

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan gigi dan mulut memegang peranan penting dalam kesehatan umum dan kualitas hidup. Keberadaan masalah seperti rasa sakit berkepanjangan di mulut atau wajah, infeksi, luka, kanker rongga mulut dan tenggorokan, penyakit gusi, atau kerusakan serta kehilangan gigi dapat mengganggu fungsi dasar seperti menggigit dan mengunyah serta aktivitas sosial seperti tersenyum dan berkomunikasi. Dampak-dampak tersebut juga berimplikasi pada kesejahteraan psikologis dan kemampuan individu untuk menjalani kehidupan sehari-hari secara optimal (Mariati dkk. 2024). Karies gigi adalah salah satu jenis masalah kesehatan gigi yang sangat sering terjadi dan dialami oleh hampir semua lapisan masyarakat di Indonesia. Salah satu golongan usia yang risiko mengalami masalah kesehatan gigi dan mulut adalah individu dalam kategori dewasa muda. Data terbaru menunjukkan masalah kesehatan gigi dan mulut yang buruk sangat umum terjadi di kalangan individu yang berusia antara 15 hingga 24 tahun dengan prevalensi sebesar 51,9% (Hastuti & Fatkhurrohman 2025). Pada pelayanan primer karies gigi menjadi 10 besar penyakit tersering yang dialami oleh masyarakat (Parmasari dkk. 2022).

Penyakit gigi dan mulut tidak memandang umur semua orang berpotensi untuk mengalaminya. Perilaku kesehatan yang tidak baik akan menjadi peluang seseorang mengalami karies gigi (Wowor, Bernadus, & Lumbangaol 2025). Karies didefinisikan sebagai gangguan gigi yang bersifat progresif dengan adanya demineralisasi oleh asam yang dihasilkan oleh bakteri (Syafriadah & Yasin 2024).

Oral hygiene adalah cara untuk menekan angka kejadian karies gigi. Dalam penerapannya, perlu adanya pengetahuan terkait pencegahan dan upaya menjaga kesehatan gigi dan mulut (Yunus dkk. 2025).

Beberapa faktor risiko karies gigi diantaranya ialah faktor lokal seperti pengalaman karies, *oral hygiene*, plak gigi, susunan gigi, kebiasaan konsumsi kariogenik, praktik sikat gigi dan faktor lainnya seperti seperti usia, jenis kelamin, ras dan budaya, merokok, status ekonomi, dan tingkat pendidikan (Jupriyanto & Markolinda 2023). Karies dapat terjadi bila ada faktor penyebab yang saling berhubungan dan mendukung, yaitu *host* (saliva dan gigi), mikroorganisme, substrat dan waktu (Bebe dkk. 2018).

Kesehatan gigi dan mulut juga ada hubungannya dengan perilaku seseorang dalam menjaga kesehatan (Skripsa, Unique, & Hermawati 2021). Perilaku merupakan hasil dari pengalaman serta interaksi manusia di lingkungan dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan (Istiqomah dkk. 2024). Pengetahuan merupakan bagian dari kognitif diperoleh dari proses sensoris baik pada mata maupun telinga terhadap suatu objek (Annisa dkk. 2024).

Secara medis, tuli, tuna rungu, atau gangguan pendengaran merupakan kondisi fisik yang ditandai dengan penurunan kemampuan atau bahkan ketidakmampuan seseorang dalam mendengar suara (Nofiaturrahmah 2018). Kesehatan gigi dan mulut pada bisu tuli membutuhkan penanganan yang lebih dibandingkan dari orang yang tidak berkebutuhan khusus. Penelitian yang dilakukan oleh Sainuddin dkk. (2023) menyatakan terdapat pengaruh antara pengetahuan tentang karies gigi dan angka karies gigi, responden yang memiliki pengetahuan baik tentang karies gigi berpeluang lebih besar untuk menghambat

terjadinya karies gigi. Individu dengan kebutuhan khusus memerlukan pendekatan pendidikan dan pelayanan kesehatan yang berbeda agar informasi yang diberikan dapat mudah dipahami. Secara umum, tingkat kesehatan gigi dan mulut pada kelompok ini masih tergolong rendah, baik pada laki-laki maupun perempuan (Anwar & Amaliah 2022). Pada penderita tuli-bisu, susunan gigi sering kali tidak teratur sehingga menjadi faktor predisposisi terjadinya penumpukan plak. Kondisi tersebut diperburuk oleh kesulitan dalam melakukan penyikatan gigi serta keterbatasan pengetahuan mengenai kesehatan gigi dan mulut. Rendahnya tingkat pengetahuan ini berdampak pada meningkatnya prevalensi karies, kalkulus, dan debris (Motto, Mintjelungan, & Shane 2017).

