

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kesehatan Gigi dan Mulut

Kesehatan gigi dan mulut merupakan salah satu indikator penting yang dapat menentukan derajat kesehatan seseorang secara keseluruhan. Kesehatan gigi di Indonesia masih menjadi permasalahan penting yang harus diatasi terutama pada anak-anak, dikarenakan tingginya prevalensi karies dan penyakit periodontal yang mencapai 90% dari frekuensi penduduk.⁽⁵⁾

Gigi yang berlubang dapat menyebabkan anak kesulitan dalam mengunyah makanan sehingga menimbulkan rasa tidak nyaman dan berakhir pada penurunan nafsu makan anak. Hal ini dapat menyebabkan anak kekurangan asupan gizi dan mengganggu tumbuh kembang anak.⁽⁵⁶⁾ Anak-anak merupakan kelompok rentan terhadap penyakit gigi dan mulut dikarenakan perilaku dan kebiasaan diri mereka yang masih kurang menunjang terhadap kesehatan gigi.⁽⁵⁷⁾

1. Plak

a. Definisi

Awal mula pembentukan karies dimulai dari adanya plak pada gigi. Plak merupakan endapan lunak yang tidak berwarna dan mengandung beragam bakteri yang melekat erat pada permukaan gigi.⁽⁴²⁾ Plak didefinisikan sebagai deposit lunak yang membentuk lapisan biofilm yang terdiri atas berbagai spesies bakteri, tidak termineralisasi yang melekat erat pada permukaan gigi atau permukaan keras lainnya di dalam rongga mulut

termasuk restorasi lepasan maupun cekat. *Oral cleansing* seperti saliva dan pergerakan lidah tidak dapat menghilangkan plak, namun plak dapat hilang melalui pembersihan secara mekanis dengan menyikat gigi.⁽⁵⁸⁾

Plak digambarkan sebagai suatu lapisan tipis yang ketebalannya bisa mencapai 2 mm yang melekat disemua permukaan rongga mulut, terutama di permukaan gigi dan juga terlihat di permukaan gingiva dan lidah. Plak tidak dapat terlihat kasat mata kecuali dilakukan pewarnaan dengan larutan *disclosing* atau sudah mengalami diskolorisasi oleh pigmen-pigmen di dalam rongga mulut. Jika terjadi penumpukan, plak akan terlihat berwarna abu-abu, abu-abu kekuningan dan kuning.⁽⁴²⁾

b. Komposisi Plak

Plak terdiri dari air dan berbagai macam mikroorganisme yang jumlahnya kurang lebih 250 juta per mg berat basah plak.⁽¹⁸⁾ Komposisi plak terdiri atas 70-80% komponen bakteri mikroorganisme dan 30% dan 20-30% matriks intraseluler yang terdiri atas materi organik dan anorganik yang berasal dari saliva, cairan krevikular gingiva dan produk bakteri.⁽⁵⁹⁾ Di dalam plak juga terdapat sel epitel dan leukosit.⁽¹⁸⁾ Materi organik yang terkandung dalam plak terdiri atas polisakarida, protein glikoprotein dan lemak dan DNA.⁽⁶⁰⁾ Sedangkan materi anorganik mengandung kalsium dan fosfor yang dikelilingi berbagai mineral seperti fluor, sodium dan potassium.⁽⁵⁹⁾ Komposisi bakteri plak terdiri atas bakteri aerob pada permukaan luar plak dan bakteri anaerob pada permukaan bagian dalam.⁽¹⁸⁾

Pembentukan plak dimulai dari terbentuknya *acquired pellicle* yang berwarna transparan di permukaan gigi. Bakteri kemudian akan menempel dan berproliferasi menyebabkan warna gigi menjadi kekuningan. Pelikel terdiri dari glikoprotein yang diendapkan oleh saliva yang terbentuk setelah proses penyikatan pada gigi. Perkembangbiakan bakteri dalam plak menjadikan lapisan plak akan semakin menebal karena adanya hasil metabolisme dan adhesi dari bermacam-macam bakteri di luar plak gigi.^(18,61)

c. Faktor yang mempengaruhi pembentukan plak sebagai berikut ⁽⁶²⁻⁶⁴⁾

i. Lingkungan fisik

Lingkungan fisik meliputi anatomi dan posisi gigi, anatomi jaringan sekitar serta struktur permukaan gigi. Gigi yang memiliki anatomi pit atau fisur yang dalam memungkinkan retensi plak lebih kuat

ii. Jenis makanan

Konsumsi makanan yang mengandung karbohidrat jenis sukrosa akan menghasilkan dekstran dan levan yang berperan penting dalam pembentukan plak. Frekuensi konsumsi makanan kariogenik yang lebih sering dapat mengakibatkan penumpukan plak gigi yang lebih banyak.

iii. Saliva

Saliva memiliki peranan penting dalam pembentukan plak dikarenakan saliva dapat membantu pembersihan mulut dari sisa makanan yang dimakan. Laju aliran saliva yang lambat mempercepat pembentukan plak. Viskositas saliva juga mempengaruhi pembentukan plak, dimana semakin tinggi viskositas saliva atau semakin kental maka

penumpukan plak lebih cepat terjadi. Pada kondisi pH saliva yang asam, plak lebih mudah terbentuk.

d. Upaya Pengendalian Plak

Akumulasi plak yang terus menerus terbentuk dan semakin menebal merupakan awal terjadinya karies. Oleh karena itu perlu dilakukan upaya pencegahan terjadinya plak yang dikenal dengan istilah control plak. Upaya kontrol plak dapat dilakukan secara alamiah, mekanik dan kimiawi.^(65,66)

Kontrol plak secara alamiah dapat dilakukan dengan kebiasaan mengunyah makanan berserat. Proses pengunyahan makanan akan merangsang peningkatan produktivitas saliva. Saliva membantu membilas gigi dari sisa makanan yang menempel dan melarutkannya. Upaya kontrol plak secara kimiawi dilakukan dengan obat kumur. Substansi kimia yang terkandung dalam obat kumur memiliki sifat antibakteri yang dapat membantu menghambat proses pembentukan plak pada gigi. Menyikat gigi merupakan upaya pengendalian plak secara mekanik. Kemampuan menyikat gigi secara baik dan benar menjadi faktor penting dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut. Efektivitas menyikat gigi untuk mengurangi plak dipengaruhi beberapa faktor seperti pemilihan sikat gigi, metode menyikat gigi, frekuensi dan waktu menyikat gigi.⁽⁶⁵⁻⁶⁹⁾

e. Cara Pengukuran Plak

Untuk dapat menentukan keadaan kebersihan rongga mulut perlu dilakukan pengukuran kebersihan rongga mulut. Ukuran kebersihan gigi dan mulut dinyatakan dalam indeks. Indeks kebersihan gigi dan mulut merupakan

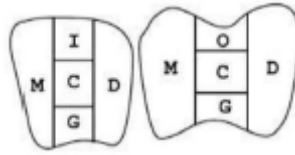
angka yang menunjukkan keadaan klinis yang didapatkan ketika melakukan pemeriksaan dengan cara mengukur luas dari permukaan gigi yang di tutupi debris, plak maupun kalkulus, sehingga diperoleh angka berdasarkan penilaian objektif.⁽⁷⁰⁾ Skor indeks plak merupakan alat bantu untuk mencatat akumulasi plak pada semua permukaan gigi.⁽¹⁶⁾

