

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. 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. Kadang-kadang dibuat perbedaan antara kecemasan dan ketakutan : kecemasan dianggap merupakan perasaan ketidaknyamanan secara umum sedangkan ketakutan 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).

2. 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):

a. Kecemasan umum dan perkembangan psikologi.

Telah dikemukakan bahwa kecemasan dental adalah fungsi dari pengembangan kepribadian yang berhubungan dengan perasaan tidak berdaya dan ditinggalkan sehingga penting untuk mempertimbangkan usia dan tingkat perkembangan psikologis anak ketika menilai kemampuan mereka untuk mengatasi situasi stres. Ketika anak-anak menjadi dewasa, tingkat pemahaman mereka meningkat dan sifat kecemasan mereka berubah. Pada masa bayi dan awal masa kanak-kanak, rasa takut biasanya merupakan reaksi terhadap lingkungan sekitar, misalnya suara keras atau benda menjulang. Berkaitan tentang kecemasan untuk lingkungan kedokteran gigi, dapat dimengerti maka dari itu anak kecil mungkin menemukan suara dan bau dalam operasi gigi besar, serta melihat dokter gigi dan perawat gigi memakai jas putih.

Pada tahun-tahun awal sekolah disarankan agar kecemasan tersebut telah diperluas untuk menyertakan kegelapan, sendirian, tokoh imajiner, orang tertentu, objek atau peristiwa (hewan dan guntur). Ini juga bisa menyamakan dengan situasi perawatan gigi, di mana seorang anak mungkin tetap tinggal di gigi kursi dengan dokter gigi. Dia tidak yakin apa yang akan terjadi dan tidak familiar dengan lingkungan kedokteran gigi.

Pada sekitar usia sembilan tahun, takut cedera fisik mulai memiliki ciri yang kuat. Jelas bahwa bagi banyak anak-anak memikirkan prosedur invasif gigi mungkin memprovokasi kecemasan. Ketika anak dewasa dia mampu menilai potensi ancaman situasi dan mungkin dapat mengatasi kecemasan.

Pada masa remaja, kecemasan dan kecemasan berpusat pada penerimaan sosial dan prestasi. Beberapa remaja akan menjadi sangat sadar penampilan mereka dan mungkin kritik dari kelompok sebaya. Di masa dewasa, meskipun kecemasan dapat berkembang secara spontan, itu lebih sering berhubungan dengan keadaan sosial atau pengalaman buruk.

b. Jenis Kelamin

Ada berbagai laporan dan opini tentang pengaruh jenis kelamin pada etiologi kecemasan dental. Pasien wanita cenderung memiliki skor yang lebih tinggi untuk kegelisahan dental dan menganggap diri mereka lebih takut pada perawatan gigi bila dibandingkan dengan laki-laki. Ketika mempertimbangkan studi prevalensi pada anak-anak, akan terlihat bahwa umumnya perempuan melaporkan lebih kecemasan daripada anak laki-laki. Ada banyak perdebatan mengenai apakah ini karena :

- 1) Pria yang kurang bersedia mengakui kecemasan mereka.
- 2) Wanita merasa lebih rentan.
- 3) Perempuan yang lebih terbuka tentang kecemasan mereka.

c. Pengalaman Traumatik Perawatan Gigi.

Pengalaman buruk perawatan gigi sering dikutip sebagai faktor utama dalam pengembangan kecemasan gigi dengan pengalaman negatif langsung termasuk peristiwa yang menyakitkan, peristiwa menakutkan dan pengalaman memalukan mengarah ke pengembangan kecemasan gigi. Pengalaman tersebut dapat terjadi selama masa kanak-kanak, remaja dan dewasa, namun, kecemasan dental untuk mengembangkannya, itu adalah sifat dari peristiwa yang tampaknya lebih penting daripada usia di mana itu terjadi. Pengalaman medis traumatis juga dapat memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku perawatan gigi yang buruk dan mungkin faktor penting dalam pengembangan kecemasan dental pada anak-anak.

d. Pengaruh keluarga dan kelompok sebaya.