Komunitas *kolok* merupakan kelompok masyarakat dengan gangguan pendengaran dan bicara yang bersifat kongenital dan diturunkan secara genetik, seperti yang ditemukan di Desa Bengkala, Kabupaten Buleleng, Bali (Kurniati dkk. 2016). Kondisi ketulian ini menyebabkan keterbatasan dalam komunikasi verbal sehingga berdampak pada rendahnya akses terhadap informasi kesehatan, termasuk informasi mengenai kesehatan gigi dan mulut (Pratama dkk. 2023). Hambatan komunikasi menjadi faktor utama yang memengaruhi pemahaman komunitas *kolok* terhadap pentingnya pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut serta upaya pencegahan penyakit gigi, khususnya karies (Winata dkk. 2019).

Masalah kesehatan gigi dan mulut pada komunitas *kolok* umumnya lebih kompleks dibandingkan populasi umum (Ogli dkk. 2024). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa individu tuli-bisu memiliki tingkat kebersihan gigi dan mulut yang rendah, ditandai dengan tingginya indeks plak, kalkulus, debris, serta prevalensi karies gigi yang lebih tinggi (Goud dkk. 2021). Hal ini berkaitan dengan

keterbatasan dalam menerima edukasi kesehatan secara konvensional, rendahnya tingkat pengetahuan, serta keterbatasan keterampilan dalam melakukan perawatan gigi dan mulut secara mandiri (Motto, Mintjelungan, & Shane 2017).

Selain itu, susunan gigi yang tidak teratur, kebiasaan menyikat gigi yang tidak tepat, serta kurangnya kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan gigi turut memperburuk kondisi kesehatan gigi dan mulut pada komunitas *kolok* (Parameswari, Bahar, & Adiatman 2023). Kurangnya pendekatan edukasi yang sesuai dengan kebutuhan khusus, seperti penggunaan bahasa isyarat atau media visual, menyebabkan pesan kesehatan gigi dan mulut tidak tersampaikan secara optimal (Anwar & Amaliah 2022).

Rendahnya tingkat pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada komunitas *kolok* berimplikasi langsung terhadap tingginya angka kejadian karies gigi (Wei dkk. 2012). Pengetahuan yang terbatas mengenai etiologi karies, teknik menyikat gigi yang benar, serta pentingnya pemeriksaan gigi secara rutin menyebabkan perilaku pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut tidak terbentuk dengan baik (Angarita-Díaz dkk. 2024). Oleh karena itu, diperlukan pendekatan promotif dan preventif yang disesuaikan dengan karakteristik komunitas *kolok* agar derajat kesehatan gigi dan mulut dapat ditingkatkan secara optimal (Sainuddin dkk. 2023).

Perilaku komunitas *kolok* dalam memelihara kesehatan gigi dan mulut dapat dianalisis melalui kerangka *Health Belief Model* (HBM). Teori ini menjelaskan bahwa kecenderungan seseorang untuk mengadopsi perilaku sehat sangat dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap ancaman penyakit dan manfaat dari tindakan pencegahan (Champion & Skinner 2008). Seseorang akan terdorong untuk melakukan perawatan jika mereka merasa rentan terhadap karies (*perceived*

susceptibility) dan memahami bahwa karies dapat menimbulkan dampak serius bagi kualitas hidupnya (*perceived severity*). Namun, pada praktiknya motivasi tersebut sering kali terhambat oleh adanya hambatan yang dirasakan (*perceived barriers*) seperti biaya, jarak ke fasilitas kesehatan, hingga kesulitan komunikasi. Keberhasilan tindakan preventif juga sangat bergantung pada keyakinan individu akan manfaat dari tindakan tersebut (*perceived benefits*) serta adanya faktor pemicu (*cues to action*) seperti dorongan dari keluarga atau edukasi dari tenaga kesehatan (Champion & Skinner 2008). Bagi kelompok masyarakat dengan keterbatasan akses informasi, hambatan yang dirasakan sering kali lebih besar daripada persepsi manfaatnya sehingga perilaku preventif sulit terbentuk.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas dapat dirumuskan suatu masalah yaitu bagaimana gambaran pengetahuan dan perilaku pencegahan karies gigi pada komunitas *kolok* di Desa Bengkala, Kubutambahan, Buleleng, Bali.

