

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Pengetahuan

a. Definisi

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, hal ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia didapatkan melalui mata dan telinga (Ignatia, 2013).

Proses penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan dipengaruhi oleh intensitas perhatian terhadap objek. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam proses terbentuknya tindakan yang dilakukan oleh seseorang (Notoatmodjo, 2012).

b. Tingkat pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2007) pengetahuan yang dicakup di dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan, yaitu:

- 1) Tahu (*Know*) diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Terdapat beberapa kata kerja untuk mengukur orang mengetahui tentang apa yang telah dipelajari antara lain

- 2) menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.
- 3) Memahami (*Comprehension*) diartikan sebagai suatu kemampuan dalam menjelaskan secara benar mengenai objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus mampu menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya.
- 4) Aplikasi (*Application*) diartikan sebagai kemampuan dalam menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.
- 5) Analisis (*Analysis*) adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut, dan masih saling berkaitan satu sama lain. Kemampuan analisis dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti mampu menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.
- 6) Sintesis (*Synthesis*) merujuk kepada suatu kemampuan dalam meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dan

sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

- 7) Evaluasi (*Evaluation*) berkaitan dengan kemampuan dalam melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada sebelumnya.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan dari seseorang antara lain sebagai hal berikut:

- 1) Pengalaman, ialah suatu kejadian yang pernah dialami oleh seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang kurang baik akan berusaha untuk dilupakan oleh seseorang. Namun jika pengalaman terhadap objek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam emosi kejiwaannya dan berdampak pada terbentuknya sikap positif dalam kehidupannya (Notoatmodjo, 2007; Herijulianti dkk, 2001).
- 2) Tingkat pendidikan, dimana pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Tidak dipungkiri orang yang memiliki pengetahuan yang tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas serta lebih mudah menerma informasi. Sebaliknya jika seseorang yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih rendah maka

akan menghambat perkembangan sikap terhadap penerimaan informasi (Notoatmodjo, 2007; Dotado-maderazo dkk, 2014).

- 3) Sumber informasi, keterpaparan seseorang terhadap informasi mempengaruhi tingkat pengetahuannya. Sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, misalnya televisi, radio, koran, buku, majalah, dan internet (Notoatmodjo, 2007).
- 4) Pekerjaan, dalam lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung (Notoatmodjo, 2007; Herijulianti dkk, 2001).
- 5) Usia, dengan bertambahnya usia seseorang, maka akan terjadi perubahan pada aspek fisik maupun psikologis (mental). Pertumbuhan fisik secara garis besar dapat dikategorikan menjadi empat, yaitu : perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama, dan timbulnya ciri-ciri baru. Hal ini terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis atau mental taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa (Notoatmodjo, 2007; Herijulianti dkk, 2001).
- 6) Minat, merupakan suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam (Notoatmodjo, 2007; Dotado-maderazo dkk, 2014).

7) Kebudayaan lingkungan sekitar, kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan, maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan karena lingkungan sangat berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi atau sikap seseorang (Notoatmodjo, 2007, Herijulianti dkk, 2001).

d. Pengetahuan kesehatan gigi dan mulut

Pengetahuan kesehatan gigi dan mulut merupakan salah satu usaha dalam mencegah dan menanggulangi masalah kesehatan gigi melalui pendekatan pendidikan kesehatan gigi dan mulut. Pendidikan kesehatan gigi yang disampaikan diharapkan mampu mengubah perilaku kesehatan gigi individu atau masyarakat dari perilaku yang tidak sehat ke arah perilaku sehat (Ramadhan, 2016).

