

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Demografi

Menurut Jacob S Siegel dan David A Swanson (2004), demografi merupakan sebuah *scientific study* yang mempelajari tentang populasi manusia, termasuk ukuran, distribusi, dan komposisinya. Dari definisi tersebut kita dapat menyimpulkan demografi fokus pada lima aspek populasi manusia: (1) ukuran, (2) distribusi, (3) komposisi, (4) dinamika populasi, (5) determinan sosioekonomi dan konsekuensi dari perubahan populasi. Ukuran populasi merupakan jumlah orang di suatu daerah pada suatu waktu. Distribusi populasi merujuk pada bagaimana populasi tersebar pada ruang geografis pada suatu waktu. Komposisi populasi tersebut merujuk pada jenis kelamin, usia, dan kategori demografi lainnya. Lingkup dari kategori demografi yang sesuai dengan studi demografi menjadi subjek yang diperdebatkan. Semua *demographer* menyetujui jika usia, jenis kelamin, laju pertumbuhan, tahun kelahiran, dan tempat kelahiran merupakan karakteristik dari demografi. Semua karakteristik tersebut merupakan karakteristik yang pada dasarnya tidak akan berubah sepanjang masa masing-masing individu. Karakteristik tersebut merupakan karakteristik asal. Banyak karakteristik lain yang masuk ke dalam pengamatan *demographer*. Karakteristik tersebut terbagi dalam daftar panjang dari karakteristik sosial dan ekonomi, termasuk kelahiran, etnis, keturunan, agama, kewarganegaraan, status perkawinan, karakteristik rumah tangga, pengaturan hidup, tingkat pendidikan, riwayat pendidikan, status tenaga kerja, pendapatan, dan kekayaan. Sebagian besar dari karakteristik tersebut dapat berubah pada kehidupan individu.

Karakteristik ini disebut karakteristik yang didapat. Tentu saja beberapa dari karakteristik tersebut merupakan spesialisasi dari disiplin lain, meskipun fokusnya berbeda-beda. Beberapa dapat digolongkan sebagai demografi semua area tentang pertanyaan mana yang akan ditanyakan pada sensus.

Dalam definisi sempit, komponen yang mengalami perubahan adalah kelahiran, kematian, dan migrasi. Pada pengertian umum, ditambahkan pernikahan dan perceraian sebagai proses yang mempengaruhi kelahiran, formasi rumah tangga, dan pembubaran rumah tangga; dan peran dari penyakit, morbiditas, sebagai proses yang mempengaruhi kelahiran. Sebuah studi interrelasi dari faktor tersebut dan faktor umur / jenis kelamin menentukan bagian dari demografi formal. Di luar dari faktor perubahan demografi, ada sebuah host sosial dan karakteristik ekonomi, seperti yang terdaftar di sini, mewakili sebab dan akibat perubahan pada komponen dasar karakteristik demografi dan komponen dasar perubahan. Studi dari topik ini menentukan bagian dari sosial dan ekonomi demografi. Hal tersebut harus menjelaskan bahwa lingkup demografi tidak dibatasi ketat dan wilayahnya *overlap* dengan disiplin ilmu lainnya (Siegel dan Swanson, 2004).

2.1.1 Status Pendidikan

Orang tua merupakan guru pertama anak dan memegang peranan penting untuk menjaga kesehatan mulut anak tersebut. Faktor dari orang tua seperti pengetahuan, sikap, dan perilaku sangat mempengaruhi perilaku anaknya. Orang tua mempengaruhi gaya hidup, kepercayaan tentang kesehatan, dan perilaku tetapi bervariasi tergantung faktor sosio-ekonomi dari orang tua. Tingkat pendidikan orang tua berhubungan dengan sikap dan perilaku yang juga akan berpengaruh pada anak (Mitrakul *et al*, 2012).

Semakin tinggi tingkat pendidikan, jumlah gigi yang masih sehat dan status kesehatan mulut individu tersebut juga tinggi. Mereka lebih peduli dengan kebersihan gigi dan mulut. Seseorang dengan tingkat pendidikan yang tinggi lebih termotivasi untuk mengunjungi dokter gigi secara rutin. Hal ini ditunjukkan dengan kepedulian orang tua yang membawa anak berkunjung ke dokter gigi secara rutin baik untuk tindakan restoratif ataupun kuratif (Lolong, 2013). Dengan rutusnya kunjungan ke dokter gigi, maka anak akan menunjukkan perilaku positif terhadap perawatan (Bayraktar *et al*, 2009).

Pendidikan merupakan variabel penting pada perhitungan perilaku demografi dan salah satu karakteristik sosial seseorang yang sering dimasukkan dalam survei demografi. Untuk menyediakan batasan dalam klasifikasi tingkat pendidikan, dapat dilihat melalui (Siegel dan Swanson, 2004):

- a. *Educational Input*, yaitu pendidikan yang akan dilalui
- b. *Educational Progression*, yaitu pendidikan yang sedang dilalui
- c. *Educational Output*, yaitu pendidikan terakhir yang telah dilalui

2.1.2 Pekerjaan

Karakteristik ekonomi merupakan salah satu aspek demografi yang mendapatkan perhatian khusus dalam survei demografi. Seorang ekonomi aktif adalah seseorang yang terlibat dalam produksi ekonomi barang atau jasa. Seorang ekonomi aktif dapat bekerja atau tidak bekerja. Seseorang dikatakan sebagai pekerja memenuhi kriteria bekerja dalam jangka beberapa waktu atau sebenarnya memiliki pekerjaan tetapi tidak bekerja sementara karena alasan tertentu. Sedangkan dikatakan tidak bekerja adalah orang yang tidak memiliki pekerjaan tetap dalam jangka waktu yang cukup lama. Klasifikasi pekerjaan yang

sering digunakan adalah dengan mengelompokkan pekerjaan sesuai status sosioekonominya. Dilakukan dengan pengukuran pendapatan dan tingkat pendidikan minimal yang dibutuhkan untuk pekerjaan tertentu (Siegel dan Swanson, 2004).