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, tujuan dari penelitian ini, yaitu sebagai berikut:

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui pengetahuan dan perilaku pencegahan karies gigi pada komunitas *kolok* di Desa Bengkala, Kubutambahan, Buleleng, Bali.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a) Mengetahui gambaran pengetahuan pencegahan karies gigi pada komunitas *kolok* di Desa Bengkala, Kubutambahan, Buleleng, Bali

- b) Mengetahui gambaran perilaku pencegahan karies gigi pada komunitas *kolok* di Desa Bengkala, Kubutambahan, Buleleng, Bali

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat dari dilakukannya penelitian ini yaitu sebagai berikut:

1.4.1 Manfaat Akademik

Penelitian ini untuk menambah pengetahuan dalam bidang kedokteran gigi mengenai pengetahuan dan perilaku pencegahan karies gigi pada komunitas *kolok* di Desa Bengkala, Kubutambahan, Buleleng, Bali.

Penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar dalam penyusunan program edukasi kesehatan gigi yang sesuai dengan kebutuhan komunitas *kolok* di di Desa Bengkala, Kubutambahan, Buleleng, Bali.

1.4.2 Manfaat Praktis

Komunitas *kolok* di Desa Bengkala mendapat ilmu pengetahuan dan perilaku baru tentang pencegahan karies gigi, sehingga dapat menerapkan pengetahuan dan perilaku baru tersebut untuk mencegah terjadinya karies baru.

UNMAS DENPASAR

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Karies Gigi

2.1.1 Definisi Karies Gigi

Karies gigi adalah suatu kondisi yang mempengaruhi email, dentin, dan sementum gigi. Hal ini disebabkan oleh aksi mikroba dalam karbohidrat yang dapat difermentasi. Penyakit ini ditandai dengan demineralisasi jaringan keras gigi, yang diikuti dengan penghancuran bahan organik (Hadi dkk. 2021). Invasi bakteri, kematian pulpa, dan penyebaran infeksi ke jaringan periapikal terjadi sebagai akibatnya, yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan. Jika tidak diobati untuk jangka waktu tertentu, penyakit karies cenderung memburuk karena bersifat kumulatif dan progresif (Listriana, Zainur, & Hisata 2018). Karies gigi berkembang sebagai akibat dari adanya bakteri yang berkembang biak secara efektif di lingkungan yang kaya sukrosa seperti sisa makanan manis di antara gigi), menghasilkan plak pada gigi, menghasilkan asam yang dapat demineralisasi gigi, dan akhirnya menyebabkan gigi berlubang pada gigi (Sari & Waningsih 2018).

Proses terjadinya karies dimulai dengan adanya plak dipermukaan gigi. Plak terbentuk dari campuran bahan-bahan air ludah seperti mucus, sisa-sisa sel jaringan mulut, leukosit, agar cair yang lama kelamaan menjadi kental, tempat bertumbuhnya bakteri (Yu dkk. 2017). Selain karena adanya plak karies gigi juga disebabkan oleh sukrosa (gula) dari sisa makanan dan bakteri yang menempel pada waktu tertentu yang berubah menjadi asam laktat yang akan menurunkan pH mulut menjadi kritis (5,5) yang akan menyebabkan demineralisasi email yang berlanjut menjadi karies

gigi (Ramayanti & Purnakana 2013). Secara perlahan-lahan demineralisasi interna berjalan ke arah dentin melalui lubang fokus tetapi belum sampai kavitasi (Widyatmoko dkk. 2022).

2.1.2 Etiologi Karies Gigi

Karies gigi merupakan penyakit jaringan keras gigi yang bersifat multifaktorial dan progresif, ditandai oleh demineralisasi jaringan keras akibat aktivitas mikroorganisme dalam plak gigi. Menurut Rahmawati (2011) faktor penyebab karies gigi dapat dibedakan menjadi dua kelompok besar, yaitu faktor penyebab dari dalam individu dan faktor penyebab dari luar individu.

