

drg. Eka Anggreni, M.Kes.
Pudentiana Rr RE, AMKG., S.Pd., M.KM.
drg. Siti Nurbayani Tauchid, M.KM.

MANAJEMEN PASIEAN ANAK DI BIDANG KESEHATAN GIGI (CHILD MANAGEMENT)



MANAJEMEN
PASIEN ANAK
DI BIDANG **KESEHATAN GIGI**
(CHILD MANAGEMENT)

drg. Eka Anggreni, M.Kes.
Pudentiana Rr RE, AMKG., S.Pd., M.KM.
drg. Siti Nurbayani Tauchid, M.KM.

Penerbit
litrus.

**MANAJEMEN PASIEN ANAK DI BIDANG KESEHATAN GIGI
(CHILD MANAGEMENT)**

Ditulis oleh:

drg. Eka Anggreni, M.Kes.
Pudentiana Rr RE, AMKG., S.Pd., M.KM.
drg. Siti Nurbayani Tauchid, M.KM.

Diterbitkan, dicetak, dan didistribusikan oleh
PT. Literasi Nusantara Abadi Grup
Perumahan Puncak Joyo Agung Residence Kav. B11 Merjosari
Kecamatan Lowokwaru Kota Malang 65144
Telp : +6285887254603, +6285841411519
Email: literasinusantaraofficial@gmail.com
Web: www.penerbitlitnus.co.id
Anggota IKAPI No. 340/JTI/2022



Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang mengutip
atau memperbanyak baik sebagian ataupun keseluruhan isi buku
dengan cara apa pun tanpa izin tertulis dari penerbit.

Cetakan I, Agustus 2024

Perancang sampul: Bagus Aji Saputra
Penata letak: Bagus Aji Saputra

ISBN : 978-623-519-183-6

viii + 90 hlm. ; 15,5x23 cm.

©Agustus 2024



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan YME yang telah memberikan berkah dan rahmatNya sehingga kami dapat menyelesaikan Buku Ajar Mata Kuliah Child Manajemen bagi Tim Dosen beserta para Mahasiswa dalam proses belajar mengajar mata kuliah tersebut dan berkat penyelenggaraan workshop Implementasi Kurikulum Berbasis Kompetensi oleh Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dalam rangka meningkatkan kemampuan para Dosen termasuk juga di dalam menyusun materi untuk bahan ajar yang sesuai kaidah, dengan karakteristik peserta didik dan berdasarkan paradigma baru pembelajaran di Perguruan Tinggi dan dengan berharap pula dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan, teknologi serta dapat digunakan sebagai sumber informasi bagi para pembaca kalangan umum bahwasanya penyusunan buku ajar ini mengacu pada Kurikulum Nasional Program Studi Diploma III Kesehatan Gigi tahun 2022 juga dimaksudkan untuk melayani kebutuhan pendidikan dan pengajaran baik di kelas maupun di klinik gigi kampus terpadu yang mana muatan materi dalam Ilmu Kesehatan Gigi, Asuhan Keperawatan, ruang lingkup untuk mencetak tenaga-tenaga Perawat Gigi yang adalah juga merupakan bagian dari tenaga Kesehatan Gigi Indonesia oleh karenanya secara khusus capaian pembelajarn yang akan diharapkan untuk mahasiswa akan lebih mampu menjelaskan hubungan sikap dan

tingkah laku anak dengan umur, sikap anak dalam perawatan gigi, sikap orang tua yang mengakibatkan sikap negatif anak pada perawatan gigi, cara melakukan teknik TSD dan HOME, komponen-komponen dalam perawatan gigi anak, dan lima tips untuk mengatasi kecemasan dalam perawatan gigi anak. Selama penyusunan buku ajar ini kami mendapatkan dukungan, motivasi dan perhatian dari berbagai pihak terkait yang tidak dapat disebutkan satu persatu, oleh karenanya sekaligus dengan ini diucapkan terimakasih.

Penulis



DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....iii
 Daftar Isi..... v

BAB I

PENDAHULUAN..... 1
 A. Latar Belakang 1
 B. Klasifikasi perilaku anak menurut Wright 7
 C. Klasifikasi perilaku anak menurut Frankl 8
 D. Klasifikasi perilaku anak menurut White..... 9

BAB II

KECEMASAN PASIEN GIGI USIA ANAK.....15
 A. Definisi Kecemasan..... 15
 B. Etiologi Kecemasan..... 17
 C. Tanda dan Gejala Kecemasan..... 20
 D. Klasifikasi Kecemasan 21
 E. Perkembangan Kognitif Anak..... 23
 F. Rencana Perawatan Gigi..... 26
 G. Mengukur Kecemasan Dental..... 31

H. <i>Children's Fear Survey Schedule (CFSS-DS)</i>	32
I. <i>Facial Image Scale (FIS)</i>	33
J. Masa Anak Pra-Sekolah.....	33
K. Tumbuh Kembang Anak.....	36

BAB III

PERKEMBANGAN KOGNITIF ANAK.....	39
A. Menetapkan Waktu dan Tempat.....	41
B. Bahan Dan Alat Permainan Sesuai Dengan Perkembangan Anak	42
C. Implementasi Kegiatan Pembelajaran Melalui Permainan.....	44
D. Cara Pemeriksaan Gigi dan Mulut Pasien Anak Usia 1 s.d 2 tahun.....	45
E. Hasil- Kesepakatan-Workshop on “ <i>Effective Use of Fluoride in Asia</i> ” di Thailand-•.....	47
F. Faktor-Faktor Kecemasan Anak terhadap Perawatan Gigi.....	47

BAB IV

MANAJEMEN PERILAKU MENGATASI KECEMASAN ANAK.....	59
A. Tell – Show – Do (TSD).....	60
B. Contoh Penggunaan Teknik <i>Tell-Show-Do</i> Kepada Pasien Anak..	62
C. Behavior Shaping.....	63
D. Disentisasi.....	64
E. Sedasi.....	65
F. Distraksi (Pengalihan Perhatian).....	67
G. Modelling.....	68
H. HOME (Hand Over Mouth Exercises).....	68
I. Rencana Perawatan Gigi.....	77
J. Mengukur Kecemasan Dental.....	83

K. <i>Children's Fear Survey Schedule (CFSS-DS)</i>	84
L. <i>FACIAL IMAGE SCALE (FIS)</i>	85
Daftar Pustaka.....	87

BAB I

PENDAHULUAN



A. Latar Belakang

Indonesia memerlukan sumberdaya manusia dalam jumlah yang banyak dengan mutu atau kualitas yang bagus serta memadai sebagai pendukung utama dalam Pembangunan Negeri. Oleh karenanya pendidikan memiliki peran yang sangat penting. Pendidikan nasional bertujuan untuk berkembangnya potensi peserta didik agar menjadi manusia yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia, sehat, berilmu, cakap, kreatif, mandiri, dan menjadi warga negara yang demokratis serta bertanggung jawab.

Berdasarkan fungsi dan tujuan pendidikan nasional, jelas bahwa pendidikan di setiap jenjang formal di sekolah harus diselenggarakan secara sistematis yang berguna mencapai tujuan tersebut. Hal tersebut berkaitan juga dengan pembentukan karakter peserta didik sehingga mampu bersaing, beretika, bermoral, sopan santun dan berinteraksi dengan masyarakat. Berdasarkan penelitian di Harvard University Amerika Serikat (Ali Ibrahim Akbar, 2000), ternyata kesuksesan seseorang tidak ditentukan semata-mata oleh pengetahuan dan kemampuan teknis (*hard skill*) saja, tetapi lebih oleh kemampuan mengelola diri dan orang lain (*soft skill*). Penelitian ini mengungkapkan bahwa kesuksesan hanya ditentukan sekitar 20 persen oleh *hard skill* dan sisanya 80 persen oleh *soft skill*. Hal ini mengisyaratkan bahwa mutu pendidikan karakter peserta

didik sangat penting untuk ditingkatkan. Pada dasarnya pendidikan harus dilaksanakan seumur hidup sesuai dengan proses perkembangan psikis dan biologis manusia. Demikian pula halnya dengan pendidikan kesehatan. Oleh karenanya lingkungan pendidikan kesehatan dapat dibedakan yaitu:

1. Keluarga

Lingkungan pendidikan ini biasanya disebut sebagai pendidikan informal dan merupakan pendidikan dasar yang diperoleh oleh setiap individu sebelum mendapatkan pendidikan lain. Penanaman pendidikan kesehatan sedini mungkin oleh orang tua terhadap anaknya akan berpengaruh besar dalam perubahan sikapelihara diri anaknya

2. Sekolah

Pendidikan yang diperoleh di sekolah disebut sebagai pendidikan formal sebagai bukti bahwa seseorang telah menyelesaikan suatu jenjang pendidikan formal akan memperoleh ijazah atau surat tanda tamat belajar. Penanaman pendidikan kesehatan akan berpengaruh terhadap pembentukan sikapelihara diri yang diharapkan akan terus tertanam sampai akhir hayat

3. Masyarakat

Pendidikan ini biasanya dilakukan untuk menambah atau melengkapi pendidikan di sekolah.

Dimensi tingkat pelayanan kesehatan gigi, dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) dari leavel and Clark sebagai berikut:

4. Promosi Kesehatan (*Health Promotion*)

Dalam tingkat ini pendidikan kesehatan gigi diperlukan untuk meningkatkan derajat kesehatan gigi, misalnya dengan menyadarkan anak sejak dini pentingnya gigi geligi di dalam mulut, pentingnya perhatian untuk pemeliharaan kebersihan gigi, selalu memotivasi diri sendiri memperbaiki kebiasaan-kebiasaan yang kurang baik bagi kesehatan gigi, memilih jenis-jenis makanan maupun minuman

atau dibiasakan untuk belajar mengatur pola makanan yang dapat menyehatkan tubuh termasuk kesehatan gigi

5. Perlindungan Khusus (*Specifie Protection*)

Yang termasuk dalam program upaya pelayanan perlindungan khusus ini misalnya, pembersihan karang gigi, menyikat gigi segera setelah mengkonsumsi makanan, topikal aplikasi, fluoridasi air minum dan sebagainya. Pendidikan kesehatan gigi pada tingkat ini diperlukan agar masyarakat termasuk kalangan usia anak menjadi sadar untuk memelihara kesehatan gigi

6. Diagnosis Dini dan pengobatan Segera (*Early Diagnosis and Prompt Treatment*)

Diagnosis dan pengobatan sedini mungkin perlu dilakukan, misalnya pemeriksaan gigi dengan sinar -X secara berkala, penambalan gigi yang baru terkena karies, penambalan fissure yang terlalu dalam dan sebagainya.

Pada tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan karena masih rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai kesehatan gigi, sehingga seringkali mereka membiarkan giginya berlubang tidak segera ditambal dan mengakibatkan penyakit yang lebih parah.

7. Pembatasan Cacat (*Disability Limitation*)

Pembatasan cacat merupakan tindakan pengobatan penyakit yang parah, misalnya *pulp capping*, pengobatan urat saraf, pencabutan gigi dan sebagainya. Pada tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan karena mereka sering tidak mengobati penyakitnya secara tuntas. Misalnya, pada perawatan uraf saraf yang memerlukan beberapa kali kunjungan atau mereka ingin segera mencabut giginya walaupun sebenarnya masih dapat dilakukan penambalan.

8. Rehabilitasi (*Rehabilitation*)

Rehabilitasi merupakan upaya pemulihan atau pengembalian fungsi dan bentuk sesuai dengan aslinya misalnya, pembuatan gigi tiruan. Pendidikan kesehatan pada tingkat ini masih diperlukan untuk

menyadarkan masyarakat akan pentingnya mengembalikan fungsi pengunyahan setelah dilakukan pencabutan dengan pembuatan geligi tiruan selain itu juga diberikan penerangan tentang kemungkinan yang dapat terjadi akibat tidak dilakukan pembuatan geligi tiruan.

Demikianlah beberapa tingkatan layanan kesehatan gigi bagi individu, kelompok, dan secara umum pula bagi masyarakat.

Seiring perkembangan zaman maupun tuntutan kebutuhan layanan kesehatan gigi pasien telah diketahui bahwa spesialisasi khusus untuk perawatan gigi anak dibedakan dengan perawatan orang dewasa mengingat perbedaan struktur dari gigi anak dan gigi dewasa itu sendiri. Karena adanya perbedaan struktur anatomi, masalah-masalah gigi dan mulut yang timbul pun juga berbeda sehingga penanganan yang diberikan pun juga akan berbeda.

Cakupan kerja bidang spesialisasi perawatan bagi anak-anak sekaligus yang kemungkinan dapat ditemukan kasus pasien gigi anak sebagai berikut;

1. Pemeriksaan kesehatan mulut bayi serta mulut dan gigi anak secara menyeluruh.
2. Membantu mengatasi kerusakan gigi anak yang biasanya disebabkan karena kebiasaan yang dilakukannya. Sebagai contoh, kebiasaan mengisap jari atau penggunaan dot untuk minum susu formula.
3. Memberikan diagnosis dan tata laksana perawatan/pengobatan untuk masalah pertumbuhan gigi anak.
4. Memberikan intervensi atas masalah pada gigi susu anak, komplikasi teething (tumbuh gigi), maupun cedera yang menyebabkan gigi anak patah atau retak.
5. Memberikan tata laksana untuk penyakit gigi dan mulut pada anak yang memiliki kebutuhan kesehatan khusus

Sebagai tenaga kesehatan gigi (umum) dapat memberikan layanan tindakan sebatas kompetensinya dan apabila terdapat kasus semisal adanya gigi pasien anak telah patah atau retak karena cedera maka solusinya adalah rujukan kasus ke dokter spesialis gigi anak. Untuk diketahui pula

adanya perbedaan dokter gigi spesialis gigi anak dan dokter gigi umum. Di Indonesia, dokter spesialis gigi anak akan memiliki gelar tambahan yaitu Sp.KGA dan harus menempuh jalur pendidikan spesialis terlebih dahulu. Hal inilah yang membedakan antara dokter gigi spesialis dan dokter gigi umum dan merupakan satu kesatuan dengan tenaga kesehatan gigi di tingkat vokasi karena hubungan rujukan kasus-kasus apabila ada masalah yang bukan kompetensinya.

Memperhatikan latar belakang pasien gigi dari kalangan usia anak tentu merupakan tantangan tersendiri bagi operator apabila ada pasien anak yang memiliki rasa cemas sewaktu diberitahu adanya kelainan atau penyakit pada giginya apalagi bila mendengar akan diperiksakan kasusnya ke klinik gigi mengingat usia anak-anak memiliki kemampuan komunikasi yang terbatas dan kurang mampu untuk mengungkapkan rasa cemas, rasa takutnya sedangkan perilaku anak adalah cerminan ketidakmampuan mereka untuk mengatasi kecemasan dan pentingnya seorang tenaga kesehatan gigi memahami manajemen perilaku pada pasien anak adalah sebuah panduan yang dapat memberikan strategi penanganan yang tepat pada pasien anak (Gupta,dkk 2014).

