

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anak berkebutuhan khusus (ABK) merupakan salah satu sumber daya manusia bangsa Indonesia yang kualitasnya harus ditingkatkan agar dapat berperan, tidak hanya sebagai obyek pembangunan tetapi juga sebagai subyek pembangunan. Anak penyandang cacat perlu dikenali dan diidentifikasi dari kelompok anak pada umumnya, oleh karena itu memerlukan pelayanan yang bersifat khusus, seperti pelayanan kesehatan, pendidikan khusus maupun latihan tertentu yang bertujuan untuk mengurangi keterbatasan dan ketergantungan akibat kelainan yang diderita, serta menumbuhkan kemandirian hidup dalam masyarakat (Delphie, 2009, *Cit.* Palupi, dkk., 2017).

Penyandang disabilitas merupakan bagian penting dari komunitas dan diperkirakan ada sekitar 500 juta penyandang disabilitas di seluruh dunia. Laporan *National Sample Survey Organization* (NSSO) baru-baru ini menunjukkan bahwa jumlah penyandang cacat di negara ini diperkirakan 18,49 juta, terhitung sekitar 1,8% dari total populasi, sedangkan populasi keterbelakangan mental berjumlah 0,44 juta orang. Anak berkebutuhan khusus dengan gangguan mental-intelektual salah satunya adalah anak tunagrahita. Anak tunagrahita atau dikenal dengan retardasi mental anak berkebutuhan khusus atau penyandang disabilitas merupakan bagian dari anak Indonesia yang perlu mendapat perhatian dan perlindungan pemerintah, masyarakat, dan keluarga. Upaya perlindungan bagi anak dengan disabilitas sama halnya dengan anak lainnya, yaitu upaya pemenuhan kebutuhan dasar anak agar dapat hidup, tumbuh, dan berkembang secara optimal, serta berpartisipasi sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Retardasi mental telah didefinisikan oleh *American Association of Mental Deficiency* (AAMD) sebagai kekurangan dalam kecerdasan teoritis yang bawaan atau diperoleh pada awal kehidupan. AAMD mengklasifikasikan keterbelakangan mental menjadi empat kategori menurut *intelligence quotient* (*IQ*): retardasi ringan, sedang, berat atau mendalam. Seseorang diklasifikasikan memiliki keterbelakangan mental ringan jika skor *IQ*-nya 50-55 sampai sekitar 70; keterbelakangan sedang, *IQ* 35-40 sampai

50; keterbelakangan parah, *IQ* 20-25 hingga 35; dan retardasi berat, *IQ* di bawah 20-25. (Jain, 2012). Menurut *American Association on Mental Retardation* (AAMR), menjelaskan keterbelakangan mental merupakan keterbatasan dalam fungsi intelektual yang ada di bawah rata-rata, sehingga menyebabkan kesulitan untuk melakukan adaptasi dengan lingkungannya dan keterbatasan pada dua atau lebih keterampilan adaptif seperti berkomunikasi, merawat diri sendiri, keterampilan sosial, fungsi akademis, dan kesehatan. (Wati, 2012, *Cit.* Eldarita dan Amanullah, 2021).

Kesehatan menjadi salah satu keterbatasan dari anak tunagrahita dalam memelihara diri, merawat diri secara mandiri dan menjalankan aktivitas kehidupan sehari-hari secara normal mempengaruhi perilakunya dalam menjaga kesehatan termasuk kesehatan gigi dan mulut. Pada umumnya pasien anak tunagrahita memiliki kesehatan rongga mulut dan *oral hygiene* yang buruk dibanding dengan orang tanpa cacat perkembangannya. Gigi malposisi atau keluar dari lengkung rahang juga merupakan kelainan yang dimiliki oleh anak tunagrahita sehingga anak tunagrahita mengalami kesulitan untuk menjaga kebersihannya, yang dapat menyebabkan penyakit periodontal dan karies gigi. Pasien anak tunagrahita memiliki peningkatan karies yang sama dengan orang-orang tanpa keterbelakangan mental meskipun demikian, prevalensi karies gigi yang tidak dirawat lebih tinggi pada anak tunagrahita, yaitu dari 292 anak tunagrahita hanya ada 93 gigi yang ditambal. Prevalensi karies gigi yang tidak dirawat pada anak tunagrahita ini menunjukkan bahwa baru sedikit anak tunagrahita yang dapat ditangani oleh dokter gigi (Salmiah, 2010 *Cit.* Palupi, dkk., 2017).

