

KIAT MELAKUKAN PENDEKATAN ANAK YANG TIDAK KOOPERATIF DALAM PERAWATAN GIGI

Sri Harini Soemartono

Staf Pengajar Ilmu Kedokteran Gigi Anak
Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia

Sri Harini Soemartono: Kiat Melakukan Pendekatan Anak yang tidak Kooperatif dalam Perawatan Gigi
Jurnal Kedokteran Gigi universitas Indonesia, 2003; 10 (Edisi Khusus): 443-448

Abstract

Child patient management skills are essential for the dentists who want to successfully manage children. Without appropriate clinician skills in behavior management, dental care in pediatric dentistry may be impractical for some children. Treatment of difficult children without effective behavioral management may appear cruel to the child, may be perceived by unsatisfactory by the parent, and can be exhausting to the clinician. Proper management of children is probably the most important responsibility of dentists who practice pediatric dentistry. Variety of factors may influenced the child behavior in the dental clinic, such as: growth and development, family and peers past medical and dental experiences, and the dental environment it self. This factors should be take attention by the dentists to diagnose the child behavior to dental clinic, then choose the appropriate the technical behavior to manage the child.

Key words: Child patient management; behavior management

Pendahuluan

Melakukan pendekatan anak dalam arti melakukan pengelolaan perilaku, sangat penting dan merupakan bagian integral dari kesehatan oral.¹ Tanpa didahului dengan tindakan tersebut, sulit untuk mencapai keberhasilan dalam perawatan masalah kesehatan giginya. Pengelolaan perilaku anak dalam perawatan gigi telah dimulai sejak anak masuk dalam lingkungan dental, dan berlanjut sampai anak meninggalkan lingkungan tersebut.² Operator yang didukung oleh personil yang lain bekerjasama dengan pasien, yang masing-masing mempunyai peran untuk memandu

atau mengarahkan anak yang tidak kooperatif menjadi kooperatif.

Berbagai faktor dapat mempengaruhi perilaku anak dalam lingkungan dental, yang pada dasarnya dibedakan, bahwa anak sedang dalam pertumbuhan dan perkembangan, keluarga dan teman sebaya, pengalaman dental dan medik dan lingkungan dental sendiri.^{3,4} Dengan demikian sebelum menentukan diagnosis dan menerapkan teknik pengendalian perilaku anak, hal tersebut sebaiknya dipahami terlebih dahulu.

Dalam memilih teknik pendekatan yang sesuai, disamping memperhatikan faktor-faktor yang disebutkan di atas,

dokter gigi dipengaruhi pula oleh toleransinya menghadapi perilaku anak dan sikap orang tua menghadapi perawatan gigi anaknya.³ Tidak ada teknik yang pasti untuk melakukan pendekatan, berhubung setiap faktor yang berpengaruh akan berbeda pada setiap individu. Biasanya teknik pendekatan yang digunakan, gabungan dari beberapa teknik yang tersedia.

Pada makalah ini akan dikemukakan berbagai masalah yang perlu mendapatkan perhatian bila melakukan perawatan gigi anak.

Perkembangan perilaku anak

Anak adalah individu yang sedang berkembang, bukan miniatur manusia dewasa.¹ Mereka mempunyai hak yang sama pula untuk mendapatkan perawatan giginya. Mereka secara alami berkembang dalam multi dimensi, yaitu perkembangan fisik, sosial, dan intelektual yang berlangsung bersama-sama dalam keseimbangan sesuai dengan umumnya.⁴ Ketiga area ini tidak dapat dipisah-pisahkan dalam menilai perkembangan anak.

Dalam perkembangannya, anak yang normal mempunyai karakteristik perilaku yang dapat diklasifikasikan sebagai berikut: 1) bayi, dari neonatal sampai 15 bulan; 2) *toddler*, dari 15 bulan sampai 2 tahun; 3) prasekolah, dari 2 tahun sampai 6 tahun; 4) *middle-years child*, dari 6 sampai 12 tahun; 5) remaja, bukan anak lagi tapi belum dewasa.² Pada umur kronologis tertentu, anak mengalami perubahan-perubahan khusus, atau menunjukkan keterampilan tertentu. Misalnya bayi dapat duduk sendiri tanpa dibantu, rata-rata pada usia 7 bulan. Penemuan ini disebut *developmental milestone* yang memungkinkan untuk melakukan pengukuran perkembangan fisik anak secara sederhana.⁴

Demikian juga perkembangan sosial anak dapat diukur dalam hal keterampilan interaksinya, interpersonal maupun dalam fungsi kemandirian di dalam suatu budaya. Misalnya pada usia 4-5 tahun anak sudah tahu mengucapkan terima kasih dalam hubungan interpersonal dan dapat memakai baju sendiri dalam fungsi kemandiriannya.⁵ Untuk kemampuan intelektualnya, secara

sederhana anak dapat dilihat dari kelas di sekolah yang sesuai dengan umurnya. Penilaian secara sederhana ini penting bagi dokter gigi untuk menentukan apakah anak tersebut berkembang secara normal atau ada hambatan, sehingga dalam memilih teknik pendekatan dapat disesuaikan.