Pekerjaan juga berpengaruh terhadap sikap dan perilaku anak dalam menjaga kesehatan mulut. Orang tua dengan karir yang sibuk mempengaruhi kemampuannya untuk memberikan perhatian tentang kesehatan mulut anak. Jika tingkat pendidikan berhubungan dengan sikap dan perilaku, pekerjaan berhubungan dengan perilaku saja. Terdapat kemungkinan anak dari keluarga dengan penghasilan tinggi mengunjungi dokter gigi secara rutin, sehingga perilaku anak terhadap perawatan lebih positif. (Mitrakul *et al*, 2012).

2.1.3 Wilayah Tempat Tinggal

Wilayah tempat tinggal diperlukan untuk memenuhi berbagai keperluan demografi. Pada beberapa negara, distribusi populasi padat pada beberapa tempat tetapi jarang pada tempat yang lain. Misalnya di kota yang hanya beberapa kilometer persegi tetapi dihuni oleh jutaan penduduk. Sedangkan di daerah desa atau pegunungan hanya dihuni satu atau dua keluarga tiap kilometer. Klasifikasi area geografi dapat disederhanakan lagi menjadi keseluruhan negara, pembagian wilayah kota secara mayor, pembagian wilayah kota secara minor, serta desa dan kota (Siegel dan Swanson, 2004).

Wilayah tempat tinggal juga menunjukkan pengaruh terhadap kesehatan mulut anak. Sebuah studi melaporkan bahwa anak-anak dari daerah pedesaan memiliki tingkat karies yang tinggi dan kurang membiasakan praktek kesehatan gigi dan mulut dalam kehidupan sehari-hari. Anak-anak yang tinggal di pedesaan

juga dilaporkan memiliki frekuensi kunjungan ke dokter gigi yang kurang, sedangkan tidak ada perbedaan pengkonsumsian makanan manis pada anak-anak kota dan pedesaan (Sufia *et al*, 2009).

Sebuah studi menemukan bahwa orang tua yang tinggal di daerah terpencil memiliki pengetahuan lebih rendah dan perilaku kurang positif terhadap kesehatan gigi dan mulut yang mengindikasikan faktor tersebut berhubungan dengan perilaku anak (Williams *et al*, 2002).

2.2 Perilaku Anak

2.2.1 Tahap Perkembangan Anak

Masa perkembangan anak dibagi dalam beberapa tahap (Behrman *et al*, 2000), yaitu :

1. Masa sebelum lahir (masa pre-natal)

Pada masa ini terbentuk potensi-potensi yang berpengaruh pada perkembangan selanjutnya. Hal-hal yang dapat mempengaruhi perkembangan anak, yaitu gizi, penyakit dan lain-lain.

2. Masa bayi

Fase ini dimulai sejak bayi lahir sampai berumur 2 tahun. Bayi mengalami perkembangan dalam hal motorik kasar, komunikasi dan bahasa, serta kognitif. Dalam masa ini juga terjadi erupsi gigi desidui yang dimulai dari insisiv sentral rahang bawah pada usia 5-7 bulan dan diakhiri molar kedua pada usia 20-30 bulan.

3. Masa Prasekolah

Disebut juga masa kanak-kanak awal antara 2-5 tahun. Pada umur 1,5 – 3 tahun, anak mulai mempunyai kebutuhan sosial dengan belajar atau mengenal bahaya, mengetahui peraturan dan disiplin, belajar mematuhi peraturan sosial

dan mengetahui kebersihan, anak belajar adanya hadiah / hukuman (*reward and punishment*).

Pada umur 4 – 5 tahun anak-anak sudah dapat menggunakan konsep bahasa, mengenal lingkungan diluar rumah / bermain dengan anak lain, membedakan laki-laki dan perempuan, berkembang kebutuhan akan pujian dan hadiah, serta tingkah lakunya mulai menghindarkan celaan dan hukuman.

Adapun ciri-ciri perkembangan anak pra-sekolah :

a. Perkembangan motorik / fisik

Anak-anak pada usia ini lebih lincah dan aktif. Terjadi juga perubahan perubahan dalam hal ukuran, keterampilan menggunakan otot, koordinasi motorik.

b. Perkembangan sosial

Terjadi perubahan dari fungsi ketergantungan ke fungsi mandiri (otonomi). Pergaulan anak bertambah luas, ingin melakukan berbagai kegiatan, menunjukkan proses pertumbuhan ke arah fungsi mandiri.

c. Perkembangan intelektual

Fungsi berfikir dan kemampuan berbahasa akan berkembang karena pematangan fungsi berfikir dan organ-organ bicara.

4. Masa anak sekolah

Disebut juga *masa laten*, perlakuan baik pada perawatan gigi yang diberikan pada masa sebelumnya akan bermanfaat untuk waktu yang akan datang. Masa ini berlangsung diantara umur 6 – 12 tahun. Masa ini adalah masa kehilangan gigi, masa perubahan fisik yang cepat, masa meraih identitas yang tidak bergantung pada orang lain, masa untuk mengalami kelakuan dan berfikir realistik. Untuk dokter gigi dapat memanfaatkan periode ini karena anak menganut

tingkah laku melibatkan diri, anak dapat menerima alasan-alasan untuk mengurangi rasa cemasnya.

