

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah kesehatan gigi dan mulut di Indonesia masih memiliki angka kejadian yang tinggi. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018, permasalahan kesehatan gigi dan mulut di Indonesia adalah sebesar 57,6% (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018). Terdapat tiga permasalahan utama yang sering muncul yaitu karies, penyakit periodontal, dan maloklusi (Garbin et al., 2010). Prevalensi kejadian maloklusi di Indonesia sendiri termasuk tinggi, yaitu sebesar 80% (Laguhi et al., 2014).

Maloklusi adalah ketidaksesuaian hubungan gigi dan atau rahang. Maloklusi dapat diidentifikasi berdasarkan hubungan rahang atas dan rahang bawah. Penyebab maloklusi adalah multifaktorial dan hampir tidak pernah memiliki satu penyebab yang spesifik (Polanunu, 2012). Maloklusi tidak menimbulkan rasa sakit sehingga sering diabaikan, berbeda dengan karies dan penyakit periodontal. Maloklusi yang tidak dikoreksi dapat menyebabkan berubahnya profil wajah, karies, penyakit periodontal, serta gangguan pada sendi temporomandibula (Wijayanti et al., 2014).

Ada banyak sistem penggolongan maloklusi, salah satunya adalah Klasifikasi Angle. Klasifikasi tersebut paling sering digunakan secara luas sampai saat ini (Garbin et al., 2010). Penggolongan maloklusi berdasarkan klasifikasi Angle dilihat dari relasi gigi molar permanen pertama rahang atas

dan rahang bawah. Terdapat tiga klas dalam klasifikasi Angle, yaitu klas I, klas II, dan klas III (Iyyer, 2012).

Maloklusi sering terjadi pada anak usia 10-12 tahun, dimana usia tersebut merupakan periode gigi bercampur. Perubahan dimensi gigi dari gigi sulung ke gigi tetap yang terjadi pada periode gigi bercampur tersebut menyebabkan terjadinya maloklusi (Jones dan Oliver, 2000). Penelitian yang dilakukan oleh Garbin kepada anak usia 12 tahun di Brazil pada tahun 2010, menunjukkan kejadian maloklusi adalah sebesar 66,76% (Garbin et al., 2010). Maloklusi juga dapat disebabkan oleh berbagai macam faktor, seperti faktor genetik dan faktor lingkungan. Faktor tersebut dapat menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan pertumbuhan dentofasial sehingga terjadi maloklusi (Wijayanti et al., 2014).

Anak berkebutuhan khusus (ABK) menurut WHO adalah seseorang yang memiliki keterbatasan fisik atau mental untuk ikut berpartisipasi penuh dalam aktivitas normal seusianya, termasuk aktivitas sosial, hiburan, edukasi, dan pekerjaan. Jumlah ABK di Indonesia menurut data Badan Pusat Statistik (BPS) di tahun 2017 ini mencapai 1,6 juta anak (Aslan, 2017). Hasil Survei Kesehatan Nasional (Susenas) tahun 2012 menunjukkan penyandang disabilitas terbanyak adalah yang mengalami lebih dari satu jenis keterbatasan (39,97%), yang kemudian diikuti tunanetra (29,63%) (Kemenkes RI, 2014).

ABK mempunyai karakteristik yang berbeda dengan anak lainnya, sehingga memerlukan bentuk pelayanan pendidikan khusus sesuai dengan kemampuan yang mereka miliki. ABK biasanya bersekolah di Sekolah Luar

Biasa (SLB) sesuai dengan kekhususannya masing-masing. Pada tahun 2016, didapatkan jumlah SLB Negeri di Indonesia adalah sebanyak 391 sekolah (Kemdikbud, 2016). SLB terdiri dari beberapa bagian sesuai dengan kekhususan yang dimiliki oleh anak. SLB bagian A untuk tunanetra, SLB bagian B untuk tunarungu, SLB bagian C untuk tunagrahita, SLB bagian D untuk tunadaksa, SLB bagian E untuk tunalaras, dan SLB bagian G untuk cacat ganda (Dermawan, 2013).