Pengukuran indeks plak dapat dilakukan dengan beberapa metode yaitu⁽⁶¹⁾

i. Indeks *Personal Hygiene Performance*

Cara pemeriksaan indeks plak *Personal Hygiene Performance* (PHP) sebagai berikut:

- a) Untuk memeriksa plak yang terbentuk pada permukaan gigi menggunakan disclosing solution
- b) Lakukan pemeriksaan pada mahkota gigi bagian fasial atau lingual dengan membagi tiap permukaan gigi menjadi lima bagian, yaitu D (distal), G (sepertiga tengah gingiva), M (mesial), C (sepertiga tengah), I/O (sepertiga tengal insisal atau oklusal)
- c) Lakukan pemeriksaan sistemasis:
 - 1) Pemeriksaan pada permukaan labial gigi incisivus satu kanan atas
 - 2) Pemeriksaan pada permukaan labial gigi incisivus satu kiri bawah
 - 3) Pemeriksaan pada permukaan bukal gigi molar satu kanan atas
 - 4) Pemeriksaan pada permukaan bukal gigi molar satu kiri atas
 - 5) Pemeriksaan pada permukaan lingual gigi molar satu kiri bawah
 - 6) Pemeriksaan pada permukaan lingual gigi molar satu kanan bawah



Incisivus Molar

Gambar 2.1. Pembagian Subdivisi Pemeriksaan Indeks PHP(61)

d) Cara penilaian plak

Nilai 0 = tidak terdapat plak

Nilai 1 = terdapat plak

e) Rumus indeks plak Personal Hygiene Performance

$$\text{Indeks Plak PHP} = \frac{\text{Jumlah total skor plak seluruh permukaan gigi yang diperiksa}}{\text{Jumlah gigi yang diperiksa}}$$

f) Kriteria penilaian:

0 : sangat baik

0,1-1,7 : baik

1,8-3,4 : sedang

3,5-5 : buruk

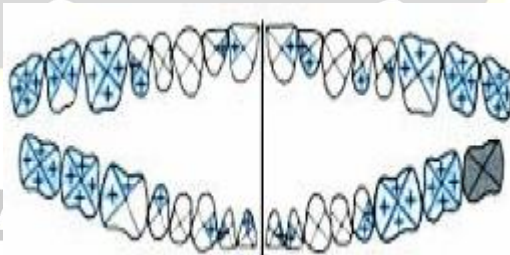
ii. Indeks O'Leary

Indeks plak O'Leary menggunakan gambar yang menunjukkan lokasi plak sehingga memungkinkan operator/petugas kesehatan dan pasien untuk melihat kemajuan setelah pasien melakukan control plak. Gambar pada indeks plak O'Leary memudahkan petugas kesehatan untuk menentukan lokasi penumpukan plak dan bagian mana yang harus lebih ditekankan saat menyikat gigi. Metode O'Leary memiliki keuntungan

lebih mudah digunakan dan sering lebih diterima oleh pasien. Namun, indeks plak O'Leary hanya memiliki dua kriteria yaitu baik dan kurang baik sehingga tidak dapat dibedakan luas atau banyaknya plak pada satu permukaan gigi.

Cara penilaian indeks plak O'Leary sebagai berikut

- a) Semua elemen gigi yang terdapat di rongga mulut di periksa. Gigi yang hilang di tandai "x". Untuk tujuan kontrol plak, pemeriksaan dilakukan pada semua gigi yang masih ada termasuk pontik atau bridge juga diberi skor seperti gigi asli karena plak dapat melekat pada seluruh permukaan gigi.
- b) Permukaan gigi yang diperiksa dibagi menjadi empat bagian yaitu mesial, distal, bukal dan lingual. Pemeriksaan dilakukan setelah semua permukaan diolesi *disclosing solution*.
- c) Permukaan gigi yang tidak terwarnai oleh disclosing solution diberi tanda (-), sedangkan permukaan gigi yang terwarnai diberi tanda (+).



Gambar 2.2. Pembagian Pemeriksaan Indeks Plak O'Leary

d) Perhitungan indeks plak menggunakan rumus

$$\text{Indeks Plak O'Leary} = \frac{\text{Total skor plak seluruh permukaan gigi yang diperiksa}}{\text{Jumlah seluruh permukaan gigi yang diperiksa}} \times 100\%$$

e) Kriteria penilaian

Skor plak di atas 10% = kurang baik

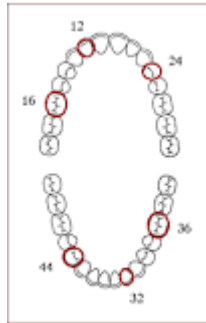
Skor plak di bawah 10% = baik

iii. Indeks Plak Loe and Silness^(71,72)

Indeks plak Loe and Silness mulai diperkenalkan tahun 1964. Indeks ini melihat debris dan deposit yang termineralisasi pada gigi. Perbedaan indeks plak Loe and Silness dengan metode lain adalah pengukuran plak tidak didasarkan pada perluasan plak melainkan pada ketebalan penumpukan.

Cara pengukuran indeks plak Loe and Silness sebagai berikut:

- a) Gigi yang hilang tidak dimasukkan kedalam pengukuran
- b) Pengukuran dilakukan hanya pada 6 gigi yaitu gigi 16, 12, 24, 36, 32, 44. Masing-masing gigi dibagi menjadi 4 permukaan pengukuran yaitu bukal atau labial, palatal atau lingual, mesial dan distal. Perhitungan dilakukan dengan cara membagi jumlah plak pada seluruh permukaan gigi dengan jumlah gigi



Gambar 2.3. Pembagian Pemeriksaan Indeks Plak Loe and Silness

c) Cara penilaian indeks plak

0 = plak tidak terlihat mata dan tidak ada saat digores dengan sonde

1 = plak terlihat mata (terdapat selapis plak pada daerah gingiva yang dapat diketahui dengan cara menggoreskan sonde pada gigi atau menggunakan disclosing solution

2 = penimbunan plak dalam jumlah sedang yang dapat terlihat dengan jelas

3 = penimbunan plak dalam jumlah besar yang mengisi daerah antara permukaan gigi dan tepi gingiva

d) Kategori indeks plak Loe dan Silness

0 = sangat baik

0,1 – 0,9 = baik

1 – 1,9 = sedang

B. Menyikat Gigi

Pemeliharaan kesehatan gigi yang umum dilakukan adalah dengan menyikat gigi. Menyikat gigi diartikan sebagai tindakan untuk membersihkan gigi dan mulut dari sisa makanan dan debris guna mencegah terjadinya penyakit pada

jaringan keras maupun jaringan lunak rongga mulut.⁽⁷³⁾ Kebiasaan menyikat gigi yang dilakukan dengan benar merupakan salah satu upaya pencegahan terjadinya karies.⁽⁷⁴⁾ Menurut Manson dan Elley (1993) dalam Gayatri (2017) menyikat gigi hendaknya dilakukan dengan prosedur yang sistematis agar tidak ada gigi yang terlampaui untuk di sikat, yaitu dimulai dari posterior ke anterior dan berakhir pada bagian posterior sisi lainnya.⁽⁷⁴⁾