Pengetahuan kesehatan gigi dan mulut sebaiknya diberikan sejak usia dini, karena pada usia dini anak mulai mengerti akan pentingnya kesehatan serta larangan yang harus dihindari atau kebiasaan yang dapat mempengaruhi keadaan giginya. Pemberian pengetahuan kesehatan gigi dan mulut sebaiknya diberikan pada anak usia sekolah (Herijulianti dkk, 2001).

e. Pengukuran Pengetahuan

Bloom mengemukakan pengukuran dari pengetahuan dapat diketahui dengan cara menanyakan kepada seseorang agar ia mengungkapkan apa yang diketahui dalam bentuk bukti atau jawaban lisan maupun tertulis. Bukti atau jawaban tersebut yang merupakan reaksi dan stimulus yang diberikan baik dalam bentuk pertanyaan langsung ataupun tertulis. Pengukuran pengetahuan dapat berupa kuesioner atau wawancara (Notoatmodjo, 2007).

2. Kebersihan Rongga Mulut

a. Definisi Kebersihan rongga mulut

Kebersihan rongga mulut mempunyai dampak pada kesehatan mulut. Kebersihan mulut yang kurang terjaga dapat menyebabkan berbagai macam penyakit yang diakibatkan oleh akumulasi debris dan kalkulus (Tuhuteru, 2014).

b. Pengukuran status kebersihan rongga mulut

Status kebersihan rongga mulut seseorang dapat dinilai dengan melakukan pengukuran indeks kebersihan mulut. Indeks yang paling sering digunakan adalah *Oral Hygiene Indeks Simplified* (OHI-S) dari Green dan Vermilion (Tuhureru, 2014).

Pengukuran indeks OHI-S terdiri dari pengukuran skor debris dan pengukuran skor kalkulus. Tujuan penggunaan OHI-S ini adalah dengan mengembangkan suatu teknik pengukuran yang dapat dipergunakan untuk menilai kegiatan kesehatan gigi dari masyarakat, serta menilai efek

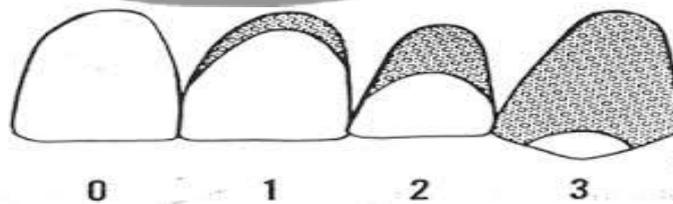
segera dan jangka panjang dari program pendidikan kesehatan gigi (Oktavilia dkk, 2014).

Mengukur kebersihan gigi dan mulut seseorang, Green and Vermilillion, memilih enam permukaan gigi indeks tertentu yang dapat mewakili segmen depan maupun belakang dari seluruh pemeriksaan gigi yang ada dalam rongga mulut. Gigi-gigi yang dipilih sebagai gigi indeks beserta permukaan indeks yang dianggap mewakili tiap segmen adalah (Putri dkk, 2009) :

Tabel 2.1 Segmen Gigi yang di Nilai Menurut Green and Vermilillion (Putri dkk, 2009)

Gigi 16 pada permukaan bukal
Gigi 11 pada permukaan labial
Gigi 26 pada permukaan bukal
Gigi 36 pada permukaan lingual
Gigi 31 pada permukaan bukal
Gigi 46 pada permukaan lingual

Mempermudah penilaian, permukaan gigi yang akan dinilai dapat dibagi dengan garis khayal menjadi 3 (tiga) bagian yang besarnya sama.



Gambar 2.1 Cara Penilaian Debris Menurut Green and Vermilillion

(Alhamda, 2011)

1) Menghitung Skor Debris

Oral debris adalah bahan lunak yang melekat pada permukaan gigi.

Dapat berupa plak, *material alba*, dan *food debris* (sisa makanan).