Faktor penyebab dari dalam individu meliputi *host*, mikroorganisme, substrat, dan waktu, yang semuanya berinteraksi membentuk proses patogenesis karies (Rehena, Kalay, & Ivakdalam 2020). *Host* dalam hal ini adalah gigi dan saliva yang berperan penting dalam menentukan tingkat kerentanan terhadap karies. Struktur enamel, morfologi gigi, dan kemampuan saliva dalam menetralkan asam menjadi faktor protektif yang memengaruhi keseimbangan antara proses demineralisasi dan remineralisasi (Tiffany & Wahyuni 2020). Mikroorganisme khususnya *Streptococcus mutans* dan *Lactobacillus acidophilus* berperan dalam memfermentasi karbohidrat menjadi asam organik yang menurunkan pH plak hingga $< 5,5$ sehingga memicu demineralisasi enamel (Kristiani dkk. 2025). Substrat terutama makanan tinggi karbohidrat, menyediakan sumber energi bagi mikroorganisme untuk memproduksi asam. Waktu merupakan faktor penting yang menentukan durasi paparan gigi terhadap kondisi asam dalam rongga mulut.

Proses demineralisasi dan remineralisasi terjadi secara dinamis dan berkesinambungan pada permukaan gigi. Demineralisasi adalah proses keluarnya

ion mineral, terutama kalsium dan fosfat, dari struktur enamel akibat paparan asam yang dihasilkan oleh metabolisme bakteri plak (Arifin dkk. 2025). Ketika pH lingkungan mulut turun di bawah ambang kritis (pH 5,5), kristal hidroksiapatit dalam enamel mulai larut, sehingga terbentuk lesi awal karies berupa *white spot*. Remineralisasi adalah proses pengembalian mineral ke dalam struktur enamel yang terjadi ketika kondisi rongga mulut kembali netral atau basa, biasanya melalui peran saliva yang mengandung ion kalsium, fosfat, dan bikarbonat (Megananda, Hidayat, & Edi 2023). Fluorida juga berperan penting dalam mempercepat proses remineralisasi dengan membentuk fluoroapatit, yang lebih tahan terhadap serangan asam. Terjadinya karies gigi bergantung pada keseimbangan antara proses demineralisasi dan remineralisasi. Bila proses demineralisasi lebih dominan daripada remineralisasi dalam jangka waktu lama, maka akan terbentuk lesi karies yang semakin dalam hingga mencapai dentin. Sebaliknya bila remineralisasi terjadi secara optimal, perkembangan karies dapat dicegah atau bahkan dihentikan (Shabrina & Hartomo 2020).

Selain faktor-faktor internal, terdapat pula faktor penyebab luar individu yang bersifat tidak langsung namun berperan dalam memperbesar atau memperkecil risiko karies. Faktor luar tersebut meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status ekonomi, lingkungan, serta perilaku dan sikap terhadap kesehatan gigi (Saputra, Nurvinanda, & Lestari 2024). Faktor sosial seperti tingkat pengetahuan dan kebiasaan menjaga kebersihan gigi juga berpengaruh terhadap frekuensi serta keparahan karies (Mawardani & Hadi 2025). Rendahnya akses terhadap pelayanan kesehatan gigi dan edukasi kesehatan turut menjadi hambatan dalam upaya pencegahan karies gigi di masyarakat (Amila 2024).

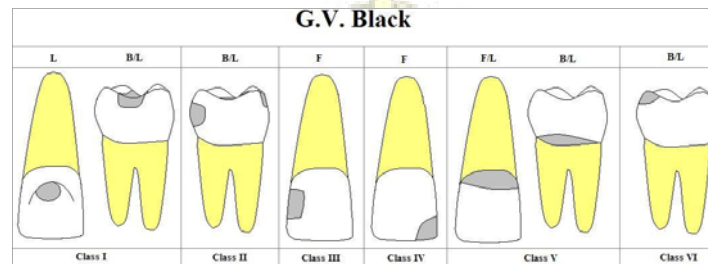
2.1.3 Klasifikasi Karies Gigi

Karies gigi dapat diklasifikasikan berdasarkan berbagai kriteria untuk mempermudah identifikasi, diagnosis, dan penentuan tingkat keparahan penyakit. Menurut Tarigan (2017) dasar klasifikasi karies gigi adalah berdasarkan kedalaman lesi karies, lama perjalanan penyakit, dan lokasi anatomi gigi yang terkena.

