

Efforts to improve dental and oral health of tunagrahita through interactive counseling at SLBN 1 Pangkep, District Minasa Tene, Sulawesi Selatan

Upaya peningkatan kesehatan gigi dan mulut pada anak tunagrahita melalui edukasi secara interaktif di SLBN 1 Pangkep, Kecamatan Minasa Tene, Sulawesi Selatan

¹Asmawati, ²Fajriani, ³Bahrudin Thalib, ⁴Alqarama M. Thalib, ⁵Siti Akhifah, ⁶Linda

¹Departemen Oral Biologi, Fakultas

²Departemen Kedokteran Gigi Anak

³Departemen Prostodonsia

⁴Departemen Dental Material

⁵Mahasiswa Klinik

⁶Laboran Departemen Oral Biologi

Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin

Makassar, Indonesia

Corresponding author: Asmawati, e-mail: asmaamin281068@gmail.com

ABSTRACT

Tunagrahita is a developmental disorder of brain function known as mental retardation. Based on this, it is necessary to give special attention to special schools by conducting socialization and counseling on oral health through education with interactive media with the aim of improving the oral health of children with tuna grahita through interactive counseling and tooth brushing demonstrations at Sekolah Luar Biasa Negeri 1 Pangkep, Minasatene District, Pangkep Regency. Socialization and counseling of oral health through education is carried out with interactive media. It was found that the level of knowledge, attitudes, actions and poor oral health behavior in 40 students of SLBN 1 Pangkep increased after interactive education, namely 38 students showed moderate results and 2 students showed good results. It was concluded that there were changes after interactive education was carried out on knowledge, attitudes, actions and behavior in children with disabilities.

Keywords: tunagrahita, interactive counseling, dental and oral health

ABSTRAK

Tunagrahita merupakan gangguan perkembangan fungsi otak yang dikenal sebagai retardasi mental. Berdasarkan hal tersebut maka perlu diberikan perhatian khusus pada sekolah luar biasa dengan melakukan sosialisasi dan penyuluhan kesehatan gigi dan mulut melalui edukasi dengan media interaktif dengan tujuan untuk meningkatkan kesehatan gigi dan mulut anak penderita tuna grahita melalui penyuluhan secara interaktif dan demonstrasi menyikat gigi di Sekolah Luar Biasa Negeri 1 Pangkep, Kecamatan Minasatene, Kabupaten Pangkep. Sosialisasi dan penyuluhan kesehatan gigi dan mulut melalui edukasi dilakukan dengan media interaktif. Diperoleh hasil bahwa tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dan perilaku kesehatan gigi dan mulut buruk pada 40 siswa SLBN 1 Pangkep meningkat sesudah dilakukan edukasi secara interaktif yakni 38 siswa menunjukkan hasil sedang dan 2 siswa yang menunjukkan hasil baik. Disimpulkan bahwa terjadi perubahan sesudah dilakukan edukasi interaktif terhadap pengetahuan, sikap, tindakan dan perilaku pada anak tunagrahita.

Kata kunci: tunagrahita, edukasi interaktif, kesehatan gigi dan mulut

Received: 10 April 2022

Accepted: 1 January 2023

Published: 1 August 2023

PENDAHULUAN

Kesehatan gigi dan mulut jika ditinjau dari sudut pandang kesehatan, lebih dibutuhkan pada anak berkebutuhan khusus; mereka lebih membutuhkan edukasi kesehatan dibanding anak pada umumnya. Anak berkebutuhan khusus karena adanya keterbatasan yang ada pada dirinya sendiri, seperti kurang mampu untuk membersihkan rongga mulutnya sendiri, sehingga mudah terjadi kerusakan gigi dan jaringan lunak sekitarnya.¹