Kriteria skor debris:

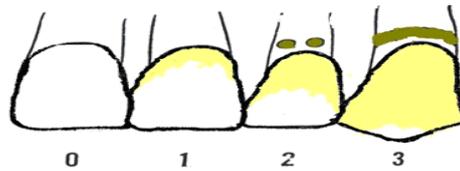
Tabel 2.2 Kriteria Skor Debris Green and Vermilillion (Putri dkk, 2009)

Skor	Kondisi
0	Tidak ada debris atau <i>stain</i>
1	debris yang menutupi tidak lebih dari 1/3 permukaan servikal gigi atau terdapat stain ekstrinsik di permukaan yang diperiksa
2	debris menutupi lebih dari 1/3 permukaan gigi namu kurang dari 2/3 permukaan yang diperiksa
3	debris menutupi lebih dari 2/3 permukaan yang diperiksa

Cara pengukuran debris dapat dengan cara gerakan sonde secara mendatar pada permukaan gigi, dengan demikian debris akan terbawa oleh sonde. Periksa gigi indeks mulai dengan menelusuri dari 1/3 bagian insisal atau oklusal, jika tidak ditemukan dilanjutkan pada permukaan 2/3 gigi, dan jika disini tidak dijumpai, teruskan sampai ke 1/3 bagian servikal (Notohartojo dan Andayasari, 2013).

2) Menghitung Skor Kalkulus

Kalkulus dikenal sebagai deposit keras yang terjadi karena pengendapan garam-garam anorganik yang mana komposisi utamanya adalah kalsium karbonat dan kalsium fosfat yang bercampur dengan debris, mikroorganisme, dan sel-sel epitel deskuamasi. Kalkulus berstruktur lebih padat dan tidak lunak seperti debris (Putri dkk, 2009).



Gambar 2.2 Cara Penilaian Kalkulus (Alhamda, 2011).

Kriteria skor kalkulus:

Tabel 2.3 Kriteria Skor Kalkulus Green and Vermillion
(Putri dkk, 2009)

Skor	Kondisi
0	Tidak ada kalkulus
1	Kalkulus supragingiva menutup tidak lebih dari 1/3 permukaan gigi yang diperiksa
2	Kalkulus supragingiva menutup lebih dari 1/3 tapi kurang dari 2/3 permukaan gigi yang diperiksa, atau ada bercak-bercak kalkulus subgingiva disekeliling servikal gigi
3	Kalkulus supragingiva menutup lebih dari 2/3 permukaan atau ada kalkulus subgingiva yang kontinu disekeliling servikal gigi

- 3) Menghitung skor indeks debris, skor indeks kalkulus, dan skor OHIS skor indeks debris maupun skor indeks kalkulus ditentukan dengan cara menjumlahkan seluruh skor yang didapatkan kemudian dibagi dengan jumlah segmen gigi yang diperiksa (Putri dkk, 2009).

Sedangkan skor OHIS adalah:

$$\text{OHI-S} = \text{Kalkulus Indeks (CI)} + \text{Debris Indeks (DI)}$$

- 4) Menentukan kriteria indeks debris, kalkulus, dan OHIS

Menurut Greene and Vermillion, kriteria penilaiannya mengikuti ketentuan sebagai berikut:

Baik	: jika nilai/skor antara 0-1,2
Cukup Baik	: jika nilai/skor antara 1,3-3,0
Buruk	: jika nilai/skor antara 3,1-6,0

(Putri dkk, 2009)

3. Karies Gigi

a. Definisi Karies gigi

Karies gigi adalah suatu penyakit jaringan karies yang ditandai dengan rusaknya email dan dentin yang disebabkan oleh aktivitas metabolisme bakteri dalam plak yang menyebabkan terjadinya demineralisasi akibat interaksi produk-produk mikroorganisme, saliva dan zat-zat yang berasal dari makanan (Ramayanti, 2013).