Dokter gigi harus memiliki kemampuan menetapkan diagnosis perilaku pasien anak dan harus mampu melakukan manajemen perilaku anak yang sesuai dengan diagnosis perilaku yang telah ditetapkan untuk merubah perilaku anak agar dapat bersikap kooperatif terhadap perawatan gigi dan mulut. White telah mengklasifikasikan perilaku anak dalam 7 diagnosis perilaku, yakni pasien anak kooperatif, tidak mampu kooperatif, histeris, keras kepala, pemalu, tegang, dan cengeng. Pendekatan yang dapat dilakukan oleh dokter gigi dalam pengelolaan tingkah laku anak, antara lain komunikasi, *modeling*, *tell show do*, *HOME*, distraksi, desensitisasi, pengaturan suara (*voice control*), dan *reinforcement*. Dokter gigi harus memiliki kemampuan menetapkan diagnosis perilaku pasien anak dan harus mampu melakukan manajemen perilaku anak yang sesuai dengan diagnosis perilaku yang telah ditetapkan untuk merubah perilaku anak agar dapat bersikap kooperatif terhadap perawatan gigi dan mulut. White

telah mengklasifikasikan perilaku anak dalam 7 diagnosis perilaku, yakni pasien anak kooperatif, tidak mampu kooperatif, histeris, keras kepala, pemalu, tegang, dan cengeng. Pendekatan yang dapat dilakukan oleh dokter gigi dalam pengelolaan tingkah laku anak, antara lain komunikasi, *modeling*, *tell show do*, *HOME*, distraksi, desensitisasi, pengaturan suara (*voice control*), dan *reinforcement*. Perilaku merupakan hasil dari segala macam pengalaman dan interaksi manusia dengan lingkungannya. Wujudnya bisa berupa pengetahuan, sikap, dan tindakan. Perilaku manusia cenderung bersifat menyeluruh (holistik). Perilaku manusia merupakan pencerminan dari berbagai unsur kejiwaan yang mencakup hasrat, sikap, reaksi, rasa takut, atau cemas, dan sebagainya. Oleh karena itu, perilaku manusia dipengaruhi atau dibentuk oleh faktor-faktor yang ada dalam diri manusia atau unsur kejiwaannya. Perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap stimulus yang berhubungan dengan konsep sehat, sakit, dan penyakit. Sedangkan perilaku kesehatan gigi adalah pengetahuan, sikap, dan tindakan yang berkaitan dengan konsep sehat dan sakit gigi serta upaya pencegahannya. Bentuk operasional dari perilaku dapat dikelompokkan menjadi tiga wujud, yaitu:

1. Perilaku dalam wujud pengetahuan yakni dengan mengetahui situasi dan rangsangan dari luar yang berupa konsep sehat, sakit, dan penyakit.
2. Perilaku dalam wujud sikap yakni tanggapan batin terhadap rangsangan dari luar yang dipengaruhi faktor lingkungan: fisik yaitu kondisi alam; biologis yang berkaitan dengan makhluk hidup lainnya; dan lingkungan sosial yang berkaitan dengan masyarakat sekitarnya.
3. Perilaku dalam wujud tindakan yang sudah nyata, yakni berupa perbuatan terhadap situasi atau rangsangan luar.

Setiap anak yang datang berkunjung ke dokter gigi memiliki kondisi kesehatan gigi yang berbeda-beda dan akan memperlihatkan perilaku yang berbeda pula terhadap perawatan gigi yang akan diberikan. Ada anak yang bersikap kooperatif terhadap perawatan gigi dan ada juga yang menolak untuk dilakukan pemeriksaan gigi. Hal ini dapat disebabkan oleh berbagai

macam faktor, baik dari internal anak itu sendiri maupun dari eksternal seperti pengaruh orang tua, dokter gigi, maupun lingkungan klinik gigi.

Beberapa ahli telah mengembangkan sistem untuk mengklasifikasikan perilaku anak di klinik gigi. Pemahaman tersebut sangat penting. Pemahaman atau pengetahuan tersebut dapat menjadi asset untuk dokter gigi dalam beberapa hal, yakni:

1. Membantu dalam penentuan metode manajemen perilaku yang tepat
2. Menjadi sarana yang bersifat sistematis dalam merekam perilaku pasien
3. Membantu dalam mengevaluasi validitas penelitian saat ini.

Berikut adalah beberapa klasifikasi perilaku pasien terhadap perawatan gigi dan mulut menurut beberapa ahli.

B. Klasifikasi perilaku anak menurut Wright

Menurut Wright, perilaku anak secara umum dapat diklasifikasikan menjadi tiga kategori yakni:¹³

1. Kooperatif (*Cooperative*)
Sikap kooperatif ini ditunjukkan dengan sikap anak yang cukup tenang, memiliki rasa takut yang minimal, dan antusias terhadap perawatan gigi dan mulut yang diberikan. Anak dengan sikap kooperatif memudahkan dokter gigi dalam melakukan perawatan dan pendekatan yang dapat dilakukan, yakni dengan menggunakan teknik *tell show do* (TSD).
2. Tidak mampu kooperatif (*Lacking in cooperative ability*)
Kategori ini terdapat pada anak-anak yang masih sangat muda misalnya anak usia dibawah 3 tahun dengan kemampuan komunikasi yang terbatas dan pemahaman yang kurang mengenai perawatan yang akan dilakukan. Kelompok lain yang termasuk dalam kategori tidak mampu kooperatif adalah mereka dengan keterbatasan fisik maupun mental. Oleh karena itu, anak dengan kondisi seperti ini membutuhkan teknik manajemen perilaku yang khusus, misalnya dengan menggunakan premedikasi maupun anastesi umum.

3. Berpotensi kooperatif (*Potentially cooperative*)

Kategori perilaku ini berbeda dengan tidak mampu kooperatif. Karena anak dalam kategori ini memiliki kapabilitas untuk menjadi kooperatif. Sehingga diperlukan kompetensi dokter gigi yang mampu melakukan manajemen perilaku dalam mengembangkan potensi kooperatif menjadi kooperatif.

Klasifikasi perilaku yang dikemukakan oleh Wright masih memiliki kelemahan. Ketiga klasifikasi tersebut masih sulit untuk ditegakkan secara klinis. Terutama untuk kategori perilaku berpotensi kooperatif karena belum ada penjelasan mendetail tentang ciri khas pasien anak yang berpotensi kooperatif. Hal ini menyebabkan para ahli terus mengkaji dan mengembangkan sistem klasifikasi perilaku menjadi lebih detail sehingga dapat dengan mudah ditegakkan secara klinis.

C. Klasifikasi perilaku anak menurut Frankl

Salah satu sistem klasifikasi perilaku anak dalam perawatan gigi diperkenalkan oleh Frankl dikenal sebagai skala yang disebut : “*Frankl Behavioral Rating Scale*” yang biasa dipergunakan sebagai evaluasi tingkah laku misalnya di klinik atau penelitian. Frankl mengklasifikasikan perilaku anak menjadi empat kelompok sesuai dengan sikap anak dan kerjasama pada perawatan gigi dan mulut, yakni:^{7,14}

1. Jelas negatif (—)

Anak menolak perawatan gigi yang akan dilakukan. Penolakan ini ditunjukkan dengan cara menangis keras, penuh rasa takut, mengisolasi diri, anak bersikap menentang dan tidak mau mendengar apapun yang dikatakan oleh dokter gigi.

2. Negatif (-)

Anak enggan menerima perawatan, bersikap tidak kooperatif, menunjukkan beberapa perilaku negatif, tetapi tidak diucapkan misalnya cemberut atau menyendiri.

3. Positif (+)

Anak mau menerima perawatan tetapi selalu bersikap hati-hati, bersedia untuk menuruti dokter giginya dengan mengajukan syarat tetapi si anak tersebut tetap mengikuti arahan dokter giginya secara kooperatif.

4. Jelas positif (++)

Anak menjalin hubungan yang baik dengan dokter gigi, anak tertarik dengan prosedur perawatan gigi, anak juga merasa senang, menikmati prosedur perawatan gigi, menunjukkan kontak verbal yang baik, dan banyak bertanya.

Akan tetapi kelemahan dari klasifikasi Frankl adalah teknik tersebut tidak spesifik sehingga mampu menggambarkan situasi secara tepat dan tidak sesuai dengan fakta di lapangan. Pendiagnosaan perilaku negatif dan sangat negative bertentangan dengan etika dan memberi pencitraan yang tidak baik.

D. Klasifikasi perilaku anak menurut White

Pada dasarnya pembagian perilaku yang diajukan oleh White merupakan penjelasan atas dua klasifikasi perilaku sebelumnya, khususnya penjelasan atas klasifikasi potensial kooperatif yang masih belum jelas. Klasifikasi perilaku anak terhadap perawatan gigi dan mulut menurut White, yaitu:^{9,15}

1. Perilaku kooperatif (*Cooperative patient*)

Perilaku kooperatif merupakan kunci keberhasilan dokter gigi dalam melakukan perawatan gigi dan mulut. Anak dapat dirawat dengan baik jika dia menunjukkan sikap positif terhadap perawatan yang dilakukan. Kebanyakan pasien gigi anak menunjukkan sikap kooperatif dalam kunjungannya ke dokter gigi. Tanda-tanda pasien anak dan remaja yang tergolong kooperatif adalah:

- a. Tampak rileks dan menikmati kunjungan sejak di ruang tunggu
- b. Mengikuti semua instruksi yang disampaikan dengan rileks
- c. Memahami sendiri semua perintah

BAB II



KECEMASAN PASIEN GIGI USIA ANAK

A. Definisi Kecemasan

Banyak definisi kecemasan telah diusulkan, kadang-kadang menyebabkan kebingungan ketika kata tersebut digunakan dengan cara yang berbeda. Untuk psikoanalisis, kecemasan mengacu pada hasil dari interaksi kompleks antara berbagai bagian dari kepribadian. Antara psikolog, istilah kecemasan telah digunakan dalam beberapa cara, untuk beberapa, kecemasan adalah perasaan tidak menyenangkan disertai dengan firasat bahwa sesuatu yang tidak diinginkan akan terjadi. Ini merupakan definisi subjektif, berdasarkan perasaan orang. Ahli psikologi lain lebih menyukai definisi tingkah laku, yaitu kecemasan dapat dilihat dari tingkah laku seseorang. Baik tindakan ini berupa untuk menghindari kunjungan ke dokter gigi atau enggan memperbolehkan dokter gigi untuk menggunakan peralatannya. Kecemasan dianggap merupakan perasaan ketidaknyamanan secara umum sedangkan kecemasan merupakan suatu reaksi terhadap suatu situasi atau objek tertentu. Contohnya seorang pasien dilanda kecemasan sewaktu mengunjungi dokter gigi dan amat takut akan pencabutan gigi. Seringkali kata cemas dan takut digunakan bergantian dan tidak dibedakan (Kent & Blinkhorn, 1991).

Kecemasan adalah reaksi terhadap ancaman atau bahaya yang diketahui atau dirasakan. Ini mengarah pada situasi melawan atau melarikan diri. *Dental fear* adalah reaksi terhadap stimulus ancaman dalam

situasi perawatan gigi. Phobia adalah rasa cemas atau takut yang terjadi secara terus-menerus, tidak realistis, dan intens terhadap rangsangan tertentu, yang menyebabkan seseorang untuk menghindari bahaya yang dirasakan sebagai penyelesaiannya. Kecemasan yang luar biasa dan tidak rasional dalam bidang kedokteran gigi yang berhubungan dengan perasaan dahsyat dari tekanan darah yang meningkat, keraguan, dan kegelisahan disebut *odontophobia*, dan telah didiagnosis dibawah fobia spesifik sesuai dengan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV and the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* (Kent & Blinkhorn, 1991).

Kecemasan atau *anxiety* berasal dari bahasa latin yaitu “angustus” yang berarti kaku dan “ango, anci” yang berarti mencekik. Kecemasan merupakan fungsi ego untuk memperingatkan seseorang individu tentang kemungkinan datangnya bahaya sehingga dapat dipersiapkan reaksi adaptif yang sesuai. Kecemasan berfungsi juga sebagai pemberi sinyal kepada kita bahwa ada bahaya dan jika tidak dilakukan suatu tindakan yang tepat, maka bahaya tersebut akan meningkat (Boky et al., 2013).

Kecemasan merupakan respon normal yang sering terjadi dan dapat dialami oleh semua orang ketika menghadapi suatu ancaman dan dapat mempengaruhi perilaku orang tersebut. Hal ini diperparah dengan adanya trauma yang pernah dialami sebelumnya sehingga dapat mempengaruhi terhadap perawatan di masa depannya. Perlunya melakukan pendekatan dan komunikasi yang baik antara dokter gigi dan pasien untuk mengurangi kecemasan sang pasien agar tidak timbulnya suatu masalah pada proses perawatan (Yahya et al., 2016).

Menurut Chadwick dan Hosey (2003), kecemasan akrab pada anak-anak dan gejala kecemasan bergantung pada usia anak. Balita mengungkapkan kecemasan dengan menangis sementara anak-anak dewasa menyatakan kecemasan dengan cara lain. Kemampuan anak untuk berhadapan dengan prosedur perawatan gigi tergantung pada fase perkembangannya. Anak-anak bisa mendukung, berpotensi kooperatif,

atau tidak memiliki kemampuan untuk menjadi mendukung (kadang-kadang disebut pra kooperatif) (Singh et al., 2014).

B. Etiologi Kecemasan

Kecemasan pada perawatan gigi dapat timbul karena beberapa faktor, seperti pengalaman buruk atau trauma sebelumnya, terutama di masa kanak-kanak, belajar dari kecemasan yang dilakukan anggota keluarga atau teman sebaya, karakteristik kepribadian seseorang seperti neurotisisme dan kesadaran diri, kurangnya pemahaman, paparan penggambaran menakutkan dari dokter gigi di media, gaya dingin dari orang, persepsi citra tubuh, dan posisi rentan berbaring di kursi gigi. Kecemasan juga dapat dipicu oleh rangsangan sensorik seperti pemandangan jarum, suara pengeboran dan teriakan, bau eugenol, dan juga sensasi getaran berfrekuensi tinggi dalam prosedur perawatan gigi.

Etiologi kecemasan terhadap perawatan gigi pada anak-anak berhubungan dengan kepribadian, kecemasan umum, pengalaman gigi yang menyakitkan sebelumnya, kecemasan orangtua, usia dan jenis kelamin. Anak perempuan dan anak-anak muda yang paling sering dilaporkan sebagai lebih banyak mengalami kecemasan daripada anak laki-laki dan anak-anak yang lebih tua (Raj et al., 2013), di sisi lain, anak-anak dan orangtua mereka mewakili variasi besar dalam usia, kompetensi, kedewasaan, kepribadian, kapasitas intelektual, temperamen dan emosi, pengalaman, kesehatan rongga mulut, latar belakang keluarga, dan budaya. Semua aspek ini mempengaruhi kemampuan anak untuk mengatasi perawatan gigi (Fazli & Malekafzali, 2014). Beberapa kecemasan yang pada umumnya memberikan kenaikan kecemasan dental yaitu takut rasa sakit, kecemasan cedera (darah), kurangnya kepercayaan, takut diejek, takut yang tidak diketahui, takut keracunan merkuri, takut paparan radiasi, takut tersedak, rasa tidak berdaya di dental chair, dan kurangnya kontrol selama perawatan gigi. Milgrom et al mengidentifikasi empat kelompok yang berbeda dari pasien cemas berdasarkan asal mereka atau sumber kecemasan (“*Seattle system*” dikembangkan di University of Washington).