Tenaga Kesehatan sangat berpengaruh terhadap pengasuhan anak berkebutuhan khusus sesuai dengan masalah yang dialami anak, sangat membutuhkan peran dari orang tua, keluarga, guru sekolah dan tenaga kesehatan. Pengasuhan dilakukan dalam upaya untuk meningkatkan perkembangan pada anak berkebutuhan khusus. Anak tunagrahita memiliki masalah yaitu sulitnya untuk menjaga kebersihan gigi dan mulut, dikarenakan adanya keterbatasan yang dimiliki, sehingga sangat dibutuhkan sekali peranan tenaga kesehatan di sini untuk meningkatkan derajat kesehatan pada anak tunagrahita (Praptono, 2017).

Masalah yang sering dialami oleh anak tunagrahita dalam kesehatan gigi dan mulut yaitu banyaknya prevalensi karies gigi. Karies gigi adalah penyakit yang paling umum di antara anak-anak terbelakang mental di seluruh dunia dan "perawatan gigi adalah kebutuhan kesehatan terbesar tanpa pengawasan dari penyandang cacat". Beberapa alasan yang paling penting mungkin sistem ingatan yang tidak memadai, kesulitan praktis selama sesi perawatan, status sosial ekonomi, meremehkan kebutuhan pengobatan atau rasa sakit, masalah komunikasi dan kerjasama yang buruk. Banyak penelitian yang diterbitkan telah melaporkan kebersihan mulut yang relatif buruk dan tingkat penyakit periodontal yang tinggi pada anak-anak dengan gangguan mental dan dalam survei kuesioner, Randell *et al.* Menemukan bahwa anak-anak dengan sindrom *down* memiliki praktik kesehatan gigi yang lebih buruk daripada anak-anak normal. Individu dengan sindrom *down* menunjukkan prevalensi tinggi penyakit periodontal. Sebuah tinjauan literatur tentang kelainan dan penyakit gigi pada orang dengan sindrom *down* secara konsisten menunjukkan peningkatan frekuensi *periodontitis* dibandingkan dengan pasien lain dengan keterbelakangan mental serta dibandingkan dengan populasi umum (Jain, 2012).

Karies merupakan penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor. Faktor penyebab karies adalah *host* (gigi dan *saliva*), mikroorganisme (*plak*), substrat (karbohidrat) dan ditambah faktor waktu. Faktor penyebab lain yaitu faktor predisposisi yang turut berkontribusi terhadap keparahan karies antara lain pengalaman karies, sosial ekonomi, usia, jenis kelamin, geografis dan perilaku terhadap kesehatan gigi dan mulut (Gayatri, 2016).

Status kesehatan gigi dan mulut pada umumnya dinyatakan dalam prevalensi karies gigi dan penyakit periodontal, hal ini disebabkan karena penyakit karies gigi dan penyakit periodontal hampir dialami seluruh masyarakat di dunia. Menilai status kesehatan gigi dan mulut dalam hal ini karies gigi digunakan nilai *DMF-T* (*Decay Missing Filled Teeth*). 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 dicabut karena karies gigi, angka *F* adalah gigi yang ditambal atau ditumpat karena

karies dan dalam keadaan baik. Nilai *DMF-T* adalah penjumlahan $D + M + F + T$ (Notohartoyo, 2015).

Kebutuhan akan perawatan kesehatan mulut sistemik telah ditunjukkan dengan jelas dalam penelitian yang dilakukan oleh Maweri (2013), karena anak-anak dan remaja *DS* memiliki komponen pembusukan d/D yang lebih tinggi, sementara komponen missing (*M*) dan filling (*F*) terlalu rendah persentasenya. Pola karies gigi mencerminkan fakta bahwa penduduk memiliki akses yang buruk terhadap perawatan gigi restoratif dan tanda perawatan pencegahan yang diabaikan. Pada kategori perawatan khusus, anak-anak dalam penelitian ini umumnya membutuhkan perawatan restoratif seperti tambalan satu permukaan (87,5%), tambalan dua permukaan (40,6%) dan ekstraksi (19,8%). Ada banyak faktor yang berkontribusi terhadap kebutuhan pengobatan yang tidak terpenuhi yang besar diantara populasi *DS*. Kurangnya pengetahuan tentang praktik kebersihan mulut yang baik di antara orang tua, pengasuh dan otoritas terkait, kurangnya motivasi, prioritas rendah diberikan pada perawatan gigi di masyarakat, kurangnya fasilitas untuk pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut secara dini dan teratur serta perawatan yang cepat dan akhirnya biaya perawatan dapat menjadi alasan untuk kebutuhan perawatan yang menumpuk. Menurut penelitian Tulangwo (2015), hasil pemeriksaan status karies gigi dari 16 orang anak tunagrahita menunjukkan bahwa indeks *DMF-T*nya yaitu dengan skor 3,6 dengan kategori sedang, dengan persentase 100% pada 8 orang anak tunagrahita ringan, dan 87,5 % pada 8 orang anak tunagrahita sedang.