Keterbatasan yang dimiliki oleh ABK menyebabkan mereka cenderung memiliki status kesehatan mulut yang lebih buruk dari orang normal. Anak tunanetra memiliki kontrol visual yang rendah sehingga mereka memiliki risiko untuk jatuh dan mengalami fraktur pada gigi yang cukup tinggi. Kontrol visual yang rendah juga dapat menyebabkan mereka kesulitan dalam menjaga kebersihan rongga mulut. Anak tunanetra akan mengandalkan kepekaan lidahnya untuk mengetahui bagian giginya yang masih kotor (Titien, 2012). Anak tunarungu dan tunawicara memiliki keterbatasan dalam berkomunikasi. Keterbatasan tersebut menghambat mereka dalam memperoleh informasi tentang menjaga kesehatan rongga mulut, yang dapat menyebabkan anak tunarungu dan tunawicara memiliki prevalensi permasalahan kesehatan rongga mulut lebih tinggi dari anak normal (Agusta R et al., 2015). Anak tunagrahita memiliki tingkat kecerdasan yang lebih rendah dari anak normal, sehingga memerlukan bantuan orang lain dalam beraktivitas. Kekurangan tersebut membuat mereka kesulitan dalam menjaga kesehatan rongga mulutnya secara mandiri (Palupi et al., 2017). Anak tunadaksa memiliki keterbatasan dalam

melakukan aktivitas fisik dikarenakan adanya kelainan neuromuskuler dan struktur tulang baik bersifat bawaan, sakit, atau akibat kecelakaan. *Cerebral palsy*, lumpuh, dan polio termasuk ke dalam tunadaksa (Tulangow et al., 2015).

Penelitian yang dilakukan oleh Tulangow pada ABK di Manado menyebutkan bahwa indeks DMF-T pada ABK adalah sebesar 4,4 (Tulangow et al., 2015). Penelitian yang dilakukan oleh Marimbun pada kelompok tunanetra menyebutkan bahwa sebanyak 80,6% memiliki status karies yang tinggi (Marimbun et al., 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Fadillah di Makassar, sebanyak 53,3% tunarungu memiliki indeks DMFT dengan kategori karies sedang-tinggi (Dwiputri, 2014). Karies merupakan salah satu faktor yang dapat menjadi penyebab terjadinya maloklusi. Karies pada gigi desidui dapat menyebabkan premature loss atau tanggalnya gigi desidui sebelum waktunya. Premature loss menyebabkan pergerakan dari gigi yang berada di dekat daerah yang hilang, yang nantinya dapat menyebabkan maloklusi (Herawati et al., 2015). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Byarugaba, angka prevalensi maloklusi pada ABK adalah sebesar 69% (Byarugaba V et al., 2017). Penelitian lainnya yang dilakukan pada anak autis menunjukkan prevalensi maloklusi sebesar 86% dan prevalensi maloklusi pada anak normal adalah sebesar 76% (Octiara dan Fahnia, 2014).

Kebiasaan buruk seperti mendorong lidah melewati gigi hingga terjulur serta bernapas melalui mulut juga dapat menyebabkan terjadinya maloklusi (Joelijanto, 2012). Pada ABK, khususnya *cerebral palsy*, prevalensi kebiasaan menjulurkan lidah adalah sebesar 41,5% (Ortega et al., 2007). Sebuah penelitian

yang dilakukan di Brazil didapatkan anak dengan kebiasaan bernapas melalui mulut memiliki kemungkinan terjadinya maloklusi 10 kali lebih besar daripada mereka yang bernapas melalui hidung (Góis et al., 2008). Souki melakukan penelitian pada anak usia 2-12 tahun yang memiliki kebiasaan bernapas melalui mulut, ditemukan prevalensi *anterior open bite* dan maloklusi klas II tertinggi pada tahap gigi geligi campuran (Souki et al., 2009). Penelitian yang dilakukan oleh Yuanisa pada anak yang memiliki kebiasaan bernapas melalui mulut menunjukkan bahwa sebesar 35,8% dari mereka memiliki maloklusi klas II divisi 1 (Yuanisa et al., 2016).

Kejadian maloklusi pada ABK cukup banyak ditemui. Penelitian yang dilakukan oleh Byarugaba menyatakan mayoritas ABK memiliki maloklusi klas I Angle, yaitu sebanyak 78% (Byarugaba V. et al., 2017). Penelitian yang dilakukan oleh Muppa di India, menyebutkan bahwa kejadian maloklusi klas I tertinggi pada kelompok tunarungu dan tunawicara (19,77%), maloklusi klas II tertinggi pada kelompok retardasi mental/tunagrahita sedang (15,92%), dan maloklusi klas III tertinggi pada kelompok tunagrahita ringan (7,79%) (Muppa et al., 2013).