5. Masa remaja

Masa ini berlangsung antara 13 – 21 tahun. Dengan pembagian masa prapuber (13-14 tahun), masa puber (14-17 tahun) dan masa yang paling sukar, ini merupakan masa peralihan dimana terjadi peralihan anak menjadi dewasa. Anak cenderung untuk berbuat sosial dan mudah hanyut dalam godaan, juga menentang, mengganggu ketertiban, keras kepala, mudah marah. Masa remaja adalah waktu yang tenang dalam siklus kehidupan, dimana anak mulai belajar menyesuaikan diri.

2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Tingkah Laku Anak

2.2.2.1 Perkembangan Psikologis

Menurut Charlotte Bauhier dalam Santrock (2007), perkembangan psikologis anak meliputi fase:

1. Fase 0-1 tahun

Dalam masa ini anak melatih fungsi motorik menggerak-gerakkan badan dan anggota badan, serta menghayati obyek di luar diri sendiri

2. Fase 1-4 tahun

Hubungan dengan benda sekitar makin meluas. Anak mulai mengenal dunia secara subyektif, serta dapat memindahkan keadaan batinnya pada benda di luar dirinya seperti bercakap-cakap dengan boneka atau binatang.

Pada usia 2 tahun perbendaharaan kata mencapai kurang lebih 200 kata dan mulai menggunakan tata bahasa sederhana sampai usia 4 tahun. Usia 3-4 tahun perkembangan otak bertambah matang, dapat menggunakan perasaan

secara verbal, belum memahami hubungan sebab akibat, dan perasaan cemas akan kehilangan orang yang dicintai, misalnya: perpisahan dengan orang tuanya.

3. Fase 4 – 8 tahun

Dalam fase ketiga ini anak mulai berbaaur dengan masyarakat dan mengenal dunia secara obyektif. Arti prestasi, pekerjaan, tugas, dan kewajiban juga sudah mulai dimengerti. Anak sudah mampu bersosialisasi, mempunyai tokoh identifikasi baru di luar orang tua misalnya guru, dan mulai mempunyai banyak teman.

4. Fase 8 – 13 tahun

Anak mulai memisahkan diri dari orang lain dan sekitarnya secara sadar. Anak mencapai obyektifitas yang tertinggi, mulai memasuki masa bereksperimen, dan memiliki rasa ingin tahu yang besar.

5. Fase 9 - 10 tahun

Pada fase ini sikap empati dan perhatian pada orang lain lebih berkembang. Anak perempuan pun semakin sadar akan penampilan. Anak berpendapat perbuatan baik merupakan perbuatan yang diterima masyarakat dan perbuatan yang bisa turut mempertahankan norma sosial yang ada. Hal ini dilakukan karena ingin disebut anak baik dan menghindari celaan orang-orang di sekitarnya.

6. Fase 13 - 19 tahun

Merupakan masa penemuan diri dan mulai memasuki batas kedewasaan.

2.2.2.2 Pengaruh Orang Tua

Menurut Hendrastuti Fajriani dalam Soeparmin (2009), orang tua sangat berperan pada perawatan gigi anak, sikap yang masih sering dijumpai adalah

orang tua jarang sekali mengantar anaknya ke dokter gigi untuk pemeriksaan rutin atau sekedar untuk konsultasi, Biasanya orang tua baru mengantar anaknya ke dokter gigi apabila ada keluhan atau anak sakit gigi. Sikap yang demikian tentunya kurang menguntungkan sebab selain perawatannya lebih sulit bagaimanapun juga mencegah lebih baik daripada mengobati.

Dokter gigi perlu mengetahui beberapa informasi mengenai kondisi anak kepada orang tuanya,serta mengamati bagaimana hubungan anak itu kepada orang tuanya. Didikan orang tua merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap perilaku anak menerima perawatan gigi. Sikap orang tua yang berpengaruh pada anak terhadap perawatan gigi antara lain:

1. Otoriter (Disiplin keras)

Paham ini menghendaki kesempurnaan dalam segala hal (perfectionisme). Orang tua yang otoriter menganggap anak-anak yang sedang membentuk kebiasaan-kebiasaan itu dapat dibentuk tingkah lakunya menurut ukuran tingkah laku tertentu, berpedoman pada program yang berbentuk garis lurus. Hal ini sering menyebabkan sikap anak bereaksi negatif karena merasa tidak aman dan bertindak bertolak belakang dari yang diinginkan (negativisme).

2. Liberal (Laissezfair)

Paham ini berpendapat "Dunia berputar dengan sendirinya", orang tua sedikit sekali campur tangan terhadap pendidikan anaknya, sehingga cenderung membiarkan anak karena anak akan mengetahui dan memilih apa yang terbaik baginya. Orang tua kurang memberikan bimbingan fisik maupun mental sehingga anak-anak menunjukkan gejala kurang disayang (*under affection*).

3. Perkembangan (*Developmental*)

Paham ini mengakui adanya kekuatan keturunan dan merupakan kombinasi dari kedua paham diatas. Tujuannya mengembangkan potensi yang terbaik pada anak. Paham ini memberikan kepercayaan pada anak untuk pengaturan diri dan penyesuaian diri setelah diberi pengarahan yang baik. Falsafah yang dianut orang tua memberikan pengaruh pada tingkat / kriteria tertentu merupakan interaksi yang mereka peroleh dari orang tua mereka dan melihat bagaimana hubungan anak dengan orang tuanya. Beberapa sikap orang tua telah diidentifikasi dan dapat menentukan tingkah laku tertentu yang kurang baik pada anak-anak mereka, sikap tersebut yaitu (Soeparmin, 2009):

a. *Over Affection* (terlalu memanjakan anak)

Keadaan ini terjadi kemungkinan karena perkawinan pada usia lanjut, anak tunggal, anak bungsu dan anak angkat.

