

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Tujuan pembangunan dibidang kesehatan menuju Indonesia sehat 2025 adalah meningkatnya kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud sehingga merupakan investasi dalam meningkatkan sumber daya manusia (Kemenkes RI, 2012).

Derajat kesehatan masyarakat atau seseorang salah satunya dipengaruhi oleh perilaku, dalam praktik kesehatan masyarakat yakni berbagai upaya atau program kesehatan selalu bersinggungan dengan perilaku, hal ini disebabkan karena semua masalah kesehatan selalu mempunyai aspek perilaku sebagai faktor resiko (Notoatmodjo, S, 2007).

Perilaku dan keikutsertaan orang tua dalam pemeliharaan kesehatan termasuk kesehatan gigi dan mulut juga mempunyai aspek perilaku sebagai faktor resiko. Keikutsertaan orang tua dalam memelihara kesehatan gigi dan mulut anak dapat diterapkan dengan memperhatikan atau mengawasi perilaku anak mengenai kesehatan gigi dan mulut serta pola makan anak. Ibu memiliki

peran penting dalam mengembangkan perilaku positif anak terhadap kesehatan gigi dan mulut (Mentari, S., Bany, Z. U., & Novita, C. R., 2016).

Persatuan dokter gigi Australia mengemukakan bahwa kesehatan gigi anak-anak adalah tanggung jawab ibunya. Ibu sebagai penanggung jawab kesejahteraan dan kebahagiaan rumah tangga, tampak sekali memiliki peran penting dalam memelihara kesehatan gigi dan mulut anak-anaknya, (Machfoedz, I, 2005).

Perlakuan ibu terhadap anak dalam bentuk memelihara, mengajar, merawat, mendidik, membimbing, melatih merupakan factor yang paling menentukan perkembangan kemandirian anak. Kemandirian ini memiliki pengaruh terhadap kemampuan anak dalam menjaga kebersihan dirinya termasuk kebersihan gigi dan mulutnya (Ali, 2008 dalam Sunarty, K, 2016).

Edukasi kesehatan gigi dan mulut serta pelayanan kesehatan gigi sangat mempengaruhi kebersihan rongga mulut anak. Seorang ibu sebagai pelaksana pelayanan kesehatan didalam keluarga harus dapat memberikan bimbingan kepada anak-anaknya dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut sesuai kondisi dan kebutuhan anak tersebut, terutama pada anak berkebutuhan khusus (Regina, & Novita, 2011).

Anak berkebutuhan khusus dengan gangguan mental-intelektual salah satunya adalah anak tunagrahita. Anak tunagrahita atau dikenal dengan retardasi mental menurut *American Association on Mental Retardation (AAMR)*, menjelaskan keterbelakangan mental merupakan keterbatasan dalam fungsi intelektual yang ada dibawah 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, kesehatan dan keamanan. Keadaan ini nampak sebelum usia 18 tahun. Anak tunagrahita dapat menjadi anak yang mempunyai kepercayaan diri, mandiri, mampu merawat diri dan melaksanakan tugas-tugas sederhana apabila lingkungannya dapat memberikan dukungan dan bimbingan (Wati, G. M, 2012).

Anak tunagrahita yang memiliki keterbatasan 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. Anak kesulitan untuk menjaga kesehatan gigi dan mulutnya secara mandiri dan kurang aktifnya otot mulut untuk mendapatkan pembersihan alamiah gigi yang baik, menyebabkan terjadinya masalah kesehatan gigi dan mulut pada anak tunagrahita, masalah yang paling sering terjadi pada penderita tunagrahita adalah penyakit jaringan gusi, gigi berlubang dan gigi tidak beraturan (Desininggrum, D. R, 2016).

Pada umumnya pasien anak tunagrahita memiliki kesehatan rongga mulut dan *oral hygiene* yang lebih rendah 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, S, 2010).

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

Hasil pemeriksaan status karies gigi menunjukkan bahwa indeks DMF-T pada anak tunagrahita memiliki skor 3,6 kategori sedang dan status karies sedang dimiliki oleh anak tunagrahita ringan sebanyak 8 orang dengan persentase 100%, sedangkan pada anak tunagrahita sedang dari 8 orang, status karies sedang dimiliki oleh anak tunagrahita sedang dengan persentase 87,5%. (Tulangwo, G, J, 2015).