ABK dalam Islam memiliki derajat yang setara dengan anak-anak lainnya. Dalam Qs. An-Nuur ayat 61 disebutkan:

” Tidak ada halangan bagi orang buta, tidak (pula) bagi orang pincang, tidak (pula) bagi orang sakit, dan tidak (pula) bagi dirimu, makan (bersama-sama mereka) di rumah kamu atau di rumah bapak-bapakmu, di rumah ibu-ibumu, di rumah saudara-saudaramu yang laki-laki, di rumah saudara-saudaramu

yang perempuan, di rumah saudara-saudara bapakmu yang laki-laki, di rumah saudara-saudara bapakmu yang perempuan, di rumah saudara-saudara ibumu yang laki-laki, di rumah saudara-saudara ibumu yang perempuan, (di rumah) yang kamu miliki kuncinya atau (di rumah) kawan-kawanmu. Tidak ada halangan bagi kamu makan bersama-sama mereka atau sendiri-sendiri. Apabila kamu memasuki rumah-rumah hendaklah kamu memberi salam (kepada penghuninya, yang berarti memberi salam) kepada dirimu sendiri, dengan salam yang penuh berkah dan baik dari sisi Allah. Demikianlah Allah menjelaskan ayat-ayat(-Nya) bagimu, agar kamu mengerti.”

Ayat tersebut memiliki makna kesetaraan bagi ABK untuk dapat hidup normal berdampingan dengan orang lain. Dalam ayat yang lain, yaitu Qs. At-Tin ayat 4 yang memiliki arti:

“Sungguh, Kami telah menciptakan manusia dalam bentuk yang sebaik-baiknya,”

Allah swt berfirman bahwa semua manusia yang ada di bumi telah diciptakan dalam keadaan yang paling sempurna, termasuk juga ABK.

Seperti yang telah dijabarkan di atas, ABK cenderung memiliki maloklusi dikarenakan kebiasaan serta kekurangan yang mereka miliki, sehingga peneliti ingin mengetahui tentang gambaran kejadian maloklusi Angle pada ABK.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran kejadian maloklusi Angle pada siswa SLB Negeri Semarang?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran maloklusi Angle pada siswa SLB Negeri Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan frekuensi dan distribusi maloklusi Angle pada siswa SLB Negeri Semarang
- b. Menguraikan maloklusi Angle pada siswa SLB Negeri Semarang

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Sebagai pembaruan dari ilmu kedokteran gigi yang sudah ada, khususnya tentang gambaran kejadian maloklusi Angle pada ABK.

2. Bagi Institusi

Hasil penelitian dapat memberikan informasi mengenai gambaran kejadian maloklusi Angle pada ABK, serta dapat digunakan sebagai pertimbangan penelitian selanjutnya.

3. Bagi Masyarakat

Sebagai informasi baru agar masyarakat lebih memperhatikan kesehatan gigi dan mulutnya.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Judul	Nama peneliti	Tujuan	Hasil
1.	Hubungan Tingkat Keparahan Maloklusi Terhadap Terjadinya Karies Pada Siswa	Fadillah Nurhidayah Dwiputri	Mengetahui hubungan tingkat keparahan maloklusi terhadap terjadinya karies pada	Ada hubungan tingkat keparahan maloklusi terhadap terjadinya karies

	Tunarungu Di SLBN Pembina Makassar		siswa tunarungu di SLBN Pembina Makassar	
2.	Gambaran maloklusi dan kebutuhan perawatan ortodonti pada anak usia 9-11 tahun (Studi pendahuluan di SD At-Taufiq, Cempaka Putih, Jakarta)	Putri Wijayanti, Krisnawati, dan Nada Ismah	Mendeskripsikan maloklusi dan kebutuhan perawatan ortodonti pada anak usia 9-11 tahun	Sebagian besar maloklusi adalah klas I Angle dan membutuhkan perawatan ortodonti
3.	Persentase maloklusi angle kelas II divisi 1 pada anak dengan kebiasaan bernafas melalui mulut	Sharina Yuanisa, Isnaniah Malik, dan Risti Saptarini	Mengetahui persentase maloklusi Angle kelas II divisi 1 pada anak dengan kebiasaan bernafas melalui mulut	Sebanyak 19 anak (35,8%) dari 53 anak dengan kebiasaan bernafas melalui mulut memiliki maloklusi Angle kelas II divisi 1
4.	Persentase maloklusi pada anak autis dan anak normal di Kota Medan	Essie Octiara, Zilda Fahnia	Mengetahui persentase maloklusi berdasarkan klasifikasi Angle dan Dental Aesthetic Index pada 50 anak autis dan 50 anak normal usia 6-18 tahun	Persentase maloklusi pada anak autis adalah 86% dan anak normal 76%

