

Gambaran Status Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak Tunagrahita Usia 12-18 Tahun di SLB Negeri Widiasih Kecamatan Pari Kabupaten Pangandaran

Karisma Noer Fitriani Hanifah, Culia Rahayu, Cahyo Nugroho, Hadiyat Miko

Jurusan Keperawatan Gigi Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
Jl. Tamansari Gobras No.210, Kec. Tamansari, Kota Tasikmalaya,
Provinsi Jawa Barat 46115, Telp./Fax.0265-334790

Co Author: Hadiyat Miko
Email: drgmiko@yahoo.com

ABSTRAK

Latar belakang: Anak tunagrahita memiliki kesehatan mulut dan *oral hygiene* yang kurang dibandingkan dengan anak normal, hal ini disebabkan karena anak tunagrahita mengalami kesulitan untuk menjaga kesehatan gigi mulutnya secara mandiri dan kurang aktifnya otot mulut untuk mendapatkan pembersihan alamiah gigi yang baik dibuktikan dengan 60% anak tunagrahita di SLB Negeri Patrang memiliki *OHI-S* dengan kriteria sedang. Tujuan: Mengetahui gambaran status kesehatan gigi dan mulut pada anak tunagrahita usia 12-18 tahun di SLBN Widiasih kecamatan Parigi Kabupaten Pangandaran.

Metode penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif yang merupakan rancangan penelitian sederhana berupa *sampling survey* dan merupakan rancangan penelitian noneksperimental. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *purposive sample* dan didapatkan sampel sebanyak 27 sampel yang kemudian akan diperiksa status kebersihan gigi dan mulut dengan menggunakan *Oral Higiene Index Simplified (OHI-S)* menurut Green dan Vermillion. Analisa data menggunakan tabel frekuensi terhadap variabel dari hasil penelitian.

Hasil penelitian menunjukkan *OHI-S* pada anak tunagrahita ringan kriteria terbanyak yaitu sedang 63,64%. *OHI-S* pada tunagrahita sedang seluruhnya berkriteria sedang 100%, hal ini menunjukkan 70% anak tunagrahita ringan dan sedang di SLB Widiasih Parigi Kabupaten Pangandaran berkriteria *OHI-S* sedang. Kesimpulan: Gambaran status kebersihan gigi dan mulut pada anak tunagrahita ringan dan anak tunagrahita sedang di SLB Widiasih Parigi Kabupaten Pangandaran memiliki kriteria *OHI-S* sedang, hal ini dikarenakan keberhasilan orang tua dalam menanamkan kemandirian pada anak tunagrahita serta dalam mendidik anak tunagrahita sejak usia dini untuk menjaga kesehatan gigi dan mulut nya.

Kata Kunci: Tunagrahita, *OHI-S*, SLBN Widiasih

PENDAHULUAN

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk

hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan yang perlu diperhatikan selain kesehatan tubuh secara umum, juga kesehatan gigi dan mulut yang merupakan bagian

dari kesehatan tubuh secara keseluruhan. Kesehatan mulut penting bagi kesehatan dan kesejahteraan tubuh secara umum dan sangat mempengaruhi kualitas kehidupan, termasuk fungsi bicara, pengunyahan dan rasa percaya diri, gangguan kesehatan mulut akan berdampak pada kinerja seseorang^(2,3,11).

Menjaga kesehatan gigi dan mulut yaitu dengan cara menggosok gigi secara teratur 2 (dua) kali sehari pagi sesudah makan dan malam sebelum tidur. Pencegahan dengan cara tersebut akan membebaskan gigi dan mulut dari sisa makanan dan kuman yang merusak. Pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut harus dilakukan pada semua kelompok, baik dari kelompok anak usia sekolah dasar, pra sekolah maupun pada anak-anak yang menyangkut status keterbelakangan mental. Pada anak cacat mental / keterbelakangan mental memiliki kebersihan mulut yang kurang salah satunya pasien anak tunagrahita. Mereka memiliki kesehatan mulut dan *oral hygiene* yang jelek dibandingkan dengan anak normal^(4,5).