Salah satu jenis anak berkebutuhan khusus adalah tunagrahita. Tunagrahita adalah gangguan perkembangan, retardasi mental atau terbelakang mental atau idiot. Tunagrahita menurut *American Psychological Association* (APA) adalah anak yang secara signifikan memiliki keterbatasan fungsi intelek, keterbatasan fungsi adaptif yang terjadi sebelum usia 22 tahun, sehingga menyebabkankesulitan beradaptasi dengan lingkungannya.²

Berdasarkan berbagai hasil penelitian disebutkan bahwa kesehatan gigi anak tunagrahita pada umumnya buruk dan memiliki beberapa masalah kesehatan gigi. Masalah kesehatan gigi yang sering dijumpai yaitu ka-

ries gigi, penyakit periodontal, kerusakan lingkungan rongga mulut, kelainan erupsi, dan trauma.³ Anak tunagrahita memiliki risiko yang lebih tinggi akan masalah kesehatan gigi dan mulut, karena kekurangan dan keterbatasan mental untuk melakukan pembersihan gigi sendiri yang optimal. Penyandang disabilitas memiliki masalah kesehatan dua kali lipat dibandingkan orang normal.⁴ Tunagrahita juga biasa didefinisikan sebagai anak yang memiliki intelegensi yang signifikan berada di bawah rata-rata dan disertai dengan ketidakmampuan beradaptasi yang muncul dalam masa perkembangannya atau dikenal dengan istilah idiot.⁵

Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik untuk melakukan edukasi secara interaktif di sekolah luar biasa yang berlokasi di Kecamatan Minasatene, Kabupaten Pangkep. Sekolah Luar Biasa Negeri (SLBN) memiliki akreditasi A kurikulum 2013. Sekolah tersebut tidak memiliki laboratorium yang menandakan tidak adanya peralatan-peralatan berupa model gigi untuk menunjang edukasi kesehatan gigi dan mulut kepada siswa.

Siswa-siswi SLBN 1 Pangkep pada umumnya telah

mampu membaca sejak berada di bangku kelas 3-4. Rata-rata usia mereka berkisar di atas 7-18 tahun. Siswa-siswi juga aktif bermain, agak susah bersosialisasi dengan orang baru karena sifat hiperaktif. Mereka lebih memahami penjelasan menggunakan model, sehingga untuk berkomunikasi secara langsung kepada siswa masih diperlukan bantuan oleh guru-guru yang ada di sekolah tersebut. Murid hadir di sekolah lebih atas kemauan orang tua, meskipun ada juga atas keinginan sendiri tapi tidak secara rutin mengikuti kegiatan pembelajaran.

Sekolah ini memiliki beberapa masalah, sehingga dijadikan mitra oleh penulis, diantaranya tingkat kebersihan gigi siswa penderita tunagrahita sangat memprihatinkan, kurangnya penyuluhan tentang kesehatan gigi dan mulut, minim sarana dan prasarana yang mendukung untuk menjaga kebersihan gigi pada siswa tunagrahita. Berdasarkan wawancara dengan mitra, sarana dan prasarana yang spesifik untuk menjaga kebersihan gigi masih belum tersedia, tidak adanya bahan bacaan mengenai edukasi dan prosedur perawatan gigi yang baik dan benar, perlunya edukasi kepada murid-murid tunagrahita dan juga guru di sekolah tersebut sekaligus ikut memberikan bimbingan kepada siswa tunagrahita tentang betapa pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut.

METODE

Tahap persiapan

Tahap persiapan mencakup beberapa hal. Persiapan pertama yaitu persetujuan untuk bekerja sama dengan mitra, dilanjutkan penjelasan terkait program yang akan dilaksanakan di SLBN 1 Pangkep. Penjelasan dimaksudkan program yang akan dilakukan, metode yang akan digunakan, dan tujuan yang akan dicapai. Upaya sosialisasi secara garis besar mencakup pengenalan konsep menggosok gigi yang baik dan benar serta makanan yang baik bagi kesehatan gigi dan mulut bagi anak tunagrahita. Kegiatan ini dilakukan sedini mungkin karena diharapkan akan membawa dampak positif ke depannya. Selanjutnya mencakup persiapan tempat, sarana dan prasarana yang akan digunakan dalam melaksanakan program tersebut.