Frekuensi menyikat gigi juga menentukan status kebersihan gigi. *American Dental Association* menyarankan menyikat gigi dilakukan dua kali sehari yaitu pagi hari setelah sarapan dan malam hari sebelum tidur.⁽³⁷⁾ Penelitian yang dilakukan Anitasari dan Rahayu (2005) dalam Gayatri (2017) menyebutkan adanya hubungan yang positif antara kebersihan gigi dengan frekuensi menyikat gigi 2-3 kali sehari.⁽⁷⁴⁾ Penggunaan *fluoride topical* (pasta gigi) atau sistemik dapat meningkatkan efektivitas menyikat gigi dalam pencegahan terjadinya karies.⁽⁷⁴⁾ Beberapa penelitian menyebutkan waktu dan lamanya menyikat gigi bisa bervariasi, namun kebanyakan penelitian menyebutkan lama menyikat gigi antara 2-3 menit sudah efektif dalam membersihkan plak gigi.⁽⁷⁵⁾ Penelitian yang dilakukan Firdaus (2013) menemukan bahwa menyikat gigi selama dua menit dapat menurunkan plak hingga 41%.⁽³⁷⁾

1. Metode Menyikat Gigi

Metode menyikat gigi merupakan cara yang digunakan seseorang untuk menyikat gigi. Kemampuan menyikat gigi dengan baik dan benar merupakan faktor penting untuk perawatan kesehatan gigi dan mulut.⁽²²⁾ Menurut Kementerian Kesehatan RI, cara menyikat gigi yang benar adalah sebagai berikut

- a. Menyiapkan sikat gigi dan pasta yang mengandung fluor (salah satu zat yang dapat menambah kekuatan pada gigi). Banyaknya pasta kurang lebih sebesar sebutir kacang tanah (1/2 cm).
- b. Berkumur-kumur dengan air bersih sebelum menyikat gigi.
- c. Seluruh permukaan gigi disikat dengan gerakan maju mundur pendek-pendek atau memutar selama ± 2 menit (sedikitnya 8 kali gerakan setiap 3 permukaan gigi).
- d. Berikan perhatian khusus pada daerah pertemuan antara gigi dan gusi.
- e. Lakukan hal yang sama pada semua gigi atas bagian dalam. Ulangi gerakan yang sama untuk permukaan bagian luar dan dalam semua gigi atas dan bawah.
- f. Untuk permukaan bagian dalam gigi rahang bawah depan, miringkan sikat gigi. Setelah itu, bersihkan gigi dengan gerakan sikat yang benar.
- g. Bersihkan permukaan kunyah dari gigi atas dan bawah dengan gerakan-gerakan pendek dan lembut maju mundur berulang-ulang.
- h. Sikatlah lidah dan langit-langit dengan gerakan maju mundur dan berulang-ulang.
- i. Janganlah menyikat terlalu keras terutama pada pertemuan gigi dengan gusi, karena akan menyebabkan email gigi rusak dan gigi terasa ngilu.
- j. Setelah menyikat gigi, berkumurlah 1 kali saja agar sisa fluor masih ada di gigi.
- k. Sikat gigi dibersihkan dengan air dan disimpan tegak dengan kepala sikat di atas.

1. Waktu menyikat gigi sebaiknya setiap setelah makan kita menyikat gigi, tapi hal ini tentu saja agak merepotkan. Hal yang terpenting dalam memilih waktu menyikat gigi adalah pagi hari sesudah makan dan malam hari sebelum tidur⁽²²⁾

Menyikat gigi dapat memberikan hasil yang optimal jika dilakukan dengan teknik yang benar. Beberapa metode atau teknik menyikat gigi adalah sebagai berikut.^(19,30,31)

- a. Metode Horizontal

Metode horizontal dilakukan dengan cara menggerakkan sikat gigi ke arah kanan dan kiri pada semua permukaan gigi. Untuk permukaan bukal dan lingual dilakukan dengan gerakan ke depan dan belakang. Metode ini cukup sederhana namun diyakini efektif karena teknik gerakannya sesuai bentuk anatomi oklusal gigi dan dapat menjangkau plak yang terdapat di sekitar sulkus interdental.

- b. Metode Vertikal

Menyikat gigi untuk bagian gigi depan dilakukan dengan kedua rahang tertutup dengan gerakan ke atas dan bawah. Sedangkan untuk permukaan labial dan palatal gigi belakang dilakukan dengan gerakan yang sama dalam keadaan mulut terbuka. Namun metode dianggap kurang sempurna karena tidak dapat menjangkau semua bagian gigi seperti pada bagian sulkus interdental.

- c. Metode Bass

Metode Bass dilakukan dengan mengarahkan bulu sikat pada permukaan gigi membentuk sudut 45° dengan panjang gigi dan diarahkan ke akar gigi sehingga menyentuh tepi gusi. Dengan cara ini bagian *pocket gingiva* dapat dibersihkan dan tepi gusi dapat dipijat dengan gerakan getaran kecil ke depan dan belakang selama kurang lebih 15 detik.

d. Metode Stillman

Bulu sikat diletakkan pada margin gingiva mengarah ke apical 45° dengan aksis gigi. Metode ini dilakukan dengan memberi tekanan pada gingiva sampai berwarna putih kemudian dilakukan dengan gerakan memutar sikat gigi ke arah oklusal.

e. Metode Roll

Pada metode roll ujung bulu sikat gigi diletakkan dengan posisi mengarah ke akar gigi sehingga sebagian bulu sikat dapat menekan gusi. Ujung bulu sikat digerakkan perlahan dengan gerakan memutar membentuk lengkungan melalui permukaan gigi. Metode roll dapat membersihkan bagian interproksimal gigi sekaligus memijat gusi. Menyikat gigi dengan metode roll dapat diterapkan pada anak umur 6-12 tahun.

f. Metode Charters

Bulu sikat diletakkan mengarah ke arah oklusal kira-kira 45° dengan sumbu panjang gigi. Gerakan dilakukan dengan menggerakkan bulu sikat ke arah apikal terhadap margin gingiva.

g. Metode Fones

Metode fones dikenal juga sebagai metode sirkuler dimana bulu sikat ditempelkan tegak lurus pada permukaan gigi dalam keadaan kedua rahang menutup. Sikat gigi kemudian digerakan membentuk lingkaran besar agar gigi rahang atas dan bawah dapat di sikat sekaligus. Pada bagian gigi yang sukar dilakukan gerakan memutar maka gerakannya dapat diubah ke kanan dan kiri.

Teknik horizontal dan Fones merupakan dua teknik menyikat yang biasa direkomendasikan untuk anak-anak. Teknik horizontal, kepala sikat tegak lurus dengan permukaan gigi dan penghilangan plak dilakukan dengan gerakan maju mundur. Sedangkan pada teknik Fones, kepala sikat tegak lurus permukaan dan dilakukan gerakan melingkar, lebar dan memanjang dari marginal gingiva rahang atas ke margin gingiva rahang bawah dengan tekanan ringan. Beberapa literatur menyarankan teknik horizontal lebih baik untuk anak-anak dibanding Fones.⁽⁷⁶⁾ Mascher dkk (1980) dalam Moghadam (2020) menyarankan pada anak usia 8 tahun ke atas sebaiknya menggunakan teknik Bass dikarenakan dapat melatih keterampilan motorik dan kemampuan tangan. Namun hingga saat ini masih menjadi perdebatan teknik menyikat gigi mana yang terbaik untuk diajarkan pada anak-anak terutama ABK.⁽⁷⁶⁾

Penelitian Rizkika (2015) dengan membandingkan teknik horizontal dan Bass pada anak tunagrahita didapatkan hasil tidak ada perbedaan signifikan diantara kedua teknik terhadap penurunan indeks plak.⁽⁷⁷⁾ Hardiyanti (2016) melakukan perbandingan antara teknik horizontal dan roll terhadap indeks plak anak

tunagrahita, ditemukan bahwa teknik horizontal lebih efektif dalam penurunan indeks plak dibanding teknik roll.⁽³²⁾

Teknik roll lebih sukar dilakukan dibanding teknik horizontal. Teknik roll dilakukan dengan cara melakukan penekanan pada *attach gingiva* dan daerah sulkus kemudian bulu sikat digerakkan berputar melewati gingiva ke arah oklusal. selanjutnya melakukan gerakan maju mundur pada permukaan oklusal. Pada ABK yang memiliki kemampuan berpikir lebih rendah, metode menyikat gigi yang sulit akan mempengaruhi efektivitas menyikat gigi terhadap penurunan indeks plak.