Gejala klinis penyakit ini yaitu terjadinya demineralisasi jaringan tersebut yang diikuti oleh kerusakan bahan organiknya, proses ini mengakibatkan invasi bakteri ke dalam pulpa. Bakteri-bakteri ini tidak hanya dapat mentoleransi lingkungan asam tetapi juga memproduksi rantai asam organik. Beberapa jenis karbohidrat dan makanan yaitu, sukrosa dan glukosa dapat diragikan oleh bakteri ini dan membentuk lingkungan asam ($\text{pH} < 5$) dalam rongga mulut dalam tempo 1-3 menit. Jika kondisi ini sering terjadi, dapat mengakibatkan demineralisasi dan jika tidak diimbangi oleh proses remineralisasi maka pada akhirnya menimbulkan karies gigi. Karies gigi bukan hanya pada permukaan email gigi tetapi, jika lebih ke dalam dapat mengenai dentin gigi maupun pulpa gigi. Jika proses karies telah mencapai pulpa gigi maka lama kelamaan

terjadi kematian pulpa, kemudian diikuti oleh kerusakan daerah apikal gigi, yang disebut periodontitis (Ilyas, 2011).

b. Etiologi

Karies terjadi oleh karena banyak faktor, 4 faktor utama terjadinya karies menurut (Kidd dkk, 2012) yaitu :

1) Faktor *Host* atau Tuan Rumah

Ada beberapa faktor yang dihubungkan dengan gigi sebagai tuan rumah terhadap karies yaitu faktor morfologi gigi (ukuran dan bentuk gigi), struktur enamel dan susunan gigi geligi. Bagian-bagian yang mudah diserang karies tersebut adalah:

- a) Pit dan fisur pada gigi posterior sangat rentan terhadap karies karena sisa-sisa makanan mudah menumpuk di daerah tersebut terutama pit dan fisur yang dalam.
- b) Permukaan halus didaerah aproksimal sedikit di bawah titik kontak.
- c) Email pada tepian di daerah servikal gigi sedikit di atas tepi gingiva.
- d) Permukaan akar yang terbuka yang merupakan daerah tempat melekatnya plak pada pasien dengan resesi gingiva karena penyakit periodontal.
- e) Tepi tumpatan terutama yang kurang baik perlekatannya.
- f) Permukaan gigi yang berdekatan dengan gigi tiruan dan jembatan.

2) Faktor *Agent* atau Mikroorganisme

Plak gigi memegang peranan penting dalam menyebabkan terjadinya karies. Plak adalah lapisan lunak yang berisi bakteri beserta produk-produknya yang terbentuk pada semua permukaan gigi. Bakteri yang paling banyak ditemukan adalah streptokokus. Organisme tersebut tumbuh, berkembang biak dan mengeluarkan gel ekstra-sel yang lengket dan akan menjerat berbagai bentuk bakteri yang lain. Dalam beberapa hari plak ini akan bertambah tebal dan terakumulasi oleh berbagai macam mikroorganisme.

3) Faktor *Substrat* atau Diet

Faktor substrat atau diet dapat mempengaruhi pembentukan plak karena dapat membantu perkembangbiakan dan peningkatan kolonisasi mikroorganisme yang ada pada permukaan enamel. Karbohidrat dapat menyediakan bahan-bahan yang diperlukan dalam memproduksi asam serta bahan lain yang aktif yang dapat menyebabkan timbulnya karies. Walaupun demikian, tidak semua karbohidrat sama derajat kariogeniknya. Karbohidrat yang kompleks misalnya pati, relatif tidak berbahaya karena tidak dicerna secara sempurna di dalam mulut, sedangkan karbohidrat dengan berat molekul yang rendah seperti gula akan mudah meresap ke dalam plak dan dimetabolisme dengan cepat oleh bakteri.

4) Faktor *Time* atau Waktu

Adanya kemampuan saliva dalam mendepositkan kembali mineral selama berlangsungnya proses karies, menandakan bahwa proses karies terdiri atas periode perusakan dan periode perbaikan yang saling berganti. Oleh karena saliva berada di rongga mulut, maka waktu yang dibutuhkan karies untuk menghancurkan gigi bukan dalam hitungan hari atau minggu, melainkan dalam kurun waktu bulan atau tahun.

