

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan gigi dan mulut adalah komponen vital dalam kesehatan tubuh secara umum, yang mana penyakit gigi dan mulut dapat mempengaruhi kualitas hidup dengan berdampak langsung pada kesejahteraan individu dan kemampuannya untuk memenuhi keinginan dalam konteks sosial dan ekonomi (Marya, 2011). Cara yang digunakan untuk mencapai kesehatan gigi dan mulut yang baik adalah dengan menjaga kebersihan gigi dan mulut agar berada dalam keadaan yang baik pula (Kumar, 2011).

Tujuan utama dari kebersihan gigi dan mulut adalah untuk mencegah pembentukan plak gigi. Kebersihan gigi dan mulut yang buruk akan membentuk akumulasi asam yang akan mendemineralisasi enamel gigi, sehingga menjadi penyebab dari gigi berlubang. Plak pada gigi juga dapat menginvasi dan menginfeksi gusi yang menyebabkan penyakit dan radang pada gusi (Curzon, dkk., 1996 *cit.* Nayana, 2014).

Efek dari kesehatan gigi dan mulut yang buruk adalah rasa sakit, serta masalah dalam makan, mengunyah, tersenyum, dan berkomunikasi, yang berdampak besar dalam terganggunya aktivitas sehari – hari sebagai akibat dari diskolorasi, kehilangan, atau kerusakan pada gigi. Dampak yang terjadi tersebut membatasi aktivitas di sekolah, tempat kerja, dan rumah yang menyebabkan

hilangnya jutaan jam sekolah dan kerja setiap tahunnya di berbagai belahan dunia.
(Petersen, 2008).

إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ التَّوَّابِينَ وَيُحِبُّ الْمُتَطَهِّرِينَ ﴿٢٢٢﴾

Artinya: “Sesungguhnya Allah menyukai orang – orang yang taubat dan menyukai orang – orang yang mensucikan diri.” (Q.S. Al – Baqarah: 222)

حَدَّثَنَا مُحَمَّدُ بْنُ بَشَّارٍ حَدَّثَنَا أَبُو عَامِرٍ الْعَقَدِيُّ حَدَّثَنَا
عَنْ خَالِدِ صَالِحِ بْنِ أَبِي حَسَّانَ قَالَ سَمِعْتُ سَعِيدَ بْنَ
الْمُسَيَّبِ يَقُولُ إِنَّ اللَّهَ طَيِّبٌ يُحِبُّ الطَّيِّبَ نَظِيفٌ يُحِبُّ
النَّظَافَةَ كَرِيمٌ يُحِبُّ الْكَرَمَ جَوَادٌ يُحِبُّ الْجُودَ فَانظُّفُوا
أَرَاهُ قَالَ - أَفْنَيْتَكُمْ

Artinya: “Telah menceritakan kepada kami [Muhammad bin Basyar] telah menceritakan kepada kami [Abu 'Amir Al 'Aqadi] telah menceritakan kepada kami [Khalid bin Ilyas] dari [Shalih bin Abu Hassan] ia berkata; Aku mendengar [Sa'id bin Al Musayyab] berkata; "Sesungguhnya Allah Maha Baik, dan menyukai kepada yang baik, Maha Bersih dan menyukai kepada yang bersih, Maha Pemurah, dan menyukai kemurahan, dan Maha Mulia dan menyukai kemuliaan, karena itu bersihkanlah diri kalian.” (H.R. Tirmidzi).

Ayat dan hadits tersebut menerangkan betapa Allah menyukai kebersihan. Kebersihan yang dianjurkan pun tidak hanya mencakup kebersihan tubuh, tetapi juga mencakup berbagai macam aspek. Pada sebuah hadits yang lain, dikatakan bahwa kebersihan adalah sebagian dari iman (H.R. Muslim) dan disunnahkan bagi umat muslim untuk bersiwak (menggosok gigi) setiap sebelum shalat (H.R. Bukhari). Hadits tersebut menerangkan bahwa menjaga kebersihan gigi dan mulut juga merupakan hal yang penting di dalam Islam.