Menurut Selwitz, (2007), dalam penelitian Permatasari, dkk, (2016), anak-anak tunagrahita tentu memiliki keterbatasan kemampuan kognitif dan mobilitas, gangguan perilaku dan otot, refleks muntah dan gerakan tubuh tidak terkontrol. Keadaan tersebut yang membatasi anak berkebutuhan khusus untuk dapat melakukan pembersihan gigi yang optimal. Selain itu keadaan rongga mulut anak tunagrahita lebih buruk dibandingkan dengan anak seusianya. Hal tersebut dikarenakan anak tunagrahita sulit untuk merawat dirinya sendiri dan kurangnya pengetahuan serta peranan orang tua dalam menjaga kesehatan rongga mulut anak tunagrahita. Pada penelitian di Kanada mengungkapkan bahwa karies gigi yang

tidak diberikan pengobatan menyebabkan 48% anak mengeluh sakit gigi, 43% anak memiliki masalah makan makanan tertentu, 61% anak makan sedikit atau tidak menyelesaikan makanan yang disajikan, 35% anak tidak bisa tidur nyenyak, dan 5% anak-anak menerima laporan negatif dari sekolah, seperti kurangnya kerjasama, tidak bermain dengan anak-anak lain, dan sangat tenang. Oleh karena itu, rasa sakit yang timbul karena karies gigi yang tidak ditangani menyebabkan anak memiliki masalah makan, tidak tidur nyenyak, dan malas beraktivitas, sehingga dibutuhkan suatu penanganan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut pada anak tunagrahita ini untuk meningkatkan derajat kesehatan gigi dan mulut yang optimal.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka yang menjadi rumusan masalah dalam studi literatur ini adalah “Bagaimanakah Gambaran Penanganan Pelayanan Asuhan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak Berkebutuhan Khusus Tunagrahita terhadap Indeks *DMF-T*?”

1.3 Tujuan Penulisan

Tujuan yang ingin dicapai dalam penulisan ini meliputi:

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui literatur gambaran penanganan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus tunagrahita terhadap indeks *DMF-T*.”

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1.3.2.1 Mengetahui literatur mekanisme penanganan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus tunagrahita.
- 1.3.2.2 Mengetahui literatur rata-rata indeks *DMF-T* pada anak berkebutuhan khusus tunagrahita.
- 1.3.2.3 Mengetahui gambaran penanganan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus tunagrahita.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Secara Teoritis

Hasil penulisan studi literatur ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan rujukan dalam penerapan konsep serta dapat memberikan sumbangan pemikiran diantaranya ilmu kesehatan gigi dan mulut yang berkaitan dengan gambaran penanganan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus tunagrahita terhadap indeks *DMF-T*.

1.4.2 Secara Praktik

1.4.2.1 Bagi Institusi

Hasil penulisan studi literatur ini diharapkan menambah kepustakaan di perpustakaan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya Jurusan Keperawatan Gigi, serta dapat dijadikan bahan perbandingan untuk peneliti selanjutnya.

1.4.2.2 Bagi Pembaca

Diharapkan dapat menambah wawasan dan ilmu pengetahuan pembaca tentang gambaran penanganan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus tunagrahita terhadap indeks *DMF-T*.

1.5 Keaslian Penulisan

Penulisan studi literatur tentang “Gambaran penanganan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus tunagrahita terhadap indeks *DMF-T*” sepengetahuan peneliti belum pernah dilakukan sebelumnya, namun penelitian yang hampir mirip antara lain sebagai berikut:

Tabel 1. 1 Keaslian Penulisan

NO	NAMA	JUDUL	TAHUN	PERSAMAAN	PERBEDAAN
1	Tulangow	Gambaran Status Karies pada Anak Berkebutuhan Khusus di SLB YPAC Manado	2015	Penelitian dengan sasaran Anak Berkebutuhan Khusus dan menggunakan alat ukur indeks <i>DMF-T</i>	Penelitian dengan menggunakan metode, sampel, waktu, dan variabel yang berbeda
2	Istiqomah	Gambaran Karies Gigi pada Anak Tunagrahita di SLB C Kota Semarang	2016	Penelitian ini dengan sasaran Anak Tunagrahita dan menggunakan alat ukur indeks <i>DMF-T</i>	Penelitian dengan menggunakan metode, sampel, dan waktu yang berbeda
3	Rilinda	Status Oral Higiene dan Pengalaman Karies pada Tunagrahita dan Tunadaksa di YPAC Medan	2019	Penelitian ini dengan sasaran Anak Tunagrahita dan menggunakan alat ukur indeks <i>DMF-T</i>	Penelitian dengan menggunakan metode, sampel, waktu, dan variabel yang berbeda