b. *Over Protection* (melindungi anak yang berlebihan)

Orang tua seperti ini tidak memberi kesempatan kepada anak untuk mengalami dan belajar mengatasi permasalahan. Sebagai akibatnya anak menjadi pemalu, takut terhadap situasi yang baru, dan kurang rasa percaya diri. Anak sering menolak kewajiban dan tingkah laku tak bertanggung jawab.

c. *Over Indulgence* (memenuhi keinginan anak tanpa batas)

Orang tua tidak membatasi keinginan dan kegiatan anak. Ayah dan ibu selalu berusaha memenuhi setiap permintaan anak, sehingga anak menjadi rusak akhlaknya. Gejalanya: Anak suka bikin ribut, berteriak, menendang jika kehendaknya tidak dipenuhi bahkan bisa terjadi cyanosis. Anak belajar memanipulasi orang tuanya untuk memenuhi apa yang mereka kehendaki.

d. *Over Anxiety* (kekhawatiran berlebihan)

Biasanya terjadi pada keluarga yang pernah mengalami kematian anak atau mempunyai anak tunggal. Perasaan perlindungan dan kasih sayang yang melewati batas yang wajar, sehingga pergaulan anaknya dengan anak lain dibatasi. Penyakit yang ringan sifatnya dianggap berat, bahkan kunjungan ke dokter gigi sering ditunda. Anak menjadi tergantung pada orang tuanya dalam segala hal. Anak menunjukkan perasaan gelisah, mudah takut, dan pemalu.

e. *Over Authority* (sikap terlalu keras)

Orang tua bersikap kritis dan selalu mencari kesalahan anak. Segala kegiatan anak dibatasi sehingga anak sering mencari jalan dengan berbohong. Akibatnya anak menyatakan perasaannya dalam bentuk negativisme, berupa sikap acuh tak acuh, sulit diajak berunding, tidak mempan terhadap nasihat. Anak mengalami rasa takut yang berlebihan terhadap dokter gigi dan biasanya akan menggunakan taktik penundaan sebagai cara untuk menghindari perawatan gigi.

f. *Under Affection* (sikap kurang kasih sayang)

Orang tua kurang peduli dan selalu tidak mempunyai waktu untuk anak karena alasan keadaan sosial atau keuangan. Hubungan ayah dan ibu yang tidak serasi, adanya ayah atau ibu tiri dapat menyebabkan perasaan anak kurang aman. Orang tua yang menyerahkan anak ke panti asuhan dapat juga menyebabkan kurang kasih sayang. Demikian juga pada keluarga yang tidak stabil, contohnya: ayah yang terlalu kejam atau perselisihan antara ayah dan ibu di masa lampau.

g. Rejection (sikap menolak)

Sikap ini dapat timbul karena kecurigaan antara ayah dan ibu terhadap anak, faktor ekonomi, orang tua belum matang untuk berkeluarga, kurang rasa tanggung jawab, menghendaki anak yang berkelamin sebaliknya. Seorang anak yang merasa ditolak keberadaannya akan merasa gelisah, hiperaktif, emosi tidak stabil, sukar berkonsentrasi. Anak yang mempunyai orang tua seperti diatas, akan berkembang menjadi orang yang egois, kasar, agresif, kegiatannya berlebihan. Secara fisik anak yang mendapat perlakuan tersebut suka memendam perasaan dan tidak suka pada tindakan yang menimbulkan rasa sakit.

2.2.3 Klasifikasi Perilaku Anak pada Perawatan Gigi

2.2.3.1 *Frankl's Behavior Rating Scale*

Salah satu sistem klasifikasi tingkah laku anak dalam perawatan gigi diperkenalkan oleh Frankl sebagai skala yang disebut *Frankl's Behavior Rating Scale*, biasa digunakan sebagai evaluasi tingkah laku misalnya di klinik atau penelitian. 4 kategori tingkah laku anak yang diperkenalkan oleh Frankl dkk adalah (Muthu dan Sivakumar, 2009):

1. Sangat negatif: menolak perawatan, meronta-ronta dan membantah, amat takut, menangis kuat-kuat, menarik atau mengisolasi diri, atau keduanya.
2. Negatif: enggan menerima perawatan, tidak kooperatif, menunjukkan beberapa perilaku negatif tetapi tidak secara terang-terangan seperti: cemberut, menarik diri.
3. Positif: berhati-hati menerima perawatan dengan agak segan, dengan taktik bertanya atau menolak, bersedia bekerjasama dengan dokter/perawat gigi.

4. Sangat positif: bersikap baik dengan operator, tidak ada tanda-tanda takut, tertarik pada prosedur, dan membuat kontak verbal yang baik.

2.2.3.2 Wright's Classification of Children Cooperative

Dalam menilai tingkah laku anak, Wright membagi beberapa kategori berdasarkan kooperatif anak (Muthu dan Sivakumar, 2009):

1. Cooperative

Anak-anak dalam kategori ini menunjukkan rasa takut minimal dan cukup santai dalam menerima perawatan gigi. Anak-anak tersebut memiliki hubungan yang baik dengan dokter gigi beserta tim. Mereka menunjukkan ketertarikan terhadap prosedur perawatan dan menikmati situasi. Dokter gigi dapat bekerja dengan efektif dan efisien terhadap anak tersebut sesuai pedoman, melakukan sesuai dalam kerangka kerja, dan menampilkan tingkat kerjasama yang baik.

2. Lacking Cooperative Ability

Anak pada tingkat ini kurang mempunyai kemampuan untuk menjadi kooperatif karena mental dan fisiknya yang belum cukup dewasa menurut umur atau kondisi tertentu. Kategori ini termasuk dua kelompok anak-anak yaitu yang pertama sangat muda yang secara emosional belum dewasa karena umur (kurang dari 2,5 tahun), anak ini dapat menimbulkan masalah perilaku yang besar dan sering disebut sebagai *precooperative children* atau tahapan anak prekooperatif.