2. Pelatihan Menyikat Gigi

Pelatihan merupakan suatu metode pembelajaran yang bertujuan mengubah aspek kognitif, afektif dan hasil keterampilan/keahlian.⁽⁷⁸⁾ Metode pelatihan harus memenuhi prinsip sebagai berikut:

- a. Memotivasi peserta belajar keterampilan yang baru
- b. Memperlihatkan keterampilan yang diinginkan untuk dipelajari
- c. Mengajarkan keterampilan secara interpersonal
- d. Memberi kesempatan peserta untuk berpartisipasi aktif
- e. Memberikan kesempatan bagi peserta untuk mempraktekkan dan memperluas keterampilan

Prinsip dalam metode pelatihan adalah experiential learning yang berarti perilaku terlebih dahulu dimodifikasi untuk menambah efektivitas dan perilaku individu semakin lama menjadi satu kebiasaan dan berjalan otomatis. Tujuan dari experiential learning adalah mempengaruhi peserta dalam 3 cara yaitu

mengubah struktur kognitif peserta, memodifikasi sikap peserta dan menambah ketrampilan berperilaku peserta. ^(78,79)

Pelatihan menyikat gigi pada anak dapat dilakukan dengan metode *behavior skill training*, *drill* dan *social stories*. Penyampaian materi pelatihan dapat dilakukan dengan perantara media seperti model rahang, boneka, poster, buklet, media audio visual seperti film atau dapat pula disampaikan dengan *direct instruction* kepada anak. ⁽³³⁻³⁵⁾

a. *Behavior Skill Training* (BST)

Behavior Skill Training (BST) merupakan metode pembelajaran dengan pendekatan behavioristik yang bertujuan untuk meningkatkan perilaku adaptif dan mengurangi perilaku maladaptif yang berlebihan dalam kehidupan sehari-hari. Terdapat empat komponen utama dalam kegiatan BST yaitu

i. Instruksi

Instruksi sederhana disampaikan untuk menjelaskan setiap komponen dalam kegiatan menyikat gigi yang bisa disampaikan secara langsung atau dengan media perantara.

ii. Pemodelan

Mendemonstrasikan cara menyikat gigi yang benar menggunakan model peraga dilanjutkan dengan mendemonstrasikan secara langsung orang tua, kemudian orang tua dan anak melakukan kegiatan menyikat gigi secara bersama-sama

iii. Bimbingan fisik

Bimbingan fisik digunakan sebagai koreksi. Untuk langkah yang melibatkan manipulasi nyata sikat gigi di mulut, pelatih dengan lembut melingkarkan tangannya di sekitar tangan anak, sehingga keduanya memegang sikat, dan menggerakkan sikat dengan gerakan dan sudut yang diinginkan pada permukaan gigi. Tangan pelatih secara bertahap ditarik saat anak menunjukkan respons yang benar.

iv. Pujian deskriptif

Anak dipuji secara verbal setelah melakukan setiap komponen menyikat gigi dengan benar. Pujian dapat diperkuat dengan pemberian reward seperti mainan.^(34,80)

b. Metode drill

Metode drill adalah suatu cara pembelajaran yang dilakukan dengan memberikan latihan secara berulang-ulang dalam bentuk lisan, tulisan dan aktivitas fisik agar peserta pembelajaran memiliki keterampilan yang tinggi dalam menguasai materi pelajaran, memperkuat asosiasi dan mampu menyempurnakan keterampilan tersebut menjadi permanen. Pada metode ini tidak ada batasan atau aturan tentang media penyampaian materi. Kegiatan yang dilakukan berulang-ulang yang disesuaikan dengan harapan dari pelatih merupakan kunci dari metode ini. Ciri khas metode drill adalah kegiatan berupa pengulangan yang berkali-kali dari suatu hal yang sama.

ABK cenderung tidak memiliki kemampuan berpikir konkret, tidak mampu berpikir abstrak dan mengalami kesulitan dalam konsentrasi. Sehingga kegiatan pembelajaran menyikat gigi tidak dapat diterima oleh anak

dengan satu kali penyampaian. Pelatihan menyikat gigi dengan metode drill pada ABK mengajarkan anak untuk melakukan kegiatan menyikat gigi secara berulang agar mereka dapat memahami dan memiliki keterampilan menyikat gigi tanpa bantuan orang lain.^(33,81,82)

c. *Social Stories*

Social stories merupakan cerita pendek yang digunakan untuk menggambarkan situasi rutin yang mungkin dialami seorang anak. *Social stories* tentang menyikat gigi disajikan dalam sebuah buklet yang berisi gambar dan arahan langkah-langkah menyikat gigi yang spesifik didemonstrasikan pada setiap halaman buklet. Orang tua membacakan cerita dan menunjukkan ilustrasi yang tersaji dalam buklet kepada anak mereka sebelum atau selama mereka menyikat gigi.⁽³⁵⁾

C. Anak Berkebutuhan Khusus

1. Definisi

Anak berkebutuhan khusus (ABK) merupakan istilah yang digunakan untuk menggantikan kata “anak luar biasa” yang menandakan adanya kelainan khusus.⁽⁸³⁾ Effendi 2008 dalam Rani (2018) menjelaskan anak luar biasa sebagai anak yang berbeda dari anak biasa dalam hal ciri mental, kemampuan komunikasi, kemampuan sensorik, tingkah laku sosial dan ciri fisik.⁽⁸⁴⁾ Anak berkebutuhan khusus (ABK) didefinisikan sebagai anak yang dalam proses pertumbuhan dan perkembangan secara signifikan mengalami kekurangan atau hambatan baik secara fisik, psikis, intelektual, sosial maupun emosional dibanding anak normal pada umumnya sehingga mereka membutuhkan perawatan, pelayanan dan

pendidikan khusus.^(27,85) Bidang kedokteran anak mendefinisikan ABK sebagai seseorang yang memiliki hambatan perilaku, fisik maupun intelektual yang mengharuskan dokter mengubah pendekatannya dengan berbagai cara agar dapat melakukan perawatan.⁽⁸⁶⁾

ABK mempunyai karakteristik yang berbeda antara satu dan lainnya. WHO menjelaskan terdapat beberapa sebutan untuk ABK yaitu *disability*, *impairment* dan *handicap*. *Disability* diartikan sebagai kurangnya kemampuan untuk menampilkan aktivitas yang sesuai dengan aturannya atau masih dalam batas normal. *Impairment* merupakan ketidaknormalan dari hal psikologis atau struktur anatomi dan fungsinya. Sedangkan *handicap* adalah keadaan seseorang yang dihasilkan dari *impairment* atau *disability* yang membatasi atau menghambat seluruh peran yang normal pada orang tersebut.^(83,87,88)