Pengaruh luar kontrol dokter gigi sering dapat meningkatkan kecemasan dental. Komentar sembarangan, percakapan dan saran negatif tentang kedokteran gigi dapat menyebabkan rasa takut pada anak-anak dan harapan pengalaman yang tidak menyenangkan selama perawatan gigi. Komentar tersebut dapat dilakukan oleh anggota keluarga atau teman-teman anak dan bertindak sebagai sumber penting dari informasi negatif.

e. Faktor perawatan gigi.

Faktor perawatan gigi spesifik telah ditetapkan sebagai penyebab langsung dari kecemasan dental, dua hal yang paling berperan membangkitkan kecemasan yaitu adanya injeksi dan bor. Faktor-faktor lain juga memainkan peranan seperti takut kritik oleh dokter gigi, sikap dokter gigi dan cara dan lingkungan kedokteran. Sikap dokter gigi dapat menyebabkan perkembangan dari kecemasan perawatan gigi pasien. Misalnya, penyalahgunaan kepercayaan oleh salah satu dokter gigi dapat mengakibatkan semua dokter gigi yang dicurigai.

3. 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) :

- a. Gejala psikologis : pernyataan cemas, firasat buruk, takut dengan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gelisah, dan mudah terkejut.
- b. Gangguan pola tidur dan mimpi-mimpi yang menegangkan.
- c. Gangguan konsentrasi dan daya ingat.
- d. 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.

4. Klasifikasi Kecemasan

Menurut Sidney Finn, kecemasan adalah emosi dasar untuk pertahanan dari bahaya, dimana 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) :

a. 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.

b. 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 :

1) 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.

2) Kecemasan imajinatif

Seorang ibu yang takut untuk ke dokter gigi secara tidak langsung dapat mengirimkan rasa takut tersebut kepada anaknya, dimana 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.

5. Tumbuh Kembang Anak

a. Tumbuh Kembang Utama (Soetjiningsih & Ranuh, 2012)

1) Masa pranatal

Masa ini merupakan fase terjadinya pembentukan struktur tubuh dasar dan organ-organ, seorang anak mengalami pertumbuhan fisik yang sangat cepat begitu juga dengan kepekaan mereka terhadap lingkungan.

2) Masa bayi dan masa anak dini

Masa seorang bayi baru lahir masih bergantung pada orang lain (*dependent*), memiliki kompetensi (*competent*), semua pancaindera sudah berfungsi, pertumbuhan fisik dan perkembangan motorik berlangsung cepat, memiliki kemampuan belajar dan mengingat, kelekatan terhadap orangtua atau benda lainnya, kesadaran diri berkembang, komprehensi dan bahasa berkembang pesat, dan memiliki rasa ketertarikan terhadap anak lain meningkat.

3) Masa prasekolah

Masa seorang anak memandang keluarga masih merupakan fokus dalam hidupnya meski anak lain menjadi lebih penting, keterampilan motorik kasar dan halus serta kekuatan meningkat, kemampuan mengontrol dan merawat diri meningkat, kreativitas dan imajinasi lebih berkembang, imaturitas kognitif mengakibatkan pandangan yang tidak logis terhadap dunia sekitar, perilaku masih egosentris namun pengertian terhadap pandangan orang lain mulai tumbuh.

4) Masa praremaja

Masa seorang anak menganggap teman sebaya sangat penting, mulai berpikir logis, egosentris berkurang, memori dan kemampuan bahasa meningkat, kemampuan kognitif meningkat, konsep diri tumbuh yang mempengaruhi harga dirinya, pertumbuhan fisik lambat, kekuatan dan keterampilan atletik meningkat.