Kebersihan gigi dan mulut dapat diukur dengan menggunakan berbagai macam metode. Salah satu metode yang dapat digunakan yaitu pengukuran *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S) yang diciptakan oleh Greene dan Vermillion pada tahun 1964. Tujuan dari OHI-S yaitu menilai kebersihan gigi dan mulut dengan memperkirakan permukaan gigi yang tertutup debris dan kalkulus serta mengetahui skor kebersihan gigi dan mulut individu (Shivakumar, 2006).

Penelitian terhadap anak usia 6 hingga 12 tahun di Bulgaria menyatakan bahwa anak – anak belum menunjukkan kebiasaan membersihkan gigi dan mulut yang baik. Hal ini ditemukan dari frekuensi menyikat gigi dan mulut pada anak yang masih belum mencukupi setiap harinya. Frekuensi yang kurang tersebut, dikombinasikan dengan cara membersihkan gigi yang buruk, tidak sepenuhnya permukaan gigi yang dibersihkan, serta penggunaan gerakan menggosok gigi yang hanya satu tipe saja, merupakan penyebab dari hasil yang tidak memuaskan untuk skor kebersihan gigi dan mulut pada anak – anak (Doichinova dkk., 2014).

Kondisi kesehatan gigi dan mulut yang buruk pada anak – anak adalah hal yang merugikan karena akan mempengaruhi asupan nutrisi, pertumbuhan, dan perkembangan mereka. Penyakit gigi dan mulut pada masa kanak – kanak, bila tidak diobati dapat menyebabkan berbagai hal seperti rasa sakit, anomali perkembangan dentofasial, dan berbagai macam penyakit yang serius seperti sakit gigi yang parah, abses dental, perusakan tulang, hingga penyebaran infeksi melalui aliran darah (U.S. Department of Health and Human Services, 2000).

Hasil analisis dari *Global Burden of Disease* (World Health Organization, 2004) menyatakan bahwa 12,4% atau sekitar 806 juta dari 6,5 milyar penduduk dunia mengalami disabilitas sedang, dan 2,9% atau sekitar 188 juta mengalami disabilitas parah. Penyandang disabilitas di Indonesia sendiri diperkirakan mencapai 2,45% dari jumlah seluruh penduduk Indonesia atau sekitar 6 juta jiwa, berdasarkan data Survey Sosial Ekonomi Nasional tahun 2012 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

Kebersihan gigi dan mulut merupakan masalah yang sering muncul dalam aspek kesehatan dan sosial terutama pada anak berkebutuhan khusus jika tidak dilakukan dengan baik (Gilbaugh, 2013). Kebersihan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus dapat dicapai salah satunya dengan membersihkan gigi minimal dua kali sehari menggunakan pasta gigi berfluorida dan sikat gigi berkepala kecil. *Chlorhexidine gel (gluconate)* dapat digunakan sebagai pengganti pasta gigi pada anak berkebutuhan khusus yang tidak dapat berkumur dan meludah (Scully, dkk., 2007). Membersihkan gigi dan mulut secara rutin terkadang

merupakan hal yang sulit dilakukan bagi anak berkebutuhan khusus. Beberapa anak dengan keterbatasan mungkin dapat membersihkan gigi sendiri sedangkan yang lain mungkin saja secara fisik dan mental sulit melakukannya (Gilbaugh, 2013).

Individu berkebutuhan khusus memulai hidup mereka dengan gigi dan gusi yang sama sehatnya dibandingkan individu dengan keadaan normal. Pengaruh dari makanan yang dikonsumsi, pola makan, medikasi, keterbatasan fisik, kurangnya kebiasaan membersihkan gigi dan perlakuan orang tua dan penyedia kesehatan terhadap anak berkebutuhan khusus, semuanya berkontribusi dalam buruknya kebersihan gigi dan mulut penyandang disabilitas (Kamatchy, dkk., 2003).

