

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting dan menjadi harta yang paling berharga bagi manusia. Begitu pentingnya kesehatan menurut Islam, sehingga orang yang mengusahakan kesehatan atau membersihkan diri akan dicintai oleh Allah SWT, sebagaimana firmanNya dalam surah Al-Baqarah ayat 222 yang berbunyi:

إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ التَّوَّابِينَ وَيُحِبُّ الْمُتَطَهِّرِينَ ﴿٢٢٢﴾

Artinya : “Sesungguhnya Allah menyukai orang-orang yang bertaubat dan orang-orang yang menyucikan/membersihkan diri”. (Al-Baqarah : 222)

Kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian integral dari kesehatan secara keseluruhan yang dapat mempengaruhi kualitas hidup (Petersen, 2003). Kesehatan gigi dan mulut penting bagi kesehatan dan kesejahteraan tubuh secara umum dan sangat mempengaruhi kualitas kehidupan, termasuk fungsi bicara, pengunyahan, dan rasa percaya diri. Begitu pentingnya menjaga kesehatan mulut seperti yang telah dikatakan dalam sebuah hadits:

حديث أبي هريرة رضى الله عنه، أَنَّ النَّبِيَّ صَلَّى اللهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ قَالَ: لَوْلَا أَنِّي أُسْقَى عَلَى أُمَّتِي أَوْ عَلَى النَّاسِ لِأَمْرَتُهُمْ بِالسَّوَاكِ مَعَ كُلِّ صَلَاةٍ.

“Abu Hurairah r.a. berkata: Rasulullah saw bersabda: Andaikan aku tidak memberatkan pada umatku (atau pada orang-orang) pasti aku perintahkan (wajibkan) atas mereka bersiwak (gosok gigi) tiap akan sembahyang.” (HR. Bukhari Muslim).

Kesehatan gigi dan mulut sangat berperan dalam menunjang kesehatan seseorang. Pentingnya kesehatan gigi dan mulut masih belum diperhatikan bagi sebagian masyarakat. Hal tersebut terlihat dalam hasil Riskesdas tahun 2013 yang menunjukkan bahwa prevalensi nasional masalah gigi dan mulut adalah 25,9 persen dan sebanyak 14 provinsi mempunyai prevalensi masalah gigi dan mulut diatas angka nasional (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Masalah kesehatan gigi dan mulut dapat mengganggu aktifitas sekolah, kantor, serta rumah yang menyebabkan kehilangan jutaan jam sekolah serta jam kerja tiap tahunnya di seluruh dunia (Petersen, 2003).

Tingkat kebersihan gigi dan mulut yang baik adalah keadaan dimana rongga mulut yang benar-benar bersih dari debris dan kalkulus atau memiliki debris maupun kalkulus dalam jumlah yang tidak terlalu banyak (Carranza, 2012). Indikator untuk melihat kebersihan gigi dan mulut seseorang dengan melihat ada atau tidaknya debris dan kalkulus menggunakan suatu indeks yang disebut *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S). Penggunaan OHI-S dinilai cukup sensitif dan mudah (Hiremath, 2011).

Kesehatan gigi dan mulut yang baik merupakan hal yang penting bagi siapa saja, tak terkecuali bagi anak berkebutuhan khusus. Anak berkebutuhan khusus atau *special needs children* adalah anak yang mengalami hambatan fisik dan atau mental sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangannya secara wajar, dan anak yang akibat keadaan tertentu mengalami kekerasan, berada di lembaga permasyarakatan atau rumah tahanan, di jalanan, di daerah terpencil/bencana/konflik yang memerlukan

penanganan secara khusus (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Adapun yang termasuk ke dalam anak berkebutuhan khusus antara lain tunanetra, tunarungu, tunagrahita, tunadaksa, tunalaras, gangguan belajar spesifik, lamban belajar, cerdas istimewa dan berbakat istimewa, serta autisme (Garnida, 2015).

Belum ada jumlah pasti tentang jumlah anak berkebutuhan khusus yang ada di masyarakat, namun WHO memperkirakan jumlah anak berkebutuhan khusus di Indonesia sekitar 7-10% dari total jumlah anak usia 0-18 tahun. Menurut data Sussenas tahun 2003, di Indonesia terdapat 679.048 anak usia sekolah berkebutuhan khusus atau 21,42% dari seluruh jumlah anak berkebutuhan khusus (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Anak berkebutuhan khusus sering mengalami kesulitan dalam membersihkan rongga mulutnya dikarenakan kemampuan yang rendah serta kurangnya kemampuan motorik (Rao dkk., 2005). Hal tersebut menyebabkan kesehatan gigi dan mulut yang lebih rendah pada anak berkebutuhan khusus dibandingkan dengan anak normal (Gace dkk., 2014). Kurangnya pengetahuan, perhatian, serta tindakan pencegahan terhadap masalah gigi dan mulut juga turut berkontribusi terhadap rendahnya kesehatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus (Khursheed dkk., 2015).