Berdasarkan kedalaman karies karies dibagi menjadi tiga tingkatan. Pertama, karies superfisialis, yaitu karies yang baru mengenai lapisan email tanpa keterlibatan dentin (Listriana 2017). Lesi biasanya tampak sebagai perubahan warna atau permukaan kasar pada enamel. Kedua, karies media, di mana proses karies telah mencapai lapisan dentin, namun belum melebihi setengah ketebalan dentin. Pada tahap ini, biasanya belum muncul gejala nyeri yang signifikan (Fauziah dkk. 2025). Ketiga, karies profunda yang ditandai dengan kerusakan gigi yang telah melebihi setengah bagian dentin dan kadang sudah mengenai pulpa. Karies profunda dibagi lagi menjadi tiga stadium: stadium I, ketika karies telah melewati setengah dentin tetapi belum menimbulkan radang pulpa; stadium II, ketika masih terdapat lapisan tipis yang memisahkan karies dengan pulpa dan telah terjadi inflamasi ringan pada pulpa; serta stadium III, ketika pulpa telah terbuka dan menunjukkan tanda-tanda peradangan berat atau nekrosis (Mansyur & Hartati 2014).

Menurut klasifikasi G.V. Black (1924) karies dibagi menjadi enam kelas berdasarkan lokasi dan permukaan gigi yang terkena. Kelas I mencakup karies pada permukaan oklusal gigi premolar dan molar, serta pada fisura bukal molar bawah dan fisura palatal molar atas (Kemenkes 2025).. Kelas II meliputi karies pada permukaan aproksimal (mesial atau distal) gigi posterior. Kelas III adalah karies

pada bagian aproksimal gigi anterior (insisif dan kaninus) yang tidak melibatkan tepi insisal (Iriantoro, Dewi, Fitriani 2018). Kelas IV merupakan karies pada permukaan aproksimal gigi anterior yang telah meluas hingga mengenai tepi insisal. Kelas V mencakup karies pada sepertiga servikal semua gigi, baik di bagian bukal maupun lingual. Kelas VI menggambarkan karies yang terjadi pada puncak tonjol gigi posterior atau tepi insisal gigi anterior (Aristiyanto dkk. 2023).



Gambar 2.1 Klasifikasi G.V. Black (Listrianah, Zainur, & Hisata 2018).

2.1.4 Faktor Risiko Karies Gigi

Menurut Marlindayanti dkk. (2022), terdapat hubungan sebab-akibat antara faktor risiko dengan terjadinya karies yang penting untuk proses identifikasi serta penilaian perkembangan lesi awal. Faktor risiko karies gigi melibatkan interaksi kompleks antara *host*, agen penyebab, saliva, dan substrat atau diet.

Faktor *host* berkaitan dengan karakteristik gigi sebagai tuan rumah terhadap karies (Bakar 2017). Morfologi gigi, seperti ukuran dan bentuk gigi, struktur enamel, serta faktor kimia dan kristalografis, berperan dalam menentukan kerentanan gigi terhadap karies. *Pit* dan *fissure* pada gigi posterior, misalnya, lebih rentan terhadap penumpukan sisa makanan sehingga memudahkan pembentukan plak. Permukaan gigi yang kasar juga memfasilitasi perlekatan plak, yang menjadi awal proses terbentuknya karies (Kristiani dkk. 2025).

Faktor agen penyebab yaitu mikroorganisme dalam plak gigi, juga berperan penting dalam terjadinya karies. Plak merupakan lapisan lunak yang terbentuk dari kumpulan mikroorganisme yang berkembang pada permukaan gigi yang tidak dibersihkan (Utami & Lestari, 2024). Jenis bakteri yang paling sering terlibat adalah kokus gram positif seperti *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sanguinis*, dan *Streptococcus mitis*, yang mampu memfermentasi karbohidrat dan menghasilkan asam penyebab demineralisasi enamel (Satrio dkk. 2023). Pembentukan plak dapat dikontrol dengan penggunaan obat kumur dan juga menyikat gigi (Kaligis, Fatimawali, & Lolo 2017).