Karies akan timbul jika keempat faktor penyebab tersebut bekerja secara bersamaan. Selain faktor langsung di dalam mulut yang berhubungan dengan terjadinya karies, terdapat pula faktor tidak langsung yang disebut risiko luar, antara lain usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tingkat ekonomi, lingkungan, sikap dan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan gigi dan mulut (Laelia, 2011).

c. Patofisiologi

Berdasarkan epidemiologi terjadinya karies, terdapat mekanisme terjadinya suatu karies seperti dijelaskan oleh (Ramayanti, 2013) yang menyatakan bahwa mekanisme terjadinya karies terdiri dari 3 teori, yaitu teori asidogenik, proteolitik dan *chemoparasitic* atau disebut juga dengan teori asidogenik.

1) Teori Asidogenik

Kerusakan gigi adalah proses kemoparasiter yang terdiri dari atas dua tahap, yaitu kalsifikasi email sehingga terjadi kerusakan total

pada email dan kalsifikasi dentin pada tahap awal diikuti oleh pelarutan residunya yang telah melunak.

2) Teori Proteolitik

Dalam teori ini mikroorganisme menginvasi jalan organik seperti lamella email dan sarung batang email (*enamel rodsheath*). Proteolisis juga disertai pembentukan asam. Pigmentasi kuning merupakan ciri karies yang disebabkan produksi pigmen oleh bakteri proteolitik.

3) Teori Proteolisis Kelasi

Teori ini menyatakan bahwa serangan bakteri pada email dimulai dari mikroorganisme yang keratinolitik dan terdiri atas perusakan protein dan komponen organik email lainnya, terutama keratin.

d. Pengukuran status karies gigi

Status karies gigi seseorang dapat dinilai dengan melakukan pengukuran indeks karies gigi. Indeks yang paling sering digunakan adalah *Decay Missing Filled-Teeth* (DMF-T). Indeks DMF-T adalah indeks untuk menilai status kesehatan gigi dan mulut dalam hal karies gigi permanen, yang merupakan angka menunjukkan jumlah gigi dengan karies pada seseorang atau sekelompok orang (Herijulianti dkk, 2001).

Indikator utama pengukuran DMF-T menurut WHO adalah pada anak usia 12 tahun, yang dinyatakan dengan indeks DMF-T yaitu ≤ 3 , yang berarti pada usia 12 tahun jumlah gigi yang telah 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).

Perhitungan DMF-T berdasarkan pada 28 gigi permanen, adapun yang tidak dihitung adalah sebagai berikut (Rochmawati, 2012):

- a. Gigi molar tiga.
- b. Gigi yang belum erupsi. Gigi disebut erupsi apabila ada bagian gigi yang menembus gusi baik itu erupsi awal (*clinical emergence*), erupsi sebagian (*partial eruption*), maupun erupsi penuh (*full eruption*).
- c. Gigi yang tidak ada karena kelainan kongenital dan gigi berlebih (*supernumerary teeth*).
- d. Gigi yang hilang bukan karena karies, seperti impaksi atau perawatan ortodontik.
- e. Gigi tiruan yang disebabkan trauma, estetik, dan jembatan.
- f. Gigi susu yang belum tanggal.

Angka DMF-T menggambarkan banyaknya karies yang diderita seseorang dari dulu sampai sekarang (Pintauli dan Hamada, 2008).

Dalam indeks DMF-T, ada beberapa hal yang harus diperhatikan:

- a. Semua gigi yang mengalami karies dimasukkan ke dalam kategori D.
- b. Karies sekunder yang terjadi pada gigi dengan tumpatan permanen dimasukkan dalam kategori D.
- c. Gigi dengan tumpatan sementara dimasukkan dalam kategori D.
- d. Semua gigi yang hilang atau dicabut karena karies dimasukkan dalam kategori M.