Kekurangan dan keterbatasan pada ABK menyebabkan terjadinya gangguan fungsi fisiologis, psikologis dan struktur anatomi berkurang atau hilang sehingga tidak bisa menjalankan aktifitas sehari-hari secara normal yang mengakibatkan perubahan dalam alam pikiran, alam perasaan dan perbuatan.⁽¹²⁾

2. Klasifikasi Anak Berkebutuhan Khusus

Anak berkebutuhan khusus memiliki dua macam kategori yaitu

a. ABK bersifat sementara (*temporer*)

Anak yang mengalami hambatan perkembangan dan kesulitan dalam pembelajaran dikarenakan faktor dalam diri. Contohnya, kejadian traumatis yang membuat fisik maupun psikis anak menjadi terganggu dan terluka

b. ABK bersifat permanen

Anak mengalami hambatan dan kesulitan baik dalam proses pembelajaran maupun perkembangan secara internal atau dari dalam dirinya sendiri yang disebabkan kecacatan seperti hilangnya fungsi pendengaran, penglihatan, gangguan kognitif atau intelegensi, gangguan motoric, social, emosi dan tingkah laku.⁽⁸⁹⁾

Klasifikasi ABK berdasarkan hambatan atau kekurangan yang dialami terbagi atas:

a. Anak dengan gangguan fisik

i. Tunanetra

Secara etimologi berasal dari dua kata yaitu tuna yang berarti rusak dan netra yang berarti mata. Tunanetra didefinisikan sebagai individu yang memiliki hambatan dan keterbatasan dengan fungsi penglihatannya. Tunanetra terbagi menjadi dua kategori yaitu buta total (*total blind*) yang berarti sudah tidak dapat melihat serta tidak dapat membedakan gelap maupun terang dan kurang awas (*low vision*) dimana individu tersebut masih memiliki sedikit pandangan sehingga masih dapat membedakan terang atau gelap.

ii. Tunarungu

Tunarungu diartikan sebagai gangguan pendengaran. Anak tunarungu adalah anak yang mengalami permasalahan pada hilangnya atau berkurangnya kemampuan pendengaran dikarenakan indera pendengaran tidak berfungsi baik secara keseluruhan maupun sebagian. Jenis tunarungu ada dua yaitu tuli (*deafness*) kondisi dimana individu tidak berhasil

memproses informasi linguistik melalui pendengaran. Jenis yang kedua kurang dengar (*hard of hearing*) yaitu individu yang mempunyai sisa pendengaran sehingga mampu memproses informasi linguistik melalui pendengaran menggunakan alat bantu.

iii. Tunadaksa

Tunadaksa diartikan sebagai anak yang mempunyai kelainan ortopedik atau gangguan fungsi dari tulang, otot dan persendian karena bawaan lahir, penyakit atau kecelakaan. Gangguan pada tunadaksa terbagi atas tiga tingkat. Tingkat ringan dimana individu memiliki keterbatasan dalam aktivitas fisik tetap dan masih dapat ditingkatkan melalui terapi. Tingkat sedang, memiliki keterbatasan motoric dan gangguan koordinasi sensorik. Tingkat berat dimana mengalami keterbatasan total dalam pergerakan fisik dan tidak mampu mengontrol gerakan fisik.

b. Anak dengan gangguan emosi dan perilaku

i. Tunalaras

Council for Children with Behaviour Disorders mendefinisikan tunalaras sebagai gangguan emosional atau perilaku, yaitu ketidakmampuan mengendalikan emosi dan perilaku dalam program pembelajaran yang akan berdampak buruk terhadap kemampuan akademis, kepribadian, sosial dan keterampilan.

ii. Tunawicara

Istilah ini digunakan pada anak dengan gangguan komunikasi, yaitu anak yang memiliki kelainan dalam artikulasi (pengucapan), suara atau

kelancaran bicara yang mengakibatkan penyimpangan bentuk bahasa, isi bahasa dan fungsi bahasa yang disebabkan karena gangguan pada anatomi maupun psikis.

iii. Autisme

Autism merupakan gangguan perkembangan pada interaksi social dan komunikasi yang ditandai dengan terbatasnya aktifitas dan ketertarikan. Kamus Lengkap Psikologi mendefinisikan autisme sebagai a) cara berpikir yang dikendalikan oleh kebutuhan personal atau diri sendiri, b) menanggapi dunia berdasarkan penglihatan, harapan sendiri dan menolak realitas, c) keasyikan ekstrim dengan fantasi dan pikiran sendiri.

c. Anak dengan gangguan intelektual

i. Tunagrahita

Istilah tunagrahita digunakan pada anak yang mengalami hambatan dalam intelektualnya yang disebabkan keterbatasan IQ. Tunagrahita terbagi menjadi tunagrahita ringan (IQ 50-70), tunagrahita sedang (IQ 25-49) dan tunagrahita berat (IQ dibawah 25).

ii. Kesulitan belajar khusus

Menurut *Individuals with Disabilities Education Act Amendments*, kesulitan belajar khusus diartikan sebagai anak yang mengalami hambatan pada satu atau lebih proses psikologis dasar yang mencakup pengertian atau penggunaan bahasa baik secara lisan maupun tulisan. Hambatannya dapat berupa ketidakmampuan berpikir, berbicara, mendengar, mengeja, menulis atau berhitung.

iii. *Slow Learner*

Anak *slow learner* memiliki kemampuan belajar yang lebih lambat dibanding sebayanya. Tidak hanya kemampuan akademik yang terbatas, mereka juga mengalami keterbatasan kemampuan koordinasi seperti kesulitan olahraga, mengenakan pakaian, menggunakan alat tulis. Anak *slow learner* cenderung pendiam, pemalu dan sulit untuk berteman.

iv. CIBI (Cerdas Istimewa Berbakat Istimewa)

Anak cerdas dan berbakat istimewa memiliki kebutuhan dan karakteristik yang berbeda dibanding anak pada umumnya. Anak dengan CIBI diartikan sebagai anak yang memiliki kemampuan atau talenta di atas rata-rata anak pada umumnya.^(84,90,91)

3. Hubungan Anak Berkebutuhan Khusus dan Kesehatan Gigi Mulut

Anak berkebutuhan khusus memiliki kesehatan mulut yang lebih buruk daripada populasi umum. Berbagai penelitian menyebutkan bahwa ABK memiliki status kebersihan mulut yang lebih buruk dengan indeks plak yang lebih tinggi dibanding anak normal dan penyakit gigi dan mulut yang sering muncul pada ABK adalah karies, gingivitis dan periodontitis.^(2,9)

Tingkat keparahan masalah rongga mulut pada anak berkebutuhan khusus dikaitkan dengan ketidakmampuan mengakses fasilitas kesehatan, diet, pengobatan, adanya keterbatasan fisik dan psikologis, kurangnya kesadaran tentang kebersihan gigi mulut, dan sikap orang tua serta penyedia layanan kesehatan.⁽⁵⁸⁾ Penderita *down syndrome* mempunyai susunan gigi geligi yang tidak beraturan. Hal ini menjadi faktor predisposisi retensi plak.^(92,93) Pada

penderita ini biasanya mulut selalu terbuka, bibir atau lidah terbentuk celah dan fissure. Hal ini menjadi faktor yang berkontribusi pada terjadinya halitosis pada penderita *down syndrome*. Palatum mereka juga terlihat sempit dengan cekungan tajam yang bisa mempengaruhi fungsi bicara dan mastikasi.⁽⁹³⁾