Kelompok yang kedua termasuk anak yang lemah secara spesifik atau kondisi cacat, dengan defisiensi mental dan fisik. Anak-anak dengan kondisi spesifik tersebut tidak akan bisa kooperatif seperti anak-anak seusianya.

3. *Potentially Cooperative Behavior*

Anak yang mula-mula tidak kooperatif dengan pendekatan yang baik, tingkah lakunya dapat berubah dan dapat dirawat.

Penampilan anak pada kelompok yang mempunyai potensi kooperatif :

1) *Uncontrolled Behavior*

Tipe perilaku ini biasanya terlihat pada anak usia 3-6 tahun. Reaksi yang terlihat dalam bentuk *tantrum*, yang dapat bermula dari area resepsionis atau bahkan sebelum anak memasuki poli gigi. Ditandai dengan menangis keras, menolak secara fisik, memukul.

Tindakan segera untuk menangani saat terlihat perilaku tidak terkontrol adalah menjauhkan anak dari meja resepsionis segera sebelum menimbulkan reaksi dari anak lain. Perilaku anak harus diatasi untuk menghindari cedera fisik dari anak maupun tim *dental*. Komunikasi harus dilakukan untuk menjelaskan prosedur perawatan. Sebagian besar anak-anak yang dapat memahami situasi dapat mengontrol perilakunya.

2) *Defiant Behavior*

Perilaku ini menjadi tipikal perilaku anak sekolah dasar tetapi dapat ditemukan di kelompok umur lainnya. *Defiant behavior* atau tingkah laku melawan dapat dikategorikan sebagai perilaku yang terkontrol tetapi dibedakan dengan tipe jawaban 'saya tidak ingin', 'saya tidak membutuhkan', atau 'saya tidak akan' dari anak. Anak-anak seperti ini digolongkan ke dalam keras kepala atau manja. Mereka dapat menjadi sangat kooperatif setelah penjelasan prosedur dan mendapatkan kepercayaan diri yang tinggi.

Kegagalan komunikasi berdampak pada dokter gigi yang ingin melibatkan anak pada prosedur perawatan tetapi anak tidak merespon secara verbal.

Mereka dapat mengalihkan pandangan atau menolak situasi dengan mengatupkan gigi saat akan dilakukan pemeriksaan intraoral.

Perlawanan pasif sering ditemukan pada anak yang beranjak remaja. Mereka memiliki kebebasan untuk mengekspresikan apa yang mereka suka dan tidak suka di rumah dan saat dibawa ke dokter gigi mempengaruhi citra diri mereka dan memberontak.

Sikap melawan dapat menimbulkan masalah perilaku. Dokter gigi harus tegas dan berupaya agar mereka mengerti. Jika anak-anak tersebut menunjukkan rasa tidak suka pada perawatan gigi dan mulut, dokter gigi memberi tahu bahwa perawatan gigi pada dasarnya tidak menyenangkan. Jika anak mengatakan tidak menyukai jarum, dokter gigi mengakui bahwa jarum tidak menyenangkan. Hal pertama yang harus dilakukan adalah dokter gigi harus jujur. Kemudian pembicaraan diarahkan pada topik lain. Setelah itu, pembicaraan dilanjutkan mengenai konsekuensi dari mengabaikan masalah gigi dan bagaimana mengatasi ketakutan pada perawatan gigi.

3) *Timid Behavior*

Pemalu lebih ringan jika dibandingkan dengan perilaku tidak terkontrol dan melawan. Tetapi jika tidak ditangani secara tepat, maka bisa menjadi perilaku tidak terkontrol. Anak yang pemalu biasanya bersembunyi di belakang orang tuanya tetapi tidak menunjukkan perlawanan fisik pada prosedur yang terpisah. Beberapa mungkin berhenti atau ragu-ragu ketika diberikan arah. Mereka mungkin terisak atau merengek tetapi tidak menangis dengan histeris. Alasan menjadi pemalu karena lingkungan rumah yang terlalu protektif, tinggal di daerah yang terasing tanpa berhubungan dengan orang lain. Mereka takut terhadap orang asing atau situasi asing.

Anak dalam kategori ini membutuhkan peningkatan kepercayaan diri. Mereka butuh diarahkan dan ditangani dengan hati-hati dalam situasi perawatan gigi. Anak pemalu memiliki tingkat kecemasan yang tinggi dan tidak selalu mendengarkan serta memahami instruksi. Tim perawatan gigi harus menyadari hal ini dan sering mengulang panduan perilaku atau instruksi perawatan dan tindak lanjut.

4) *Tense Cooperative Behavior*

Perilaku anak dalam kategori ini tergolong *borderline*. Mereka menerima perawatan gigi dan kooperatif tetapi sangat tegang. Rasa tegang biasanya terlihat dari bahasa tubuh. Mata pasien anak mengikuti gerakan dokter gigi dan asistennya. Suara yang bergetar terdengar saat mereka berbicara atau berkeringat pada telapak tangan merupakan karakteristik dari kategori ini.

Dokter gigi yang sibuk atau kurang mengobservasi dapat gagal melihat masalah bagaimana anak kategori ini mengontrol emosinya. Anak kategori ini sering salah ditangani karena mereka hanya menerima perawatan begitu saja. Mereka dapat tumbuh dengan menerima keberadaan kedokteran gigi tetapi dengan perkembangan perilaku yang merugikan masa depan kesehatan gigi karena ketidaksukaan terhadap apa yang pernah dialaminya.