Mereka adalah cemas rangsangan gigi tertentu, ketidakpercayaan personil gigi, kecemasan umum gigi, dan cemas bencana (Appukuttan, 2016). Etiologi kecemasan dental dan fobia yang seringkali dikenal mencakup berbagai faktor yaitu, genetik, perilaku, dan kognitif. Seseorang dengan kecemasan dental / fobia mungkin telah diciptakan dengan melibatkan banyak faktor (Carter et al., 2014). Pemicu yang kuat dalam menyebabkan kecemasan *dental* berasal dari prosedur restoratif yang disebabkan karena penglihatan, suara dan sensasi getaran dari bor gigi, ditambah dengan pemandangan dan sensasi dari suntikan. Penatalaksanaan pasien yang seperti ini dapat dilakukan dengan menggunakan 4S yaitu aturan yang bertujuan untuk mengurangi *stress triggers, sights of needle drills, sounds from drilling, and smell possibly from eugenol or bonding agents* (Viswanath et al., 2011). Faktor penyebab terkait dengan pengembangan kecemasan dental akan berhubungan dengan hal-hal di bawah berikut (Girdler et al., 2009): Kecemasan pada perawatan gigi bisa menjadi hambatan utama bagi anak-anak pada saat menerima perawatan gigi. Anak-anak memiliki kemampuan komunikasi yang terbatas dan kurang mampu untuk mengungkapkan ketakutan dan kecemasan mereka.

Perilaku mereka adalah cerminan ketidakmampuan mereka untuk mengatasi kecemasan dan manajemen perilaku adalah sebuah panduan yang dapat memberikan strategi penanganan yang tepat pada pasien anak (Gupta,dkk 2014).

Kecemasan adalah reaksi terhadap ancaman atau bahaya yang diketahui atau dirasakan. Ini mengarah pada situasi melawan atau melarikan diri. *Dental fear* adalah reaksi terhadap stimulus ancaman dalam situasi perawatan gigi. Phobia adalah rasa cemas atau takut yang terjadi secara terus-menerus, tidak realistis, dan intens terhadap rangsangan tertentu, yang menyebabkan seseorang untuk menghindari bahaya yang dirasakan sebagai penyelesaiannya. Kecemasan yang luar biasa dan tidak rasional dalam bidang kedokteran gigi yang berhubungan dengan perasaan dahsyat dari tekanan darah yang meningkat, keraguan, dan kegelisahan disebut *odontophobia*, dan telah didiagnosis di bawah fobia spesifik sesuai

dengan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV and the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*.

Kecemasan atau *anxiety* berasal dari bahasa latin yaitu “*angustus*” yang berarti kaku dan “*ango, anci*” yang berarti mencekik. Kecemasan merupakan fungsi ego untuk memperingatkan seseorang individu tentang kemungkinan datangnya bahaya sehingga dapat dipersiapkan reaksi adaptif yang sesuai. Kecemasan berfungsi juga sebagai pemberi sinyal bahwa ada bahaya dan jika tidak dilakukan suatu tindakan yang tepat, maka bahaya tersebut akan meningkat (Boky et al., 2013). Penatalaksanaan perilaku pasien anak adalah bagian penting dari praktik kedokteran gigi anak. Bagi anak yang tidak mampu bekerja sama, dokter gigi harus mengandalkan teknik manajemen perilaku sebagai pengganti atau penambahan pada manajemen perawatan. Metode manajemen perilaku menyangkut komunikasi dan edukasi pada anak serta orang tua pasien. Menjalinkan hubungan dengan anak, keluarga dari anak serta tim dokter gigi merupakan proses yang saling berhubungan. Proses ini dimulai sebelum pasien mendapat perawatan pembedahan serta dapat memberikan informasi tertulis pada orang tua pasien serta pertukaran gagasan, nada suara, bahasa tubuh, ekspresi wajah dan sentuhan pada pasien anak.

Perkembangan dan berbagai pandangan terhadap perawatan gigi sangat penting bagi dokter gigi untuk memiliki berbagai macam teknik manajemen perilaku dan teknik komunikasi untuk memenuhi kebutuhan setiap anak (Singh, dkk 2014). Dalam melakukan perawatan gigi anak, terdapat tiga komponen yang harus bekerja sama, agar perawatan dapat berlangsung dengan lancar. Komponen tersebut digambarkan dalam bentuk segitiga yang dikenal sebagai segitiga perawatan gigi anak. Pada segitiga tersebut, bagian sudut- sudutnya ditempati oleh dokter gigi, keluarga (terutama ibu) dan anak sebagai pasien terletak pada puncak segitiga. Segitiga tersebut saling berhubungan secara dinamik.

Masalah yang dihadapi oleh dokter gigi atau tim kesehatan gigi dan mulut di klinik pada umumnya yang pertama adalah anak dengan berbagai tingkah lakunya sesuai dengan perkembangan yang sedang berlangsung. Masalah kedua, yang terletak di sudut lain adalah keluarga (terutama ibu) yang diharapkan memberi dukungan kepada dokter gigi dalam pelaksanaan perawatan gigi anaknya yang terkadang memerlukan perhatian khusus sebelum perawatan anak dimulai. Bimbingan yang benar terhadap perilaku anak ketika pengalaman perawatan gigi mempengaruhi kedua anak dan orang tua dalam sikap mereka terhadap kesehatan gigi.

Tujuan dokter gigi atau tim operator kesehatan gigi adalah untuk memimpin anak melalui pengalaman gigi yang menyenangkan sehingga menjadi pasien gigi yang baik, menerima pengobatan serta perawatan dengan positif dan menikmati kesehatan gigi yang baik sepanjang hidup. Operator gigi harus memberikan perawatan yang terbaik kepada pasien anak untuk memastikan perilaku anak pasien dapat dikendalikan.

C. Tanda dan Gejala Kecemasan

Tanda dan gejala kecemasan yang ditunjukkan oleh individu bervariasi, hal ini dipengaruhi oleh tingkatan yang dirasakan oleh individu tersebut. Keluhan yang sering dikemukakan oleh setiap individu saat mengalami kecemasan secara umum antara lain sebagai berikut (Hawari, 2004) :

1. Gejala psikologis : pernyataan cemas, firasat buruk, takut dengan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gelisah, dan mudah terkejut
2. Gangguan pola tidur dan mimpi-mimpi yang menegangkan.
3. Gangguan konsentrasi dan daya ingat
4. Gejala somatik : rasa sakit pada otot dan tulang, berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, sakit kepala, gangguan perkemihan, tangan terasa dingin dan lembab, dan lain sebagainya.

D. Klasifikasi Kecemasan

Menurut Sidney Finn, kecemasan adalah emosi dasar untuk pertahanan dari bahaya, di mana sudah dimiliki sesaat setelah lahir. Sebagian besar orangtua menanamkan rasa kecemasan pada waktu berkunjung ke dokter gigi pada anak-anak sebagai suatu hukuman. Kecemasan seharusnya disalurkan ke arah yang benar sehingga tidak merugikan atau mengurangi kesejahteraan dari anak. Anak harus diajarkan bahwa klinik dokter gigi bukanlah suatu tempat yang menakutkan dan mengancam. Tipe kecemasan dibagi atas (Finn, 2003) :

1. Kecemasan objektif (*Objective fear*)

Merupakan kecemasan yang dirasakan dengan adanya rangsangan fisik secara langsung. Mereka merespon rangsangan tersebut dengan merasakan, melihat, mendengar, membau atau merasakan sesuatu yang tidak disukai atau yang tidak diterima. Kecemasan objektif pada kedokteran gigi biasanya merupakan hasil dari buruknya penanganan gigi di masa lampau. Mereka takut pada jas putih dan bau dari beberapa obat dan bahan kimia di rumah sakit. Hal ini merupakan suatu tanggung jawab dokter gigi untuk merubah kecemasan tersebut dengan meningkatkan kepercayaan diri anak dan memperlakukannya dengan penuh kasih sayang.

2. Kecemasan subjektif (*Subjective fear*)

Kebanyakan anak tidak ingin mengunjungi klinik gigi sebelumnya, namun takut pada prosedur gigi.

Hal ini berdasarkan pada perasaan dan kebiasaan dimana anak-anak tersugesti oleh orang lain tentang kedokteran gigi tanpa mengerti bahwa anak tersebut memiliki pengalaman secara personal. Orangtua mungkin memberitahu kepada anak tentang rasa tidak nyaman atau rasa sakit yang diciptakan oleh situasi yang dialami oleh mereka dan ini dapat menambah rasa takut pada pikiran anak. Kecemasan subjektif dibagi menjadi dua, yaitu :

3. Kecemasan sugestif

Kecemasan sugestif didapatkan dari observasi atau meniru kecemasan yang kemudian anak akan mengembangkan rasa takut yang sama pada objek nyata. Kecemasan anak erat kaitannya dengan kecemasan orangtua. Anak sering meniru orangtuanya. Jika orangtuanya merasa sedih, anak akan merasa sedih dan jika orangtua menunjukkan rasa takut, maka anak akan merasa takut.

4. Kecemasan imajinatif

Seorang ibu yang takut untuk ke dokter gigi secara tidak langsung dapat mengirimkan rasa takut tersebut kepada anaknya, di mana saat itu sang anak melihat keadaan ibu. Jenis kecemasan ini mungkin dimunculkan oleh orangtua atau didapat pada saat kecil oleh anak tanpa disadari. Meremas tangan anak pada saat di klinik dokter gigi merupakan gestur yang secara tidak langsung akan menimbulkan kecemasan dan kecemasan.

Kematangan anak bisa dikelompokkan mengikuti kronologis tingkatan usia sebagai berikut ini (Soeparmin, 2014) :

1. Usia dua tahun : dalam usia ini kosakata dari anak bervariasi dari 15 sampai 1000 kata. Anak pada periode ini takut pada gerakan mendadak yang tidak terduga. Pergerakan mendadak pada kursi gigi (dental chair) tanpa peringatan akan menimbulkan rasa takut, cahaya yang terang juga terasa menakutkan bagi anak. Memisahkan anak pada usia ini dari orangtuanya sangat sulit. Sebaiknya mungkin anak pada periode usia dua tahun ditemani oleh orangtua atau pendamping selama berada di ruang perawatan
2. Usia tiga tahun : anak memiliki keinginan untuk berbicara dan mendengarkan, pada usia ini, sikap kooperatif muncul dan dokter gigi bisa mulai menggunakan pendekatan positif dengan anak tersebut .
3. Usia empat tahun : seorang anak usia empat tahun umumnya mendengarkan dan tertarik untuk menjelaskan, jika tidak diatur dengan baik pada beberapa situasi anak usia empat tahun bisa menjadi tidak patuh dan menentang.

4. Usia lima tahun : ini merupakan periode dari penggabungan, dimana anak pada usia lima tahun senang melakukan aktifitas berkelompok dan siap berpartisipasi didalamnya dan mereka juga memiliki sedikit rasa khawatir bila terpisah dari orangtuanya saat melakukan perawatan gigi.
5. Usia enam sampai dua belas tahun : biasanya anak pada usia ini bisa menangani kecemasan terhadap prosedur perawatan gigi karena dokter gigi bisa menjelaskan apa yang akan dilakukan dan alasan kenapa perawatan tersebut dilakukan.

E. Perkembangan Kognitif Anak

Kemampuan kognitif anak berubah secara radikal dari lahir sampai dewasa, dan proses ini dibagi menjadi beberapa tahap untuk kemudahan penjelasan. Seorang psikolog Swiss yang disebut Piaget merumuskan '*stage views*' perkembangan kognitif atas dasar pengamatan rinci dari anak-anaknya sendiri, dan menyarankan bahwa anak-anak melewati empat tahap yang luas dari perkembangan kognitif (Welbury et al., 2005), yaitu;

1. Sensorimotor

Tahap ini berlangsung sampai sekitar 2 tahun. Pencapaian utama adalah '*object permanence*'. Bayi bisa memikirkan hal-hal secara permanen yang terus ada ketika keluar dari pandangan dan bisa memikirkan benda tanpa harus melihat mereka secara langsung

2. Praoperasional

Tahap ini berlangsung dari usia 2 sampai 7 tahun. Tahap sensorimotor berkembang lebih lanjut, yang memungkinkan anak untuk memprediksi hasil dari perilaku. Perkembangan bahasa memudahkan perubahan ini.

Pola pikir belum berkembang dengan baik, menjadi egosentris, yang berarti tidak dapat menangkap sudut pandang orang lain, hanya mampu mempertimbangkan sesuatu berdasarkan sudut pandangnya sendiri (Soetjningsih & Ranuh, 2012). Biasanya, anak-anak di usia ini

tidak dapat memahami bahwa luas dan volume tetap sama meskipun terjadi perubahan posisi atau bentuk.

3. Operasional

Tahap pemikiran ini terjadi dari sekitar usia 7 sampai 11 tahun. Anak-anak mampu menerapkan penalaran logis, mempertimbangkan pendapat dari orang lain, dan menilai lebih dari satu aspek situasi tertentu. Berpikir mendalam pada benda konkrit, pemikiran abstrak belum berkembang dengan baik. Kepercayaan 'animisme' dan cara berpikir egosentris cenderung menurun meskipun sisa-sisa berpikir seperti ini sering ditemukan pada umur lebih lanjut (Soetjningsih & Ranuh, 2012).

4. Operasional Formal

Tahap ini merupakan tahap terakhir dalam peralihan menuju pada kemampuan berpikir dewasa. Ini dimulai pada sekitar usia 11 tahun dan menghasilkan pengembangan pemikiran abstrak secara logis. Anak dapat fokus pada pernyataan verbal dan mengevaluasi validitas logis mereka tanpa membuat petunjuk ke keadaan dunia nyata (Soetjningsih & Ranuh, 2012).

5. Perkembangan personal anak (kecemasan dan cemas).

Kelahiran merupakan situasi menegangkan yang dialami oleh bayi. Para ahli mempercayai bahwa kecemasan dibawa sejak lahir dan refleksi Moro merupakan cerminan suatu kecemasan 'jatuh'. Ahli yang lain mempercayai bahwa kecemasan adalah suatu reaksi pembelajaran (refleksi Moro bisa dihasilkan dengan suara keras). Ketegangan ditandai oleh perubahan fisiologi pada denyut jantung, tekanan darah, pelepasan glikogen ke dalam aliran darah dari hati, dan pelepasan sel darah merah dari limfa.