Persiapan penyuluhan dan edukasi

Penyuluhan dan edukasi awal dilakukan kepada anak-anak tunagrahita dilanjutkan kepada guru-gurunya untuk memberikan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut terhadap anak tunagrahita dan guru-guru itu sendiri agar membantu pembimbingan dan pendampingan siswa tunagrahita ke depannya. Sebelum dilakukan edukasi dan setelah melakukan edukasi dan penyuluhan kepada anak tunagrahita, dilakukan pengisian kuisioner kepada

anak-anak tunagrahita berupa pengetahuan, pengetahuan, sikap, tindakan dan perilaku.

Persiapan media interaktif, berupa maneken rongga mulut rahang atas dan rahang bawah, model sikat gigi. Diharapkan anak-anak berkebutuhan khusus dapat belajar mengenai kesehatan gigi sambil bermain. Maneken yang dapat digunakan dalam upaya menstimulasi kemampuan motorik anak berkebutuhan khusus tunagrahita.⁶

Tahap pelaksanaan

Pelaksanaan program pengabdian kepada masyarakat ini dilakukan beberapa tahap. Pada bulan pertama hingga ketiga merupakan tahap sosialisasi, penyuluhan kesehatan gigi dan mulut pada tenaga pendidik, persiapan alat dan bahan. Bulan keempat dan kelima merupakan pembuatan alat. Bulan keenam sampai ketujuh merupakan pelaksanaan kegiatan edukasi interaktif. Pada bulan kedelapan merupakan evaluasi pelaksanaan program.

Uraian pelaksanaan program

Melakukan observasi dan sosialisasi pada tenaga pendidik dan siswa tunagrahita, kemudian dilakukan penyuluhan kesehatan gigi dan mulut dan melakukan pendekatan dengan siswa tunagrahita. Hal ini disebabkan siswa tunagrahita ini perlu dilakukan pendekatan secara perlahan. Pendekatan awal yang dilakukan adalah mengajarkannya bermain; tujuan pendekatan terhadap siswa agar persepsi yang sama mengalir antara guru, siswa tunagrahita dan penyuluh. Tidak hanya sekedar bermain, namun dapat disisipkan hal-hal mengenai pengetahuan tentang gigi dan bagaimana cara menjaga kebersihannya.

Dalam pekan ini, sosialisasi dan penyuluhan diberikan kepada siswa tunagrahita dan dihadiri oleh tenaga pendidik. Selain itu juga akan ditempel alat peraga ataupun poster mengenai cara merawat gigi dan cara menggosok gigi yang baik di lokasi pengabdian. Pada bulan ini dipersiapkan pula alat dan bahan yang akan digunakan.

Pelaksanaan kegiatan berupa demonstrasi maneken RA-RB dan sikat gigi sebagai edukasi media interaktif, melakukan praktik kegiatan yang melibatkan guru-guru dan siswa tunagrahita. Selain itu, pada waktu ini juga dilakukan *pre-test*. Didentifikasi pengetahuan siswa tunagrahita terkait seberapa pengetahuan mereka mengenai pentingnya kesehatan gigi dan mulut sebagai salah satu tolak ukur. Siswa tunagrahita akan mendapatkan 10 soal mendasar tentang kesehatan gigi dan mulut dalam bentuk gambar serta interaksi secara langsung yang masing-masing meliputi pengetahuan, sikap, tindakan dan perilaku dan akan selesai selama 30 menit.

