadi kavitasi atau pembentukan lubang gigi (Schuurs, 1992). karies gigi merupakan penyakit yang paling banyak diderita anak-anak maupun orang dewasa. Anak usia 6 - 14 tahun merupakan kelompokusia kritis

terkena karies gigi karena terjadi transisi dari gigi susu ke gigi permanen.

2) Maloklusi

Maloklusi terjadi jika gigi rahang atas dan rahang bawah tidak dapat berhubungan atau bertemu dengan tepat. Hal ini menyebabkan proses mengunyah makanan menjadi kurang efektif dan menimbulkan efek yang kurang menyenangkan. Maloklusi gigi atau kelainan kontak pada gigi rahang atas dan bawah yang tidak diperbaiki dengan tepat dan sejak dini akan menyebabkan kelainan pada fungsi-fungsi lain. Jaringan penunjang gigi seperti gusi pun dapat rusak. Kondisi lebih berat akibat maloklusi adalah keruakan pada sendi temporo mandibula (sendi antara tulang rahang dan tulang wajah) yang bisa menimbulkan sakit kepala yang terus menerus atau masalah pencernaan (Potter dan Perry, 2005).

3) Penyakit Periodontal

Penyakit periodontal merupakan kondisi peradangan dan degeneratif yang mengenai gusi dan jaringan penyangga gigi. Penyakit ini disebabkan oleh respon imun, penyakit lain seperti diabetes, stres, mengkonsumsi obat (Carstensen, 2006). masalah yang sering muncul terkait periodontal adalah gingivitis (inflamasi ringan pada gusi) dan periodontitis (inflamasi gusi dan kehilangan jaringan ikat serta tulang yang menyokong struktur gigi) (Potter dan Perry, 2005). Gingivitis diakibatkan oleh peradangan reversibel yang dimulai pada sebagian anak usia dini yang berkaitan dengan pembentukan gigi.

Pembentukan plak gigi menyebabkan pelepasan eksotoksin destruktif dan enzim. Enzim inilah yang mengakibatkan gusi menjadi merah, bengkak, nyeri tekan dan mudah iritasi (Houwink, *et al* (1993) dalam Dewanti, 2012).

e. Perawatan Gigi

Perawatan gigi merupakan usaha penjagaan untuk mencegah kerusakan gigi dan penyakit gusi (Schuurs, 1992 dalam Dewanti, 2012). Perawatan gigi sangat penting dilakukan karena dapat menyebabkan rasa sakit pada anak, infeksi, bahkan malnutrisi. Houwink *et al* (1993) dalam Dewanti (2012) mengatakan bahwa perawatan gigi yang dapat dilakukan untuk mencegah masalah kesehatan gigi antara lain:

1) Menggosok gigi (*brushing*)

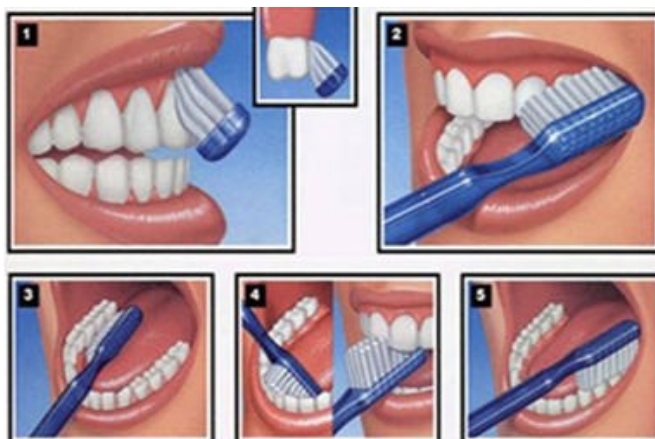
Menurut Pintauli dan Hamada (2008) menyikat gigi sebagai salah satu kebiasaan dalam upaya menjaga kesehatan gigi dan mulut. Berbagai teknik atau metode menyikat gigi yang pernah dianjurkan, antara lain *horizontal*, *vertical*, dan *roll*. Ketiga metode ini dianggap dapat membersihkan plak dengan baik terutama pada anak-anak pada masa sekolah. Menyikat gigi dengan menggunakan sikat gigi adalah bentuk penyingkiran plak secara mekanis. Faktor-faktor yang harus diperhatikan dalam menggosok gigi, yaitu:

a) Cara menggosok gigi yang benar

Berikut cara menggosok gigi yang benar dianjurkan:

(1) Berkumur terlebih dahulu dengan menggunakan air bersih

- (2) Berikan pasta gigi pada sikat gigi sesuai aturan yang sudah disesuaikan dengan usia
- (3) Letakkan posisi sikat gigi 45 derajat terhadap gusi
- (4) Gerakan sikat gigi dari arah gusi ke bawah untuk rahang atas dan arah gusi keatas untuk rahang bawah atau gerakan vertikal.
- (5) Gosok gigi seluruh permukaan lidah dan pipi serta permukaan dalam dan luar gigi dengan cara tersebut.
- (6) Gosok permukaan kunyah gigi dari arah belakang ke depan atau gerakan horisontal.
- (7) Gosok permukaan gigi depan dan samping kanan serta kiri dengan gerakan memutar.
- (8) Setelah selesai menyikat gigi bersihkan dan kumur mulut dengan bersih menggunakan air bersih.
- (9) Gunakan sikat gigi dengan bulu sikat gigi yang lembut.



Gambar 2.2 Cara Menyikat Gigi yang Benar
Sumber: Houwink *et al* (1993) dalam Dewanti (2012)

b) Pemilihan sikat yang benar

Untuk anak usia sekolah sikat gigi yang baik adalah sikat gigi dengan bulu halus yang terbuat dari nilon dengan panjang sekitar 21 cm (Potter & Perry, 2005). Fitriana (2006) menambahkan bahwa jika menggunakan jenis sikat gigi yang memiliki penutup kepala sikat, pastikan penutup sikat memiliki lubang ventilasi udara. Dengan demikian proses tumbuhnya bakteri akibat tingkat kelembaban tinggi di kepala sikat dapat dihindari. Setelah menyikat gigi maka sikat gigi harus dicuci bersih, kemudian digantung dengan kepala di bawah. Bila ditaruh maka air tidak segera kering dan kuman yang tinggal akan segera berkembang biak. Tetapi dengan digantung sikat gigi akan segera kering dan bersih dari kuman.

c) Frekuensi menggosok gigi

Menggosok gigi sedikitnya empat kali sehari (setelah makan, dan sebelum tidur). Hal itu merupakan dasar untuk program *oral hygiene* yang efektif. Menggosok gigi sebelum tidur sangat penting karena saat tidur terjadi interaksi antara bakteri mulut dengan sisa makanan pada gigi (Hockenberry & Wilson, 2007). Potter & Perry (2005) menambahkan bahwa sebaiknya sikat gigi menggunakan odol yang mengandung fluor yang dapat menguatkan email. Batas pemakaian sebuah sikat gigi adalah 3 bulan, jika digunakan lebih dari tempo yang ditentukan, maka berpotensi untuk melukai gusi ketika proses penyikatan

berlangsung. Hindari pula meminjamkan sikat gigi ke orang lain demi menghindari terjadinya infeksi akibat kuman dan bakteri yang terbawa.

2) Pemeriksaan Gigi ke Dokter Gigi

Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) Tahun 2006 mengatakan pemeriksaan gigi ke dokter gigi masih minim dilakukan pada masyarakat Indonesia. Padahal apabila sejak dini anak diajarkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan gigi secara rutin, maka angka kejadian karies gigi akan berkurang. Pemeriksaan secara rutin 6 bulan sekali telah dicanangkan oleh pemerintah. Pemeriksaan ini sangat dianjurkan pada anak usia sekolah, karena pada anak usia sekolah mengalami pergantian dari gigi susu menjadi gigi permanen. Usaha lain yang dilakukan pemerintah dalam menangani masalah kesehatan gigi adalah dengan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKSG). UKSG ini merupakan bagian integral dari Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang melakukan pelayanan kesehatan gigi dan mulut secara terencana (Dewanti, 2012).

