

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Prevalensi disabilitas bervariasi antara berbagai negara dan budaya, namun secara realistis diasumsikan bahwa dua puluh persen seluruh anak dan remaja mungkin mengalami disabilitas atau kondisi kesehatan kronis. Berdasarkan data Sensus nasional (Susenas) 2012, mendapatkan penduduk Indonesia dengan disabilitas sebesar 2,45%. Menurut data pokok sekolah luar biasa seluruh Indonesia tahun 2009, jumlah penduduk Indonesia dengan keterbatasan mental atau tunagrahita sebanyak 62.011 orang, 60% di antaranya kaum laki-laki dan 40% kaum perempuan. Jumlah individu dengan disabilitas meningkat karena perkembangan teknologi kesehatan medis, alat diagnostik, dan peningkatan jumlah pilihan perawatan.^{1,2}

Anak berkebutuhan khusus (ABK) merupakan anak dengan karakteristik khusus yang berbeda dengan anak pada umumnya tanpa selalu menunjukkan pada kemampuan mental/emosi atau fisik, salah satunya tunagrahita (*intellectual disability*) yang di kelompokkan sebagai tiga golongan yaitu tinggi, sedang (*moderate*) dan ringan (*mild*). Tunagrahita merupakan ketidakmampuan yang ditandai dengan keterbatasan yang signifikan dalam fungsi intelektual dan perilaku adaptif, yang mencakup banyak keterampilan sosial dan praktis sehari-

hari, sebelum usia 18 tahun. Anak tunagrahita disebabkan karena beberapa faktor antara lain faktor prenatal, perinatal dan postnatal.^{3,4}

Anak dan remaja menunjukkan variasi besar dalam kedewasaan, kepribadian, tempramen, dan emosi serta penalaran kognitif, perilaku dan keterampilan komunikasi yang bervariasi, terjadi hambatan dalam perkembangan mental dan intelektual anak tunagrahita sehingga berdampak pada perkembangan kognitif dan perilaku adaptifnya, seperti tidak mampu memusatkan pikiran, emosi yang tidak stabil, suka menyendiri dan pendiam serta kesulitan dalam mengingat dan persepsi apa yang dilihat dan didengar, hal tersebut berdampak pada keterampilan mengurus diri diantaranya kemampuan mengatasi perawatan gigi dan mulut secara bervariasi.¹

Anak tunagrahita memiliki keterbatasan kemampuan kognitif dan mobilitas, gangguan perilaku dan otot, refleks muntah dan gerakan tubuh tidak terkontrol. Keadaan tersebut yang membatasi anak untuk dapat melakukan pembersihan gigi yang optimal dan menjalankan aktivitas kehidupan sehari-hari secara normal sehingga berdampak pada kondisi kesehatan gigi dan mulut tunagrahita. Kebersihan mulut yang kurang terjaga antara lain dapat berdampak pada terjadinya inflamasi pada jaringan gingiva, yaitu gingivitis.^{5,6}

Hasil Data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 menunjukkan adanya peningkatan masalah kesehatan gigi dan mulut termasuk masalah pada gingiva sebesar 25,9%, lebih dari 80% anak usia muda dan pada orang dewasa hampir semua populasi sudah pernah mengalami inflamasi gingiva. Di

Indonesia, masalah pada gingiva menduduki urutan kedua masalah kesehatan gigi dan mulut, yakni mencapai 96,58%.^{7,8}

Oral hygiene dan penyakit periodontal merupakan masalah utama bagi anak tunagrahita, mereka cenderung memiliki standar kebersihan mulut yang rendah dan kontrol plak yang buruk pula, yang berakibat pada gingivitis dan prevalensi tingkat keparahannya lebih besar. Di negara maju, prevalensi dan tingkat keparahan gingivitis ditemukan 61,5% di USA , 85% di Australia dan 3,70% di Mexico dengan ingivitis ringan dan kronis merupakan tipe yang paling banyak.^{8,9}