Posttest ini dilakukan dengan soal yang sama pada *pre-test*. Selain itu juga akan dilakukan evaluasi yang bertujuan untuk menilai atau melihat kemajuan dari program. Adapun tujuannya yaitu untuk mengetahui perubahan perilaku pada murid tunagrahita pasca pelaksanaan program sesuai dengan teori behavioristik yang menekankan terbentuknya perilaku terlihat sebagai hasil yaitu perubahan perilaku yang dapat diamati, diukur dan dinilai secara konkret.⁷

HASIL

Pada tabel 1 tampak bahwa dari 40 jumlah responden sebagian besar responden laki-laki lebih banyak dari pada perempuan. Tabel 2 memperlihatkan ada perbedaan pengetahuan pada siswa SLB sebelum dan sesudah uji. Tabel 3 menunjukkan ada perbedaan sikap

Tabel 1 Distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin pada siswa SLB Negeri Pangkep

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
1	Laki-Laki	22	55,0
2	Perempuan	18	45,0
	Total	40	100,0

Tabel 2 Distribusi frekuensi berdasarkan tingkat pengetahuan pada siswa SLB Negeri Pangkep

Pengetahuan	Kelompok			
	Pre-Test		Post-Test	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Baik	0	0,0	2	5,0
Sedang	0	0,0	38	95,0
Buruk	40	100,0	0	0
Total	40	100,0	40	100,0

Tabel 3 Distribusi frekuensi berdasarkan tingkat sikap pada siswa SLB Negeri Pangkep

Sikap	Kelompok			
	Pre-Test		Post-Test	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Baik	0	0,0	2	5,0
Sedang	0	0,0	38	95,0
Buruk	40	100,0	0	0
Total	40	100,0	40	100,0

Tabel 4 Distribusi frekuensi berdasarkan tingkat tindakan pada siswa SLB Negeri Pangkep

Tindakan	Kelompok			
	Pre-Test		Post-Test	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Baik	0	0,0	2	5,0
Sedang	0	0,0	38	95,0
Buruk	40	100,0	0	0
Total	40	100,0	40	100,0

Tabel 5 Distribusi frekuensi berdasarkan tingkat perilaku pada siswa SLB Negeri Pangkep

Perilaku	Kelompok			
	Pre-Test		Post-Test	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Baik	0	0,0	2	5,0
Sedang	0	0,0	38	95,0
Buruk	40	100,0	0	0
Total	40	100,0	40	100,0

pada siswa SLB sebelum dan sesudah uji. Sedangkan Tabel 4 menunjukkan bahwa ada perbedaan tindakan pada siswa SLB sebelum dan sesudah uji.

Tabel 5 menunjukkan bahwa ada perbedaan perilaku pada siswa SLB sebelum dan sesudah uji. Ada perbedaan siswa SLB sebelum penyuluhan dan setelah penyuluhan, yaitu sebelum penyuluhan semua responden memiliki pengetahuan, sikap, tindakan dan perilaku terhadap kesehatan gigi dan mulut dalam kategori buruk (100%). Setelah penyuluhan, responden memiliki pengetahuan, sikap, tindakan dan perilaku terhadap kesehatan gigi dan mulut dalam kategori sedang (95%) dan baik (5%).

Dari penelitian ini didapatkan lebih dari separuh anak penderita tunagrahita menderita masalah gigi dan mulut. Pembinaan, penyuluhan serta demonstrasi yang diikuti oleh anak penderita tunagrahita ternyata mendapat respons yang baik dari anak penderita tunagrahita dan pendampingnya. Hal ini diketahui dari tanya jawab, yaitu sebelum penyuluhan dan demonstrasi belum begitu paham bagaimana cara menyikat gigi yang baik, cara menjaga kesehatan gigi dan mulut, serta siswa-siswa tampak takut melihat dokter yang berbaju putih, malu dan enggan diajak berbicara namun setelah dilakukan penyuluhan terdapat perubahan yang baik.