3) Mengatur Makanan

Anak usia sekolah sering mengonsumsi makanan manis seperti coklat, permen, kue dan lain sebagainya. Makanan manis mengandung larutan gula yang memiliki konsentrasi tinggi. Larutan tersebut dapat menembus plak gigi dan dimetabolisasi untuk menghasilkan asam sebelum dinetralisasi oleh saliva. Konsumsi makanan tersebut apabila tidak terkontrol dengan perawatan gigi yang

benar akan berisiko terkena karies gigi. Oleh karena itu pada anak usia sekolah dianjurkan diet rendah gula dan tinggi nutrisi serta memperhatikan perawatan gigi lainnya (Potter & Perry, 2005). Sukrosa yang berlebih dapat mengakibatkan pH dari plak gigi akan turun dari 6,5 menjadi 5,0. Penurunan pH tersebut menyebabkan demineralisasi dari lapisan email gigi. Oleh karena itu seseorang yang sering mengkonsumsi makanan mengandung sukrosa, semakin lama keadaan pH asam bertahan dalam rongga mulut. Sumber makanan yang dapat sebagai penguat gigi adalah makanan yang mengandung tinggi kalsium. Menurut Gupte (1991) vitamin C dan D berfungsi untuk pembentukan gigi. Kalsium mendukung struktur tulang dan gigi, sedangkan vitamin D meningkatkan penyerapan kalsium dan pertumbuhan tulang. Makanan yang mengandung kalsium tinggi seperti susu, keju, yogurt, sayur mayur, buah-buahan telur, dan lain sebagainya.

4) Penggunaan *Flouride*

Flouride dibutuhkan gigi untuk menjaga gigi dari kerusakan, namun kadarnya harus diperhatikan. *Flouride* dapat menurunkan produksi asam dan meningkatkan pembentukan mineral pada dasar enamel (Potter & Perry, 2005). Pasta gigi yang sekarang beredar mengandung 0,15% *flouride* yang sebelumnya mengandung 0,10%. *Flouride* dapat ditemukan dalam berbagai bentuk. Di Indonesia beredar *flouride* dalam bentuk pasta gigi yang kadar *flouride*-nya sudah diatur. Berdasarkan standar SNI 16-4767-1998, pasta gigi anak

mengandung *flour* 500 – 1000 ppm. Penggunaan *fluoride* yang berlebihan dapat mengakibatkan perubahan warna pada enamel gigi (Potter & Perry, 2005).

5) Penggunaan Benang Gigi (*Flossing*)

Flossing membantu pencegahan karies gigi dengan menyingkirkan plak dan sisa makanan pada sela gigi. Waktu yang tepat untuk melakukan dental *flossing* adalah setelah menggosok gigi karena saat itu pasta gigi masih ada dalam mulut. Menurut *Colombia University of Dental Medicine* (2006) *Dental flossing* yang dilakukan setelah menggosok gigi akan membantu penyebaran pasta gigi ke sela-sela gigi. Sedangkan menurut Potter & Perry (2005) berpendapat bahwa *dental flossing* cukup dilakukan satu kali dalam sehari.

f. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perawatan Gigi

Secara nyata yang terjadi di tengah masyarakat Indonesia adalah masih buruknya pengetahuan terhadap kesehatan gigi dan mulut. Perawatan gigi pada anak dipengaruhi oleh faktor internal maupun eksternal. Menurut Bluum derajat kesehatan (sehat-sakit) seseorang sangat dipengaruhi oleh empat hal, yaitu lingkungan, kelengkapan, fasilitas kesehatan, perilaku dan genetika. Dari keempat faktor tersebut, perilaku merupakan factor terbesar yang mempengaruhi kesehatan seseorang. Perilaku yang terbentuk dipengaruhi oleh dua yaitu faktor internal (umur, pendidikan, jenis kelamin, pengetahuan, sikap dan berbagai factor lainnya) dan factor eksternal (budaya, nilai-nilai, sosial,

politik). Faktor internal sering juga disebut sebagai karakteristik personal. Hal ini membuktikan bahwa karakteristik personal sangat berpengaruh terhadap sehat sakitnya seseorang (Notoatmodjo, 2010).

Faktor-faktor internal yang mempengaruhi perawatan gigi antara lain:

1) Usia

Usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perawatan gigi pada anak. Semakin bertambah usia seseorang maka berbanding lurus dengan pengetahuan yang dimiliki. Penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa prevalensi karies gigi meningkat sesuai bertambahnya usia. Pada usia 6 tahun prevalensi karies gigi sebesar 20%, kemudian mengalami peningkatan pada usia 14 tahun mencapai 97% (Hermawan, 2016).

2) Jenis kelamin

Jenis kelamin memiliki faktor yang mempengaruhi terhadap kejadian kerusakan gigi. Penelitian yang dilakukan Finn (1952) seperti yang dikutip Dewanti (2012) menyatakan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna pada anak laki-laki dan perempuan dengan prevalensi karies gigi. Anak perempuan memiliki prevalensi lebih tinggi dibandingkan dengan anak laki-laki. Hal ini disebabkan pertumbuhan gigi pada anak perempuan lebih awal daripada anak laki-laki sehingga masa terpapar dalam mulut lebih lama.

3) Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari diri sendiri maupun orang lain. Pengalaman yang diambil menjadikan seseorang dapat mengambil pelajaran dari kejadian-kejadian yang telah lalu sehingga mengantisipasi hal negatif terulang kembali di kemudian hari. Anak usia sekolah tidak akan mengonsumsi permen tanpa menggosok gigi setelahnya apabila ia belum memiliki atau melihat pengalaman orang lain. Ia akan mengantisipasi hal yang dapat terjadi apabila kegiatan tersebut dilakukan (Prasada, 2016).

4) Motivasi

Anak usia sekolah memiliki/tanggung jawab dalam melakukan sesuatu, namun anak sekolah memiliki motivasi rendah dalam memperhatikan penampilan dan bau mulut sampai mereka usia remaja (Hockenberry & Wilson, 2007).

Sedangkan faktor-faktor yang berasal dari eksternal antara lain orang tua, tingkat pendidikan, fasilitas, penghasilan dan sosial budaya:

1) Peran orang tua

Orang tua merupakan faktor penting pada perawatan kesehatan gigi anak. Orang tua menjadi contoh dalam melakukan promosi kesehatan gigi (Potter & Perry, 2005). Keberhasilan perawatan gigi pada anak dipengaruhi oleh peran orang tua dalam melakukan perawatan gigi. Orang tua yang menjadi teladan lebih efisien dibandingkan anak yang menggosok gigi tanpa contoh yang baik dari

orang tua (Potter & Perry, 2005). Mendampingi anak atau sama-sama menggosok gigi dengan anak. Memeriksa gigi anak secara rutin ke dokter gigi serta mengenalkan perawatan gigi pada anak sejak dini.

2) Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan merupakan dasar terbentuknya suatu perilaku. Seseorang dikatakan kurang pengetahuan apabila dalam suatu kondisi ia tidak mampu mengenal, menjelaskan, dan menganalisis suatu keadaan. Ketika seseorang berada pada tingkatan pengetahuan yang lebih tinggi, maka perhatian akan kesehatan gigi akan semakin tinggi. Begitu pula sebaliknya, ketika anak memiliki pengetahuan yang kurang, maka perhatian pada perawatan giginya juga rendah (Notoatmodjo, 2010).