- e. Gigi yang dicabut akibat penyakit periodontal dan untuk kebutuhan perawatan ortodonti tidak dimasukkan dalam kategori M.
- f. Pencabutan normal selama masa pergantian gigi geligi tidak dimasukkan dalam kategori M.
- g. Semua gigi dengan tumpatan permanen dimasukkan dalam kategori F.
- h. Gigi yang sedang perawatan saluran akar dimasukkan dalam kategori F.

Nilai DMF-T adalah angka yang menunjukkan jumlah gigi dengan karies pada seseorang atau sekelompok orang. Angka D adalah gigi yang berlubang karena karies gigi, angka M adalah gigi yang telah dicabut karena karies gigi, angka F adalah gigi yang ditambal atau ditumpat karena karies dan dalam keadaan baik.

Nilai DMF-T adalah penjumlahan D+ M+F

$$\text{DMF-T rata-rata} = \frac{\text{Jumlah D} + \text{M} + \text{F}}{\text{Jumlah orang yang diperiksa}}$$

(Notohartojo dan Agtini, 2013).

Klasifikasi angka kejadian karies gigi (indeks DMF-T) menurut WHO, adalah sebagai berikut:

Tabel 2.4 Kriteria DMF-T menurut WHO (Depkes RI, 2000).

Nilai DMF-T	Kriteria
≤ 2	Baik
> 2	Buruk

4. Hubungan tingkat pengetahuan dengan status kebersihan rongga mulut

Selama dua dekade terakhir, peningkatan kerusakan gigi pada anak-anak dan remaja lebih banyak terjadi di negara berkembang dibandingkan dengan negara maju (Kamran dkk, 2014). Menurut teori Blum, status kesehatan gigi dan mulut seseorang dapat dipengaruhi oleh empat faktor yaitu keturunan, lingkungan (fisik maupun sosial budaya), perilaku dan pelayanan kesehatan (Nayoan, 2015). Faktor lain yang mempengaruhi kesehatan gigi dan mulut adalah status sosio-ekonomi, tingkat pendidikan dan situasi keluarga (Kirchhoff dan Filippi, 2015).

Pengetahuan yang baik tentang kesehatan gigi dan mulut akan memberikan pengaruh positif terhadap sikap dan tindakan pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut. Mengetahui prosedur pembersihan gigi dan mulut yang tepat merupakan dasar untuk menjaga kebersihan mulut. Kurangnya pengetahuan tentang pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut dapat mengakibatkan kesulitan menjaga kesehatan gigi dan mulut (Marimbun, 2016).

Perilaku kesehatan gigi meliputi pengetahuan, sikap, dan tindakan. Pengetahuan sendiri merupakan hasil pengindraan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya dan dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap suatu obyek (Notoatmodjo, 2005).

Seseorang dapat mengerti apabila di latar belakang oleh pengetahuan yang dimiliki. Pengetahuan merupakan ranah kognitif yang mempunyai

tingkatan, yaitu: tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi. Apabila materi atau objek yang ditangkap pancaindera adalah tentang gigi, gusi serta kesehatan gigi pada umumnya, pengetahuan yang diperoleh adalah mengenai gigi, gusi, serta kesehatan gigi (Budiharto 2008 dan Notoatmodjo, 2005).

Penelitian sebelumnya mengatakan, pengetahuan mengenai kesehatan gigi dan mulut sangat penting untuk terbentuknya tindakan menjaga kebersihan gigi dan mulut. Menjaga kebersihan gigi dan mulut pada usia sekolah merupakan salah satu cara dalam meningkatkan kesehatan pada usia dini. Hal ini terbukti, responden dengan tingkat pengetahuan yang baik maka semakin rendah skor OHIS dengan kata lain semakin baik status kebersihan rongga mulutnya. Sebaliknya, responden dengan tingkat pengetahuan yang buruk maka semakin tinggi skor OHIS dengan kata lain semakin buruk status kebersihan rongga mulutnya (Gede, 2013).