Kecemasan mempunyai suatu pola perkembangan. Neonatus dan bayi muda peka terhadap stimuli sensori yang tidak terduga dan keras. Kecemasan terhadap suara keras sekitar 23% dari kecemasan pada anak 2 tahun, tetapi hanya 3% pada anak berumur 12 tahun. Pada umur 24 minggu, muncul kecemasan terhadap sesuatu yang tidak dikenal dan

kecemasan terhadap kehadiran orang asing. Pada umur 32 minggu, bayi sangat kecemasan jika sosok yang tadinya sudah familiar tiba-tiba menjadi berbeda, seperti ibunya tiba-tiba memakai kacamata. Dari umur 40 minggu, bayi menjadi sangat cemas ketika berjumpa dengan orang asing yang berpenampilan tidak biasa. Pada umur 15-22 bulan, anak kecemasan bila ditinggal ibunya atau mendengar dan melihat benda yang tidak biasa, seperti mesin pemotong rumput. Pada umur 2 tahun, anak mempunyai beberapa kecemasan, diantaranya kecemasan terhadap binatang, air, objek bergerak, kecemasan yang berasal dari apa yang didengar atau dilihat, serta kecemasan personal seperti ditinggal ibunya. Kecemasan visual yang lebih berpengaruh adalah pandangan aneh, bayangan, orang cacat, dokter, gelap, binatang, benda besar, atau benda bergerak. Pada umur 4 tahun, kecemasan akan gelap adalah kecemasan yang paling nyata, disamping kecemasan imajinatif lainnya, seperti kecemasan akan nenek sihir, hantu dan makhluk buas yang dibayangkan saat tidur. Kadang-kadang kecemasannya bisa ditoleransi, yang ditunjukkan dengan suatu kesenangan terhadap petualangan dalam permainan. Pada umur 5-6 tahun, anak mempunyai beberapa kecemasan seperti kecemasan terhadap gelap, guntur, serangga, binatang besar atau kecemasan seperti kecemasan atas keselamatan dan kehilangan. Misal, kecemasan kehilangan ketika anak pertama masuk sekolah. Pada umur 8-9 tahun, beberapa kecemasan menghilang, tetapi digantikan oleh kecemasan yang lebih dalam, seperti kecemasan akan prestasi sekolah, kematian, bencana alam. Kecemasan dan kecemasan akan identitas diri dan reaksi kelompok menjadi hal utama pada masa remaja (Soetjiningsih & Ranuh, 2012).

Kecemasan dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu, jenis kelamin, wanita mempunyai kecemasan yang lebih dari laki-laki, ketergantungan, anak prasekolah dengan ketergantungan yang tinggi, mempunyai kecemasan dan kecemasan yang lebih besar daripada anak yang mandiri, maturitas, remaja yang mengalami maturitas dini atau terlambat lebih cemas daripada mereka yang mengalami maturitas normal (Soetjiningsih & Ranuh, 2012).

F. Rencana Perawatan Gigi

Menurut Sidney Finn, rencana perawatan ideal meliputi (Finn, 2003) :

1. Pengobatan medik (*Medical treatment*)
2. Banyak keluarga sekarang yang memiliki dokter anak atau dokter keluarga yang telah familiar terhadap riwayat medis anak. Terkadang, anak yang berada dibawah perawatan spesialis medik lainnya (psikiatrik, optalmologis, bedah plastik, otolaringologis, cardiologis, dan lainnya). Ketika riwayat dan pemeriksaan menyarankan sebuah masalah kesehatan, dokter gigi harus mengkonsultasikan kepada dokter anak tersebut untuk memastikan kesehatan dan keselamatan anak selama perawatan. Jika orangtua ragu tentang penyakit yang terjadi pada anak di masa lampau (contoh demam reumatik), namun telah menjawab pertanyaan tegas yang menunjukkan penyakit tersebut, anak harus dirujuk kepada dokter anak untuk melakukan evaluasi. Kebutuhan informasi tersebut dibuktikan oleh fakta bahwa antibiotik akan diresepkan walaupun sebelum pencegahan penyakit mulut jika ada sebuahan penyakit deman reumatik yang telah dikonfirmasi.

Dokter gigi memiliki kesempatan yang sangat baik untuk melakukan x-ray tangan anak dengan mesin gigi x-ray. Perbandingan film tangan anak yang dibawah mutu (*under-statured*) atau melebihi mutu (*over-statured*) dengan standar yang diterbitkan, dokter gigi mungkin menduga adanya anomali perkembangan dan gizi. Informasi tersebut harus dikonsultasikan dengan dokter anak, yang mungkin menyarankan untuk penelitian laboratorium lebih lanjut. Penyakit diskrasia darah sering tercerminkan pada rongga mulut dengan adanya perubahan warna, ukuran, bentuk, dan konsistensi dari jaringan lunak mulut. Dokter gigi sering memiliki kesempatan untuk pemeriksaan mukosa anak daripada dokter. Oleh karena itu, penting untuk dokter gigi untuk mengevaluasi perubahan jaringan dan menyampaikan informasi terkait kepada dokter anak tersebut. Pasien harus dirujuk ke spesialis medis atau dengan konsultasi

ke dokter keluarga atau dokter anak. Jarang ada dokter gigi yang memenuhi syarat untuk menerima pesanan dan mengevaluasi test diagnostik medis yang kompleks. Tanggung jawab ini ditangani baik oleh dokter spesialis yang dapat memberikan saran kepada dokter gigi tentang penanganan kebutuhan anak yang aman.

3. Pengobatan sistemik (*Systemic treatment*)

Premedikasi pada anak yang khawatir, pasien kejang atau mereka dengan masalah jantung sering diperlukan. Premedikasi tersebut harus dilakukan hanya setelah berkonsultasi dengan dokter anak. Dosis yang tepat dari semua obat yang akan digunakan harus dimasukkan pada rencana pengobatan. Ketika asisten mengatur jadwal janji anak untuk premedikasi, personil tambahan harus dibuat untuk lebih berhati-hati dalam aturan cara premedikasi yang harus diikuti untuk setiap pertemuan. Waktu berharga di kursi dapat hilang jika dokter gigi hanya menunggu untuk obat bereaksi. Terapi obat sistemik mungkin menyebabkan perubahan jaringan mulut dimana membuat kerja restoratif sulit atau bahkan tidak mungkin dilakukan. Dokter seringkali tidak menyadari bahwa anak telah mengonsumsi natrium dilantin yang telah mengembangkan hipertrofi gingiva yang parah. Masalah seperti ini harus didiskusikan ke dokter dengan harapan bahwa substitusi obat dapat mengatasi masalah dan perawatan gigi dapat dilanjutkan.

4. Pengobatan persiapan (*Preparatory treatment*)

Setelah status medis dan cara aturan premedikasi anak ditetapkan, giginya akan harus dibersihkan. Ini menjadi suatu kesempatan baik bagi dokter gigi untuk mengajarnya menyikat gigi dan elemen perawatan lainnya di rumah. Banyak yang bisa dipelajari tentang temperamen, kegelisahan dan status kesehatan mulut pasien selama pencegahan penyakit mulut dan instruksi perawatan di rumah (*home care*). Penanganan kondisi inflamasi akut seperti abses alveolar, ulserasi traumatik, herpetik gingivostomatitis dan sesekali kasus

gingivitis nekrotik biasanya dapat ditanggguhkan, menunggu hasil yang menguntungkan dari obat-obatan atau terapi bedah.

Erat hubungan dengan profilaksis awal, evaluasi harus dibuat dari kerentanan karies anak. Jika karies aktif terbukti, sang ibu harus dipertanyakan dengan teliti tentang diet anak. Dengan pendekatan yang tepat, dokter gigi yang bersangkutan dapat menawarkan kesempatan yang menarik dan menantang kepada orangtua untuk memfasilitasi pengurangan karies pada anak.

Beberapa cara yang tersedia, di antaranya flouridasi sistemik dan topikal aplikasi fluor, substitusi diet dan lebih makan teratur tanpa diantara makanan ringan. Langkah-langkah ini dapat diterapkan bersamaan dengan penhilangan karies dan penempatan retorasi sementara atau permanen.

Terkadang diperlukan konsultasi dengan dokter gigi spesialis, contoh ketika terbukti adanya gigi berjejal atau susunan yang salah, harus segera dikonsultasikan kepada ortodontis. Sering pengukuran ortodontik preventif dilakukan bersamaan dengan prosedur restoratif. Nasehat dari seorang ortodontis dapat dicari sebelum melakukan perawatan operasi gigi dipertanyakan dalam kasus oklusi yang tidak memuaskan. Karies buruk pada gigi penting harus digali selama pertemuan pertama. Apakah gigi diekstraksi atau dipertahankan dengan terapi endodontik adalah keputusan kedua orangtua dan dokter gigi harus mempertimbangkannya dengan hati-hati. Semua alternatif perawatan kedepan seperti masalah penggantian protesa lepasan atau protesa cekat, harus dipertimbangkan dari praktis dan sudut pandang kesehatan gigi.

5. Pengobatan korektif (*Corrective treatment*)

Ketika fase medis dan fase persiapan telah selesai, dimulai tahapan pengobatan korektif. Bahkan difase ini merupakan fase perencanaan perawatan, urutan dalam rencana perawatan sangat penting. Contoh semua karies harus dieliminasi dari gigi dan restorasi harus dipoles sebelum dimulainya perawatan ortodontik. Selama perawatan korektif

sedang diberikan kepada anak, dokter gigi mempunyai kesempatan untuk mengobservasi hasil dari instruksi *oral hygiene* dimana instruksi tersebut telah diberikan selama pertemuan dimulai. Setelah selesai perawatan, nasehat seorang dokter gigi diberikan secara jelas pada pertemuan tersebut untuk kembali pada kunjungan selanjutnya. Interval kunjungan dapat bervariasi mulai dari tiga bulan (pada kasus karies aktif yang tidak biasa) sampai enam bulan (untuk rata-rata anak).

Untuk tercapainya keberhasilan perawatan gigi anak, maka seorang dokter gigi harus memahami konsep *Pedodontic Treatment Triangle*. *Pedodontic Treatment Triangle* adalah gambaran hubungan antara komponen dalam segitiga perawatan pedodontik sehingga setiap komponen saling berhubungan erat. Posisi anak berada di puncak segitiga dan posisi orangtua serta dokter gigi masing-masing berada pada kaki segitiga. Garis menunjukkan komunikasi berjalan dua arah antar masing-masing komponen yang merupakan hubungan timbal balik. Tiga komponen dalam *Pedodontic Treatment Triangle* adalah (Soeparmin, 2014) :

1. Anak, di mana teknik komunikasi menjadi suatu perbedaan umum antara pasien dewasa dan pasien anak. Teknik komunikasi antara anak dan dokter gigi merupakan hubungan satu untuk dua, yang berarti anak menjadi fokus perhatian dokter gigi serta orangtua. Hal ini digambarkan pada penempatan anak yang berada di puncak dan menjadi fokus dari perhatian dokter gigi dan orangtua
2. Dokter gigi, menempati sudut kiri bawah dari *Pedodontic Treatment Triangle*. Seorang dokter gigi harus dapat menciptakan komunikasi antar personal dengan pasien anak dan orangtuanya, dengan syarat :
 - a. *Positiveness* (sikap positif), dokter gigi diharapkan mampu menunjukkan sifat positif pada pesan yang disampaikan kepada pasien anak atau orangtuanya, seperti keluhan, usulan, pendapat dan pertanyaan.

- b. *Supportiveness* (sikap mendukung), ketika anak atau orangtua terlihat ragu-ragu dalam memutuskan sebuah pilihan tindakan kedokteran gigi, maka seorang dokter gigi diharapkan dapat memberikan dukungan agar keraguan tersebut berkurang atau menghilang.
 - c. *Equality* (keseimbangan antara pelaku komunikasi). Dokter gigi, pasien dan orangtua tidak boleh berada pada kedudukan yang sangat berbeda, misalnya dokter gigi yang menguasai semua keadaan dengan pasien yang tidak bedaya.
 - d. *Openess* (sikap dan keinginan untuk terbuka), dokter gigi perlu mengatakan kesulitan yang dihadapi saat menangani permasalahan pasien sehingga adanya keterbukaan komunikasi yang dapat membangun kepercayaan dari anak dan orangtua.
3. Orangtua, tingkah laku orangtua merupakan suatu hal yang penting antara hubungan interpersonal anak yang mempengaruhi respon tingkah laku anak terhadap perawatan gigi. Pada berbagai motif dan situasi, orangtua yang mengambil sikap ekstrim yang berbeda-beda terhadap anaknya, antara lain :
- a. Terlalu melindungi (*Overprotection*), sikap yang terlalu melindungi ditunjukkan dengan orangtua yang terlalu mencampuri dan mendominasi anak.
 - b. Penolakan (*Rejection*), anak yang sedikit terabaikan oleh orangtuanya anak merasa rendah diri, merasa dilupakan, pesimis dan memiliki rasa percaya diri yang rendah. Pada perawatan gigi anak seperti ini bisa menjadi tidak kooperatif, menyulitkan dan cenderung untuk sulit diatur.
 - c. Terlalu cemas (*Overanxiety*), sikap yang terlalu perhatian secara berlebihan dan tidak semestinya pada anak. Biasanya hal ini diiringi dengan sikap terlalu memanjakan anak, terlalu melindungi dan terlalu ikut campur.
 - d. Terlalu mengidentifikasi (*Overidentification*), jika anak tidak mau mengikuti keinginannya, orangtua akan merasa dikecewakan.

Umumnya, tingkah laku anak tercermin dalam perasaan malu-malu, mengucilkan diri sendiri, pesimis dan tidak percaya diri.

Relasi antar tiga komponen *Pedodontic Treatment Triangle* dalam penanganan anak sangat berhubungan dengan interaksi ketiganya karena masing-masing komponen saling berinteraksi dan memiliki posisi tertentu. Anak menjadi fokus dari dokter gigi dan dibantu oleh orangtua. Perawatan gigi anak dipusatkan pada orientasi anak dan orangtua, sehingga dokter gigi akan bertindak untuk mengarahkan orangtua pada perawatan yang memang diindikasikan pada anaknya. Penerapan konsep *Pedodontic Treatment Triangle* sangat menentukan keberhasilan perawatan karena dalam konsep ini akan tercipta komunikasi efektif antar komponennya dalam mencapai tujuan dari perawatan gigi anak.

Komunikasi antar komponen *Pedodontic Treatment Triangle* dikatakan efektif apabila dapat menghasilkan pemahaman kepada anak dan orangtua terhadap kesehatan gigi

G. Mengukur Kecemasan Dental

Dalam pendidikan kedokteran gigi ilmu-ilmu perilaku telah menjadi komponen yang semakin penting. Salah satu unsur ini telah menerapkan metode psikologis untuk belajar dan mengukur perilaku dan sikap yang relevan dengan perawatan gigi, khususnya, kecemasan dental dan perilaku selama perawatan gigi. Ini memiliki cakupan berbagai pendekatan metodologis dan teknik, termasuk kuesioner dan langkah-langkah perilaku. Contoh langkah-langkah tersebut termasuk gambar anak-anak, pengamatan perilaku, skala analog visual, peringkat oleh dokter gigi dan kuesioner laporan diri. Metode yang paling umum untuk mengukur kecemasan gigi adalah dengan menggunakan kuesioner dan skala penilaian. Hal ini penting untuk memastikan langkah-langkah yang digunakan adalah handal, sah dan berlaku untuk populasi yang mereka ditujukan. Skala kecemasan yang umumnya digunakan adalah (Girdler et al., 2009) :

1. Dewasa
 - a. *Modified Corah Dental Anxiety Scale.*
 - b. *Visual analogue scale.*
 - c. *Short Dental Anxiety Scale*
2. Anak-anak
 - a. *Children's Fear Survey Schedule Dental Subscale.*
 - b. *Smiley Faces Scale (also known as Wong or Venham faces).*

H. Children's Fear Survey Schedule (CFSS-DS)

Children's Fear Survey Schedule merupakan salah satu kuesioner untuk menilai kecemasan dental. Saat ini, CFSS-DS telah diterjemahkan dan diadaptasi ke dalam beberapa bahasa dan negara. Koefisien Cronhbach untuk reliabilitas internal untuk instrumen ini adalah sekitar $\alpha = 0,85 - 0,92$. Tingginya tingkat reliabilitas dan tingginya penggunaan instrumen ini di seluruh dunia, CFSS-DS harus memiliki aplikasi sederhana dan cepat untuk mengevaluasi kecemasan dental (Suzy et al., 2015).