Pada ABK dengan *cerebral palsy* selalu menghadapi tantangan dalam kehidupan sehari-hari karena adanya keterbatasan aktivitas dimana mereka mengalami masalah kelenturan, konfraktur, kerusakan sensorik dan dyskinesia yang mengganggu dalam melakukan kegiatan seperti menyikat gigi.⁽⁹⁴⁾ Menurut *Demographics Rehabilitation Research and Training Center on Disability Statistics* (2016) individu dengan disabilitas hanya memiliki kemampuan merawat diri sebesar 15,6%.⁽⁹⁵⁾ Sedangkan prevalensi disabilitas yang mengalami kesulitan dalam membersihkan tubuh dimana menyikat gigi salah satu elemennya yaitu sebanyak 4,1% ringan, 1,1% sedang dan 0,5% berat. Kesulitan tersebut akan berdampak buruk pada kesehatan ABK salah satunya kesehatan rongga mulut.⁽⁹⁶⁾ Penelitian yang dilakukan di Lithuania menyebutkan 72% ABK memiliki 5 gigi rusak dan 27% ABK mengalami kerusakan pada 10 giginya.⁽⁹⁷⁾

Anak dengan *down syndrome* memiliki kerusakan periodontal yang parah dan kolonisasi pathogen oral lebih tinggi dibanding anak autisme, dan anak autisme memiliki kesehatan gigi yang buruk dibanding anak normal.⁽⁹⁸⁾ Faktor penyebab tingginya penyakit gigi dan mulut pada anak dengan *cerebral palsy* antara lain adanya kadar asam salisilat dan osmolalitas air liur yang tinggi, antoksidan yang lebih rendah pada air liur dan perubahan protein saliva mulut.⁽⁹⁴⁾

Hal yang sama juga dialami ABK tunagrahita, mereka memiliki keterbatasan pada kemampuan motoric termasuk motoric tangan. Akibatnya mempengaruhi upaya dalam melakukan kegiatan menyikat gigi yang tidak maksimal.⁽⁴⁰⁾

4. Faktor yang Mempengaruhi ABK dalam Menyikat gigi

Faktor yang mempengaruhi ABK dalam kegiatan menyikat gigi adalah^(49,99,100)

a. Usia

Usia menjadi indikator dalam memprediksi waktu yang tepat untuk mengajarkan dan melatih kemampuan merawat diri anak salah satunya kemampuan menyikat gigi. Pada anak usia sekolah terjadi perubahan peningkatan motoric maupun kognitif. Kemampuan menyikat gigi akan sejalan dengan perkembangan psikomotor anak. Pada ABK hal tersebut tidak bisa selalu terjadi, dimana dari hasil penelitian Prasada (2016) dalam Suyami (2019) gambaran kemampuan menyikat gigi yang baik pada anak retardasi mental usia 7 tahun berada dalam kategori kurang baik, padahal berdasarkan perkembangan psikomotor pada anak normal dengan usia tersebut sudah mampu melakukan kegiatan menyikat gigi dengan benar.⁽³⁷⁾

b. Jenis kelamin

Kemandirian seorang anak dapat dipengaruhi jenis kelamin, kegiatan menyikat gigi sendiri adalah salah satu bentuk kemandirian anak. Penelitian oleh Mafla menemukan anak laki-laki memiliki kemampuan menyikat gigi yang lebih baik dibanding perempuan. Beberapa literatur menyebutkan laki-laki memiliki kemampuan yang lebih besar untuk keterampilan motoric

seperti membidik, menangkap dan melempar, sedangkan perempuan lebih cakap dalam tugas-tugas yang membutuhkan presisi atau kerapihan. Oleh karenanya anak laki-laki cenderung memiliki kekuatan cengkeram yang besar yang dapat mempengaruhi efektivitas menyikat gigi. Namun, hasil yang berbeda ditemukan Mahboubi (2017) dimana perempuan memiliki perilaku menyikat gigi 3 kali lebih banyak dibandingkan laki-laki dan sejalan dengan Kawamura *et al* (2008) yang melakukan penelitian pada siswa di Jepang, ditemukan bahwa siswa perempuan mengadopsi perilaku perawatan kesehatan mulut lebih baik dari siswa laki-laki.^(100,101) Menurut Suciari (2015) anak laki-laki memulai dan menguasai kegiatan menyikat gigi lebih lama dibanding anak perempuan karena sistem saraf anak laki-laki berkembang lebih lama.⁽⁴⁹⁾

c. Jenis disabilitas

Jenis dan tingkatan disabilitas yang dimiliki ABK dapat mempengaruhi keterampilan motoric halus mereka. Pada kondisi normal anak-anak mulai terbiasa dengan sikat gigi sekitar usia 3-5 tahun, ketika mereka mulai mengembangkan keterampilan motoric halus seperti menggenggam pensil.

Teknik menyikat gigi melibatkan keterampilan yang terkadang dilakukan secara tidak benar, bukan hanya karena pembelajaran proses motoric yang tidak memadai selama masa kanak-kanak, tetapi juga karena gangguan pematangan perkembangan saraf motoric seperti yang terjadi pada ABK. Pada anak tuna netra terbiasa menggunakan indera perabaan dan rasa dalam kegiatan sehari-hari. Mereka mengecek kebersihan ketika menyikat gigi

dengan meraba gigi menggunakan lidah, namun sisa makanan yang berada di luar jangkauan lidah tidak dirasakan sehingga efektivitas menyikat gigi pada anak tuna netra masih kurang. ABK yang memiliki kemampuan berpikir lebih rendah, metode menyikat gigi yang sulit akan mempengaruhi efektivitas menyikat gigi terhadap penurunan indeks plak.⁽¹⁰²⁾

5. Upaya Meningkatkan *Oral Hygiene* Anak Berkebutuhan Khusus

Anak berkebutuhan khusus berada pada risiko lebih tinggi untuk mengalami penyakit gigi dan mulut dibanding anak normal, dan dalam kesehariannya mereka juga menghadirkan tantangan lebih besar dalam perawatan kebersihan gigi dan mulut. Oleh karena itu sangat penting untuk memulai pencegahan sejak dini. Orang tua dan pengasuh memainkan peran penting dalam pencegahan dan kebersihan gigi dan mulut ABK.

Terdapat tiga konsep perawatan gigi dan mulut yang bisa dilakukan untuk meningkatkan *oral hygiene index* (OHI) pada ABK^(57,103–105)

a. Penggunaan fluoride secara teratur

Karies gigi biasanya muncul dimulai dari usia 2-5 tahun. Prosesnya terjadi dimulai dari epusi gigi pertama pada usia 6 bulan. AAPD merekomendasikan semua anak-anak untuk memulai perawatan gigi di rumah sejak usia 1 tahun. Penggunaan fluoride secara teratur merupakan salah satu upaya yang bisa dilakukan untuk mencegah karies.

i. Fluoridasi air

Fluoridasi air minum merupakan salah satu upaya efektif untuk menurunkan masalah karies. Konsentrasi optimum fluoride yang

dianjurkan dalam air minum adalah 0,7-1,2 ppm. Ketersediaan fluoride dalam air minum dapat menurunkan angka karies hingga 25%.

ii. Suplemen fluoride

Pada keadaan fluoridasi air minum tidak terpenuhi, pemberian tablet fluoride menjadi alternatif upaya preventif kesehatan gigi dan mulut. Menurut rekomendasi CDC, tablet fluoride hanya boleh diresepkan pada anak-anak tanpa akses fluoridasi air minum. Sedangkan menurut American Dental Association (ADA) tablet fluoride hanya boleh diresepkan untuk anak-anak risiko tinggi karies. Anak berkebutuhan khusus merupakan risiko tinggi karies gigi, sehingga tablet fluoride tepat untuk diberikan