5) *Whining Behavior*

Merengek dapat ditemukan pada anak yang pemalu atau tegang. Karena merengek memainkan peran yang menonjol pada kategori tersebut, perilaku ini dideskripsikan sebagai entitas yang terpisah. Mereka memperbolehkan dokter gigi untuk melakukan prosedur tetapi merengek dan sering mengeluh sakit. Merengek dapat merupakan mekanisme untuk mengontrol rasa takut mereka. Tangisan terkontrol, konstan, tidak keras, sering tanpa air mata. Rengekan yang

terus menerus dapat menjadi tanda ketidaknyamanan saat perawatan dan kesabaran yang ekstra dibutuhkan saat berhadapan dengan anak kategori ini.

Rengekan dapat digunakan sebagai mekanisme anak untuk menghindari terdengarnya suara mesin kedokteran gigi yang mereka takuti. Hal ini dapat dikendalikan dengan memberi *headphone* dengan musik yang menenangkan. Klip visual juga dapat membantu mengalihkan perhatian anak saat dilakukan perawatan.

2.2.4 Rasa Takut Anak Pada Perawatan Gigi

Menurut Hendrastuti Fajriani dalam Mappahijah (2010), perkembangan fungsi penguasaan diri, perkembangan emosi seperti rasa takut, maupun perkembangan motorik pada anak belum berkembang sepenuhnya. Sehingga pada suatu perawatan, perilaku anak masih sulit dikendalikan.

Rasa takut terhadap perawatan yang dilakukan oleh dokter/perawat gigi, pada umumnya merupakan asumsi pribadi. Ketidaktahuan penderita akan perawatan yang dilakukan oleh dokter/perawat gigi, merupakan faktor utama timbulnya rasa takut. Selain itu, masih ada anggapan bahwa perawatan atau pengobatan gigi ke dokter gigi merupakan hukuman penderita terhadap keadaan gigi dan mulutnya yang buruk. Adanya asumsi tersebut merupakan hambatan untuk berobat.

Sumber utama rasa takut dalam perawatan gigi pada anak adalah riwayat medik yang telah dialami, kecemasan maternal, dan kepeduliannya terhadap masalah gigi. Bagi seorang anak, mungkin tidak ada bedanya antara seorang dokter umum dan dokter gigi, karena mereka memakai baju putih yang sama. Rasa sakit pada kunjungan ke dokter, dibayangkan oleh anak yang akan dialaminya saat berkunjung ke dokter gigi.

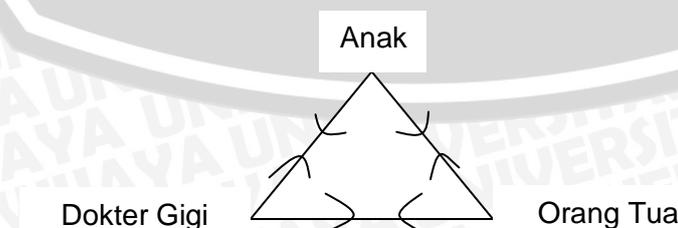
Pada anak yang sedang berkembang terutama anak pra-sekolah (3-5 tahun), mereka baru mulai memformulasikan konsep waktu dan diri serta membedakan suasana hati mereka dengan kejadian-kejadian eksternal. Anak belajar dari lingkungan dan keluarga merupakan yang pertama kali berpengaruh terhadap sikap anak. Telah dibuktikan bahwa, ada hubungan yang bermakna antara rasa takut itu dan tingkah laku anak pada usia 3-7 tahun pada kunjungan pertama ke dokter gigi. Selanjutnya ada pula hubungan yang sangat bermakna pada anak usia 3-4 tahun. Demikian pula dari saudara kandung, anak mulai mendengar cerita mengenai hal-hal yang tidak menyenangkan tentang perawatan gigi. Dari seluruh anggota keluarga pula, yang secara tidak sadar membicarakan bagaimana mereka menerima perawatan gigi, yang diikuti oleh anak yang belum pernah mempunyai pengalaman dalam perawatan gigi. Pengalaman yang tidak menyenangkan dalam perawatan gigi pada anak akan berpengaruh pula pada tingkah lakunya sehingga memerlukan waktu untuk mengembalikan kepercayaannya.

Rasa takut pada seorang anak kebanyakan terjadi pada kunjungan pertama ke dokter gigi tetapi pada umumnya anak dapat mengontrol rasa takut ini dengan daya pikirnya. Seorang anak tidak dapat mengontrol rasa takutnya juga disebabkan karena sikap orang tua yang salah sehingga menyebabkan rasa takut yang sudah ada sejak dari rumah. Biasanya sikap seorang anak sering berubah-ubah dalam waktu singkat, terkadang anak mau menerima perawatan gigi dengan baik tetapi disaat lain menjadi tidak patuh. Perubahan sikap ini biasanya disebabkan keinginan seorang anak untuk menghindari rasa sakit atau tidak nyaman yang ditafsirkan sebagai sesuatu yang mengganggu kesenangannya. (Mappahijah, 2010)

2.2.5 Pedodontic Treatment Triangle

Komunikasi dokter gigi dengan pasien anak merupakan hubungan yang berlangsung antara dokter gigi, pasien anak dan orang tua pasien selama proses pemeriksaan atau pengobatan. Komunikasi sangatlah diperlukan terutama saat menangani pasien anak. Dalam hal ini seorang dokter gigi harus terus meningkatkan profesionalismenya dengan terus menganut konsep belajar sepanjang hayat (Erawati, 2008)

Kesehatan gigi dan mulut pada anak mempunyai peranan yang sangat penting karena merupakan bagian integral dari seluruh kesehatan dan pertumbuhan. Karena itu komunikasi yang efektif antara dokter gigi, anak dan orang tua pasien merupakan komponen yang penting agar dapat menumbuhkan kepercayaan pasien. Hubungan yang efektif antar ketiganya dapat mengurangi keraguan akan perawatan gigi pada anak. Bila dokter gigi tanggap pada respon anak dan orang tua atas informasi yang disampaikan maka anak dan orang tua akan lebih terbuka dalam mendengar dan belajar. *Pedodontic Treatment Triangle* adalah gambaran hubungan antar komponen dalam segitiga perawatan pedodontik dimana setiap komponen saling berhubungan erat, posisi anak pada puncak segitiga dan posisi orang tua serta dokter gigi pada masing-masing sudut kaki segitiga. Garis menunjukkan komunikasi berjalan dua arah antar masing komponen dan merupakan hubungan timbal balik (Chandra, 2007).