PEMBAHASAN

Tunagrahita merupakan suatu kondisi taraf kecerdasan yang rendah sehingga dalam perkembangannya penderita sangat membutuhkan layanan pendidikan dan bimbingan secara khusus. Keterampilan menolong diri sendiri (*self help skills*) dalam kehidupan sehari-hari bagi anak tunagrahita membutuhkan pengajaran dan pemberian stimulus seperti latihan-latihan secara terus menerus khususnya tentang keterampilan menolong diri sendiri. Perilaku menggosok gigi anak tunagrahita berdasarkan penelitian oleh Julia dkk menyebutkan bahwa pengetahuan, sikap maupun tindakan anak tunagrahita dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut sebagian besar adalah *sedang*. Hal ini sejalan dengan penelitian ini yaitu 38 responden masuk dalam kategori sedang setelah dilakukan penyuluhan. Hal tersebut disebabkan anak tuna grahita mengalami hambatan dalam memahami dan menangkap informasi, kemampuan verbal, berhitung, koordinasi motorik dan visual, terutama dalam hal konsentrasi cukup sulit untuk diarahkan.⁸ Gottfredson dalam Ciarrochi dkk. menyatakan bahwa IQ memiliki pengaruh penting dalam domain kesehatan, karena intelegensi akan melibatkan kemampuan untuk memberi alasan, kemampuan memahami lingkungan sekitar dengan lebih luas dan mendalam sehingga orang tersebut menyadari, mengerti dan mengetahui apa yang harus dilakukan.⁹

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebelum penyuluhan, semua siswa masuk dalam kategori yang buruk

namun setelah penyuluhan terdapat perbaikan. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Rismayani dkk yang menyatakan bahwa anak tunagrahita ringan memiliki keterlambatan dan keterbatasan dalam hal motorik serta tidak mampu mengikuti program pada sekolah biasa seperti anak normal. Namun mereka masih mampu yang dapat dikembangkan meskipun dalam taraf minimal. Kelompok tunagrahita ringan dapat dididik dalam bidang-bidang akademis, sosial dan pekerjaan sehingga mereka mampu memiliki keterampilan yang sederhana dan dapat menyesuaikan diri agar tidak bergantung pada orang lain.¹⁰

Anak berkebutuhan khusus tunagrahita sulit mengikuti pendidikan di sekolah biasa,¹¹ mengalami hambatan dalam penyesuaian perilaku atau adaptasi sosial sehingga anak tersebut pada usia tertentu belum mampu melakukan sesuatu yang bagi anak normal sudah dapat dilakukan. Kondisi/keadaan tersebut tampak pada anak selama masa perkembangannya (0-18 tahun).¹²

Berbagai keterbatasan yang dimiliki anak tunagrahita mengakibatkan mereka tidak dapat menjaga kebersihan mulutnya dengan baik. Penyandang tunagrahita cenderung memiliki kebersihan mulut yang buruk dan penyakit periodontal serta risiko memiliki karies lebih tinggi dibandingkan anak berkebutuhan khusus lainnya.¹³ Data Kementerian Kesehatan 2010 menunjukkan bahwa prevalensi karies di Indonesia mencapai 60-80% dari seluruh populasi, serta menempati peringkat ke-6 sebagai penyakit yang paling banyak diderita. Pada anak tunagrahita prevalensi karies mencapai 82,6%

dan hal tersebut termasuk dalam kategori tinggi.¹⁴

Ketidakmampuan penderita melakukan pembersihan rongga mulut serta orangtua yang kurang memperhatikan diet anak menjadi salah satu faktor tingginya masalah kesehatan gigi dan mulut pada anak tunagrahita. Penyandang tunagrahita mengalami gangguan saraf motorik sehingga kesehatan rongga mulutnya buruk. Salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan gigi, yaitu plak yang merupakan biofilm yang terdiri atas kelompok bakteri, musin saliva, dan protein yang melekat pada permukaan gigi, restorasi lepasan maupun cekat. Kontrol plak dapat dilakukan secara mekanis dan kimiawi. Pengontrolan plak secara mekanis dilakukan dengan menyikat gigi. Pemberian penyuluhan tentang cara menyikat gigi yang benar dapat menjadi cara yang efektif untuk membimbing anak menjaga kebersihan gigi dan mulutnya. Pemberian materi penyuluhan harus secara bertahap, diawali dari yang mudah, sedikit sulit hingga ke yang benar-benar sulit.^{15,16}