3) Fasilitas

Fasilitas sebagai sebuah sarana informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang (Notoatmodjo, 2010).

4) Penghasilan

Penghasilan memang tidak memiliki pengaruh langsung terhadap pengetahuan, namun penghasilan ini erat hubungannya dengan ketersediaan fasilitas (Notoatmodjo, 2010). Orang tua yang berpenghasilan tinggi akan menyediakan fasilitas kesehatan yang lebih lengkap dibandingkan orang tua yang memiliki penghasilan rendah.

5) Sosial Budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi dan sikap seseorang terhadap sesuatu. Apabila dalam keluarga jarang melakkan kebiasaan menggosok gigi sebelum tidur, maka dapat berdampak pada kebiasaan dan perilaku anak yang mengikuti orang tuanya (Hermawan, 2016).

g. Karakteristik Gigi Anak Usia Sekolah

Secara fisiologis, gigi sulung atau gigi susu akan tanggal pada usia sekitar 6-7 tahun, dimana pada umur tersebut anak-anak rerata sudah berada dikelas 1 sekolah dasar. Gigi susu yang tanggal tersebut akan digantikan gigi tetap dengan urutan tumbuh, yaitu gigi seri bawah, gigi seri atas, gigi taring bawah, gigi geraham kecil bawah, gigi geraham kecil atas, gigi geraham besar bawah, gigi geraham besar atas, dan terakhir gigi taring atas. Sekitar usia 14-15 tahun, semua gigi susu telah tanggal dan semua gigi yang ada dalam mulut adalah gigi tetap. Satu hal yang perlu diketahui orang tua bahwa tumbuhnya gigi geraham besar bawah dan atas pertama itu tidak menggantikan gigi susu manapun. Gigi geraham ini tumbuh secara diam-diam. Karena karakteristik tumbuhnya yang diam-diam, biasanya gigi geraham ini rawan sekali terjadi kerusakan dan sering kali harus dikorbankan dengan cara dicabut (Pintauli dan Hamada, 2008).

Berhubungan dengan proses fisiologis bergantinya gigi susu menjadi gigi tetap yang berlangsung saat anak usia sekolah, maka diperlukan perhatian yang lebih dari orang tua dalam perawatan kesehatan gigi dan

mulut anaknya. Orang tua perlu mengajarkan cara gosok gigi yang benar, memfasilitasi perawatan gigi pada anak, memberikan makanan yang tepat dan bergizi, serta membawa anaknya melakukan pemeriksaan gigi ke dokter gigi minimal 6 bulan sekali. Apabila anak sudah dibiasakan melakukan perawatan gigi dan mulut yang baik dan benar sejak usia sekolah, maka diharapkan dapat terbentuk pola perilaku perawatan kesehatan gigi dan mulut yang baik dalam kehidupan anak (Suryawati, 2010).

3) Anak Usia Sekolah Dasar

Anak sekolah menurut definisi WHO (*World Health Organization*) yaitu golongan anak yang berusia antara 7-15 tahun, sedangkan di Indonesia lazimnya anak yang berusia 7-12 tahun (Dewanti, 2012). Menurut Wong (2009) anak usia sekolah dasar adalah anak yang berada pada usia-usia sekolah dasar. Masa usia sekolah sebagai masa kanak-kanak akhir yang berlangsung dari usia 6 hingga kira-kira usia 12 tahun. Karakteristik utama usia sekolah adalah mereka menampilkan perbedaan-perbedaan individual dalam banyak segi dan bidang, diantaranya perbedaan dalam intelegensi, kemampuan dalam kognitif dan bahasa, perkembangan kepribadian dan perkembangan fisik.