Pasien anak tunagrahita bisa memperoleh perawatan gigi seperti skaling, penambalan gigi, TAF, tetapi dalam menerima tindakan-tindakan khusus seperti anastesi lokal dan instrument - instrumen berkecepatan tinggi harus berhati-hati dikarenakan hal ini tergantung tingkat pemahaman dan usia mereka. Semakin meningkatnya usia, meningkat pula masalah kesehatan gigi dan mulut penderita tunagrahita yang disebabkan oleh tunagrahita, sehingga kebutuhan akan perawatan gigi dan mulut semakin meningkat sejalan dengan usianya⁽⁶⁾.

Masalah kesehatan gigi dan mulut yang paling sering untuk penderita tunagrahita adalah penyakit jaringan gusi (*periodontal*), gigi berlubang dan gigi tidak beraturan (*maloklusi*). Kelainan ini juga ditambah dengan kesulitan anak untuk dapat menjaga kesehatan gigi mulutnya secara mandiri dan kurang aktifnya otot mulut untuk mendapatkan pembersihan alamiah gigi yang baik⁽⁷⁾.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Diska mahardika di SDLB Negeri Patrang pada bulan Desember 2010 sampai Juni 2011 pada anak penderita tunagrahita menggambarkan kebersihan gigi dan mulut didapatkan sampel sebanyak 15 anak menunjukkan prosentase tertinggi terdapat pada kriteria klinis *OHI-S* sedang yaitu sebesar 60%, sedangkan yang mempunyai kriteria klinis baik sebesar 40%, sedangkan WHO merekomendasikan usia untuk pemeriksaan kesehatan rongga mulut, yaitu usia 12 sampai 18 tahun. Usia tersebut direkomendasikan sebagai usia untuk pemeriksaan karena gigi tetap yang menjadi indeks *OHI-S* telah bertumbuh seutuhnya^(6,8).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran status kesehatan gigi dan mulut pada anak tunagrahita usia 12-18 tahun di SLBN Widiasih kecamatan Parigi Kabupaten Pangandaran.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian deskriptif yang merupakan rancangan penelitian sederhana berupa *sampling survey*

dan merupakan rancangan penelitian noneksperimental⁽⁹⁾. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *purposive sample* atau sampel diambil menurut ketentuan tertentu dari seluruh siswa di SLBN Widiasih Parigi Kab. Pangandaran dan didapatkan sampel 27 orang, dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Anak tunagrahita sedang.
- b. Anak tunagrahita ringan.
- c. Bersedia menjadi reponden.
- d. Usia 12-18 tahun

Setelah sampel terkumpul maka penelitian dilakukan dengan cara memeriksa status kebersihan gigi dan mulut dengan menggunakan *Oral Higiene Index Simplified (OHI-S)* menurut Green dan Vermillion, adapun gigi indeks yang digunakan yaitu:

- a. Gigi 16 permukaan bukal
- b. Gigi 11 permukaan labial
- c. Gigi 26 permukaan bukal
- d. Gigi 36 permukaan lingual
- e. Gigi 31 permukaan labial
- f. Gigi 46 permukaan lingual

Jika gigi indeks tersebut tidak ada maka dapat dilakukan penggantian gigi dengan ketentuan:

- a. Jika gigi M1 tidak ada, penilaian dapat dilakukan pada gigi M2, jika gigi M1 dan M2 tidak ada maka dapat dilakukan pada gigi M3 akan tetapi jika M1, M2, M3 tidak ada tidak ada penilaian untuk segmen tersebut.
- b. Jika gigi I1 kanan atas tidak ada maka dapat diganti dengan gigi I1 kiri, jika gigi I1 kanan bawah tidak ada maka dapat digantikan dengan gigi I1 kiri bawah, tetapi jika gigi I1 kanan dan kiri tidak ada maka tidak ada penilaian untuk segmen tersebut.