Children's Fear Survey Schedule adalah skala psikometrik yang dikembangkan pada tahun 1982 untuk menilai rasa cemas atau takut anak terhadap perawatan gigi. Telah terbukti memiliki reliabilitas validitas yang baik dan telah banyak digunakan di beberapa negara. CFSS-DS telah terbukti lebih baik dalam beberapa situasi dibandingkan skala lainnya seperti *Venham Picture Test and Dental Anxiety Scale*. CFSS-DS berisikan 15 pertanyaan yang berhubungan dengan perawatan gigi dengan menggunakan pilihan skala Likert dari 1-5 (1-tidak takut, 5-sangat takut), seperti berikut daftar pertanyaannya, apakah anak merasa takut pada dokter gigi, pada dokter, disuntik, bila seseorang memeriksa mulutnya, bila diminta membuka mulut, bila ada orang yang tidak dikenal menyentuhkannya, bila diperhatikan oleh orang lain, bila giginya dibor oleh dokter gigi, bila membayangkan giginya dibor dokter gigi, pada suara bor dokter gigi, bila seseorang memasukkan alat-alat dokter gigi ke dalam mulutnya, tersedak oleh alat-alat dokter gigi, bila harus pergi ke rumah sakit, melihat orang berpakaian putih, bila perawat gigi membersihkan gigi dan mulutnya (Suzy et al., 2015). Skor 1 menunjukkan bahwa tidak cemas, skor 2 sedikit

BAB III

PERKEMBANGAN KOGNITIF ANAK



Kemampuan kognitif anak berubah secara radikal dari lahir sampai dewasa, dan proses ini dibagi menjadi beberapa tahap untuk kemudahan penjelasan. Seorang psikolog Swiss yang disebut Piaget merumuskan ‘*stage views*’ perkembangan kognitif atas dasar pengamatan rinci dari anak-anaknya sendiri, dan menyarankan bahwa anak-anak melewati empat tahap yang luas dari perkembangan kognitif (Welbury et al., 2005).

Menurut *National Assosiation Education for Young Children* (NAEYC), Anak Usia Dini adalah sekelompok individu yang berada pada rentang usia antara 0 sampai dengan 8 tahun. Anak usia dini adalah *a unique person* (individu yang unik) di mana ia memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan dalam aspek fisik, kognitif, *sosio-emosional*, kreativitas, bahasa dan komunikasi yang khusus sesuai dengan tahapan yang sedang dilalui oleh anak tersebut.

Pendidikan Anak Usia Dini adalah suatu upaya pembinaan yang ditujukan kepada anak sejak lahir sampai dengan usia enam tahun yang dilakukan melalui pemberian rangsangan pendidikan untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan jasmani dan rohani agar anak memiliki kesiapan dalam memasuki pendidikan lebih lanjut.

Sesuai dengan teori perkembangan usia anak tersebut maka pembagian kelompoknya sebagai berikut:

1. Kelompok 6-8 tahun (kelas 1 sampai dengan kelas 2 SD) menggunakan metode ceramah dimodifikasi dengan bercerita/ dongeng, bermain, dan bernyanyi, contohnya sebagai berikut;
 - a. Berceramah ringan dengan dibantu *flip chart/ slide/ poster* mengenai bentuk gigi, fungsi gigi susu dan gigi tetap, waktu yang tepat untuk menyikat gigi, serta dibantu alat peraga lain seperti model gigi dan sikat gigi untuk melatih menyikat gigi yang benar
 - b. Bercerita/ berdongeng dapat menggunakan tokoh fantasi anak-anak yang dijabarkan sebagai tokoh yang bergigi kuat dan sehat.

Perbuatan yang dilakukan oleh tokoh dalam dongeng dimaksudkan untuk mengajar anak cara bertingkah laku yang baik terhadap kesehatan gigi dan mulut. Tujuan bercerita yaitu memberikan informasi dan gagasan serta mendorong anak untuk melihat perilaku dan norma mereka. Cara untuk mengetahui apakah cerita atau dongeng tersebut bermakna bagi anak, perlu ditanyakan mengenai hal yang berkaitan dengan si tokoh. Sebagai contoh, mengapa gigi tokoh X sehat dan kuat, apakah anak ingin seperti tokoh X, dan sebagainya.
 - c. Bermain menggunakan alat permainan atau pun gambar mengenai makanan yang sehat dan tidak sehat untuk gigi
 - d. Bernyanyi lagu jenaka dengan mengganti lirik yang mudah diingat dengan tujuan untuk memberi gagasan kesehatan gigi kepada anak. Apabila lagunya menarik, anak akan mudah mengingat nyanyian dan informasi yang dikandungnya, misalnya lagu “Bangun Tidur” atau lagu “Aku Gigi” akan lebih menarik lagi bila nyanyian tersebut diiringi dengan alat musik
2. Kelompok 8 sampai dengan 10 tahun (kelas 3 dan 4 SD) menggunakan metode ceramah dimodifikasi dengan peragaan. Contohnya sebagai berikut:
 - a. Berceramah mengenai bagian mulut dan gigi, fungsi dan jenis gigi, plak, proses gigi berlubang, cara menyikat gigi dibantu dengan alat peraga model gigi dan sikat gigi

- b. Memperagakan merupakan cara yang menyenangkan untuk saling bertukar pengetahuan dan keterampilan. Peragaan membantu dan memberi kesempatan kepada anak untuk mempelajari dan melaksanakan keterampilan baru.

Sebagai contoh peragaan cara menyikat gigi yang kemudian dilaksanakan bersama-sama atau penggunaan *disclosing solution*.

3. Kelompok 10 s.d 12 tahun (kelas 5 s.d 6 SD) menggunakan metode ceramah dimodifikasi dengan diskusi kelompok. Contohnya sebagai berikut:
 - a. Berceramah mengenai fluor, plak penyebab gigi berlubang, proses penularan gigi berlubang, gusi sehat, proses terjadinya penyakit gusi, perawatan gigi berlubang, penyakit gusi, dibantu dengan poster dan alat peraga lainnya
 - b. Diskusi kelompok yaitu memecahkan permasalahan secara bersama dari topik dan pertanyaan yang diberikan oleh penceramah. Formasi duduk diatur supaya dapat saling memandang, agar semua anggota berpartisipasi.

Dalam mengembangkan alat bantu lihat atau strategi interaktif lain saat presentasi, perlu diperhatikan hal berikut ini:

1. Yakinkan bahwa semua orang dapat melihat demonstrasi, poster atau alat bantu lain
2. Bila menggunakan alat peraga yang diperlihatkan ke semua orang, pastikan semuanya mendapat giliran
3. Jangan mendemonstrasikan cara menyikat gigi atau hal lain hanya secara lisan.
4. Yakinkan sasaran untuk memulai latihan bersama.

A. Menetapkan Waktu dan Tempat

Pada tahapan ini perlu dipilih metode dan alat bantu ajar yang sesuai dengan sasaran sehingga pendidikan kesehatan gigi ini dapat menghasilkan perubahan perilaku dari sasaran. Contoh metode, alat bantu ajar, dan media yang diberikan pada sasaran kelompok sekolah adalah sebagai berikut: Pada murid usia anak tingkat Sekolah Dasar apabila dibagi ke

masing-masing kelompok umur maka dapat dibedakan metode, alat bantu dan media pendidikan kesehatan giginya sesuai dengan kemampuan berpikirnya. Dalam hal ini metode ceramah masih merupakan pilihan yang cocok berikut modifikasi sesuai kelompok umur. Metode ceramah merupakan metode yang paling umum untuk berbagi pengetahuan dan fakta kesehatan. Metode ceramah akan berhasil bila penceramah menguasai materi dan melengkapi uraian materi dalam bentuk alat bantu peraga seperti *slide*, *flip chart*, booklet, leaflet, flashcard dan sebagainya. Waktu yang ditetapkan dalam perencanaan sangat bergantung dengan jenis perencanaan yang dibuat serta kegiatan yang ditetapkan dalam rangka mencapai tujuan. Sebagai *contoh*, waktu pemberian pendidikan kesehatan gigi pada pasien anak murid tingkat sekolah dasar harus disesuaikan dengan agenda sekolah sehingga perlu diperhatikan masa evaluasi hasil belajar, libur sekolah dan lain-lain. Oleh karena itu, perlu koordinasi yang baik dengan pihak sekolah yang bersangkutan

B. Bahan Dan Alat Permainan Sesuai Dengan Perkembangan Anak

1. Bahan Dan Peralatan Bermain Bagi Pengembangan Motorik Anak
Sebaiknya sekolah memiliki tempat atau ruang khusus untuk aktivitas motorik untuk melatih gerakan otot kasarnya (seluncuran, besi-besi panjang, ayunan, arena sepeda, dll). Peralatan bermain yang beroda sebaiknya dapat digunakan oleh anak untuk mengembangkan aspek sosialnya. Anak bisa bermain bersama, bergantian, sehingga interaksi sosial dapat terjalin di antara mereka.
2. Bahan Dan Peralatan Bermain Bagi Perkembangan Kognitif Anak
Kemampuan kognitif yang dapat dikembangkan melalui kegiatan bermain, kemampuan mengenal, mengingat, berpikir, dan memberi penilaian. Kegiatan bermain dilakukan dengan cara mengamati dan mendengar. Bahan atau peralatan yang dibutuhkan hendaknya membantu dalam perkembangan anak dalam mengamati dan

mendengarkan. Contohnya: papan pasak kecil, menara gelang, balok ukur, dll

3. Bahan Dan Peralatan Bermain Bagi Pengembangan Kreativitas
Bermain dapat meningkatkan kreativitas, peserta didik mampu membuat apa saja yang mengasyikan dirinya, yang tidak terbelenggu oleh berbagai tabu, gengsi, dan aturan seperti permainan orang dewasa. Kreatifitas harus terus distimulus/ dirangsang agar dapat berkembang dengan baik, permainan yang dilakukan bersama di sekolah sebaiknya permainan yang menantang kreatifitas anak secara maksimal.
4. Bahan dan peralatan bermain bagi pengembangan bahasa anak usia dini Kemampuan berbahasa yang dapat dikembangkan melalui kegiatan bermain bertujuan untuk:
 - a. Menguasai Bahasa Reseptif (Mendengar Dan Memahami Apa Yang Didengar)
 - 1) Memahami perintah
 - 2) Menjawab pertanyaan
 - 3) Mengikuti urutan peristiwa
 - b. Menguasai bahasa ekspresif yang meliputi:
 - 1) Menguasai kata-kata baru
 - 2) Menggunakan pola bicara orang dewasa
 - c. Berkomunikasi secara verbal dengan orang lain: berbicara sendiri atau berbicara pada orang lain
 - d. Keasyikan menggunakan bahasa
 - e. Bahan dan peralatan bermain bagi pengembangan emosi anak usia dini

Kostelnik dalam Montolalu (2008:105) mengemukakan tentang karakteristik bermain pada anak sebagai berikut; "Play is fun, not serious, meaningful, active, voluntary, intrinsically motivated, rule governed". Selanjutnya Bergen (1988) mengemukakan terdapat empat kategori bermain, yaitu:

1. Bermain bebas (free play). Dalam bermain bebas, anak memilih apapun yang dimainkannya, bagaimana bermain, dan di mana mereka bermain. Bermain seperti ini menuntut para pendidik untuk menyediakan lingkungan yang aman, menyediakan berbagai peralatan dan bahan yang mendukung
2. Bermain terbimbing (guided play). Bermain terbimbing memiliki aturan, lebih sedikit pilihan, dan adanya pengawasan dari orang dewasa.
3. Bermain yang diarahkan (directed play). Dalam bermain ini kegiatan bermain ditentukan oleh orang dewasa
4. Work disguised play
Bermain ini menggambarkan kegiatan diorientasikan pada tugas tertentu, dan orang dewasa sebagai pendamping selama waktu tersebut berusaha mentransformasikannya ke dalam kegiatan bermain terbimbing atau yang diarahkan.

Dalam pengimplentasian para pendidik dapat mengintegrasikan pendekatan belajar melalui bermain tersebut dalam metode-metode pembelajaran lain yang digunakan misalnya bercakap-cakap, bercerita, karyawisata, sosiodrama atau bermain peran, proyek, eksperimen, tanya jawab, demonstrasi, dan pemberian tugas.

C. Implementasi Kegiatan Pembelajaran Melalui Permainan

1. Peran Guru Dalam Kegiatan Bermain
Bermain merupakan upaya bagi anak untuk mengungkapkan hasil pemikiran dan perasaan serta cara anak menjelajah lingkungannya. Bermain juga membantu anak untuk menjalin hubungan sosial antar anak sebaya maupun yang lebih tua usianya. Ketika anak mulai masuk ke suatu lembaga pendidikan prasekolah (TK/RA), anak-anak harus mulai bisa menempatkan diri pada posisi yang tepat, karena dalam beberapa hal kegiatan bermain di sekolah berbeda dengan kegiatan bermain di rumah.