Penelitian menunjukkan bahwa anak berkebutuhan khusus secara konsisten memiliki skor kebersihan gigi dan mulut yang lebih buruk dibandingkan dengan anak normal lainnya (Parker, dkk., 2014). Alasan dibalik kebersihan gigi dan mulut yang buruk tersebut yaitu dipengaruhi oleh rendahnya daya konsentrasi dan keterbatasan dalam kemampuan motorik, serta ketidak mampuan secara fisik untuk membersihkan gigi dan mulut dengan baik. Kemampuan anak berkebutuhan khusus pada umumnya sangat bervariasi dalam membersihkan gigi dan mulut. Kemampuan menggosok gigi tersebut akan sangat bergantung terhadap kemampuan mereka dalam mengkoordinasi gerakan otot, keterampilan dalam melakukan aktivitas, kemampuan untuk memahami instruksi, dan usia dari masing – masing individu anak berkebutuhan khusus (Rao, dkk., 2005).

Sebuah penelitian terhadap 750 remaja berkebutuhan khusus usia 14 – 17 tahun di Nalgonda, India menyatakan bahwa skor OHI-S yang tinggi ditemukan pada anak tunanetra. Skor OHI-S tersebut yaitu 2,87 pada anak tunanetra, 3,21 pada anak tunagrahita, dan 2,46 pada anak tunadaksa (Ameer, dkk., 2012). Penelitian terhadap 537 anak berkebutuhan khusus yang bersekolah di sekolah luar biasa Canara Selatan, India menyatakan hal yang berbeda. Anak tunanetra memiliki skor kebersihan gigi dan mulut yang lebih baik dibandingkan dengan anak berkebutuhan khusus lainnya. Skor yang ditunjukkan pada penelitian tersebut yaitu 2,04 pada anak tunanetra, 2,60, 2,87, dan 3,22 pada anak tunagrahita ringan, sedang, dan berat berturut-turut, serta 2,39 pada anak tunadaksa (Rao, dkk., 2005). Sebuah penelitian lainnya terhadap anak tuna netra di Sudan mengenai kebersihan gigi dan mulut anak – anak dengan *partial visual impairment* dan *complete visual impairment* menunjukkan bahwa rata – rata skor OHI-S pada subjek penelitian tersebut yaitu 1.3 pada 79 anak tunanetra (Tagelsir, dkk., 2013). Hal ini menunjukkan skor kebersihan gigi dan mulut yang bervariasi pada anak berkebutuhan khusus.

Beberapa tahun terakhir telah terjadi kenaikan angka yang signifikan pada penelitian terkait dengan kesehatan gigi dan mulut pada masyarakat umum. Sebaliknya, perhatian yang diberikan terhadap kesehatan gigi dan mulut pada penyandang disabilitas masih belum mencukupi, padahal kebutuhan dalam perawatan dan perhatian khusus terkait masalah tersebut sangat diperlukan (Rawlani, dkk., 2001). Anak berkebutuhan khusus sudah sepantasnya

mendapatkan kesempatan yang sama dalam kesehatan serta kebersihan gigi dan mulut, meski pun perawatan gigi dan mulut adalah salah satu kebutuhan besar dalam bidang kesehatan yang tidak dapat terpenuhi oleh anak berkebutuhan khusus (Henneqin, dkk., 2000).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang penelitian yang telah diuraikan di atas, maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

Apakah terdapat perbedaan skor OHI-S *special needs children* antara tunanetra, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa syaraf pada SLB 1 Bantul?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan skor kebersihan gigi dan mulut *special needs children* antara tunanetra, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa syaraf pada SLB 1 Bantul dengan menggunakan metode OHI-S.