Saliva memiliki fungsi protektif terhadap karies karena berperan membersihkan sisa makanan dan menetralkan asam yang dihasilkan bakteri (Arsad & Syamson, 2019). Laju aliran saliva yang normal membantu proses remineralisasi enamel (Rafika, Wahyuni, & Hidayat 2018). Namun, pada individu dengan fungsi saliva yang menurun, aktivitas karies akan meningkat secara signifikan karena berkurangnya kemampuan saliva dalam menjaga keseimbangan lingkungan rongga mulut (Sri dkk. 2016).

Faktor terakhir adalah substrat atau diet. Konsumsi makanan dan minuman yang mengandung karbohidrat, terutama yang bersifat lengket atau dikonsumsi berulang, akan mendukung pertumbuhan bakteri dan meningkatkan produksi asam (Kristiani dkk. 2025). Kondisi ini menyebabkan demineralisasi enamel gigi. Di sela waktu makan, saliva berperan menetralkan asam dan membantu proses remineralisasi (Putriana 2020). Dengan demikian, frekuensi dan jenis makanan yang dikonsumsi menjadi aspek penting dalam risiko terjadinya karies gigi (Marlindayanti dkk. 2022).

2.1.5 Pencegahan

Menjaga kebersihan gigi dan mulut merupakan faktor kunci dalam upaya pencegahan karies. Tindakan yang dapat dilakukan antara lain menyikat gigi dengan teknik yang benar serta melakukan *flossing* secara rutin setiap hari (Prasetyowati, Purwaningsih, & Susanto 2018). Tujuan dari praktik kebersihan gigi dan mulut adalah untuk mengurangi faktor penyebab penyakit di rongga mulut. Penyikatan gigi yang dilakukan dengan tepat, disertai penggunaan benang gigi, berperan penting dalam menghilangkan dan mencegah akumulasi plak, termasuk pada area interdental yang sulit dijangkau oleh sikat gigi (Magfirah, Widodo, & Rachmadi 2014). Selain itu, penggunaan alat bantu lain seperti sikat interdental, pasta gigi yang mengandung fluoride, serta obat kumur antiseptik dapat meningkatkan efektivitas pencegahan karies (Hongini & Aditiawarman 2017).

Tidak hanya itu, pemeriksaan gigi secara rutin setiap enam bulan sekali sangat dianjurkan untuk mendeteksi dini adanya lesi karies maupun gangguan mulut lainnya (Retnowati dkk. 2022). Pencegahan karies juga dapat diperkuat dengan penerapan pola makan sehat, misalnya dengan mengurangi konsumsi makanan tinggi gula dan minuman bersoda, karena keduanya berperan dalam mempercepat pembentukan asam oleh bakteri plak (Nuratni dkk. 2025). Menurut Featherstone (2008), keseimbangan antara faktor protektif (seperti saliva, fluoride, dan kontrol plak) dengan faktor risiko (seperti asupan gula, jumlah bakteri kariogenik, dan kebersihan mulut yang buruk) sangat menentukan terjadinya karies. Oleh sebab itu, edukasi mengenai perilaku hidup sehat, pemilihan makanan bergizi, dan kepatuhan menjaga kebersihan mulut menjadi strategi penting dalam menurunkan prevalensi karies gigi (Suhartik & Kusumawati 2025).

2.2 Penyandang Disabilitas

2.2.1 Definisi

Kata disabilitas secara formal diperkenalkan dan digunakan dalam Undang-Undang No. 8 Tahun 2016. Dalam undang-undang tersebut tidak ditemukan arti kata disabilitas, yang ada adalah arti kata penyandang disabilitas. Penyandang disabilitas adalah setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak (Riana dkk. 2024). *Disability* merupakan istilah dalam bahasa Inggris yang berarti kondisi fisik atau mental yang membatasi gerakan, indera atau aktivitas seseorang. Kondisi fisik atau mental terkait dengan struktur tubuh; keterbatasan kegiatan adalah kesulitan yang dihadapi oleh individu dalam melaksanakan tugas atau tindakan; sementara pembatasan partisipasi adalah masalah yang dialami oleh individu yang terlibat dalam situasi kehidupan (Ashar, Ashila, & Pramesa 2019). Disabilitas bukan hanya masalah kesehatan, tetapi fenomena yang kompleks dan merefleksikan interaksi antara seseorang dan masyarakat dimana ia tinggal (Asmar dkk. 2022). Intervensi tertentu diperlukan untuk menghilangkan hambatan lingkungan dan sosial. Namun banyak pihak merasa istilah disabilitas belum cukup tepat, mengingat semua orang memiliki kemampuan dan cara yang berbeda untuk melakukan/mencapai sesuatu (Ortega & Amin 2023).