Perbedaan tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Kegiatan Bermain di Sekolah	Kegiatan Bermain di Rumah
Memiliki kesempatan bermain dalam kelompok yang lebih besar	Kesempatan bermain dengan kelompok yang lebih kecil
Alat permainan lebih banyak dan beragam, misalnya jumlah balok lebih banyak, dll	Alat permainan terbatas dan jumlahnya tidak banyak
Jenis/macam permainan lebih beragam	Jenis/macam permainan lebih sedikit
Anak harus belajar belajar berbagi dengan teman-temannya	Anak dapat menguasai permainannya sendiri tanpa harus berbagi dengan teman
Waktu untuk bermain terbatas karena waktu anak berada di sekolah hanya beberapa jam	Waktu untuk bermain lebih bebas dan fleksibel sesuai dengan keinginan anak
Setiap permainan memiliki kesepakatan/ aturan bersama yang harus dipatuhi anak-anak	Aturan permainan bebas ditentukan oleh anak sendiri

D. Cara Pemeriksaan Gigi dan Mulut Pasien Anak Usia 1 s.d 2 tahun

1. Posisikan anak pada pangkuan orang tua dan wajah menghadap orang tuanya
2. Posisikan kursi pemeriksa di hadapan orang tua sehingga lutut pemeriksa bertemu dengan lutut orang tua
3. Turunkan punggung anak ke pangkuan pemeriksa dengan tetap menjaga kontak dengan orang tua
4. Periksa gusi dan seluruh permukaan gigi geligi
5. Rujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan gigi jika ditemukan kelainan gigi dan mulut pada anak

Tenaga kesehatan didorong untuk memberikan tindakan berikut;

1. Memberikan konseling dan bimbingan untuk orang tua dan pengasuh tentang kesehatan mulut anak pada saat kunjungan rutin
2. Menilai risiko untuk penyakit gigi dan mulut pada anak-anak mulai dari usia enam bulan dengan mengidentifikasi risiko sebagai berikut;
 - a. Pemberian fluor yang tidak sesuai dengan kebutuhan
 - b. Riwayat gigi berlubang masa lalu atau saat ini pada saudara, orang tua dan anggota keluarga lainnya
 - c. Kurangnya upaya kebersihan mulut pada anak yang dilakukan oleh orang tua
 - d. Konsumsi makanan manis dengan frekuensi yang berlebihan di antara dua waktu makan atau pemberian minum yang mengandung apa pun selain air putih dengan botol sebelum anak tidur
 - e. Pemberian obat-obatan yang mengandung gula
 - f. Plak yang banyak pada gigi-gigi anterior rahang atas atau tanda-tanda dekalsifikasi (*white spot*)
 - g. Anak dengan kebutuhan khusus (autis, *mental retarded*, *down syndrome*, tuna netra dll)
 - h. Kebiasaan anak membiarkan makanan terlalu lama di dalam mulut (diemut)
 - i. Melihat dan menindaklanjuti anak-anak dengan resiko sedang dan tinggi sesegera mungkin
 - j. Memfasilitasi rujukan yang sesuai untuk manajemen penyakit gigi pada anak jika terdapat peningkatan faktor risiko atau jika ditemukan karies dan atau lesi *white spot*
 - k. Memberikan contoh kepada orang tua atau pengasuh untuk meningkatkan kesehatan gigi anak-anak dan diri mereka sendiri
 - l. Memiliki data daftar rujukan ke sarana pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang dapat memberikan layanan kepada anak-anak dengan kebutuhan perawatan kesehatan khusus

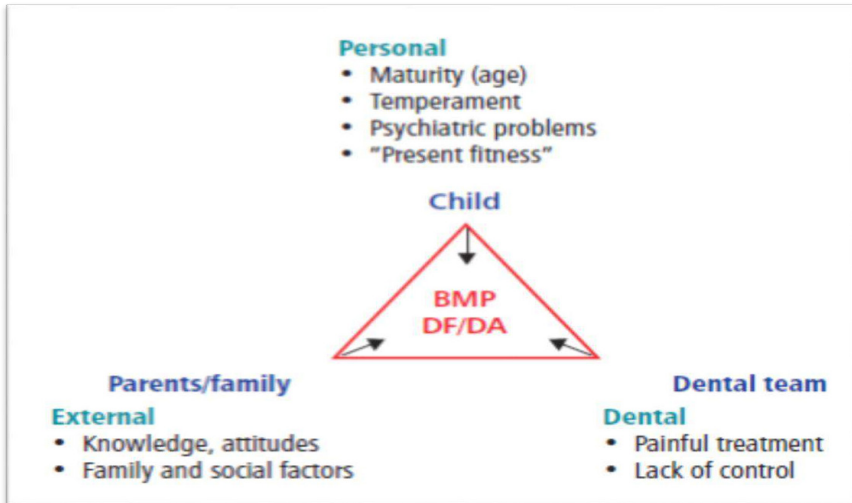
E. Hasil- Kesepakatan-Workshop on “Effective Use of Fluoride in Asia” di Thailand-•

1. Lama menyikat gigi **minimal dua menit** menggunakan teknik yang memungkinkan pasta gigi menyebar merata di seluruh gigi
2. Waktu menyikat gigi, idealnya **setelah sarapan dan sebelum tidur**
3. Orang tua pengasuh mulai melakukan **pengawasan cara menyikat gigi sejak gigi pertama erupsi**
4. Orang tua/ pengasuh mendampingi atau **mengawasi anak menyikat gigi sampai usia 8 tahun**
5. Jumlah pasta gigi mengandung fluor yang digunakan anak usia 6 bulan s.d 2 tahun
6. Lapisan tipis pada bulu sikat gigi khusus anak setengah biji kacang polong (0,05 s.d 0,1 gram) atau sesuai tanda (berwarna biru) pada sikat gigi
7. Anak usia 2 sampai dengan 6 tahun seukuran biji kacang polong atau selebar sikat gigi khusus anak (0,25 gram) di atas 6 tahun
8. Seukuran biji kacang polong atau selebar sikat gigi khusus anak (0,25 gram)
9. Setelah menyikat gigi, ludahkan pasta gigi dan berkumur **perlahan satu kali saja dengan air**
10. Konsentrasi fluoride 1000 sampai dengan 1500 ppm (minimal 800 ppm ion *fluoride bioavailable*)
11. Konsentrasi fluoride tersebut lebih tinggi untuk pasta gigi orang tua
12. Rasa pasta gigi anak harus menarik bagi anak, namun tidak terlalu enak untuk ditelan

F. Faktor-Faktor Kecemasan Anak terhadap Perawatan Gigi

Kecemasan merupakan hal yang sering terjadi pada anak-anak dan salah satunya dipengaruhi oleh faktor usia anak. Kecemasan dental dapat didefinisikan sebagai rasa takut dengan perawatan gigi yang tidak selalu berhubungan dengan rangsangan dari luar (Chadwick dan Hosey, 2003).

Anak-anak yang berasal dari keluarga dengan tingkat ekonomi rendah atau berasal dari keluarga dengan lingkungan sosial yang kurang baik, umumnya akan lebih mudah mengalami kecemasan.



Contohnya anak yang berasal dari keluarga kelompok imigran. Penelitian terbaru di Swedia melaporkan bahwa di antara pasien yang dirujuk ke klinik gigi anak, terdapat anak yang mengalami kesulitan dalam penerimaan perawatan (tidak kooperatif) berasal dari keluarga dengan tingkat ekonomi rendah, lingkungan sosial yang buruk, dan keluarga dengan perceraian orang tua (Koch dan pulsen, 2009). Kemampuan anak dalam menjalani prosedur perawatan gigi tergantung pada tingkatan tumbuh kembang anak tersebut. Balita menunjukkan kecemasannya dengan menangis, sementara anak-anak yang usianya lebih tua menunjukkan kecemasan dengan cara lain. Kecemasan yang umum terjadi pada anak-anak yaitu rasa tidak mengenal dan rasa khawatir terhadap pemeriksaan dan perawatan gigi. Anak-anak dapat dikategorikan sebagai kooperatif, potensial kooperatif, atau tidak memiliki kemampuan untuk bersikap kooperatif (*pre kooperatif*). Anak-anak *pre kooperatif* biasanya berusia muda dan anak dengan disabilitas spesifik tertentu yang merupakan anak dengan tingkat kerjasama rendah (Gupta dkk., 2014).



Gambar 2. 1 Penyebab kecemasan pada anak (Koch dan Pulsen, 2009)

Faktor-faktor kecemasan anak terhadap perawatan gigi dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Kecemasan Orang Tua

Kecemasan pada anak akan semakin menjadi buruk diakibatkan sikap dari orang sekitarnya (umumnya orang tua, saudara, dan teman sebaya) terhadap bidang kedokteran gigi. Orang tua yang tidak dapat mengendalikan rasa cemas tanpa disadari dapat diteruskan ke anak mereka atau menyebabkan kondisi semakin buruk ketika sebenarnya orang tua berusaha untuk membantu. Bailey dkk (1973) melaporkan bahwa terdapat hubungan antara kecemasan ibu dan manajemen perawatan pada anak di seluruh kategori usia khususnya usia ≤ 4 tahun (Gupta dkk., 2014). Beberapa dampak negatif yang dapat ditimbulkan oleh kehadiran orang tua adalah membingungkan komunikasi, mempengaruhi sikap anak, membicarakan aspek negatif

perawatan gigi saat anak mendengarkan dan mengancam anak dengan perawatan gigi (Chadwick dan Hosey, 2003).

Salah satu cara yang dapat digunakan menurunkan rasa takut orang tua dan dapat membantu para orang tua untuk persiapan kunjungan ke dokter gigi adalah dengan mengirimkan orang tua surat pendahuluan yang menjelaskan mengenai hal yang diperlukan untuk kunjungan pertama kali ke dokter gigi. Surat ini sangat berguna khususnya sebagai masukan kepada orang tua mengenai bagaimana cara menyiapkan anak untuk kunjungan pertama kali ke dokter gigi (Gupta dkk., 2014).

Cara lain yang dapat digunakan adalah:

- a. Menjadikan Orang Tua Sebagai Bagian Dari Tim Gigi
Staf perawatan gigi menjelaskan peraturan tentang kehadiran orang tua saat perawatan gigi anak, sesuai dengan usia anak (Chadwick dan Hosey, 2003)
- b. Persiapan Psikologis
Dokter gigi / tim kesehatan gigi perlu mengajarkan orangtua bagaimana menyiapkan kunjungan berikutnya agar orangtua mengetahui apa yang akan terjadi pada saat kunjungan berikutnya dan dapat menanyakan pertanyaan sebelumnya

Persiapan dari orangtua, dengan: penggunaan kata-kata yang tidak mengancam seperti “geli”, untuk kata “sakit”, memberanikan orangtua untuk membantu kesiapan anak untuk kunjungan berikutnya dengan “permainan dokter gigi” terutama ketika perlu dilakukan pencetakan, menyarankan orangtua untuk menyembunyikan kecemasan mereka, atau anak ditemani dengan orang dewasa yang tidak takut, penggunaan pesan positif dan menghindari kalimat jaminan yang dapat meningkatkan kecemasan (Chadwick dan Hosey, 2003).
- c. Tips Praktis
 - 1) Mengetahui siapa orang dewasa yang menemani si anak.

BAB IV



MANAJEMEN PERILAKU MENGATASI KECEMASAN ANAK

Berikut ini adalah beberapa teknik manajemen perilaku yang umum digunakan. Pemilihan tehknik manajemen prilaku tergantung pada individu pasien. Terdapat beberapa cara efektif yang boleh dilakukan oleh seorang dokter gigi untuk memastikan anak bersikap kooperatif dan menghilangkan rasa takut dalam diri mereka antaranya adalah seperti pada kunjungan pertama, sebaiknya hanya untuk memperkenalkan pada anak bagaimana rasanya memeriksakan gigi dan memperlihatkan bahwa ini adalah pengalaman yang menyenangkan. Namun terdapat juga cara yang lebih profuktif seperti teknik komunikasi, modeling, disentasi, teknik *home reinforcement*, sedasi, hipnosis dan teknik *TELL-SHOW-DO* atau disingkat sebagai teknik TSD.

Beberapa tehnik manajemen perilaku juga dapat dikombinasikan sesuai dengan kebutuhan pasien. Salah satu aspek penting dari ilmu kesehatan gigi anak atau *Pediatric Dentistry* adalah tehnik penanganan tingkah laku *Behavior Management*. Tanpa adanya kerja sama yang baik antara dokter gigi dan perawat gigi maka akan sulit untuk melakukan suatu perawatan. Anak-anak tidak hanya berbeda dalam postur tubuh, tapi juga berbeda latar belakang sosial, emosi dan kepribadiannya. Oleh karena itu maka penanganan yang dilakukan terhadap anak-anak dan orang dewasa berbeda. Ada beberapa jenis tingkah laku anak yaitu Kooperatif

(*Cooperative*), Kurang koperatif (*Inability to Cooperative*), Tingkah laku yang tidak terkontrol (*hysterical or Uncontrolled Behavior*), Anak yang keras kepala (*Obstinate Behavior*), Anak yang Pemalu (*Timid Behavior*), Tingkah laku yang tegang (*Tense Cooperative*), Anak yang Cengeng (*Whining Patient*). Ada pun tehnik-tehnik dalam menangani tingkah laku anak yaitu komunikasi dengan pasien, penanganan farmakologis dan penanganan non farmakologis. Yang termasuk penanganan non farmakologis adalah pembentukan tingkah laku TSD atau ceritakan (*Tell*), tunjukkan (*Show*), kerjakan (*Do*), pengontrolan suara, Reinforcement, HOME (*Hand Over Mouth Excercises*), Modelling, Desensitisasi, dan *Appointment Physical Restraint*. Berdasarkan uraian tersebut bahwasanya hanya beberapa teknik yang akan dibahas dalam menangani tingkah laku anak secara umum

A. Tell – Show – Do (TSD)

Teknik ini secara luas digunakan untuk membiasakan pasien dengan prosedur baru, sambil meminimalkan rasa takut. Operator menjelaskan kepada pasien apa yang akan dilakukan (memperhitungkan usia pasien menggunakan bahasa yang mudah dipahami), memberikan demonstrasi prosedur misalnya gerakan *handpiece* yang lambat pada jari) kemudian lakukan tindakan yang sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan. *Tell-show-do* dapat mengurangi kecemasan pada pasien anak yang baru pertama ke klinik gigi (Gupta, 2014).



Tampak dalam gambar :

Dokter gigi sedang menjelaskan(*tell*) kepada pasien anak

Teknik Tell-Show-Do telah diperkenalkan dan dikembangkan oleh *Addelston* pada tahun 1959 dan cara ini cukup sederhana dan efektif. Teknik ini menggunakan beberapa konsep teori belajar dan dapat disebut sebagai pembentukan perilaku. *Metode Tell-Show-Do* merupakan salah satu teknik populer yang menggunakan pendekatan informasi dan penjelasan.

Mengantisipasi emosi anak akan memungkinkan dokter/ tim gigi untuk menjelaskan prosedur yang harus dilakukan dan memberi sensasi kepada si anak tentang apa yang harus diharapkan. Secara garis besar, prosedur TSD adalah seperti berikut: Dokter gigi akan menjelaskan (*Tell*) tentang apa yang akan dilakukan dalam bahasa yang mudah difahami kepada anak pasien tersebut.

Hal ini dilakukan secara perlahan-lahan dan dengan pengulangan yang tepat agar anak pasien menyadari prosedur yang akan dilakukan. Penjelasan tidak perlu panjang lebar, karena hal ini akan cenderung membingungkan anak dan mungkin membangkitkan kecemasan. Oleh itu, penjelasan harus sederhana dan sambil lalu.

Langkah kedua adalah, dokter/tim gigi akan menunjukkan (*Show*) demonstrasi secara singkat dan benar, sehingga perawatan yang sesungguhnya dapat dilakukan tanpa tunda lagi. Dokter gigi menunjukkan anak bagaimana ia akan melakukan prosedur dengan menunjukkan pada dirinya sendiri atau pada objek yang tidak bernyawa untuk memastikan bahwa anak mendapat pemahaman yang lengkap.

Langkah terakhir adalah tanpa menyimpang dari penjelasan atau demonstrasi, praktisi secara langsung untuk melakukan operasi yang telah ditinjau. Ketika menunjukkan kepada anak, dokter gigi harus sepenuhnya menyadari perannya sebagai transmitter. Setelah melalui prosedur TSD dengan baik, sebaiknya anak diberi penghargaan dan dilakukan penguatan terhadap perilaku yang sesuai.

B. Contoh Penggunaan Teknik *Tell-Show-Do* Kepada Pasien Anak

Misalnya, teknik tell-show-do boleh digunakan pada pasien anak ketika perawatan menggunakan analgesia local. Namun, untuk prosedur ini, dokter gigi tidak disarankan untuk memberikan penjelasan yang detail tentang penggunaan jarum suntik karena kebanyakan anak pasien akan berasa cemas ketika melihat jarum tersebut. Kebanyakan dokter gigi menganggap bahwa jarum tidak perlu diperlihatkan juga.