Table 2.1. Dosis suplemen fluor yang dianjurkan oleh American Dental Association

Umur (tahun)	Konsentrasi fluor di dalam air minum (ppm)		
	< 0,3	0,3-0,6	>0,6
Lahir-6 bulan	-	-	-
6 bulan-3 tahun	0,25 mg F/hari	0,0 mg F/hari	0,0 mg F/hari
3 tahun-6 tahun	0,50 mg F/hari	0,25 mg F/hari	0,0 mg F/hari
6 tahun-16 tahun	1,0 mg F/hari	0,50 mg F/hari	0,0 mg F/hari

iii. P
a

sta gigi berfluoride

Satu-satunya komposisi dalam pasta gigi yang terbukti bisa mencegah karies adalah fluoride. Dalam pasta gigi yang dijual bebas

mengandung sekitar 1000-1100 ppm fluoride dalam bentuk sodium fluoride, stannous fluoride atau sodium monofluorophosphate. Menyikat gigi dua kali sehari dengan pasta gigi berfluoride harus dilakukan sejak gigi pertama erupsi, terutama pada ABK yang berisiko tinggi karies.

Pada anak usia dibawah 3 tahun pasta gigi yang digunakan tidak lebih dari ukuran sebutir beras sedangkan anak usia 3-6 tahun jumlah pasta gigi yang digunakan sebesar kacang polong.



Gambar 2.4. Ukuran pasta gigi untuk anak-anak

Umumnya pendampingan dan pengawasan dari orang tua dalam kegiatan menyikat gigi harus dilakukan sampai usia anak 6 tahun. Untuk ABK pendampingan dan pengawasan dilakukan dengan menyesuaikan usia perkembangan anak dan keterbatasan yang dialaminya.

Beberapa ABK berisiko mengalami akumulasi kalkulus dengan cepat terutama pada ABK yang bergantung pada gastrostomy tube feeding.

Pada kondisi tersebut penggunaan pasta gigi fluoride kontrol tartar dapat menjadi pilihan. Pasta gigi memiliki agen anti-kalkulus seperti triclosan dengan atau tanpa kopolimer polivinil metil eter (PVM)/asam maleat (MA) dan penghambat pertumbuhan kristal seperti pirofosfat dengan atau tanpa kopolimer PVM/MA, natrium heksametafosfat, zinc citrate dan zinc chloride.

Penambahan fluoride juga dapat dilakukan dalam kunjungan ke dokter gigi yaitu dengan menggunakan topical aplikasi fluor atau varnish fluor.

b. Mengurangi potensi kariogenik melalui diet

Makanan kariogenik merupakan makanan yang dapat menyebabkan karies gigi. Sifat dari makanan kariogenik biasanya banyak mengandung karbohidrat, lengket dan mudah hancur di dalam mulut. Pola konsumsi makanan kariogenik baik jenis, cara mengkonsumsi, frekuensi dan waktu mengkonsumsi makanan kariogenik yang berlebih dapat meningkatkan risiko karies pada anak.⁽⁵⁷⁾

Faktor kariogenik yang harus diperhatikan dalam makanan adalah kecenderungan makanan untuk melekat pada gigi, kecepatan makanan larut, potensi makanan untuk merangsang produksi air liur dan potensi makanan untuk menyangga produksi asam. Beberapa literatur menyebutkan banyak makanan telah diuji dan ditemukan dapat menurunkan pH plak interproksimal menjadi 5,5 atau lebih rendah.

Rekomendasi diet kariogenik adalah dengan membatasi makanan dan cemilan tiga hingga enam jenis makanan atau cemilan dalam sehari, membatasi konsumsi minuman manis dalam kemasan dan makan sesuai dengan pedoman *Choose MyPlate* dari Departemen Pertanian AS atau sesuai pedoman Isi Piringku anjuran Kemenkes.

Tantangan diet untuk pasien dengan gangguan perkembangan bisa menjadi substansial. Tergantung pada tingkat keparahan disabilitas, kebiasaan diet bisa berpengaruh atau tidak. Jika manajemen diet pada ABK tidak

memungkinkan, upaya yang harus dilakukan untuk meningkatkan OHI adalah dengan memastikan pembersihan rongga mulut yang lebih sering dan menyeluruh serta sering menggunakan *fluoride topical* dan sialagog jika diindikasikan.

c. Kontrol plak setiap hari

Upaya pengendalian plak dapat dilakukan dengan beberapa cara diantaranya dengan penggunaan obat kumur dan menyikat gigi. Pada ABK yang memiliki keterbatasan beraktivitas sehari-hari, peran orang tua atau pengasuh sangat dibutuhkan. Konsep dasar pembersihan gigi pada semua anak sama dan harus dilakukan setiap hari. Namun, untuk mencapai tujuan status kebersihan gigi yang baik pada ABK dibutuhkan beberapa adaptasi dan sedikit modifikasi dalam upaya kontrol plak.



Tabel 2.2. Adaptasi *Oral Hygiene* Anak Berkebutuhan Khusus


Potensi hambatan	Teknik/Alat
Akses ke anak	<ul style="list-style-type: none"> • Hindari kamar mandi kecil yang terbatas • Gunakan ruang dengan banyak ruang untuk bergerak • Sumber cahaya harus bagus
Kesulitan untuk berdahak	<ul style="list-style-type: none"> • Gunakan pasta gigi seukuran kacang polong • <i>Bulb syringe</i> atau <i>power suction</i> dapat digunakan untuk mengeluarkan dahak • Agen antimikroba dan fluoride dapat dioleskan dengan sikat gigi, kapas atau Toothette jika diindikasikan



Gambar 2,5. Toothette

Refleks muntah tinggi	<ul style="list-style-type: none"> • Gunakan sikat gigi dengan kepala kecil • Gunakan pasta gigi dalam jumlah yang sedikit • Hindari posisi terlentang, jaga agar kepala tetap tinggi
Bibir kering atau pecah-pecah	<ul style="list-style-type: none"> • Oleskan petroleum jelly sebelum menyikat gigi atau <i>flossing</i> • Gerakan yang lembut saat meregangkan bibir
Tidak dapat menjaga mulut tetap terbuka (gigitan hipertonic)	<ul style="list-style-type: none"> • Gunakan penyangga mulut • Posisikan penyangga mulut dengan hati-hati agar tidak tersangkut di bawahnya
Sensitivitas perioral	<ul style="list-style-type: none"> • Kegiatan desensitasi yang dilakukan beberapa kali sehari dapat membantu anak untuk mentolerir aturan kebersihan gigi dan mulut sehari-hari • Konsultasi dengan terapis okupasi • Gerakan harus dilakukan dengan lembut dan lambat
Penggunaan kursi roda	<ul style="list-style-type: none"> • Berdiri di belakang kursi roda untuk mendapatkan akses visual ke dalam mulut anak • Gunakan lengan untuk menopang kepala anak • Duduk di belakang kursi roda dan kunci roda • Miringkan kursi ke pangkuan orang tua/pengasuh dan gunakan lengan untuk menopang kepala anak ke tubuh orang tua/pengasuh

