**GAMBARAN STATUS KESEHATAN GIGI PADA TUNANETRA**

**(Kajian pada Tuanetra di Panti Sosial Bina Netra “Tan Miyat”**

**Bekasi Timur)**

**Gusti Agung Intan Pratiwi, Sri Lestari**

**Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Trisakti**

Oral hygiene is the important Actor for oral disease especially dental caries and periodontal disease. Blindness has obstacle to maintaine their oral hygiene. The purpose of this study was find the description of dental caries status, oral hygiene and oral care of blindness at Panti Sosial Bina Netra East Bekasi, using 30 sample. The data on oral care was collected using questionnaires, while dental caries by DMF-T and oral hygiene by OHI-S. The results showed that oral care could be categorized as good (6.7%); moderate (90%); and poor (3.3%). The data on dental caries showed mean D = 7.0; MI = 0.65; me = 0.20; F = 0 and mean DMF-T = 8.73 which was categorized as very high. Data oral hygiene could be categorized as good (43.3%); moderate (56.7%) and poor (0%). Conclusion most of children have moderate oral care, however they still have moderate oral hygiene and very high score of DMF-T Index.

Key words: dental caries, oral hygiene, behavior, blindness.

**PENDAHULUAN**

Salah satu kriteria yang digunakan untuk mewujudkan Indonesia Sehat 2010 adalah status kesehatan gigi dan mulut. Menurut Bloom (Notomatmojo, 2003) status kesehatan gigi dan mulut masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor penting, yaitu keturunan, lingkungan (fisik maupun sosial budaya), perilaku dan pelayanan kesehatan. Dari keempat faktor tersebut, perilaku memegang peranan penting dalam mempengaruhi status kesehatan gigi dan mulut karena disamping mempengaruhi status kesehatan gigi dan mulut secara langsung, perilaku dapat mempengaruhi faktor lingkungan maupun pelayanan kesehatan.

Salah satu penyakit gigi yang sering diderita oleh masyarakat adalah karies gigi. Karies gigi dapat terjadi karena adanya plak yang menempel pada permukaan gigi, sedangkan plak gigi sendiri merupakan iengketan yang berisi bakteri serta produk-produk yang terbentuk pada semua permukaan gigi. Bakteri ini tidak terjadi secara kebetulan melainkan terbentuk melalui serangkaian tahapan (Joyston dan Bechal, 1991). Bakteri yang terdapat dalam plak ini dapat menjadi awal dari terbentuknya karies.

Karies gigi dapat terjadi karena adanya empat faktor penyebab yang saling mempengaruhi, yaitu gigi dan saliva sebagai tuan rumah *(host),* mikroorganisme (bakteri), substrat, dan waktu. Karies baru dapat terjadi jika keempat faktor tersebut ada dan saling berinteraksi (Joyston dan Bechal, 1991).

Masyarakat penderita cacat mental maupun fisik merupakan penderita yang mengalami hambatan rohani dan atau jasmani karena penyebab fisik, kelainan fisiologis ataupun anatomis serta kerusakan atau kelainan saraf mental ataupun psikologis, sehingga berakibat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan dalam menjalankan fungsi sosialnya (Noerdin, 1999). Menurut hasil Biro Pusat Statistik penderita penyandang cacat di Indonesia sebesar 2,07 % dari jumlahpenduduk (Biro Statistik, 1986). Penderita cacat di Indonesia dapat di klasifikasikan berdasarkan cacat netra, cacat tubuh, cacat mental dan cacat rungu wicara (Suparlan, 1980).

Tunanetra adalah salah satu cacat fisik yang mengenai organ mata, dimana seseorang tidak dapat melihat sekitamya. Menurut McDonald (2004) kebutaan dapat disebabkan pada tahap prenatal dan postnatal. Keterbatasan penglihatan merupakan salah satu faktor penghambat bagi para tunanetra dalam memelihara kesehatan gigi dan mulut sehingga kesehatan mulut penderita cacat pada umumnya lebih buruk dari pada orang normal (Brown dan Schodel, 1976).