5) Masa remaja

Masa seorang anak mengalami perubahan fisik secara cepat dan jelas, dimulainya maturitas reproduktif, teman sebaya dapat mempengaruhi perkembangan dan konsep dirinya, kemampuan berpikir abstrak dan menggunakan alasan yang bersifat ilmiah sudah berkembang, sifat egosentris menetap pada beberapa perilaku, hubungan dengan orangtua baik.

b. Kematangan anak berdasar tingkatan usia

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.

c. 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 (Soetjiningsih & 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 (Soetjiningsih & 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 (Soetjiningsih & Ranuh, 2012).

d. Perkembangan personal anak (kecemasan dan cemas).

Kelahiran merupakan situasi menegangkan yang dialami oleh bayi. Para ahli mempercayai bahwa kecemasan dibawa sejak lahir dan refleks Moro merupakan cerminan suatu kecemasan 'jatuh'. Ahli yang lain mempercayai bahwa kecemasan adalah suatu reaksi pembelajaran (refleks 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 kaca mata. 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).

6. Rencana Perawatan Gigi

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

- a. Pengobatan medik (*Medical treatment*)

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, otolarngologis, 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.

b. 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.

c. 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 ditangguhkan, 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.

d. 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, dimana 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) *Openness* (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 .

7. 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) :

a. Dewasa

- 1) *Modified Corah Dental Anxiety Scale.*
- 2) *Visual analogue scale.*
- 3) *Short Dental Anxiety Scale.*

b. Anak – anak

1) *Children's Fear Survey Schedule Dental Subscale*.

2) *Smiley Faces Scale (also known as Wong or Venham faces)*.

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

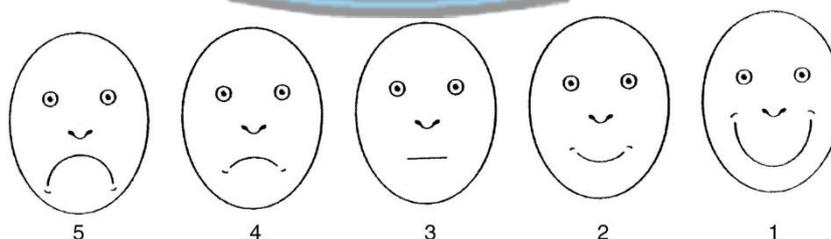
Children's Fear Survey Schedule merupakan salah satu kuesioner untuk menilai kecemasan dental. Saat ini, CFSS-DS telah diterjemahkan dan diadaptasi ke dalam beberapa bahasa dan negara. Koefisien Cronbach untuk reliabilitas internal untuk instrumen ini adalah sekitar $\alpha = 0,85 - 0,92$. Tingginya 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 anda merasa takut pada dokter gigi, pada dokter, disuntik, bila seseorang memeriksa mulutnya, bila diminta membuka mulut, bila ada orang yang tidak dikenal menyentuhnya, 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 cemas, skor 3 cukup cemas, skor 4 agak cemas, dan yang terakhir yaitu skor 5 menunjukkan sangat cemas. Anak – anak yang memiliki skor ≥ 38 termasuk dalam kelompok cemas, sedangkan mereka yang memiliki skor ≤ 38 termasuk dalam kelompok tidak cemas (Beena, 2013).