Gambar 2.1 The Pedodontic Treatment Triangle given by Wright 1975
(Textbook of Community Dentistry, Fig.1.6)

Pedodontic Treatment Triangle terdiri dari tiga komponen, yaitu:

A. Anak

Perbedaan umum antara perawatan pasien dewasa dan anak terletak pada teknik komunikasi. Teknik komunikasi antara pasien anak dan dokter gigi dalam kasusnya merupakan hubungan satu untuk dua, yang berarti anak menjadi fokus perhatian dokter gigi dan orang tua. Ini digambarkan pada penempatan anak pada segitiga dimana anak menempati puncak dari segitiga dan menjadi fokus dari perhatian dokter gigi dan orangtua (Rao, 2008).

Efek dari kematangan emosional pada tingkah laku anak dalam perawatan gigi adalah semua anak melewati masa tingkatan tertentu dari perkembangan mental dan emosi. Berdasarkan tingkatan usia ini tingkah laku anak dan psikologis anak yang terpola secara terus-menerus menjadi berubah. Penting untuk mengidentifikasi tingkatan usia psikologis sebagai panduan untuk mensukseskan perawatan gigi pada anak. Skema tingkatan usia membantu untuk menghubungkan level dari kematangan emosional dengan rentang usia anak dalam perawatan gigi. Kematangan anak bisa dikelompokkan mengikuti kronologis tingkatan usia sebagai berikut ini (Chandra, 2007; Rao, 2008):

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 orang tuanya sangat sulit. Sebisa mungkin anak pada periode usia dua tahun ditemani oleh orang tua 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 aktivitas 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 ketakutan terhadap prosedur perawatan gigi karena dokter gigi bisa menjelaskan apa yang akan dilakukan dan alasan kenapa perawatan tersebut dilakukan.

B. Dokter Gigi

Posisi dokter gigi pada *Pedodontic Treatment Triangle* berada di sudut kiri bawah. Agar dapat tercipta komunikasi antar personal oleh dokter gigi dengan pasien anak dan orangtuanya, terdapat syarat yang harus dipenuhi yaitu (Rusmana, 2006; Rao, 2008):

1. Positiveness (sikap positif)

Dokter gigi diharapkan mau menunjukkan sikap positif pada pesan yang disampaikan oleh pasien anak atau orangtuanya seperti keluhan, usulan, pendapat, pertanyaan.

2. Supportiveness (sikap mendukung)

Ketika pasien atau orang tua pasien anak nampak ragu untuk memutuskan sebuah pilihan tindakan, maka dokter gigi diharapkan memberikan dukungan agar keraguan tersebut berkurang atau bahkan hilang.

3. Equality (keseimbangan antar pelaku komunikasi)

Yang dimaksud dengan kesamaan atau kesetaraan adalah bahwa diantara dokter gigi, pasien, dan orang tua pasien tidak boleh ada kedudukan yang sangat berbeda misalnya dokter yang menguasai semua keadaan dan pasien yang tidak berdaya.

4. Openess (sikap dan keinginan untuk terbuka)

Dokter gigi bila perlu juga mengatakan kesulitan yang dihadapinya saat menangani masalah pasien. Dengan keterbukaan komunikasi ini maka akan terbangun kepercayaan dari pasien anak dan orang tuanya.

Anak-anak memiliki cara pendekatan tersendiri yang berbeda dengan orang dewasa dan memiliki cara berkomunikasi yang berbeda juga (Chandra, 2008).

C. Orang Tua

Kerjasama antar komponen *Pedodontic Treatment Triangle* yaitu: pasien anak, dokter gigi dan orangtua mutlak diperlukan. Tingkah laku orangtua merupakan hal yang penting dalam hubungan interpersonal anak yang mempengaruhi respon tingkah laku anak tersebut terhadap perawatan gigi. Pada

berbagai motif dan situasi, orangtua mengambil sikap ekstrim yang berbeda-beda terhadap anaknya, sikap itu antara lain (Soeparmin, 2009):

1) Terlalu melindungi (*over protection*)

Sikap terlalu melindungi ditunjukkan dengan terlalu mencampuri dan mendominasi anak oleh orangtuanya.

2) Penolakan (*rejection*)

Anak yang sedikit terabaikan oleh orang tuanya merasa rendah diri, dilupakan, pesimis dan memiliki rasa percaya diri yang rendah. Pada perawatan gigi anak seperti ini bisa menjadi tidak kooperatif, menyulitkan, dan susah diatur.

3) Terlalu cemas (*over anxiety*)

Sikap dari orangtua dengan perhatian yang berlebihan dan tidak semestinya pada anak, hal ini selalu diiringi dengan sikap terlalu memanjakan anak, terlalu melindungi, atau terlalu ikut campur.

4) Terlalu mengidentifikasi (*over identification*)

Jika anak tidak mau mengikuti keinginannya, orangtua merasa dikecewakan. Umumnya tingkah laku anak tercermin dalam perasaan malu-malu, mengucilkan diri sendiri, pesimis dan tidak percaya diri.