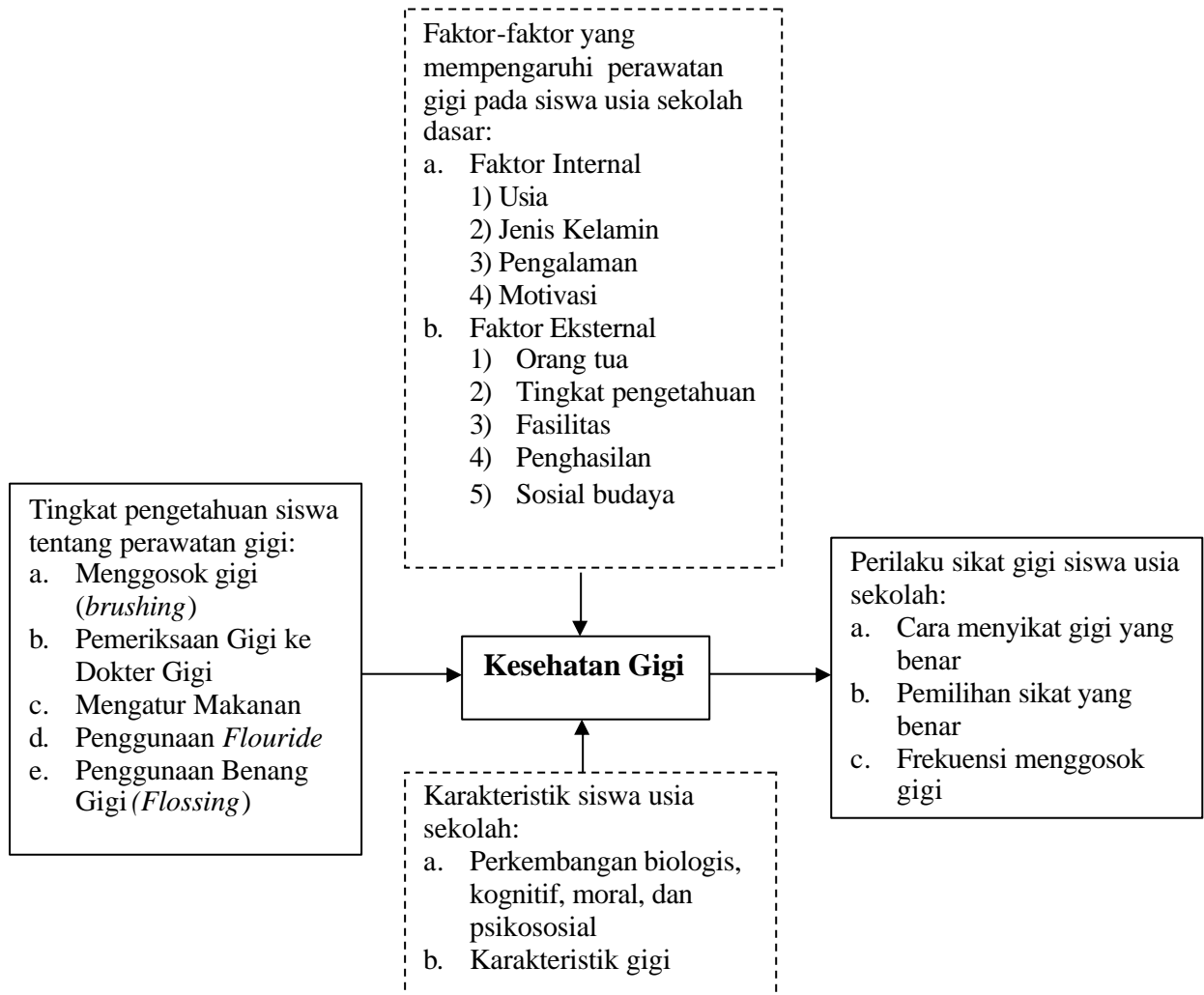
Usia sekolah dasar merupakan saat yang ideal untuk melatih kemampuan motorik seorang anak, termasuk di antaranya menyikat gigi. Potensi menyikat secara baik dan benar merupakan faktor yang cukup penting untuk pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut. Berhasilnya

pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut juga dipengaruhi oleh faktor penggunaan alat, metode penyikatan gigi, serta frekuensi dan waktu penyikatan yang tepat. Kelompok anak usia sekolah dasar ini termasuk kelompok rentan untuk terjadinya kasus kesehatan gigi dan mulut, sehingga perlu diwaspadai atau dikelola secara baik dan benar (Ilyas dan Putri, 2012). Oleh karena itu anak lebih dapat diajarkan cara memelihara kesehatan gigi dan mulut secara lebih rinci, sehingga akan menimbulkan rasa tanggung jawab akan kebersihan dirinya sendiri.