Angka kejadian karies gigi dapat dihitung dengan indeks DMF-T. Indeks DMF-T di Indonesia pada tahun 2007 yaitu sebesar 4,85 hampir sama dengan indeks DMF-T tahun 2013 sebesar 4,6, sedangkan indeks DMF-T di DI Yogyakarta pada tahun 2007 yaitu sebesar 6,53 dan indeks DMF-T di DI Yogyakarta tahun 2013 yaitu sebesar 5,9. (Riskesdas, 2007; Riskesdas, 2013).

Studi pendahuluan dilakukan di SLB-C Wiyata Dharma 4 Godean, SLB ini terletak di jalan Godean KM 9,5 Senuko RT 04 RW 02 Sidoagung, Godean, Sleman, Yogyakarta. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di SLB-C Wiyata Dharma 4 Godean pada anak tunagrahita menunjukkan angka indeks DMF-T berada pada kategori sedang dengan rata-rata indeks DMF-T 3,2 dan dari semua siswa yang diperiksa 100% memiliki gigi yang malposisi.

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengawasan perilakuelihara diri kesehatan gigi dan mulut oleh ibu dengan indeks DMF-T pada anak tunagrahita di SLB-C Wiyata Dharma 4 Godean.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah ada hubungan pengawasan perilakuelihara diri kesehatan gigi dan mulut oleh ibu dengan indeks DMF-T pada anak tunagrahita di SLB-C Wiyata Dharma 4 Godean?”

C. Tujuan Penelitian

Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini meliputi:

1. Tujuan umum

Diketahui hubungan pengawasan perilakuelihara diri kesehatan gigi dan mulut oleh ibu dengan indeks DMF-T pada anak tunagrahita di SLB-C Wiyata Dharma 4 Godean.

2. Tujuan khusus

- a. Diketahui pengawasan perilakuelihara diri kesehatan gigi dan mulut oleh ibu pada anak tunagrahita di SLB-C Wiyata Dharma 4 Godean.
- b. Diketahui indeks DMF-T anak tunagrahita di SLB-C Wiyata Dharma 4 Godean.

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup penelitian ini adalah upaya pencegahan (preventiv) yang berkaitan dengan pengawasan perilakuelihara diri kesehatan gigi dan mulut oleh ibu dengan indeks DMF-T pada anak tunagrahita di SLB-C Wiyata Dharma 4 Godean.

E. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah:

1. Secara teoritis

Hasil penelitian 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 pengawasan perilakuelihara diri kesehatan gigi dan mulut oleh ibu dengan indek DMF-T pada anak tunagrahita.

2. Secara praktik

a. Bagi institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi maupun bahan bacaan dipergustakaan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Jurusan Keperawatan Gigi, serta dapat dijadikan bahan perbandingan untuk peneliti selanjutnya.

b. Bagi orang tua dan anak

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan masukan dan menambah pengetahuan kepada orang tua dalam kemampuan pengawasan perilakuelihara diri kesehatan gigi dan mulut oleh ibu dengan indeks DMF-T pada anak tunagrahita dengan harapan karies dapat diminimalisir serta sebagai dasar untuk mengambil keputusan.

c. Bagi instansi sekolah yang diteliti

Hasil penelitian dapat digunakan untuk program pencegahan terhadap masalah kesehatan gigi dan mulut serta menambah sumber kepustakaan mengenai pengawasan perilakuelihara diri kesehatan gigi dan mulut oleh ibu dengan indeks DMF-T pada anak tunagrahita.

F. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang “Hubungan pengawasan perilakuelihara diri kesehatan gigi dan mulut oleh ibu dengan indeks DMF-T pada anak tunagrahita di SLB-C Wiyata Dharma 4 Godean” sepengetahuan peneliti belum pernah dilakukan sebelumnya, namun penelitian serupa pernah dilakukan antara lain sebagai berikut:

1. Penelitian yang dilakukan Atyanta, (2012) “Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Karies dan Peran Ibu dalam Mencegah Karies pada Anak Tunagrahita”. Persamaannya adalah metode penelitian yaitu jenis penelitian yang digunakan *survey analitik* dengan pendekatan *cross*

sectional kemudian memproses datanya menggunakan uji kolerasi *spearman* dan subyek penelitiannya adalah ibu dan anak tunagrahita. Perbedaannya terletak pada variabel independen dimana dipenelitian ini yang ingin diuji adalah tingkat pengetahuan.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Darsini, (2014) “Pengaruh Peran Orang Tua Tentang Perawatan Gigi terhadap Terjadinya Karies pada Anak Pra Sekolah”. Persamaannya adalah sama-sama mengukur status karies, sedangkan perbedaannya adalah pada subyek penelitian yaitu pada anak pra sekolah.