2.2.2 Tuli-Bisu (*Kolok*)

Dalam bahasa Bali, masyarakat dengan disabilitas tuli-bisu atau tuna rungu dan wicara dikenal dengan sebutan *kolok* (Fitriansyah & Noormiyanto 2025). Istilah

“tuna” mulai diperkenalkan pada awal 1960-an sebagai istilah yang merujuk pada keterbatasan fungsi organ tubuh (Subali, Purwono, Agung 2023). Penggunaan kata ini bertujuan untuk menggantikan istilah “cacat” agar terdengar lebih halus serta tetap menghargai martabat penyandang disabilitas (Widinarsih 2019).

Secara medis, tuli, tuna rungu, atau gangguan pendengaran merupakan kondisi fisik yang ditandai dengan penurunan kemampuan atau bahkan ketidakmampuan seseorang dalam mendengar suara (Jamil & Nidhiom 2024). Menurut Huda (2019), terdapat tiga jenis tuli. Pertama, tuli konduktif yang terjadi karena gangguan pada telinga luar atau tengah, sedangkan fungsi saraf pendengaran masih normal. Kondisi ini dapat disebabkan oleh infeksi telinga luar, infeksi telinga tengah, maupun penumpukan serumen. Kedua, tuli sensorineural, yaitu gangguan akibat kerusakan saraf pendengaran walaupun telinga luar dan tengah dalam keadaan baik. Ketiga, tuli campuran yang merupakan gabungan dari keduanya, yakni adanya kerusakan pada telinga luar, telinga tengah, serta saraf pendengaran.

Sementara itu, tuna wicara adalah kondisi ketika seseorang mengalami gangguan dalam kemampuan berbicara, baik dari segi artikulasi maupun produksi suara, sehingga komunikasi lisan menjadi tidak lancar. Gangguan ini bisa berupa kelainan suara, pengucapan bunyi, ataupun kelancaran berbicara. Akibatnya, penyandang tuna wicara mengalami keterbatasan dalam komunikasi verbal dan kesulitan menyampaikan pikiran maupun perasaan mereka (Setyawan & Fadilla 2022).

2.3 Pengetahuan

Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan aspek yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Pengetahuan berperan sebagai dorongan internal

yang dapat menumbuhkan rasa percaya diri sekaligus memengaruhi sikap dan perilaku. Dengan demikian, pengetahuan dapat dianggap sebagai salah satu faktor utama yang menstimulasi lahirnya suatu tindakan (Notoadmodjo 2014). Ranah kognitif sendiri terdiri dari enam tingkatan yang berkembang dari yang paling sederhana hingga paling kompleks (Marta, Purnomo, & Gusmameli 2025). Tingkatan pertama adalah tahu (*know*), yaitu kemampuan untuk mengingat kembali (*recall*) informasi yang telah diterima sebelumnya. Tingkatan kedua, memahami (*comprehension*), yaitu kemampuan menjelaskan secara tepat mengenai materi yang dipelajari serta menginterpretasikannya dengan benar. Tingkat ketiga, aplikasi (*application*), mencerminkan kemampuan memanfaatkan pengetahuan dalam situasi nyata, misalnya memilih sikat gigi yang tepat setelah mendapatkan penjelasan. Tingkat keempat, analisis (*analysis*), menggambarkan kemampuan menguraikan suatu objek atau materi ke dalam komponen-komponen yang masih saling berhubungan. Tingkat kelima, sintesis (*synthesis*), merupakan kemampuan menyusun suatu kesatuan baru dari berbagai bagian yang sudah ada. Tingkat terakhir, evaluasi (*evaluation*), adalah kemampuan memberikan penilaian atau pertimbangan terhadap suatu objek berdasarkan kriteria tertentu, baik yang telah ditetapkan maupun yang dibuat sendiri (Sihotang, Zailani, & Pohan 2024).