Kurangnya pengetahuan anak mengenai kesehatan gigi dibanding orang dewasa mempengaruhi mereka dalam menjaga kebersihan gigi, sedangkan pola makan yang dapat menyebabkan terjadinya karies gigi yaitu makanan yang mengandung gula (kariogenik) yang melekat di permukaan gigi. Pola makan makanan yang mengandung konsentrasi gula melebihi batas minimum, akan menghasilkan banyak asam. Patogenitas plak atau *Streptococcus mutans* merupakan mikroorganisme yang merubah gula menjadi asam, terjadi pembuatan polisakarida ekstraselluler yang menyebabkan asam melekat pada permukaan gigi, dan *Streptococcus mutans* mengurangi permeabilitas plak sehingga plak tidak mudah dinetralisir kembali. Sedangkan faktor kebiasaan menggosok gigi juga mempengaruhi terjadinya karies gigi karena perilaku menggosok gigi berpengaruh terhadap terjadinya karies. Hal ini berkaitan dengan proses terjadinya karies itu sendiri, di mana apabila sukrosa tinggal dalam waktu yang lama dalam mulut dan tidak segera dibersihkan akan menyebabkan kemungkinan terjadinya karies (Ghofur, 2012).

F. Kerangka Teori

Berdasarkan hasil uraian pada keaslian penelitian dan landasan teori di atas maka dapat disusun kerangka teori dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.



Gambar 2.3. Skema Kerangka Teori Penelitian

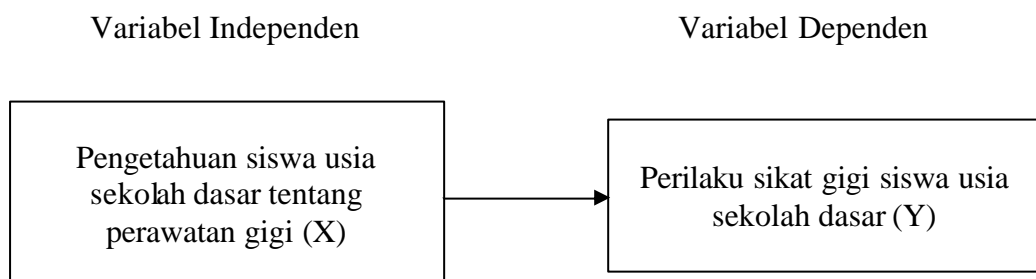
Sumber: Potter & Perry (2005); Hockenberry & Wilson (2007); Notoatmodjo (2010); Wawan dan Dewi (2011); Dewanti (2012)

———— = variabel yang diteliti

----- = variabel yang tidak diteliti

G. Kerangka Konsep

Sesuai dengan tujuan penelitian yang bersifat kuantitatif yaitu untuk mengidentifikasi adanya hubungan pengetahuan siswa tentang perawatan gigi dengan perilaku sikat gigi siswa. Dimana perilaku sikat gigi siswa sebagai variabel dependen sedangkan pengetahuan siswa tentang perawatan gigi sebagai variabel independen.



Gambar 2.4. Skema Kerangka Konsep Penelitian

H. Hipotesis

Berdasarkan rumusan masalah dan kerangka konsep di atas maka didapat hipotesis: “Ada hubungan antara pengetahuan siswa tentang perawatan gigi dengan perilaku sikat gigi siswa usia sekolah dasar”.