Anak tunanetra pada umumnya kemampuan untuk memelihara kesehatan gigi dan mulut juga kurang. Selain itu anak tunanetra memiliki latar belakang pendidikan yang lebih rendah dibandingkan dengan orang normal, mereka hanya mendapatkan pendidikan, pengalaman serta pengetahuan melalui pendengarannya saja.

Penderita cacat fisik dan mental sangat tidak beruntung karena mereka kurang mendapatkan perawatan gigi secara sempurna oleh dokter gigi di tempat umum (Full, 1977). Berdasarkan hal tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang kesehatan gigi dan mulut pada anak tunanetra.

**BAHAN DAN CARA**

Sampel penelitian sebanyak 30 orang yang diambil secara random dari 57 anak tunanetra di Panti Sosial BinaNetra Tanmiyat, Bekasi Timur. Pengambilan data meliputi kebiasaan terhadap kesehatan gigi dan mulut dengan menggunakan kuesioner, keadaan kebersihan mulut dengan indeks OHI-S *(Oral Hygiene Index Simplified)* sedangkan karies gigi dengan indeks DMF-T.

**HASIL PENELITIAN**

Hasil penelitian yang telah dilakukan pada 30 responden, dapat dilihat pada tabel 1 hingga 8.

**Tabel 1.** Distribusi kebiasaan responden menyikat gigi dalam sehari

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Menyikat gigi dalam sehari | F | % |
| Ix | 1 | 3,3 |
| 2x-3x | 27 | 90 |
| >3x | 2 | 6,7 |
| Kadang-kadang | 0 | 0 |
| Jumlah | 30 | 100 |

Tabel 1 menunjukkan sebagian besar responden menyikat gigi 2x-3x dalam sehari.

**Tabel** 2. Distribusi perlu atau tidak responden mendapatkan bantuan orang lain

saat menyikat gigi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Perlu/tidak bantuan orang lain saat menyikat gigi | F | % |
| Ya | 2 | 6,7 |
| Tidak | 28 | 93,3 |
| Kadang-kadang | 0 | 0 |
| Jumlah | 30 | 100 |

Tabel 2 menunjukkan sebanyak 93.3% responden tidak membutuhkan bantuan orang lain saat menyikat gigi.

**Tabel** 3. Distribusi perlakuan jika ada makanan yang terselip di antara gigi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Perlakuan jika ada makanan yang terselip diantara gigi | F | % |
| Gosok gigi | 17 | 56,7 |
| Dihilangkan dengan tusuk gigi | 8 | 26,7 |
| Menggunakan benang gigi | 0 | 0 |
| Dibiarkan saja | 2 | 6,7 |
| Kumur-kumur | 3 | 10 |
| Jumlah | 30 | 100 |

Tabel 3 menunjukkan sebagian besar responden akan menggosok gigi jika ada makanan yang terselip.

**Tabel 4.** Distribusi sering minum susu, teh manis dan sirup

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sering minum susu, teh manis dan sirup | F | % |
| Ya | 22 | 73,3 |
| Tidak | 4 | 13,3 |
| Kadang-kadang | 4 | 13,3 |
| Jumlah | 30 | 100 |

Tabel 4 terlihat responden sering minum susu, teh manis dan sirup sebesar 73.3%.

**Tabel 5**. Distribusi sering makan makanan manis

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sering makan makanan manis | F | % |
| Ya | 19 | 63,3 |
| Tidak | 4 | 13,3 |
| Kadang-kadang^ | 7 | 23,3 |
| Jumlah | 30 | 100 |

Tabel 5 memperlihatkan sebagianbesar responden sering makan makanan manis sebesar 63.3%.

**Tabel 6.** Distribusi yang dilakukan responden jika sakit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Yang dilakukan jika sakit gigi | F | % |
| Dibiarkan saja | 7 | 23,3 |
| Periksa ke puskesmas/ praktek swasta/dokter gigi | 6 | 20 |
| Diobati sendiri | 11 | 36,7 |
| Tidak menjawab | 6 | 20 |
| Jumlah | 30 | 100 |

Tabel 6 memperlihatkan sebesar 36.7% jika responden sakit gigi akan mengobati sendiri.