Tunarungu merupakan salah satu jenis anak berkebutuhan khusus yang memiliki hambatan dalam pendengaran baik permanen maupun tidak serta biasanya memiliki hambatan dalam berbicara sehingga biasa disebut tunawicara (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Kementerian Kesehatan RI

menyebutkan terdapat sebanyak 5.610 anak tunarungu yang terdaftar pada Sekolah Luar Biasa (SLB) pada tahun 2009 (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Sebuah penelitian yang dilakukan pada anak tunarungu di India menunjukkan kebersihan gigi dan mulut yang buruk serta prevalensi karies yang tinggi (Jain dkk., 2008). Pada penelitian yang dilakukan Rao dkk di India nilai rata-rata OHI-S pada anak tunarungu sebesar 1,89 yang termasuk kategori sedang (Rao dkk., 2005). Penelitian lain yang juga dilakukan di India menunjukkan bahwa kebersihan gigi dan mulut pada anak tunarungu tergolong dalam kategori baik (Reddy dkk., 2013).

Tunagrahita merupakan anak yang memiliki intelegensi berada dibawah rata-rata disertai dengan ketidakmampuan dalam adaptasi perilaku yang muncul dalam masa perkembangan. Prevalensi terjadinya tunagrahita diperkirakan sebanyak 25 setiap 1000 anak. Menurut Kementerian Pendidikan Nasional Republik Indonesia pada tahun 2009 terdapat 4.253 anak tunagrahita yang menjalani pendidikan pada Sekolah Luar Biasa (SLB). Dalam sistem pendidikan SLB, berdasarkan tingkat intelegensinya tunagrahita dibagi menjadi dua yaitu tunagrahita ringan serta tunagrahita sedang (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Tunagrahita ringan masih mampu merawat diri sendiri, walaupun lebih lambat dari anak normal dan tetap membutuhkan bantuan, sedangkan tunagrahita sedang membutuhkan bantuan lebih ketika melakukan aktivitas dibandingkan pada tunagrahita ringan sehingga harus terus mendapatkan pengawasan (Ratulangi dkk., 2016)

Tunagrahita (retardasi mental) memiliki kesehatan rongga mulut dan *oralhygiene* yang lebih rendah dibandingkan dengan orang tanpa cacat perkembangan (Salmiah, 2010). Sebuah penelitian yang dilakukan pada tunagrahita di Kalimantan Selatan menyatakan bahwa kebersihan gigi dan mulut tunagrahita tergolong sedang (Azzahra dkk., 2014). Sedangkan penelitian Rao dkk yang juga dilakukan pada anak tunagrahita menunjukkan tingkat kebersihan gigi dan mulut yang tergolong buruk (Rao, 2005).

Tunadaksa memiliki definisi anak yang memiliki gangguan gerak yang disebabkan oleh kelainan neuro-muskuler dan struktur tulang yang bersifat bawaan, sakit atau akibat kecelakaan, termasuk *cerebral palsy*, polio dan lumpuh. Dalam pendidikan SLB, tunadaksa dibagi menjadi dua yaitu tunadaksa ortopedi (polio) dan tunadaksa saraf (*cerebral palsy*). Prevalensi terjadinya *cerebral palsy* sebanyak 1-2 kejadian setiap 1000 anak usia sekolah. Anak tunadaksa yang mengenyam pendidikan di SLB pada tahun 2009 menurut Kementerian Pendidikan Nasional Republik Indonesia adalah sebanyak 229 orang (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Tunadaksa memiliki kesehatan gigi dan mulut yang rendah dibandingkan dengan anak normal (Sinha dkk., 2015). Menurut sebuah penelitian yang dilakukan di Jeddah, tingkat kebersihan gigi dan mulut pada anak *cerebral palsy* tergolong baik (Sumaya dkk., 2014). Sedangkan penelitian lain yang dilakukan di Riyadh menunjukkan kesehatan gigi dan mulut yang sedang pada anak *cerebral palsy* (Alhammad & Wyne, 2010). Sebuah penelitian mengatakan tingkat kebersihan gigi dan mulut pada anak

polio tergolong baik (Tak dkk., 2011).

Status kebersihan gigi dan mulut yang buruk pada anak berkebutuhan khusus membutuhkan perhatian yang segera untuk meningkatkan usaha penanggulangan serta pencegahan dari penyakit gigi dan mulut (Al-Qahtani & Wyne, 2004). Anak berkebutuhan khusus berhak atas kelangsungan hidup serta tumbuh kembang yang baik seperti anak-anak yang lain. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan anak berkebutuhan khusus harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial, ekonomis dan bermartabat. Oleh karena itu pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi penyandang cacat untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah apakah ada perbedaan status OHI-S *special needs children* antara tunarungu, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa saraf pada SLB Negeri 1 Bantul?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui perbedaan skor OHI-S *special needs children* antara tunarungu, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa saraf pada SLB Negeri 1 Bantul.