5. Hubungan tingkat pengetahuan dengan status karies gigi

Selama dua dekade terakhir, peningkatan kerusakan gigi pada anak-anak dan remaja lebih banyak terjadi di negara berkembang dibandingkan dengan negara maju (Kamran dkk, 2014). Menurut teori Blum, status kesehatan gigi dan mulut seseorang dapat dipengaruhi oleh empat faktor yaitu keturunan, lingkungan (fisik maupun sosial budaya), perilaku dan pelayanan kesehatan (Nayoan, 2015). Faktor lain yang mempengaruhi kesehatan gigi dan mulut adalah status sosio-ekonomi, tingkat pendidikan dan situasi keluarga (Kirchhoff dan Filippi, 2015).

Pengetahuan yang baik tentang kesehatan gigi dan mulut akan memberikan pengaruh positif terhadap sikap dan tindakan pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut. Mengetahui prosedur pembersihan gigi dan mulut yang tepat merupakan dasar untuk menjaga kebersihan mulut. Kurangnya pengetahuan tentang pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut dapat mengakibatkan kesulitan menjaga kesehatan gigi dan mulut (Marimbun, 2016).

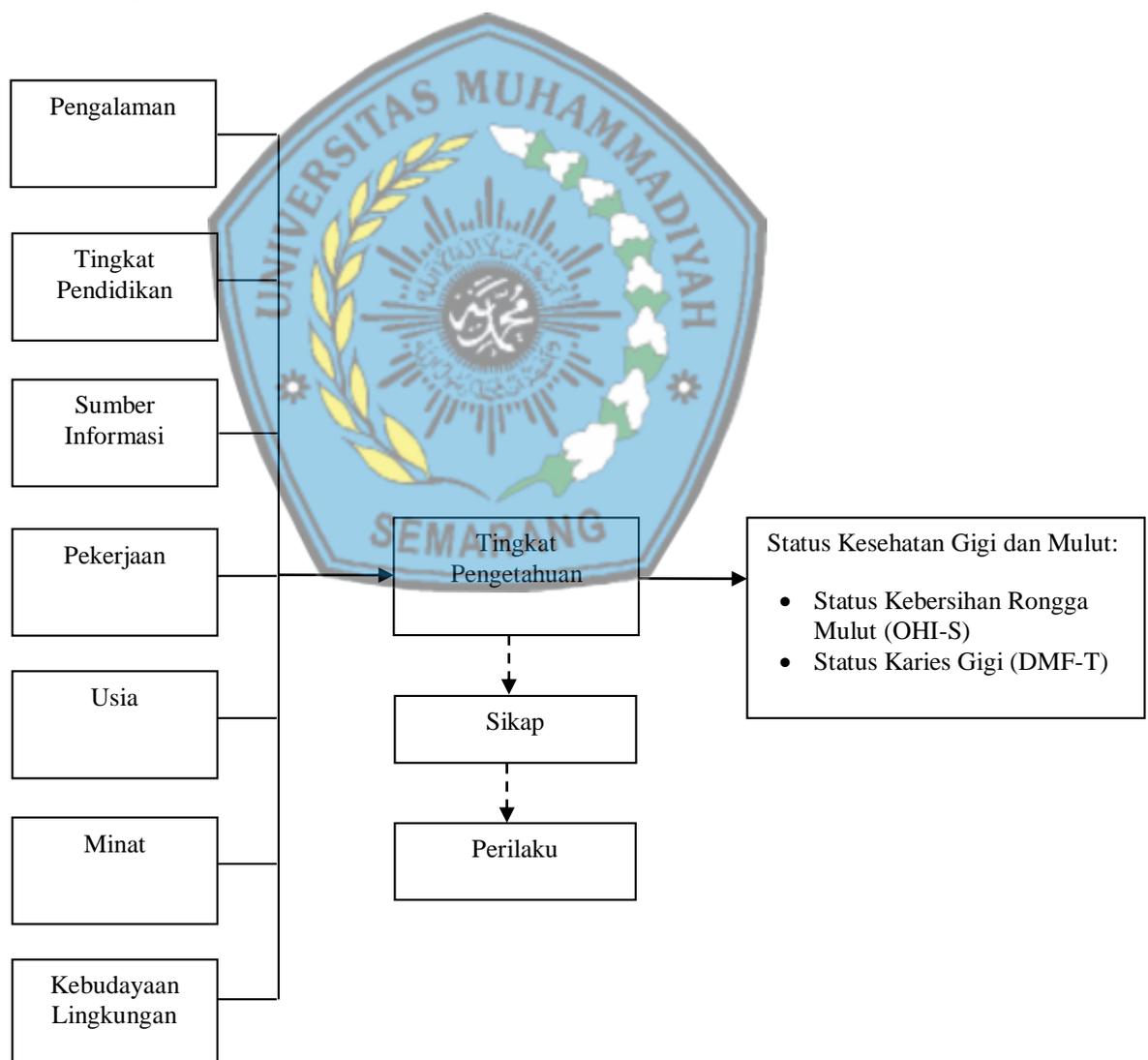
Intervensi pendidikan berdasarkan metode kap (*knowledge attitude-practice*) secara signifikan memperbaiki kesehatan gigi dan mulut dan menunjukkan hasil yang positif antara tingkat pengetahuan dengan angka karies yang terlihat (Kamran dkk, 2014). Penelitian yang berjudul analisis hubungan perilaku pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut terhadap Status Kesehatan Gigi dan Mulut Siswa SD dan SMP di Medan tahun 2010 menunjukkan bahwa siswa SD dan SMP yang mempunyai perilaku yang baik, mempunyai skor DMF-T dan OHI-S yang rendah (Pintauli, 2010).