- c. Gigi indeks dianggap tidak ada pada keadaan-keadaan seperti gigi hilang karena dicabut, gigi yang merupakan sisa akar, gigi yang merupakan mahkota jaket, baik yang terbuat dari akrilik maupun logam, mahkota gigi sudah hilang atau rusak lebih dari 1/2 bagiannya pada permukaan indeks akibat karies ataupun fraktur, gigi yang erupsinya belum mencapai 1/2 tinggi mahkota klinis.
- d. Penilaian dapat dilakukan minimal ada 2 gigi indeks untuk dilakukan pemeriksaan⁽³⁾.

Rentang skor penilaian baik debris indeks maupun kalkulus indeks yaitu dari skor 0-3. Berikut merupakan skor untuk debris indeks:

- 0 : Tidak ada debris atau stain.
- 1 : Debris menutupi tidak lebih dari 1/3 permukaan servikal atau terdapat stain ekstrinsik dipermukaan yang diperiksa.
- 2 : Debris menutup lebih dari 1/3 tetapi kurang dari 2/3 permukaan yang diperiksa.
- 3 : Debris menutupi lebih dari 2/3 permukaan yang diperiksa⁽³⁾.

$$DI = \frac{\sum \text{penilaian debris}}{\sum \text{gigi yang diperiksa}}$$

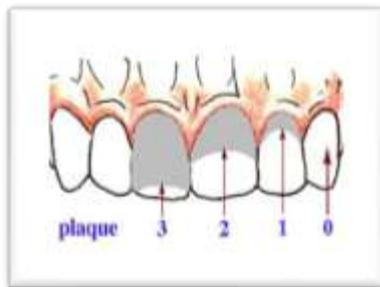
Sedangkan untuk penilaian skor kalkulus indeks yaitu:

- 0 : Tidak ada kalkulus.
- 1 : Kalkulus supragingiva menutupi tidak lebih 1/3 permukaan servikal yang diperiksa.
- 2 : Kalkulus supragingival menutupi lebih dari 1/3 tapi kurang dari 2/3 permukaan yang diperiksa atau ada bercak-bercak kalkulus subgingiva disekeliling

- servikal gigi.
- 3 : Kalkulus supragingiva menutupi lebih dari 2/3 permukaan atau ada kalkulus subgingiva yang kontinu disekeliling servikal gigi⁽³⁾.

$$CI = \frac{\sum \text{penilaian kalkulus}}{\sum \text{gigi yang diperiksa}}$$

Penilaian debris indeks dan kalkulus indeks dapat dilihat pada gambar dibawah ini



Gambar 1. Skor Nilai Debris Dan Kalkulus Indeks

Menurut Green and vermilion, kriteria penilaian debris dan kalkulus sama, yaitu mengikuti ketentuan sebagai berikut :

- Baik : jika nilainya antara 0-0,6
 Sedang: jika nilainya antara 0,7-1,8
 Buruk : jika nilainya antara 1,9-3,0

Setelah skor *DI* dan *CI* terkumpul maka dilakukan perhitungan *OHI-S* dengan cara:

$$OHI-S = DI + CI$$

Kriteria untuk *OHI-S* yaitu:

- Baik : 0,0 - 1,2
- Sedang : 1,3 - 3,0
- Buruk : 3,1 - 6,0⁽³⁾

Setelah data terkumpul maka dilakukan analisa data menggunakan tabel frekuensi terhadap variabel dari hasil penelitian.

HASIL

Tabel 1 menunjukkan penelitian dilakukan pada anak tunagrahita ringan sebanyak 22 orang dengan jumlah persentase 81,48% dan pada anak tunagrahita sedang sebanyak 5 orang dengan jumlah persentase 18,52%.

Tabel 1. distribusi frekuensi berdasarkan kriteria tunagrahita

Kriteria Tunagrahita	N	(%)
Tunagrahita ringan	22	81,48
Tunagrahita sedang	5	18,52
Jumlah	27	100%

Tabel 2 menunjukkan tingkat kebersihan gigi dan mulut pada kelompok usia 12-18 tahun, kriteria *OHI-S* baik sebanyak 4 orang (14,81%), kriteria *OHI-S* sedang sebanyak 19 orang (73,37%), kriteria *OHI-S* buruk sebanyak 4 orang (14,81%).