Menurut penelitian Hicham A.D dkk menunjukkan bahwa individu dengan keterbatasan, termasuk tunagrahita memiliki risiko yang lebih tinggi dalam mengalami kesehatan yang buruk dan peningkatan angka mortalitas yang disesuaikan dengan usia dibandingkan dengan populasi normal. Penelitian Gerret dkk mengevaluasi status gingiva dan rongga mulut pada anak tunagrahita dan remaja di Polonia memperlihatkan indeks plak 1,33 dan indeks gingiva 1,67 hal ini menunjukkan tingkat *oral hygiene* yang buruk dan prevalensi penyakit periodontal yang tinggi diantara individu disabilitas lainnya. Penelitian John P. Morgan dkk menunjukkan prevalensi gingivitis lebih tinggi pada kelompok usia muda, 40,6% pada anak usia 20 tahun. Penelitian tersebut didukung oleh penelitian pada anak usia 6 sampai 15 tahun di Venezuela yang menunjukkan bahwa kejadian gingivitis pada anak tunagrahita sebesar 54,84% mengalami gingivitis sedang dan 45,61% mengalami gingivitis ringan, karena terbatasnya kemampuan menjaga kesehatan rongga mulut sehingga diperlukan perhatian

khusus pada anak tunagrahita dengan angka gingivitis yang tinggi. Di Indonesia penelitian Marly dkk menunjukkan bahwa setengah respondennya (76,5%) memiliki status gingiva dengan inflamasi ringan. Penelitian ini sejalan dengan Antonius Raga dkk di Semarang yang menunjukkan sebanyak 73,3% anak mengalami gingivitis dengan 45,5% pada kondisi gingivitis ringan.^{6,10,11,12,13,18}

Berdasarkan fenomena diatas maka penulis tertarik untuk mendapatkan data konkrit bagaimana gambaran tingkat keparahan gingivitis dari kedua kategori anak tunagrahita tersebut.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan diatas maka penelitian ini dapat diidentifikasi masalah yakni gambaran indeks plak dan tingkat keparahan gingivitis anak tunagrahita (*intellectual disability*).

1.3 Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui gambaran indeks plak dan tingkat keparahan gingivitis anak tunagrahita (*intellectual disability*).

1.4 Manfaat Penelitian

a. Manfaat Akademis

Dapat menambah wawasan dan pengetahuan mengenai kesehatan rongga mulut khususnya indeks plak dan tingkat keparahan gingivitis pada anak tunagrahita (*Intellectual Disability*)

b. Manfaat Praktis

1. Memberikan sumbangan pengetahuan pada guru, orangtua anak tunagrahita berupa pengetahuan dalam pentingnya kesehatan gigi dan mulut
2. Menambah pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut sejak dini

c. Manfaat bagi Institusi

Penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi yang dapat dijadikan dasar untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan upaya pencegahan gingivitis, khususnya pada anak tunagrahita (*Intellectual Disability*).

1.5 Landasan Teori

Anak berkebutuhan khusus (ABK) dapat diartikan sebagai anak yang lambat atau mengalami gangguan (*retarded*) dapat diartikan juga sebagai anak yang mengalami gangguan fisik, mental, intelegensi dan emosi sehingga membutuhkan pembelajaran yang khusus. *American Association on Mental Deficiency* (AAMD) mendefinisikan tunagrahita sebagai kelainan yang meliputi fungsi intelektual umum dibawah rata-rata (*sub-average*), yaitu IQ 84 kebawah, yang muncul sebelum usia 16 tahun dan menunjukkan hambatan dalam perilaku adaptif. Tunagrahita atau dalam kepustakaan asing digunakan istilah *intellectual disability* yang diartikan sebagai suatu kondisi anak yang kecerdasannya jauh di bawah rata-rata dan ditandai oleh keterbatasan intelegensi dan ketidakcakapan terhadap komunikasi sosial. Menurut Skala Binet dan Skala Weschler anak tunagrahita dibagi menjadi tiga kelompok yaitu ringan, sedang dan berat^{4,13}

Tunagrahita berkenaan dengan fungsi intelektual di bawah rata-rata pada umumnya yang terjadi selama periode perkembangan dan disertai dengan hambatan dalam perilaku adaptif. Anak tunagrahita ringan digambarkan dengan anak yang masih dapat belajar, menulis dan berhitung sederhana namun tidak mampu melakukan penyesuaian sosial secara independen. Anak tunagrahita ringan dengan anak normal sukar dibedakan secara fisik. Anak tunagrahita sedang sulit dalam belajar secara akademik seperti menulis dan membaca sehingga membutuhkan pengawasan terus menerus. Sedangkan, Anak tunagrahita berat memerlukan bantuan perawatan secara total dalam hal berpakaian, mandi, makan dan lain-lain.¹⁴