Secara etimologis, istilah pengetahuan berasal dari kata tahu. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), kata tahu diartikan sebagai mengerti setelah melihat, menyaksikan, atau mengalami sesuatu (Jumiati 2018). Pengetahuan juga dapat dipahami sebagai hasil dari rasa ingin tahu yang muncul melalui proses sensoris, terutama penglihatan dan pendengaran terhadap suatu objek (Donsu 2017). Selain itu, pengetahuan yang dimiliki seseorang merupakan buah dari usaha

dalam mencari kebenaran atau penyelesaian masalah yang dihadapi (Darsini, Fahrurrozi & Cahyono 2019).

Pengetahuan merupakan suatu hasil tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu (Darsini, Fahrurrozi, & Cahyono 2019). Pengindraan terjadi melalui panca indera manusia, yakni penciuman, penglihatan, pendengaran, perasa dan peraba. Semakin rendah pengetahuan seseorang tentang kesehatan gigi dan mulut, maka akan semakin rendah pula tingkat kesadarannya untuk menjaga dan merawat kesehatan giginya (Sainuddin dkk. 2023). Sehingga risiko terjadinya karies gigi akan semakin tinggi (Suardie, Ibrahim & Nugrahini 2025).

Pengetahuan merupakan salah satu faktor utama yang membentuk perilaku. Kekurangan pengetahuan dapat mengakibatkan perilaku yang salah, sebaliknya pengetahuan yang memadai dapat membimbing individu untuk berperilaku sesuai dengan informasi yang benar (Maramis & Fione 2022). Pengetahuan bisa diperoleh secara alamiah maupun melalui proses yang terstruktur, misalnya pendidikan (Meidina, Hidayati & Mahirawatie 2023). Dalam perspektif psikologi kognitif, pengetahuan dipandang sebagai fondasi dalam proses belajar yang memungkinkan seseorang berpikir kritis, mengambil keputusan, serta memecahkan masalah. Dengan demikian, pengetahuan tidak hanya sebatas mengingat informasi, tetapi juga mencakup kemampuan mengolah, mengembangkan, serta menerapkan informasi tersebut dalam kehidupan sehari-hari (Rohmania & Suryanti 2024).

2.4 Perilaku

Teori perilaku kesehatan yang banyak digunakan dalam penelitian promosi kesehatan adalah *precede-proceed Model* yang dikembangkan oleh Lawrence

Green, yang menjelaskan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat. Faktor predisposisi mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai, serta tingkat pendidikan individu yang membentuk motivasi awal untuk berperilaku sehat, termasuk dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut (Green & Kreuter 2014). Faktor pemungkin berperan sebagai sarana pendukung yang memungkinkan terjadinya perilaku kesehatan, seperti ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, akses terhadap informasi kesehatan, serta ketersediaan alat dan bahan pendukung, misalnya sikat gigi dan pasta gigi (Glanz, Rimer & Viswanath 2015). Sementara itu, faktor penguat berkaitan dengan dukungan sosial dari lingkungan sekitar, seperti keluarga, tenaga kesehatan, dan tokoh masyarakat, yang berfungsi untuk memperkuat dan mempertahankan perilaku kesehatan yang telah terbentuk (Nutbeam, Harris & Wise 2018). Dalam konteks kesehatan gigi dan mulut, ketiga faktor tersebut saling berinteraksi dalam membentuk perilaku pemeliharaan kesehatan gigi, termasuk perilaku pencegahan karies gigi. Individu dengan pengetahuan yang baik, akses terhadap pelayanan kesehatan gigi yang memadai, serta dukungan sosial yang kuat cenderung memiliki perilaku kesehatan gigi dan mulut yang lebih baik (Permitasari dkk. 2023). Oleh karena itu, teori *precede-proceed* sangat relevan digunakan sebagai landasan teoritis dalam penelitian kesehatan gigi dan mulut, khususnya pada kelompok berkebutuhan khusus seperti komunitas *kolok* (tuli-bisu), yang memiliki keterbatasan komunikasi sehingga memerlukan pendekatan edukasi dan intervensi kesehatan yang disesuaikan agar perubahan perilaku dapat tercapai secara optimal (Ketaren, Mardiah, & Reca 2025).