**Tabel 7 :** kebiasaan responden terhadap pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kategori Kebiasan | F | % |
| Kurang | 1 | 3,3 |
| Cukup | 27 | 90 |
| Baik | 2 | 6,7 |
| Jumlah | 30 | 100 |

Tabel 7 terlihat 90% responden yaitu mempunyai kebiasaan yang cukup baik dalam pemeliharaan

**Tabel 8.** Distribusi frekuensi menurut OHI-S

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OHI-S | F | % |
| 0,0-1,2 | 13 | 43,3 |
| 1,3-3,0 | 17 | 46,7 |
| 3,1-6 | 0 | 0 |
| Jumlah | 30 | 100 |

Tabel 8 menunjukkan sebagian besar responden memiliki OHI-S kategori sedang dan OHI-S rata-rata 1,41.

**Tabel 9.** Keadaan rata-rata D, Mi, Me, F dan DMF-T responden

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jumlah | D  7 | Mi 0,11 | Me 0,20 | F  0 | DMF-T  8,73 |

Tabel 9 terlihat DMF-T rata-rata responden termasuk kategori sangat tinggi dan prevalensi karies gigi sebesar 83.3%.

**DISKUSI**

Berdasarkan hasil penelitian dari 30 responden yang berusia 10-22 tahun di Panti Sosial Bina Netra Tan Miyat, Bekasi Timur didapatkan hasil kebersihan mulut (OHI-S) responden dengan kategori baik sebanyak 43.3%, sedang 56.7% dan buruk sebesar 0% (tabel 3). Hasil penelitian tersebut sesuai dengan kebiasaan responden yang menyikat gigi 2x-3x sehari sebanyak 90% (tabel 1) dan sebagian besar responden (93%) tidak memerlukan bantuan orang lain pada waktu menyikat (tabel 2).

Hasil tersebut berbeda dengan hasil penelitian di negara Riyadh, Saudi Arabia, anak tunanetra yang mempunyai kebersihan mulut baik, yaitu anak perempuan usia 6-7 tahun sebanyak 8,3% dan anak perempuan usia 11-12 tahun sebanyak 29,4% (Al-Qahtani dan Wyne, 2004).

Prevalensi karies gigi responden didapat sebesar 83,3% dan DMF-T rata-rata sebesar 8.73 termasuk kriteria sangat tinggi, dengan D rata-rata 7; Mi rata-rata 0.65; Me rata-rata 0.20 dan F rata-rata 0 (tabel 4). Tingginya angka karies pada penelitian ini mungkin disebabkan keterbatasan penglihatan yang dimiliki oleh anak tunanetra.

Hasil tersebut menunjukkan banyak responden memiliki gigi yang berlubang, tapi tidak ada satu pun dari gigi tersebut yang ditambal. Sesuai dengan hasil penelitian, bila sakit gigi dibiarkan saja sebesar 36% dan sebanyak 36.7% akan diobati sendiri (tabel 6). Keadaan tersebut juga disebabkan karena responden tidak dapat melihat seperti anak lainnya sehingga hal ini menjadi faktor penghambat dalam memelihara kesehatan gigi dan mulut, sehingga kesehatan mulut penderita cacat pada umumnya lebih buruk dari orang normal dan dapat terjadi peningkatan insidensi gingivitis dan penyakit periodontal yang lanjut (Brown dan Schodel, 1976, *cit* Noerdin, 1999). Selain itu penderita cacat flsik dan mental sangat tidak beruntung karena mereka kurang mendapatkan perawatan gigi secara sempurna oleh dokter gigi di tempat umum (Full, 1977, *cit.* Noerdin, 1999).

Selain itu juga tingginya angka karies gigi disebabkan karena responden sering makan makanan manis sebanyak 63% (tabel 6) dan sering minum minuman manis seperti susu, teh manis serta sirup sebanyak 73% (tabel 4).