Oleh sebab itu, anak diberi tahu bahwa gigi-giginya “akan dibuat tidur”, gulungan kapas digunakan untuk menunjukkan posisi suntikan anestesi dan setelah itu diinjeksi tanpa demonstrasi lebih lanjut. Sepanjang prosedur ini, dokter gigi berusaha membuat anak berasa relaks dan nyaman, serta member pujian atas tingkah laku anak yang tepat dan kooperatif.

Namun pada satu-satunya penelitian yang mengevaluasi pendekatan ini (Hewitt) dapat menggunakan sistem tiga-cabang kenyamanan dan manajemen perilaku dengan terlebih dahulu internalisasi sesuai dengan usia frase yang sesuai dengan usia pasien.

Kemudian menunjukkan, dalam hal anak-anak, apa yang terjadi dengan gigi anak menggunakan gambar, buku, model dan alat bantu lainnya sehingga mereka memiliki beberapa pemahaman tentang apa yang akan dilakukan terhadap gigi geliginya.

Kunci keberhasilan dokter / tim gigi dalam menanggulangi pasien anak adalah pada kemampuannya untuk berkomunikasi dengan mereka dan menanamkan kepercayaan pada diri anak tersebut. Komunikasi dengan anak akan bertambah baik apabila dokter gigi mengetahui tingkat perkembangan diri psikologi anak.

Metode TSD dapat digunakan pada anak muda yang tidak memiliki preconditioning gigi pada kunjungan pertama. Teknik ini juga dapat digunakan untuk anak yang takut akibat dari

pengalaman yang menyakitkan sebelumnya dalam klinik gigi lain, serta untuk anak yang merasa cemas dan takut akibat dari informasi yang diterima dari orang tua atau teman sebaya. Metode ini memungkinkan anak untuk belajar asosiasi respon stimulus. Hal ini memungkinkan dokter gigi untuk menyelesaikan prosedurnya dengan benar

C. Behavior Shaping

Pembentukan perilaku (*Behavior shaping*) merupakan teknik nonfarmakologi. Teknik ini merupakan bentuk modifikasi perilaku yang didasarkan pada prinsip-prinsip pembelajaran sosial. Prosedur ini secara bertahap akan mengembangkan perilaku dan memperkuat perilaku sosial. *Behavior shaping* terjadi saat dokter gigi atau perawat gigi mengajarkan anak bagaimana cara berperilaku. Anak-anak diajarkan melalui prosedur ini secara bertahap. Berikut ini adalah *outline* untuk *behavior shaping model*:

1. Pada tahap pertama, jelaskan sejak awal tujuan atau tugas anak
2. Jelaskan pentingnya prosedur yang akan dilakukan. Seorang anak akan mengerti alasan dan dapat bekerja sama
3. Jelaskan prosedur dengan sederhana. Seorang anak sulit memahami prosedur dengan satu penjelasan, sehingga harus dijelaskan secara perlahan dan bertahap
4. Perhatikan tingkat pemahaman anak. Gunakan ungkapan yang lebih halus dan sederhana.
5. Gunakan perkiraan dalam keberhasilan. Sejak tahun 1959, teknik *Tell- Show-Do* merupakan acuan dalam panduan berperilaku.
6. Memperkuat/membentuk perilaku yang tepat. Spesifik mungkin, karena memperkuat perilaku dengan spesifik lebih efektif daripada pendekatan umum.

Saran ini didukung oleh penelitian klinis Weinstein dan rekan-rekannya, yang meneliti respon dokter gigi terhadap perilaku anak-anak dan menemukan bahwa penguatan perilaku secara langsung

dan spesifik paling konsisten diikuti oleh penurunan perilaku terkait rasa takut pada anak-anak.

7. Mengabaikan perilaku yang tidak pantas. Perilaku buruk yang diabaikan cenderung akan hilang sendiri ketika dilakukan pembentukan perilaku (Dean dkk., 2011)

Pembentukan perilaku dianggap sebagai model pembelajaran. Aturan umum mengenai model pembelajaran bahwa model pembelajaran yang paling efektif adalah yang paling mendekati teori model pembelajaran. Penyimpangan dari model pembelajaran akan mengurangi efisiensi dalam proses pembelajaran. Salah satu cara untuk meningkatkan konsistensi di bidang ini adalah dengan merekam berbagai sesi klinis dengan pasien anak, menggunakan alat perekam atau sistem rekaman video dan kemudian meninjau rekaman dengan mengingat dasar-dasar model pembelajaran pembentukan perilaku.

Meskipun *tell-show-do* (ceritakan-perlihatkan-lakukan) mirip dengan pembentukan perilaku (*behavior shaping*), keduanya berbeda.

Selain memerlukan penguatan perilaku kooperatif, pembentukan perilaku memerlukan penelusuran/pengulangan kembali langkah-langkah yang dilakukan bila terjadi perilaku yang tidak diinginkan. Misalnya, jika anak diperlihatkan instrumen dan berpaling, dokter gigi harus kembali ke langkah penjelasan prosedur. Pembentukan perilaku mengharuskan untuk selalu mengawasi “perilaku yang diinginkan.”

Jika dokter gigi melanjutkan langkah-langkah berikutnya dan mulai melakukan perawatan ketika perilaku yang diinginkan belum terbentuk, maka terjadi penyimpangan dari model pembelajaran dan kemungkinan terjadinya perilaku yang tidak diinginkan akan lebih tinggi (Dean dkk., 2011).

D. Disentisasi

Disentisasi adalah jenis manajemen perilaku yang diperkenalkan oleh Joseph Wolpe (1969) berdasarkan pemahaman bahwa relaksasi dan kecemasan tidak dapat ada pada individu di saat yang bersamaan. Dalam

praktiknya, untuk manajemen kecemasan dental, stimulus penghasil rasa takut dibangun, dimulai dengan stimulus dengan ancaman terendah. Namun, sebelum ini dilakukan, pasien diajarkan untuk rileks. Jika keadaan relaksasi sudah tercapai, stimulus yang menimbulkan rasa takut mulai diperkenalkan diawali dengan stimulus yang tidak menimbulkan kecemasan kemudian dapat dilanjutkan dengan stimulus yang mulai menimbulkan rasa takut. Desentisasi membantu seseorang untuk menangani ketakutan atau phobia yang spesifik melalui kontak yang berulang. Stimulus penghasil rasa takut diciptakan dan diterapkan pada pasien secara berurutan, dimulai dengan yang paling sedikit menimbulkan rasa takut. Teknik ini berguna untuk menangani ketakutan yang spesifik, contohnya anastesi gigi pada anak (Gupta dkk., 2014).

E. Sedasi

Terdapat berbagai metode untuk sedasi pada pasien anak. Obat-obatan sedatif dapat diberikan melalui inhalasi, atau melalui oral, rektal, submukosa, intramuskular, atau intravena. Penggunaan obat kombinasi dan pilihan rute pemberian tertentu bertujuan untuk memaksimalkan efek, meningkatkan keamanan, serta memaksimalkan penerimaan pada pasien. Inhalasi campuran *nitrous oxide* sering disertai dengan pemberian agen sedasi lain dengan rute pemberian berbeda (Dean dkk., 2011).



Ada pun kriteria pemulangan pasca penggunaan sedasi, adalah:

1. Fungsi kardiovaskular yang stabil dan memuaskan.
2. Saluran nafas tidak terganggu dan memuaskan
3. Pasien dapat dibangunkan dengan mudah dan reflek protektif masih intak.
4. Status hidrasi pasien yang adekuat.
5. Pasien dapat berbicara, jika memungkinkan.
6. Pasien dapat berjalan, jika memungkinkan, dengan bantuan minimal
7. Jika anak masih sangat kecil atau mengalami cacat, tidak mampu memberi respon yang biasanya diharapkan, dapat dibandingkan dengan tingkat responsivitas pre-sedasi apakah sama atau mendekati tingkat tersebut
8. Terdapat individu yang dapat bertanggung jawab terhadap pasien (Dean dkk., 2011).

Pereseapan obat-obatan sedatif harus dalam pengawasan langsung dari tenaga kesehatan terlatih. Penggunaan obat sedatif diluar fasilitas kesehatan tidak lagi dibenarkan (contoh: pemberian oleh orang tua atau perawat di rumah) karena memiliki risiko yang berat, terutama bagi bayi dan anak balita (pedoman AAPD). Tujuan teknik sedasi yaitu menghasilkan pasien yang tenang untuk kualitas pengobatan terbaik, mencapai rencana pengobatan yang lebih kompleks atau lebih panjang dalam periode singkat dengan memperpanjang periode pertemuan dan mengurangi jumlah kunjungan ulangan.

Berkurangnya kecemasan dapat mengurangi jumlah analgesia yang dibutuhkan. Sedasi juga dapat memberikan suasana pengobatan yang nyaman dan lebih diterima bagi pasien dengan gangguan fisik maupun kognitif. Walaupun adanya gangguan kesehatan tertentu merupakan kontraindikasi sedasi, beberapa pasien mendapatkan manfaat dari penggunaan sedasi. Tentu saja hal ini dapat menimbulkan risiko untuk mengalami komplikasi, sehingga harus dipantau ketat oleh dokter yang biasa menangani mereka (Dean dkk., 2011).

F. Distraksi (Pengalihan Perhatian)

Beberapa jenis kegiatan dapat digunakan untuk mengalihkan perhatian anak, seperti memainkan film yang sesuai usia anak, bermain video game, dan lainnya bisa bermanfaat untuk mengalihkan perhatian anak. Namun, berbicara dengan anak selama perawatan adalah metode yang efektif untuk mengalihkan perhatian anak (Duggal dkk., 2013).



G. Modelling

Video klip dari anak-anak lain yang sedang menjalani perawatan gigi yang diputar di monitor TV dapat dijadikan sebagai model saat mereka menjalani prosedur perawatan gigi. Sebagian besar studi modeling menunjukkan bahwa ada baiknya memperkenalkan anak ke operator gigi dengan cara ini, namun tidak semua penelitian menunjukkan perilaku kooperatif yang secara statistik lebih baik pada anak-anak. Kurangnya replikasi mungkin disebabkan oleh perbedaan dalam desain eksperimental, tim dokter gigi, kaset video dan film. Ini menunjukkan perlunya rekaman video atau pemilihan film yang digunakan pada klinik gigi (Dean dkk., 2011; Koch dan Pulsen, 2009). Modifikasi perilaku dapat juga dilakukan pada pasien seperti saudara kandung, anak-anak lainnya, atau orangtua. Banyak dokter gigi mengizinkan anak untuk mengajak orang tuanya masuk ke ruang operator untuk melihat riwayat medis gigi. Karena anak yang sedang mengamati kemungkinan akan diperkenalkan perawatan gigi, dimulai dengan pemeriksaan gigi, kunjungan kembali orang tua dapat dijadikan kesempatan *modeling* yang baik. Pada kesempatan ini banyak anak yang langsung menaiki *dental chair* setelah kunjungan kembali. Pada saat anak menaiki *dental chair*, operator gigi harus berhati-hati. Pasien anak biasanya ditakutkan dengan suara yang keras seperti suara pada *high-speed handpiece* (Dean dkk., 2011).

H. HOME (*Hand Over Mouth Exercises*)

Merupakan tindakan untuk menudukan anak yang menentang, melawan, tidak mengikuti perintah dan menunjukkan tingkah laku yang tidak terkendali. Anak mempunyai kebiasaan menunjukkan sikap perlawanan yang demikian, karena orang tua selalu menuruti keinginan anaknya. Melalui HOME dokter gigi menunjukkan bahwa anak harus disiplin dan patuh. Pemilihan kasus HOME harus sesuai dengan indikasinya. Tindakan ini tidak dapat dilakukan pada semua anak kooperatif. Pemilihan kasus harus tepat. Sebelumnya harus dilakukan diagnosis tingkah laku anak dan mengetahui penyebab tidak kooperatif. Kesalahan menerapkan

HOME pada anak yang tidak tepat misalnya pada anak yang takut, akan mengakibatkan trauma psikis pada anak.

Tujuan teknik *hand over mouth exercises* adalah ;

1. Untuk mencegah respon menolak untuk perawatan gigi
2. Menakutkan seperti yang dibayangkan.
3. Mendapatkan perhatian anak agar mendengar apa yang dikatakan dokter dan menerima perawatan.

Cara pendekatan tekniknya yaitu;

1. Tangan dokter gigi menutup mulut anak
2. Untuk mengatasi anak yang berontak, dokter gigi dibantu untuk menahan gerakan tangan dan kakinya yang tidak terkendali
3. Operator berbicara pada anak secara pelan dan jelas bahwa tangan akan dilepas jika anak berhenti berteriak dan mau mengikuti perintah
4. Ketika anak menunjukkan respons positif diberi pujian, dan anak tetap membantah dan masih menunjukan sikap negatif, tindakan terapi di atas diulang kembali

Tindakan ini dapat dilakukan dengan persyaratan yakni;

1. Usia anak 3 – 6 tahun
2. Anak dalam keadaan sehat
3. Anak tidak di bawah pengaruh obat
4. Telah dicoba dengan cara lain tetapi tidak berhasil
5. Izin orang tua

Intisari dari berbagai teknik berikut tambahan yang diperlukan bahwa dalam modeling perlu dibedakan tingkah laku sebagai *copying* dan *mastery*. Model tingkah laku *copying* misalnya mula-mula memperlihatkan ketakutan, tetapi selanjutnya ketakutan menurun dan penampilan perilaku tak baik. Sedangkan model *mastery* menampilkan tingkah laku ketidaktakutan. Dalam hal ini tampak bahwa tingkah laku *copying* lebih baik dari model *mastery*.

Densensitisasi yaitu suatu cara untuk mengurangi rasa takut atau cemas seorang anak dengan jalan memberikan rangsangan yang membuatnya takut atau cemas sedikit demi sedikit rangsangan tersebut

diberikan terus, sampai anak tidak takut atau cemas lagi. Teknik ini dilakukan dengan menghadapkan seseorang pada sesuatu yang masih bisa diterima, lalu secara bertahap mendekatkannya dengan objek yang membuatnya takut misalnya, kalau seseorang takut pada gelap, biarkan dia berada dalam ruangan dengan lampu yang terang, lalu secara bertahap diganti dengan yang semakin redup.

Teknik *hand over mouth exercises* merupakan tindakan untuk menundukan anak yang menentang, melawan, tidak mengikuti perintah dan menunjukkan tingkah laku yang tidak terkendali. Anak mempunyai kebiasaan menunjukan sikap perlawanan yang demikian, karena orang tua selalu menuruti keinginan anaknya melalui teknik *hand over* dokter gigi akan melatih sikap anak harus disiplin dan patuh.

Reinforcement adalah sebagai hal yang memperkuat pola tingkah laku, sehingga memungkinkan tingkah laku menjadi panutan di kemudian hari. Ada 2 (dua) tipe *reinforcement* yaitu *reinforcement positif* dan *reinforcement negatif*.

Restraints/Physical Restraints adalah memegang anak untuk mengendalikan gerakan tangan dan kakinya. Alat bantuan yang dapat digunakan berupa "*pedi-wrap*" yaitu semacam selimut khusus dari nylon atau *papoose board* untuk menahan anak tidak bergerak. Pada intinya, restraint bertujuan untuk mencegah gerakan yang tidak patut selama perawatan gigi atau mengurangi kesempatan anak untuk bergerak.