5) Memenuhi keinginan anak tanpa batas (*over indulgence*)

Orang tua tidak membatasi keinginan dan kegiatan anak. Anak akan memanipulasi orang tuanya untuk memenuhi apa yang mereka kehendaki.

6) Terlalu memanjakan (*over affection*)

Keadaan ini terjadi kemungkinan karena perkawinan pada usia lanjut, anak tunggal, anak bungsu dan anak angkat.

7) Terlalu keras (*over authority*)

Orang tua selalu mencari kesalahan anak, sehingga anak mengalami rasa takut yang berlebihan dan sering berbohong.

Relasi antar tiga komponen *Pedodontic Treatment Triangle* dalam penanganan pasien anak sangat berhubungan dengan interaksi ketiganya karena masing-masing komponen saling berinteraksi dan memiliki posisi tertentu dalam *Pedodontic Treatment Triangle*. Anak menjadi fokus dari dokter gigi dan dibantu oleh orang tua. Perawatan gigi anak akan dipusatkan pada orientasi anak sebagai pasien dan orangtuanya, dokter gigi akan bertindak untuk mengarahkan orangtua pada perawatan yang diindikasikan kepada anaknya (Soeparmin, 2009; Tilakraj, 2003).

Kunjungan pertama untuk anak dan orang tua ke dokter gigi sering kali merupakan kunjungan perkenalan, yaitu memperkenalkan anak kepada dokter giginya dan lingkungan klinik. Hal ini penting agar anak merasa familiar dengan suasana praktek dokter gigi. Apabila anak merasa takut, tidak nyaman, atau tidak kooperatif, maka mungkin perlu dilakukan penjadwalan ulang. Kesabaran dan ketenangan orang tua dan komunikasi yang baik dengan anak sangatlah penting pada kunjungan ini. Kunjungan yang singkat dan berkelanjutan ditujukan untuk membangun kepercayaan anak pada dokter gigi dan lingkungan klinik, dan hal ini terbukti sangat berharga apabila anak nantinya membutuhkan perawatan (Tilakraj, 2003).

2.2.6 Penanganan Anak Secara Psikologis Oleh Dokter Gigi

Pada tahun 1959 Addelston mengembangkan cara membentuk tingkah laku pasien sesuai dengan yang diinginkan dibagi dengan 3 tahap yang dikenal dengan *Tell-Show-Do* yang dikenal dengan TSD (Mappahijah, 2010):

- a. *Tell* yaitu mengatakan kepada anak dengan bahasa yang biasa dimengerti oleh anak tersebut, tentang apa yang akan dilakukan. Dalam hal ini di jelaskan juga alat-alat yang mungkin akan digunakan. Setiap kali anak akan menunjukkan hal yang positif diberikan penghargaan.
- b. *Show* yaitu dilakukan jika anak telah mengerti apa yang telah diceritakan. Untuk ini diperlukan model yang dipilih sesuai dengan tindakan apa yang akan dilakukan tanpa menimbulkan rasa takut. Bertindak sebagai model mungkin dokter/perawat giginya sendiri orang tua atau pasien lain. Pilihan lain misalnya model gigi, poster, film, rekaman video, dan alat-alat peraga yang lain. Pada waktu penyampaian dijaga agar tidak menimbulkan rasa takut pada anak. Gerakan yang tiba-tiba atau suara bor atau mesin lain kadang-kadang mengejutkan anak, mengakibatkan anak menjadi takut.
- c. *Do* yaitu tahap terakhir yang dilakukan jika tahap *show* telah dapat diterima oleh anak. Pada tahap *do* maupun *show* dilakukan sesuai dengan apa yang telah diceritakan maupun ditunjukkan.

TSD dapat diterapkan pada anak dengan sikap, umur, dan kemampuan yang berbeda-beda, Sebenarnya TSD telah dilakukan kombinasi 3 cara untuk melakukan pendekatan yaitu: *reinforcement*, *modeling*, desensitisasi (Mappahijah, 2010).

- a. *Reinforcement*

Merupakan tindakan untuk menghargai prestasi yang telah dicapai, agar prestasi tersebut diulang. Tindakan ini berupa imbalan yang akan menguatkan tingkah laku anak yang di inginkan pada waktu yang akan datang. Telah disepakati, bahwa dalam teori belajar dalam perkembangan anak, perilaku yang ditunjukkan adalah responnya terhadap imbalan dan hukuman dari sekitarnya.

Bentuk imbalan yang sangat penting adalah kasih sayang dan persetujuan yang pertama kali didapat dari orang tua dan kemudian dari teman sebaya. Imbalan dapat pula dalam bentuk materi, imbalan sosial misalnya dengan senyuman, belaian atau pujian.

b. *Modeling*

Prinsip teknik ini adalah dengan mengikutsertakan anak untuk mengamati anak lain menjalani perawatan dan memperlihatkan tingkah laku yang baik selama perawatan gigi. Dapat pula mempergunakan film atau video yang memperlihatkan hasil yang memuaskan pada perawatan gigi anak.

c. *Desensitisasi*

Desensitisasi adalah suatu cara yang paling sering digunakan oleh psikolog untuk mengatasi rasa takut. Aplikasi desensitisasi dalam perawatan gigi anak yang pertama kali harus diketahui adalah objek yang ditakuti. Apabila sudah diketahui dapat disusun rangsangan yang menimbulkan rasa takut dan berdasarkan hal ini dilakukan desensitisasi, dengan tahapan membuat pasien merasa relaks, dan membangun urutan rangsangan mulai yang paling rendah dan perlahan memperkenalkan perawatan yang akan di berikan kepada pasien tersebut.