Memiliki pengetahuan yang banyak sangat dibutuhkan dalam usaha pencegahan terjadinya masalah gigi dan mulut (Ramadhan, 2016). Masalah kesehatan gigi dan mulut yang paling sering ditemukan adalah karies dan penyakit periodontal. Penyakit tersebut disebabkan oleh plak yang melekat pada permukaan gigi dalam waktu tertentu yang nantinya akan menimbulkan masalah karies gigi maupun penyakit periodontal (Mon, 2013).

Penelitian sebelumnya mengatakan, pengetahuan mengenai kesehatan gigi dan mulut sangat penting untuk terbentuknya tindakan menjaga

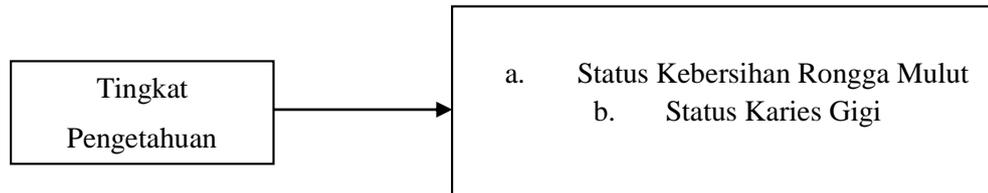
kebersihan gigi dan mulut. Menjaga kebersihan gigi dan mulut pada usia sekolah merupakan salah satu cara dalam meningkatkan kesehatan pada usia dini (Lintang dkk, 2015). Hal ini terbukti, responden dengan tingkat pengetahuan yang baik memiliki angka karies yang rendah. Sebaliknya, responden dengan tingkat pengetahuan yang buruk memiliki angka karies yang tinggi (Ramadhan dkk, 2016).

B. Kerangka Teori



Gambar 2.3. Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.4. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan kesehatan gigi dan mulut dengan status kebersihan rongga mulut dan status karies gigi pada siswa kelas IV sampai kelas VI SD Negeri Palebon 3 Semarang.