Hypnosis adalah metode efektif dari pengaturan mengenai kecemasan dan ketakutan kedokteran gigi pada anak-anak. Tehnik ini menjelaskan di mana pasien akan lebih merasa nyaman, dan pasien diperintahkan untuk berkonsentrasi dan memfokuskan pikiran. Keuntungan dari hypnosis ini adalah, memberikan rasa nyaman, tidak mahal, dan bisa digunakan kapan saja dan di mana saja.

Semua anak-anak akan tumbuh menjadi dewasa dan kesehatan selama masa kanak-kanak dapat mempengaruhi kesehatannya di usia dewasa, termasuk kesehatan gigi dan mulut. Di Indonesia kaitannya dengan kesehatan gigi anak, data Riset Kesehatan Dasar Nasional 2013

menyebutkan bahwa 24,8% anak usia 12 tahun ke bawah memiliki masalah kesehatan gigi dan mulut dan hanya 28,4% saja yang mendapat perawatan oleh tenaga medis.



Sumber foto : www.hidupsehat.tips

Pada tahun 2013 indeks gigi berlubang yang dihitung dari banyaknya kerusakan gigi yang pernah dialami seseorang, baik berupa *Decay/D* (jumlah gigi permanen yang berlubang dan belum diobati atau ditambal), *Missing/M* (jumlah gigi permanen yang dicabut atau masih berupa sisa akar), dan *Filling/F* (jumlah gigi permanen berlubang yang telah ditambal) adalah sebesar 4,6.

Apabila ditinjau berdasarkan klasifikasi WHO angka tersebut termasuk dalam kategori tinggi. Fakta tersebut menyadarkan kita semua bahwa masih perlu usaha ekstra untuk meningkatkan kesehatan gigi dan mulut.

Mengutip pernyataan Edward L.Schor dalam bukunya yang berjudul *Family Pathways to Child Health*, kesehatan fisik dan emosi anak sangat dipengaruhi oleh fungsi keluarga anak tersebut tidak terkecuali kesehatan gigi dan mulutnya. Berbicara mengenai keluarga maka tak salah jika menyebut orang tua sebagai salah satu sosok paling penting dan paling dekat dengan anak.

Untuk itu, orang tua seharusnya sadar bahwa kesehatan gigi dan mulut anaknya sangat bergantung pada dirinya, setidaknya, sampai anak tersebut

sadar untuk menjaga kesehatan gigi dan mulutnya sendiri. Maka dari itu penting bagi orang tua memiliki sedikit pengetahuan umum tentang kesehatan gigi dan mulut anak.

Anak adalah individu yang sedang dalam tahap pertumbuhan dan perkembangan. Oleh karena itu masih terjadi perubahan pada bentuk dan fungsi tubuh secara konstan. Selama proses pertumbuhan ini ada sebuah interaksi antara jaringan keras dan jaringan lunak menuju terbentuknya suatu fungsi bersama struktur tubuh yang sedang dibentuk.

Proses pertumbuhan ini dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal contohnya genetik sedangkan faktor eksternal meliputi lingkungan, nutrisi, pola hidup dan kebiasaan. Komponen-komponen tersebut akan saling berinteraksi sesuai aturan pertumbuhan.

Untuk itu, agar terbentuk sebuah struktur tubuh yang normal, termasuk dalam hal ini gigi geligi, diperlukan adanya keharmonisan selama proses interaksi antar komponen tersebut. Disinilah peran orang tua menjadi sangat penting yakni membantu memastikan bahwa segala hal berjalan sebagaimana mestinya terutama sekali kaitannya dengan faktor eksternal yang sebisa mungkin harus dikontrol agar mendukung pertumbuhan gigi geligi secara normal, bukan sebaliknya. Selain faktor yang mempengaruhi pertumbuhannya, jadwal pertumbuhan gigi anak juga perlu menjadi perhatian orang tua. Jadwal pertumbuhan gigi ini meliputi waktu tumbuh gigi susu dan waktu tumbuh gigi tetap atau permanen.

Pengetahuan akan jadwal pertumbuhan gigi ini penting agar dapat dideteksi secara dini apabila terjadi kelainan atau keterlambatan pertumbuhan gigi sehingga dapat segera diperiksakan ke klinik gigi. Gigi anak mulai muncul pada usia 5 sampai dengan 6 bulan, dan akan lengkap pada usia 2 sampai dengan 2,5 tahun (20 gigi). Fungsi dari gigi anak ini antara lain untuk mengunyah makanan, merangsang pertumbuhan dan perkembangan rahang, memberi ruang untuk munculnya gigi permanen, membantu pengucapan kata-kata dan dapat meningkatkan rasa percaya diri anak. Setelah itu, pada usia 6 sampai dengan 7 tahun, gigi anak akan

mulai tanggal satu persatu diawali dengan gigi depan. Pada waktu yang sama, gigi geraham pertama permanen akan mulai tumbuh sebagai gigi permanen yang pertama kali tumbuh.

Gigi geraham pertama permanen ini akan tumbuh secara langsung di belakang gigi susu paling belakang tanpa menggantikan salah satu dari gigi susu manapun. Pada tahap ini orang tua harus memberikan perhatian ekstra pada gigi tersebut dan harus mulai bisa mendeteksi bahwa gigi tersebut adalah gigi permanen. Kurangnya pengetahuan tentang hal ini sering menyebabkan banyak ditemukannya kasus gigi geraham pertama permanen yang sudah berlubang dan harus dicabut di usia muda. Hal tersebut dikarenakan sebagian orang tua tidak tahu bahwa gigi tersebut adalah gigi permanen yang jika sudah dicabut maka tidak ada lagi gigi yang akan menggantikan. Di sisi lain sudah terlambat untuk mempertahankan keadaan gigi tersebut sehingga terlanjur berlubang dan harus dicabut. Padahal gigi tersebut merupakan gigi kunci untuk fungsi pengunyahan. Selain hal-hal di atas, beberapa hal lain yang perlu diperhatikan orang tua terkait kesehatan gigi anak adalah;

Pertama, menjaga kebersihan gigi dan mulut anak dengan cara tidak membiarkan anak minum susu tanpa dibersihkan giginya sebelum tidur. Paling tidak, setelah anak minum susu, orang tua dapat memberikan air putih untuk berkumur atau menggosok gigi jika memungkinkan.

Kedua, mengajari dan memastikan anak dapat menggosok giginya dengan cara yang benar pada waktu yang tepat yaitu setelah sarapan dan sebelum tidur.

Ketiga, jika diperlukan dapat membawa anak ke dokter gigi untuk dapat diberikan perawatan pencegahan gigi berlubang seperti pemberian bahan flour atau penutupan celah gigi yang dalam (*fissure sealant*). *Terakhir* yang terpenting adalah memberikan pemahaman bertahap sesuai usia anak untuk dapat belajar menjaga kesehatan gigi dan mulutnya sendiri. Adanya peran aktif orang tua diharapkan dapat meningkatkan kualitas kesehatan gigi dan mulut sejak usia dini dan tentunya hal tersebut akan berefek pada kesehatan gigi dan mulut saat dewasa.

Umumnya anak berusia dini enggan pergi ke klinik gigi untuk memeriksakan gigi mereka. Hal ini disebabkan berbagai faktor seperti takut yang berlebihan terhadap dokter gigi ataupun lingkungan di sekitar anak seperti sikap orangtua dalam mengasuh dan membesarkan anak. Perawatan gigi seorang anak dapat dikatakan berhasil apabila sudah ada kerja sama antara petugas kesehatan gigi, orangtuanya dan pasien anak.

Mengingat hal itu, perlu dicari jalan bagaimana cara mengatasi tingkah laku anak sehingga mau bekerja sama dengan dokter gigi yang merawatnya. Orangtua dalam hal ini punya peranan paling penting dalam terlaksananya perawatan gigi anak. Konsep pengobatan segitiga kedokteran gigi anak-anak selalu dipergunakan dalam melakukan perawatan gigi pada anak yang terdiri dari dokter gigi/perawat gigi serta lingkungannya, pasien anak, dan orang tua.

Penelitian-penelitian yang telah dilakukan mengenai pengaruh orang tua pada tingkah laku anak selama perawatan gigi terbukti sangat berpengaruh karena kehadiran orangtua dapat menambah atau menghilangkan ketegangan anak serta menimbulkan perasaan yang aman pada anak saat perawatan gigi dilakukan.

Perilaku kooperatif atau *non-kooperatif* pada anak dalam perawatan gigi selain bergantung dari tim dokter gigi dan anak itu sendiri juga banyak bergantung pada sikap orang tua terhadap anaknya. Salah satu sebab yang membuat anak berperilaku non-kooperatif adalah kecemasan ibu. Rasa cemas orang tua yang tercermin dalam tingkah laku anak akan mempengaruhi sikap anak sehingga perawatan gigi dapat terganggu. Berbagai cara pendekatan orang tua terhadap anak-anak didasari oleh rancang gambar yang mereka miliki di dalam benak mereka. Apabila mereka memiliki skema kecemasan, pola perilaku mereka juga akan menunjukkan kecemasan.

Kecemasan adalah bagian dari pribadi tiap manusia terutama jika individu dihadapkan pada situasi yang tidak jelas dan tidak menentu. Gangguan utama dalam kecemasan adalah imajinasi negatif. Perasaan cemas ini harus dibedakan dengan perasaan takut.



DAFTAR PUSTAKA

- Chadwick, B.L. dan Hosey, M.T., 2003, *Child Taming : How To Manage in Dental Practice*, 1st ed., Quintessence Publishing Co. Ltd., London, hal.9-11, 19-20, 27-28
- Childhood Practice Guidelines, dari www.health.state.ny.us/publications/0842.pdf, 2011
- Delta Dental (2007) Quick guide to early childhood dental care dari http://hrweb.mit.edu/system/files/all/benefits/.../health_dental_childhood.pdf, 4 Agustus, 2011
- Dean, Avery, McDonald, 2011, *Dentistry for the Child and Adolescent*, 9th ed., Mosby inc., London, hal. 52, 260-261.
- Departemen Kesehatan RI (2009), Pedoman Pembinaan Kesehatan Anak Didik Taman Kanak – Kanak, Direktorat Bina Kesehatan Anak
- Departemen Kesehatan RI (2009), Buku Kesehatan Ibu dan Anak, Direktorat Kesehatan Ibu
- Duggal, M., Cameron, A., Toumba, J., 2013, *Paediatric Dentistry at a Glance*, 1st ed., Blackwell Pub., Oxford, hal.21.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat (2007), Pedoman Pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut bagi Ibu Hamil, Buku Pegangan Kader
- Eriska Riyanti, drg, Sp.KGA (2005), Pengenalan dan Perawatan Kesehatan Gigi Anak Sejak Dini, <http://resource.unpad.ac.id>, 2011

- Fajar Novianto (2010), Manajemen Kesehatan Gigi pada Kehamilan dari [http://www.slidshare.net/quest2735210a/Manajemen Kesehatan Gigi pada Kehamilan](http://www.slidshare.net/quest2735210a/Manajemen_Kesehatan_Gigi_pada_Kehamilan), 2011
- Gupta, A., dkk., 2014, *Behaviour management of an anxious child*, Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal; Vol. 16, No 1.
- Hamil, Ibu Menyusui, Balita dan Anak Prasekolah secara terpadu di Rumah Sakit Umum dan Puskesmas, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik
- Isnaniah Malik, drg.Sp.Orto (2008), Kesehatan Gigi dan Mulut dari <http://pustaka.unpad.ac.id/wpcontent/upload/kesehatangigidanmulut.pdf>, 2011
- Ingersoll B.D. Behavioral Aspects In Dentistry. New York: Appleton-Century-Crofts.1982: 117-119
- Kawiya, H. M , Mbawalla, H. S., Kahabuka, F. K., 2015, *Application of Behavior Management Techniques for Paediatric Dental Patients by Tanzanian Dental Practitioners*, The Open Dentistry Journal.,9:455-461.
- Kennedy D.B. Paediatric Operative Dentistry. Bristol: John Wright & Sons LTD, 1976: 12-15
- Koch, G., dan Poulsen, S., 2009, *Pediatric dentistry: a clinical approach*, 2nd ed, Blackwell Publishing Ltd United Kingdom, hal. 33.
- NewYork State Departement of Health (2007), Oral Health Care During Pregnancy and Early
- Robert, J.F., dkk., *Review: Behaviour Management Techniques in Paediatric Dentistry*, European Archives of Paediatric Dentistry.
- Singh, H., Rehman, R., Kadtane, S., Dalai, D. R., Dev Jain, D. C., 2014, *Techniques for the Behaviors Management in Pediatric Dentistry*, International Journal of Scientific Study., 2(7):269-272.

Sayuti Hasibuan (2004), Perawatan dan Pemeliharaan Kesehatan Gigi Mulut pada Masa Kehamilan dari <http://library.usu.ac.id/download/fkg/tkgsayuti3.pdg>, 2011

Shawn Watson(2010), Oral Health Guidance for Pregnant Women dari <http://dentistry.about.com/od/basicdentalcare/qt/perinatalguidelines.htm>, 2011 Treating Fearful Patients

MANAJEMEN PASIEN ANAK

DI BIDANG KESEHATAN GIGI (CHILD MANAGEMENT)



Buku Ajar Mata Kuliah Child Manajemen bagi Tim Dosen beserta para Mahasiswa dalam proses belajar mengajar mata kuliah tersebut dan berkat penyelenggaraan workshop Implementasi Kurikulum Berbasis Kompetensi oleh Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dalam rangka meningkatkan kemampuan para Dosen termasuk juga di dalam menyusun materi untuk bahan ajar yang sesuai kaidah, dengan karakteristik peserta didik dan berdasarkan paradigma baru pembelajaran di Perguruan Tinggi dan dengan berharap pula dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan, teknologi serta dapat digunakan sebagai sumber informasi bagi para pembaca kalangan umum bahwasanya penyusunan buku ajar ini mengacu pada Kurikulum Nasional Program Studi Diploma III Kesehatan Gigi tahun 2022 juga dimaksudkan untuk melayani kebutuhan pendidikan dan pengajaran baik di kelas maupun di klinik gigi kampus terpadu yang mana muatan materi dalam Ilmu Kesehatan Gigi, Asuhan Keperawatan, ruang lingkup untuk mencetak tenaga - tenaga Perawat Gigi yang adalah juga merupakan bagian dari tenaga Kesehatan Gigi Indonesia oleh karenanya secara khusus capaian pembelajaran yang akan diharapkan untuk mahasiswa akan lebih mampu menjelaskan hubungan sikap dan tingkah laku anak dengan umur, sikap anak dalam perawatan gigi, sikap orang tua yang mengakibatkan sikap negatif anak pada perawatan gigi, cara melakukan teknik TSD dan HOME, komponen – komponen dalam perawatan gigi anak, dan lima tips untuk mengatasi kecemasan dalam perawatan gigi anak.

litrus. Penerbit



✉ literasinusantaraofficial@gmail.com
🌐 www.penerbitlitrus.co.id
📱 @litruspenerbit
📞 literasinusantara_
☎ 085755971589

Pendidikan

+17