2. Tujuan Khusus

Mendapatkan skor OHI-S *special need children* tunarungu, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa saraf di SLB Negeri 1 Bantul secara deskriptif.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menjadi pengetahuan bagi peneliti tentang skor kebersihan gigi dan mulut pada *special need children* khususnya pada tunarungu, tunagrahita, dan tunadaksa serta sebagai pengalaman dalam menghadapi anak tunarungu, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa saraf.

2. Bagi Pengelola SLB

Sebagai gambaran kesehatan gigi dan mulut murid tunarungu, tunagrahita, dan tunadaksa SLB Negeri 1 Bantul sehingga guru serta orangtua murid dapat lebih memperhatikan kebersihan gigi dan mulut anak tunarungu, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa saraf.

3. Bagi Pemerintah

Sebagaimacam status kesehatan gigi dan mulut tunarungu, tunagrahita, dan tunadaksa sehingga dapat disusun program yang tepat sebagai upaya promotif dan preventif untuk menjaga kesehatan gigi dan mulut pada *special need children*.

E. Keaslian Penelitian

1. Vivie Indahwati, Max FJ Mantik, Paulina N Gunawan (2015) dengan judul “*Perbandingan Status Kebersihan Gigi dan Mulut pada Anak Berkebutuhan Khusus SLB-B dan SLB-C Kota Tomohon*”. Penelitian ini dilakukan untuk melihat perbandingan status kebersihan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus yang bersekolah di sekolah khusus jenis kelainannya di SLB yang berada di kota Tomohon yaitu SLB-B GMIM Damai Tomohon dan SLB-C Katolik Santa Ana Tomohon. Pemeriksaan status kebersihan gigi dan mulut menggunakan indeks OHI-S. Hasil dari penelitian tersebut adalah rata-rata status kebersihan gigi dan mulut pada SLB-B lebih baik secara bermakna dibandingkan dengan SLB-C. Penelitian tersebut berbeda dengan yang dilakukan peneliti. Perbedaannya terletak pada subyek, variabel, serta tempat penelitian.
2. Eno Gace, Manola Kelmendi, Enika Fusha (2014) dengan judul “*Oral Health Status of Children with Disability Living in Albania*”. Penelitian ini dilakukan untuk menentukan prevalensi karies dan status kebersihan gigi anak dengan ketidakmampuan yang berbeda pada sekolah untuk anak berkebutuhan khusus yang berbeda di Albania. Sampel sebanyak 599 anak di 9 sekolah khusus anak berkebutuhan khusus di Albania. Penilaian karies gigi menggunakan indeks deft, defs, DMFT, DMFS, sedangkan penilaian status kesehatan gigi dan mulut menggunakan OHI-S. Hasil dari penelitian ini adalah terdapat perbedaan statistik yang signifikan antar tipe kelainan terhadap indeks def-t dan indeks OHI-S.

Penelitian tersebut berbeda dengan yang dilakukan peneliti. Perbedaannya terletak pada subyek, variabel, serta tempat penelitian.

3. Obaid Khursheed, Sonal Gupta, Chanchal Singh, Irfana Khursheed, Tajinder Bansal (2015) dengan judul “*Assessment of Oral Hygiene Status and Prevalence of Dental Caries Among 3-14 Years Old Specially Abled Children Attending Various Special School in Mathura District, India*”.

Penelitian ini bertujuan untuk menentukan status kebersihan mulut dan prevalensi karies gigi pada anak berkebutuhan khusus antara 3-14 tahun di sekolah khusus yang berbeda di distrik Mathura, India. Subyek pada penelitian ini sebanyak 200 anak berkebutuhan khusus di India. Survey dilakukan dengan menggunakan penilaian kesehatan mulut berdasarkan WHO, kebersihan gigi dan mulut dinilai menggunakan indeks OHI-S, dan karies gigi dinilai dengan indeks DMF-T atau def-t. Hasil penelitian ini menunjukkan penderita *down syndrome* memiliki skor DMF-T dan OHI-S yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok lain. Penelitian ini berbeda dengan yang dilakukan peneliti. Perbedaannya terletak pada subyek, variabel, serta tempat penelitian.

4. Ameer dkk (2013) dengan judul “*Oral Hygiene and Periodontal Status of Teenagers with Special Needs in the District of Nalgonda, India*”.

Penelitian ini bertujuan untuk menilai status kebersihan mulut serta status jaringan periodontal pada tunanetra, tunarungu, tunagrahita, tunadaksa, dan anak normal usia 14-17 tahun pada distrik Nalgonda, India Selatan. Sampel sebanyak 750 anak berkebutuhan khusus di India. Seluruh

sampel dinilai berdasarkan quisioner dan diperiksa kebersihan gigi dan mulut menggunakan indeks OHI-S. Hasil penelitian ini adalah anak berkebutuhan khusus menunjukkan status kebersihan gigi dan mulut yang buruk serta insidensi yang tinggi terhadap penyakit periodontal. Penelitian ini berbeda dengan yang dilakukan peneliti. Perbedaannya terletak pada sampel, variabel, serta tempat penelitian.