Tabel 2. Distribusi frekuensi hasil pengukuran *OHI-S* sampel penelitian pada kelompok umur 12-18 tahun

No	Kriteria Indeks Plak	N	(%)
1.	Baik (0 – 1,2)	4	14,81
2.	Sedang (1,3 – 3,0)	19	70,37
3.	Buruk (3,1 – 6,0)	4	14,81
	Total	27	100 %

Tabel 3 menunjukkan tingkat kebersihan gigi dan mulut pada anak tunagrahita ringan, kriteria *OHI-S* baik sebanyak 4 orang (18,18%), kriteria *OHI-S* sedang sebanyak 14 orang (63,64%), kriteria *OHI-S* buruk sebanyak 4 orang (18,18%).

Tabel 3. Distribusi frekuensi hasil pengukuran *OHI-S* sampel penelitian pada anak tunagrahita ringan

No	Kriteria Indeks Plak	N	(%)
1.	Baik (0 – 1,2)	4	18,18

2.	Sedang (1,3 – 3,0)	14	63,64
3.	Buruk (3,1 – 6,0)	4	18,18
Total		22	100 %

Tabel 4 menunjukkan tingkat kebersihan gigi dan mulut pada anak tunagrahita sedang, kriteria *OHI-S* baik sebanyak 0 orang (0%), kriteria *OHI-S* sedang sebanyak 5 orang (100%), kriteria *OHI-S* buruk sebanyak 0 orang (0%).

Tabel 4. Distribusi frekuensi hasil pengukuran *OHI-S* sampel penelitian pada anak tunagrahita sedang

No	Kriteria Indeks Plak	N	(%)
1.	Baik (0 – 1,2)	0	0
2.	Sedang (1,3 – 3,0)	5	100
3.	Buruk (3,1 – 6,0)	0	0
Total		5	100 %

PEMBAHASAN

Indeks kebersihan gigi dan mulut (*OHI-S*) pada anak tunagrahita ringan dan tunagrahita sedang usia 12-18 tahun di SLB Negeri widiasih Parigi Kabupaten Pangandaran rata-rata dari 27 sampel penelitian berada diantara rentang 0-1,2 dengan kriteria baik sebanyak 4 orang (14,81%), berada diantara rentang 1,3-3,0 dengan kriteria sedang sebanyak 19 orang (73,37%), berada diantara rentang 3,1-6,0 sebanyak 4 orang (14,81%).

Hasil penelitian ini membuktikan terdapat gambaran status kebersihan gigi dan mulut pada anak tunagrahita ringan dan anak tunagrahita sedang di SLB Widiasih Parigi Kabupaten Pangandaran, dengan hasil pemeriksaan *OHI-S* yang mencapai 70% anak yang memiliki keterbelakangan mental khususnya anak tunagrahita ringan dan sedang

memiliki kriteria kebersihan *OHI-S* sedang.

Analisa hasil data tingkat kebersihan gigi dan mulut pada anak tunagrahita ringan dan anak tunagrahita sedang dapat digambarkan bahwa anak yang memiliki keterbelakangan mental memiliki kebersihan gigi dan mulut sedang yang diakibatkan oleh beberapa faktor misalnya pola asuh dari orang tua anak tunagrahita yang menunjukkan keberhasilan orang tua dalam menanamkan kemandirian pada anak tunagrahita serta dalam mendidik anak tunagrahita sejak usia dini menjaga kesehatan gigi dan mulut nya.