9. *Facial Image Scale (FIS)*

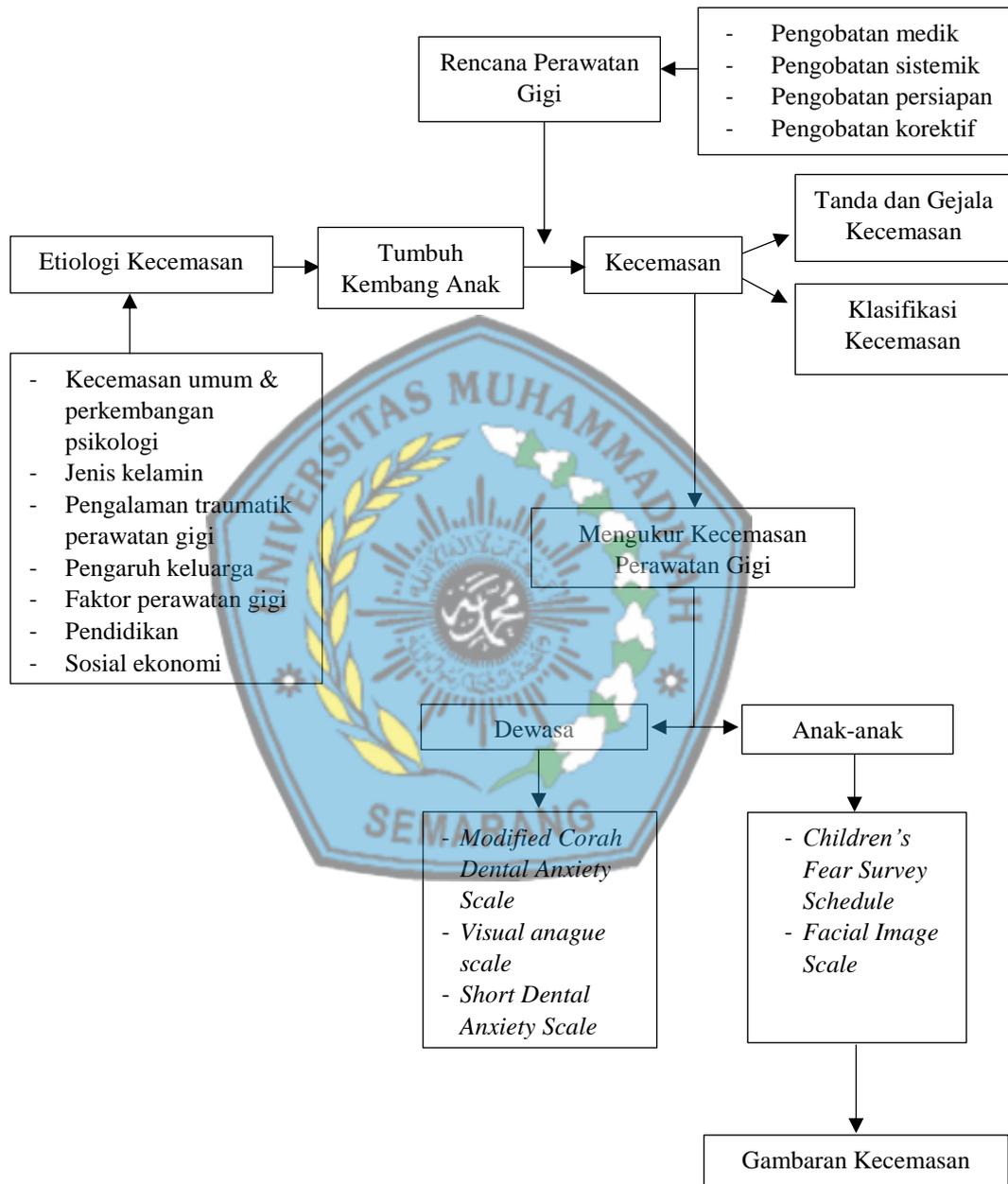
Facial Image Scale (FIS) merupakan alat ukur yang digunakan untuk mengetahui tingkat kecemasan seseorang berdasarkan pada ekspresi yang ditunjukkan oleh pasien. Pengukuran tingkat kecemasan dengan FIS ini menggunakan sistem skor dari 1 sampai dengan 5. Skor 1 menunjukkan ekspresi wajah sangat senang sedangkan skor 5 menunjukkan ekspresi wajah sangat tidak senang (Buchanan & Niven, 2002).



Gambar 2.1 *Facial Image Scale*

B. Kerangka Teori

Gambar 2.2 Bagan Kerangka Teori



C. Kerangka Konsep

Gambar 2.3 Bagan Kerangka Konsep