2. Tujuan Khusus

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan data kebersihan gigi dan mulut *special needs children* antara tunanetra, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa syaraf pada SLB 1 Bantul dengan menentukan skor Debris Index dan Calculus Index.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

- a. Sebagai sarana peneliti untuk mendapatkan pengetahuan mengenai skor kebersihan gigi dan mulut pada anak tunanetra, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa syaraf.
- b. Sebagai sarana peneliti untuk mendapatkan pengalaman dalam menghadapi dan memeriksa gigi dan mulut anak tunanetra, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa syaraf.

2. Bagi Pengelola SLB

Sebagai masukan terhadap pihak-pihak pendidik anak berkebutuhan khusus agar memberikan pengetahuan mengenai pentingnya kebersihan gigi dan mulut pada anak tunanetra, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa syaraf.

3. Bagi Pemerintah

- a. Sebagai evaluasi mengenai kebersihan gigi dan mulut pada anak tunanetra, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa syaraf.
- b. Sebagai masukan terhadap pemerintah agar dapat meningkatkan serta memaksimalkan program serta fasilitas yang ada agar dapat lebih baik.

4. Bagi Masyarakat

- a. Sebagai pengetahuan masyarakat umum tentang skor kebersihan gigi dan mulut pada tunanetra, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa syaraf.
- b. Sebagai pengetahuan orang tua dengan anak berkebutuhan khusus terutama anak tunanetra, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa syaraf sehingga lebih memperhatikan kebersihan gigi dan mulut anak – anak tersebut.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian – penelitian yang telah dilakukan sebelumnya sebagai bahan acuan penelitian ini adalah:

1. *Dental Treatment Needs of Children with Disabilities* (Ajami, dkk., 2007).

Penelitian ini mengenai frekuensi dan tingkat keparahan penyakit mulut serta penanganan yang dibutuhkan pada karies, penyakit periodontal dan maloklusi sesuai dengan kriteria WHO dalam populasi anak berkebutuhan khusus di Mashhad, Iran. Metode yang dilakukan yaitu pemeriksaan langsung terhadap 1621 individu berkebutuhan khusus usia 5 – 16 tahun di 13 sekolah dan dilakukan oleh enam orang pemeriksa. Hasil yang diperoleh yaitu anak tunagrahita cenderung memiliki skor kebersihan gigi dan mulut serta status periodontal yang lebih buruk dibandingkan anak tunarungu dan tunanetra. Persamaan pada penelitian ini yaitu adanya pemeriksaan OHI-S dan penelitian yang membandingkan tiga tipe anak berkebutuhan khusus didalamnya.

Perbedaan yang ada terdapat pada objek penelitian yang mana penelitian ini membandingkan antara anak tunanetra, tunarungu, dan tunagrahita.

2. *Oral Hygiene Status of Disabled Children and Adolescents Attending Special Schools of South Canara, India* (Rao, dkk., 2005). Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi skor kebersihan gigi dan mulut pada anak dan remaja berkebutuhan khusus yang terdaftar pada sekolah luar biasa di Canara Selatan, Kamataka, India. Metode yang dilakukan pada penelitian ini yaitu pemeriksaan langsung terhadap 524 anak berkebutuhan khusus usia 3 – 20 tahun dan diperiksa oleh satu orang pemeriksa. Hasil yang didapat yaitu anak tunarungu dan tunanetra memiliki skor kebersihan gigi dan mulut yang lebih baik, serta anak tunagrahita berat memiliki skor paling buruk dibanding ketunaan lainnya. Persamaan yang terdapat pada penelitian tersebut adalah tujuan penelitian yaitu perbedaan skor kebersihan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus yang terfokus dengan menggunakan indeks OHI-S. Sedangkan perbedaan yang ada yaitu penelitian tersebut mengaitkan indeks OHI-S yang didapat dengan metode membersihkan gigi yang digunakan anak berkebutuhan khusus tersebut.