Penelitian ini hampir sama dengan penelitian Diska mahardika di SDLB Negeri Patrang pada bulan Desember 2010 sampai Juni 2011 pada anak penderita tunagrahita menggambarkan kebersihan gigi dan mulut didapatkan sampel sebanyak 15 anak menunjukkan prosentase tertinggi terdapat pada kriteria klinis *OHI-S* sedang yaitu sebesar 60%, sedangkan yang mempunyai kriteria klinis baik sebesar 40%. Keadaan itu disebabkan oleh beberapa faktor misalnya keberhasilan orang tua dalam mendidik anak tunagrahita untuk mampu membersihkan keadaan gigi dan mulut. Perawatan sejak awal dari dokter gigi dan perawatan sehari-hari di rumah dapat memungkinkan individu pada anak tunagrahita dapat merasakan manfaat mulut yang bersih dan sehat.

Menurut penelitian Hardiani dkk (2012) menyatakan bahwa pola asuh orang tua merupakan faktor penentu perkembangan kemandirian. Kemandirian memiliki pengaruh terhadap kemampuan anak dalam menjaga kebersihan dirinya. Edukasi

kesehatan gigi dan mulut serta pelayanan kesehatan gigi sangat mempengaruhi kebersihan rongga mulut anak.

KESIMPULAN

Gambaran status kebersihan gigi dan mulut pada anak tunagrahita ringan dan anak tunagrahita sedang di SLB Widiasih Parigi Kabupaten Pangandaran memiliki kriteria kebersihan *OHI-S* sedang, hal ini diakibatkan oleh beberapa faktor misalnya pola asuh dari orang tua anak tunagrahita yang menunjukkan keberhasilan orang tua dalam menanamkan kemandirian pada anak tunagrahita serta dalam mendidik anak tunagrahita sejak usia dini untuk menjaga kesehatan gigi dan mulut nya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementrian Kesehatan R.I., 2012. *Undang-Undang RI no 36 tahun 2009 tentang kesehatan, Badan Pengembangan, dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia*. Kemenkes R.I : Jakarta.
2. KusumaWardani, E., 2011. *Buruknya Kesehatan Gigi dan Mulut*. Siklus :Yogyakarta.
3. Putri, M. Herijulianti, E. Nurjannah, N. 2010. *Ilmu Pencegahan Penyakit Jaringan Keras dan Jaringan Pendukung Gigi*. EGC : Jakarta. Hal 55, 77, 85, 93-97
4. Suwelo I.S., Herianti., Paritiwi T., Cit Mc. Donald.,Weyman dan Brown . 1983. *Kebutuhan Perawatan gigi dan mulut*. Jurnal Kumpulan Naskah Ilmiah Kursus Penyegar dan Penambah Ilmu kedokteran Gigi : Jakarta. Hal 65
5. Salim, M, Syafri Ahmad, 2006. *Reterdasi Mental Hubungannya dengan Praktek Kedokteran Gigi anak*. *Skripsi*. Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Sumatera Utara : Medan.
6. Mahardika, D. 2012. *Gambaran Kebersihan Mulut dan Karies Gigi pada Anak Penderita Down Syndrome Di SDLB Negeri Patrang dan Slb Bintoro Jember*. *Skripsi*: Universitas Jember.
7. Maulani, Ch., Enterprise, J. 2005. *Kiat Merawat Gigi Anak*. PT Elex Media Komputindo: Jakarta. Hal 60-65
8. Departemen kesehatan RI, 2009. *Siste Kesehatan Nasional*. Depkes RI : Jakarta.
9. Budiarto, E. 2002. *Metode Penelitian Kedokteran*. EGC : Jakarta.
10. Hardiani, Karina A. *Hubungan Pola Asuh Orangtua dengan Kebersihan Rongga Mulut Anak Reterdasi Mental di SLB-C Yayasan Taman Pendidikan dan Asuan Jember*
11. Reieza Zulfahmi TAFTAZANI1 ,Muhammad Fiqih Sabillillah1 , Tetet KARTILAH1 , Cahyo Nugroho1 , Hadiyat Miko, *Effect of Dental Braille Education (Dbe) on Oral Health Knowledge and Attitudes on Children with Visual Impairment*. Department of Dental Therapist, Polytechnic of Health Tasikmalaya, West Java, *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 5(1) 2017, (41-44)