	 <p>Gambar 2.6. Posisi pendampingan menyikat gigi pada anak yang menggunakan kursi roda</p>
Kesulitan duduk	<ul style="list-style-type: none"> • Gunakan kursi busa atau <i>beanbag</i> untuk menstabilkan anak • Baringkan anak di tempat tidur atau sofa dengan kepala di pangkuan orang tua/pengasuh • Sangga kepala dan bahu anak dengan lengan
Gerakan tidak terkendali	<ul style="list-style-type: none"> • Satu orang tua/pengasuh: posisi anak duduk di lantai di antara kedua kaki pengasuh yang duduk di sofa. Anak berbaring di lantai dengan tangan terentang. Orang dewasa duduk di belakang kepala anak dengan posisi kaki berada di lengan anak  <p>Gambar 2.7. Posisi pendampingan menyikat gigi dengan satu pengasuh</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dua orang tua/pengasuh: anak berbaring di tempat

	<p>tidur atau sofa dengan kepala di pangkuan pengasuh. Pengasuh kedua memegang tangan atau kaki anak</p>  <p>Gambar 2.8. Posisi pendampingan menyikat gigi dengan dua pengasuh</p>
Kesulitan menggendong sikat gigi	<ul style="list-style-type: none"> • Modifikasi gigi dengan menambahkan gagang yang lebih besar (misal bola karet, pegangan gagang sepeda atau bola tenis) • Pemilihan sikat gigi yang memiliki pegangan besar • Pasang tali Velcro ke gagang sikat gigi untuk mengamankan sikat gigi di tangan
Ketangkasan manual terbatas	Penggunaan sikat gigi elektrik

D. Perilaku Orang Tua Terhadap Kesehatan Gigi dan Mulut ABK

Orang tua merupakan kekuatan sosial pertama dan utama yang mempengaruhi perkembangan anak di tahun-tahun awal masa kanak-kanak.⁽¹⁰⁶⁾

Pendampingan merupakan suatu aktivitas yang dilakukan dan dapat bermakna sebagai pengajaran, pembinaan dan pengarahan pada seseorang atau kelompok.

Pendampingan orang tua dalam proses belajar anak adalah upaya orang tua untuk menemani, memberikan bantuan dalam mengatasi masalah anak dengan

memberikan dorongan, motivasi, dukungan, pengawasan dan memberikan fasilitas pada anak.^(51,52)

Pada usia anak-anak terutama ABK, pemeliharaan kesehatan gigi bergantung pada orang tua. Orang tua harus mengetahui cara merawat gigi anak dan membimbing anaknya cara menyikat gigi yang baik dan benar. Peran orang tua dalam membimbing dan mendampingi anak terkait perawatan gigi sangat penting dalam mendasari terbentuknya perilaku yang mendukung kebersihan gigi anak.⁽⁴⁹⁾

Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non-behavior causes*). Perilaku kesehatan merupakan segala kegiatan yang dilakukan seseorang yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan baik yang dapat diamati secara langsung (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati secara langsung oleh orang lain (*unobservable*).⁽¹⁰⁷⁾ Teori Green menyebutkan perilaku seseorang terbentuk dari tiga faktor yaitu^(46,108)

1. Faktor Predisposisi (*presdisposing factors*)

Faktor predisposisi adalah faktor anteseden terhadap perilaku yang menjadi motivasi bagi perilaku. Faktor ini terwujud dalam bentuk usia, jenis kelamin, pendapatan, tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan nilai-nilai.

Tingkat pendidikan seseorang berkaitan dengan kemampuan menerima informasi. Semakin tinggi tingkat pendidikan orang tua akan memotivasi untuk melakukan upaya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal bagi anaknya.⁽¹⁰⁹⁾ Penelitian Afiati dkk (2017) mengukur hubungan tingkat pendidikan

ibu terhadap angka karies pada anak TK didapatkan hasil semakin tinggi pendidikan ibu semakin rendah angka karies anak (kekuatan korelasi -0,6).⁽¹¹⁰⁾

Pengetahuan orang tua juga sejalan dengan tingkat pendidikan. Pengetahuan yang kurang dapat disebabkan oleh tingkat pendidikan yang kurang. Hal ini berpengaruh terhadap kemampuan orang tua untuk mengakses informasi terkait kesehatan gigi dan mulut anak. Tingkat pendidikan dan pengetahuan yang tinggi juga akan meningkatkan kemauan orang tua untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan gigi anak dengan baik.^(107,111,112) Penelitian Sumanti dkk (2013) menemukan bahwa tingkat pengetahuan yang kurang berpotensi 6 kali lebih besar untuk menghambat perilaku positif terkait perawatan kesehatan gigi dan mulut anak.⁽¹¹²⁾

Jenis kelamin dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Peran ayah dalam keluarga identik dengan mencari nafkah, pelindung dan pemberi rasa aman bagi setiap anggota keluarga. Sedangkan ibu berperan sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak. Hal ini yang mendasari kecenderungan seorang ibu memiliki pengetahuan dan informasi yang berkaitan dengan kesehatan lebih banyak dibanding ayah.⁽¹¹¹⁾

2. Faktor Pendukung (*enabling factors*)

Faktor pendukung merupakan faktor anteseden terhadap perilaku yang memungkinkan suatu motivasi dapat terlaksana. Unsur-unsur yang termasuk dalam faktor ini diantaranya ketersediaan sumber daya kesehatan baik tenaga, sarana dan prasarana kesehatan, keterampilan serta keterjangkauan sumber daya kesehatan

yang dapat mendukung atau memfasilitasi terbentuknya perilaku sehat individu atau masyarakat.

Penganganan perawatan kesehatan gigi dan mulut ABK berbeda dengan anak normal. Sedangkan saat ini fasilitas pelayanan kesehatan gigi yang ramah bagi ABK baik dalam sarana maupun keterampilan tenaga kesehatannya juga masih belum memadai.⁽¹¹³⁾

3. Faktor Pendorong (*reinforcing factors*)

Faktor pendorong adalah faktor penyerta sesudah perilaku itu ada di luar individu yang dapat terwujud dalam bentuk sikap dan perilaku petugas kesehatan, guru, perilaku tokoh masyarakat/tokoh agama, peraturan dan norma yang ada.

Upaya peningkatan kesehatan gigi dan mulut anak dapat dilakukan di dalam maupun di luar lingkungan keluarga. Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan juga memegang peranan penting dalam kesehatan gigi dan mulut anak. Salah satu upaya tersebut dapat dilakukan melalui program Upaya Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS). Pelaksanaan UKGS melibatkan beberapa tenaga dari Puskesmas yaitu dokter gigi dan perawat gigi, sedangkan pelaksana dari sekolah adalah guru. Kedua elemen ini sangat berpengaruh terhadap perubahan perilaku siswa di sekolah terhadap kesehatan gigi dan mulut.⁽¹¹⁴⁾

Teori Green menyimpulkan bahwa perilaku individu atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh sikap, pengetahuan, kepercayaan, nilai-nilai dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Sedangkan ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku petugas kesehatan akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku seseorang atau masyarakat.^(46,108)

Peranan orang tua yang baik tidak serta merta menjamin perilaku yang baik pada anak, karena perubahan perilaku terjadi disebabkan adanya latihan yang dilakukan secara sadar tanpa paksaan dengan arah dan tujuan yang tepat serta mencakup seluruh aspek perilaku yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan. Namun, melalui peranan pembimbingan dari orang tua diharapkan anak lebih memahami dan dapat memelihara kesehatan gigi dan mulut melalui kegiatan menyikat gigi tanpa bantuan orang lain.^(1,109)



SEKOLAH PASCASARJANA