Terdapat faktor yang menyebabkan anak dengan tunagrahita menurut AAMD dikelompokkan berdasarkan waktu yaitu karena faktor prenatal (misalnya gangguan kromosomal dan kondisi kesehatan ibu), perinatal (infeksi saat kehamilan dan ketidaksesuaian Rh) dan postnatal (cedera kepala, substansi toksin dan lingkungan) sedangkan menurut Smith & Luckasson meliputi faktor sosial ekonomi dan lingkungan, cedera karena kekurangan oksigen saat kelahiran, kecelakaan sebelum usia 18 tahun, kekerasan terhadap anak, infeksi, substansi toksin serta faktor biologis. Tiga indikator penting yang menunjukkan seseorang dikatakan sebagai tunagrahita yaitu, 1) intelegensi anak tunagrahita di bawah rata-rata anak pada umumnya, 2) mengalami hambatan dalam penyesuaian terhadap lingkungan, 3) terjadi pada rentang masa perkembangan (usia 0 sampai 18 tahun).¹⁵

Kemampuan fisik yang terbatas membuat tunagrahita kurang mampu untuk menjalankan aktivitas kehidupan sehari-hari secara normal contohnya dalam hal membersihkan rongga mulutnya sendiri. Hal ini menyebabkan tunagrahita berisiko

lebih tinggi dibandingkan dengan individu normal terhadap kerusakan gigi geligi dan kelainan jaringan periodontal seperti gingivitis. Gingivitis merupakan kelainan jaringan penyangga gigi yang paling sering terjadi dan hampir selalu tampak pada segala bentuk kelainan gingiva dengan gejala klinis gingiva kemerahan, oedem/pembengkakan pada papil dan gingiva tepi serta kecendrungan muda berdarah saat probing. Gingivitis disebabkan oleh mikroorganisme yang berkolonisasi di permukaan gigi dan sulkus gingiva. Studi eksperimental gingivitis oleh Loe dkk menunjukkan bahwa gingivitis dapat diinduksi secara spontan pada manusia ketika akumulasi plak bakteri yang berkumpul dan peradangan gingiva muncul dengan cepat.^{1,16}

Observasi gingiva pada anak menunjukkan bahwa merespon secara fisiologis dan patologis sama dengan gingiva dewasa. Peradangan tidak hanya terjadi terhadap reaksi plak, namun trauma dan erupsi gigi yang menunjukkan kemerahan dan peradangan. Reaksi peradangan juga diperkuat saat kadar hormonal tertentu meningkat, hal ini terjadi pada anak saat pubertas. Dengan demikian, reaksi gingiva pada anak dan dewasa dapat diinterpretasikan secara fisiologis dan patologis.^{16,17}

Indeks gingiva pada tahun 1960 diperkenalkan dimana terdapat kode untuk menunjukkan tanda peradangan: perubahan warna, edema, pendarahan saat probing dan ulserasi. Tingkat keparahan gingivitis dikategorikan menjadi beberapa skor menurut *Modified Gingival Indeks (MGI)* yaitu skor 0 untuk tidak ada inflamasi, skor 1 dan 2 untuk inflamasi ringan, skor 3 untuk inflamasi sedang dan skor 4 untuk inflamasi parah.¹⁶

1.6 Metode Penelitian

Jenis penelitian ini dilakukan adalah penelitian yang bersifat deskriptif. Populasi penelitian ini adalah anak tunagrahita (*Intellectual Disability*) di Sekolah Pendidikan Luar Biasa (SPLB-C) YPLB Cipaganti Bandung.

1.7 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Sekolah Pendidikan Luar Biasa C Yayasan Pendidikan Luar Biasa Cipaganti Bandung (SPLB-C) YPLB Jalan Hegar Asih no 1-3 Cipaganti Bandung pada bulan Februari sampai Maret 2018