Hasil penelitian tersebut berbeda bila dibandingkan dengan hasil penelitian pada tunanetra di negara Riyadh, Saudi Arabia yaitu anak perempuan usia 11-12 tahun memiliki DMF-T rata-rata 3,89 dengan prevalensi karies sebesar 88,2% (Al-Qahtani dan Wyne, 2004). Sedangkan basil penelitian di negara Kuwait pada anak tunanetra usia 3-12 tahun besarnya subjek yang bebas karies pada gigi sulung sebanyak 11,2% (Shyama, dkk,2001).

Responden yang memiliki kebiasaan terhadap pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut dengan kategori baik sebanyak 6.7%, kategori cukup sebesar 90% dan 3.3% dengan kategori buruk (tabel 9). Keadaan tersebut menunjukkan perlu adanya motivasi dari responden untuk lebih meningkatkan pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut karena walaupun sebagian responden memiliki kebiasaan yang cukup baik, tetapi keadaan sta­tus kesehatan gigi dan mulut masih kurang. Untuk itu orang tua dan pengasuh perlu diberikan penyuluhan agar dapat membantu responden dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut sehingga dapat lebih baik.

**KESIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan keadaan kebersihan gigi dan mulut responden termasuk kategori cukup yaitu OHI-S rata-rata 1,41 prevalensi karies gigi sebesar 83,3% dan DMF-T rata-rata 8,7 termasuk kategori sangat tinggi. Hasil tersebut menunjukkan perlu adanya penyuluhan tentang kesehatan gigi tidak hanya kepada responden tetapi juga untuk para pengasuh maupun orang tua responden, untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pentingnya pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut, sekaligus melatih cara memlihara kebersihan mulut.

**DAFTARPUSTAKA**

1. A1 -Qahtani, Z dan Wyne, A.M. 2004. *Caries Experience and Oral Hygiene Status of Blind, Deaf and Mentally Retarded Female Children in Riyadh, Saudi Arabi* http:// www.ncbi.nim.nih.govisites/entrez?Db = PubMed&Cmd=ShowDetailView&TermToSerch = 15281301 &ordinalpos=Il&itoo 1 =EntrezSystem2.
2. Pentrez.Pubmed.PubmedResultsPanel. Pubmed\_ RVDocS urn. *On-line.*
3. Biro Pusat Statistik. 1980. Penyandang Cacat di Indonesia Hasil Sensus Penduduk 1980. Jakarta. Him 4-5.
4. Brown, J.P dan Schodel, D.R. 1976. A Review Of Controlled Surveys Of Dental Disease In Handicapped Person. *J. Dent. Child.* Hlm:3l3- 320.
5. Joyston dan BechaL 1991. *Essential of Dental Caries.* EGC. Ed. Ke-2. Jakarta. H im 1-9.
6. Noerdin, S. 1999. Masalah Penanganan Perawatan Gigi Pada Penderita Cacat. Dalam *Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Indonesia.* Volume 6. Jakarta. Him 36-41.
7. Noerdin, S. 1999. Usaha Pencegahan Kesehatan Gigi Pada Penderita Cacat. Dalam *Buku Naskah Edisi Khusus Foril VI.* Jakarta. Him 359-365.
8. Notomatmodjo, S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar.* Renika Cipta. Jakarta, film 95-144.
9. Notomatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan.* Renika Cipta. Jakarta. Him 120-134.
10. Full, C.A,dkk. 1977. Oral Health Maintenance Of The Institutionalized Handicapped Child. *JAm.Dent. Assoc.* 94:111-113.
11. Shyama, M., Al-Mutawa, S.A., Morris, R.E., Sugathan, T dan Honkala E. 2001. *Dental Caries Experience of Disabled Children and Young Adults in Kuwait.fi\Q'.l'/'/* FIdental%20carieO/020experience%20or/020disabled %20children%20ang%20young%20adults%2Oin %20kuwait.htm. *On-line.*
12. Suparlan, Y.B. 1980. Pelayanan Sosial Terhadap Penderita Cacat Mental di Indonesia Pelita BPKS. Him: 10- 12.
13. McDonald, R.E. dan Avery, D.R. 2004. Dental Promblems of Children with Disabilities. Dalam *Dentistry for the Child and Adolescent.* R.E McDonald dan D.R. Avery (editor). Ed. Ke-8. Mosby. St. Louis. Him 550-551.