Kurangnya pengetahuan pada anak dapat disebabkan oleh kurangnya maksimalnya penyuluhan dari petugas kesehatan, sehingga kurang informasi yang diperoleh tentang pola menyikat gigi. Pengetahuan yang kurang mengenai penjagaan kebersihan gigi dan mulut seperti pola menyikat gigi merupakan salah satu penyebab anak mengabaikan masalah kesehatan gigi dan mulut.¹⁷

Disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dan perilaku kesehatan gigi dan mulut meninggi setelah dilakukan edukasi secara interaktif.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sengkey MM, Pangemanan DHC, Mintjelungan CN. Status kebersihan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus di kota Manado. *J eG* 2015; 3(5): 236.
2. Black DW, Grant JE. DSM-5 Guide book: the essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Ed. Arlington: America Phsy ciatric Publishing; 2014.
3. Salsabila N, Ningrum V, Surya LS. Mikroorganisme pada saliva anak normal dan anak tunagrahita. *J B-Dent* 2018; 5(1): 39.
4. Van Schrojenstein LV, Henny MJ, Walsh PN. Managing health problem with people with intellectual disabilities. *Br Med J* 2008
5. Kustawan. Bimbingan dan konselling bagi anak berkebutuhan khusus. Jakarta timur: PT Luxima metro media; 2017
6. Sukmaningtyas AD, Sudiwati NLPE, Rosdiana Y. Pengaruh edukasi tentang alat permainan edukatif (puzzle) pada orang tua terhadap kemampuan orang tua dalam melakukan alat permainan edukatif (puzzle) pada anak berkebutuhan khusus (autism) usia prasekolah di puskesmas kendalsari malang. *Nursing News* 2018; 3(1):250-1.
7. Nahar NI. Penerapan teori belajar behavioristik dalam proses pembelajaran. *Jurnal Ilmu Pengetahuan Sosial* 2016; 1(1): 65
8. Pratiwi IC, Handayani OWK, Raharjo BB. Kemampuan anak retardasi mental berdasarkan status gizi. *Publ Health Persp J* 2017; 2(1): 19-25
9. Ciarrochi J, Heaven PCL, Skinner T. Cognitive ability and health-related behaviors during adolescence: a prospective study across five years. *Journal Intelligence* 2012; 40(4): 317-24.
10. Maulida A, Zulftria. Pengembangan kecerdasan interpersonal anak tunagrahita melalui pemanfaatan mediapuzzle pada siswa kelas 2 sekolah dasar. *Jurnal UMJ* 2017; 1 (2):126
11. Atmaja JR. Pendidikan dan bimbingan anak berkebutuhan khusus. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya; 2018
12. Astuti P. Mengenal karakteristik anak berkebutuhan khusus menuju layanan belajar. Jakarta: Kemendikbud; 2014
13. Palupi DN, Rachmawati R, Anggraini ZO. Peran perawat dalam meningkatkan kebersihan gigi dan mulut anak tunagrahita. *Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Brawijaya* 2016; 4.
14. Istiqomah F, Susanto HS, Udiono A, Adi MS. Gambaran karies gigi pada anak tunagrahita di SLB C Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 2016; 2.
15. Rajendran, Sivapathasundharam. Shafer's textbook oral pathology. 6th Ed. New Delhi: Elsevier; 2009. p. 426.
16. Hiremath SS. Textbook of preventive and community dentistry. New Delhi: Elsevier; 2011. p. 201.
17. Hanif F, Prasko P. The difference of counseling with video media and hand puppets to improving knowledge of dental and oral health in elementary school students. *Jurnal Kesehatan Gigi* 2018; 5(2):1