Perilaku anak dalam perawatan gigi

Bila menggunakan label kooperatif, anak dibedakan antara kooperatif dan tidak kooperatif. Anak yang tidak kooperatif meliputi: 1) anak yang tidak mampu kooperatif misalnya anak yang mengalami keterlambatan mental; 2) anak yang belum mampu kooperatif, yaitu anak yang dalam perkembangannya belum mencapai usia kooperatif, misalnya anak usia 2 tahun; 3) anak yang berpotensi kooperatif, meliputi anak yang berperilaku tidak terkendali, berperilaku menentang, malu, tegang, dan cengeng.³

Pada tahun 1962 Frankl, Shiere, dan Fogels memperkenalkan klasifikasi perilaku anak dalam klinik gigi, yang selanjutnya disebut *Frankl behaviore rating scale*, dan skala tersebut dibagi menjadi 4 kategori.^{2,4} Rating no. 1: *Definitely negative* (- -)

1. Menolak perawatan
 - a. Perilaku immature: tidak dapat memberi alasan atau mengatasi keadaan.
Toddler atau anak pada awal usia prasekolah.
Anak khusus.
 - b. Perilaku tidak terkendali:
Rasa cemas yang berlebihan.
Anak usia prasekolah.
 - c. Perilaku menentang: melawan secara pasif maupun aktif; pengganggu; keras kepala
Middle-years child
2. Menangis keras-keras
Perilaku tidak terkendali
Usia akhir prasekolah atau *middle-years child*
3. Negatif yang ekstrem diasosiasikan dengan rasa takut
 - a. Perilaku tidak terkendali: dapat dimunculkan pada anak muda yang mempunyai masalah emosional
 - b. Perilaku menentang

- c. Melawan secara pasif pada individu usia mendekati remaja

Rating no. 2 (-) negative

1. Segan menerima perawatan

a. Perilaku immature

Toddler atau anak prasekolah: terlalu muda dalam tahun. Anak khusus.

b. Perilaku malu: terlihat pada anak yang *over protective*, terdapat pada beberapa orang di daerah yang penduduknya jarang atau takut pada lingkungan yang asing. Pada anak ini dapat menjadi tidak kooperatif apabila pengelolannya tidak benar.

c. Perilaku yang terpengaruh: termasuk tekanan keluarga dan teman sebaya.

2. Negativisme yang ringan

a. Perilaku malu: harus dipikirkan kepercayaan pada dirinya dan dokter giginya.

b. Perilaku yang cengeng pada anak prasekolah dan *middle-years*

Rating no. 3 (+) positive

1. Menerima perawatan

a. Perilaku kooperatif yang tegang: terlihat pada semua tahap: mengikuti apa yang dilakukan dokter gigi, ragu-ragu tapi perhatian.

b. Perilaku konsertif: respon harmonis

c. Perilaku cengeng: bisa atau tidak bisa dipertimbangkan, berperilaku negatif

d. Perilaku malu: mengikuti petunjuk dokter gigi tapi malu, diam

Rating no. 4 (++) definitely positive

1. Melihat ke depan dan mengerti pentingnya perawatan pencegahan yang baik

Klasifikasi tersebut fungsional dan populer karena dapat diterapkan di klinik dan dapat digunakan sebagai alat untuk penelitian. Klasifikasi yang lain tidak jelas antara satu dengan lainnya.

Suatu penelitian yang dilakukan pada anak prasekolah di Brazil usia 3-6 tahun menunjukkan, bahwa ada hubungan yang

kuat antara umur dan perilaku anak. Dengan meningkatnya usia, anak berperilaku lebih baik.⁵ Informasi yang didapat selama mengumpulkan data riwayat pasien seperti frekuensi sakit gigi, hospitalisasi sebelumnya, dan status kebersihan mulut membantu dokter gigi memperkirakan perilaku tidak kooperatif pasien. Faktor penting yang diasosiasikan dengan perilaku tidak kooperatif dalam perawatan gigi termasuk umur, pendidikan orang tua, riwayat medik, riwayat dental, kecemasan orang tua maupun wali, dan status kesehatan mulut. Dokter gigi hendaknya memusatkan perhatian terhadap ini untuk meningkatkan pengelolaan pasien anak.

Seorang ibu selalu ingin mengetahui dan mencemaskan hal-hal baru yang dialami anak. Demikian juga dalam perawatan gigi, merupakan hal baru yang harus dipelajari anak yang baru pertama kali berkunjung ke dokter gigi. Akibatnya ibu yang cemas akan mempengaruhi perilaku anak kandungnya.⁶ Rasa cemas ibu akan disalurkan kepada anaknya yang sedang dilakukan perawatan giginya. Hal yang menarik telah dibuktikan pula, bahwa ibu yang cemas dapat memprediksikan perilaku anaknya dalam perawatan gigi.

Ada kesepakatan umum, bahwa anak yang positif terhadap pengalaman medik tampak lebih kooperatif pada kunjungan ke dokter gigi. Disepakati pula pengaruh pengalaman perawatan medik terhadap perilaku perawatan gigi lebih pada kualitas kunjungan, bukan pada kuantitasnya.⁵ Demikian juga dengan rasa sakit. Beberapa anak yang menyadari bahwa mereka mempunyai masalah dental, ada kecenderungan berperilaku negatif terhadap perawatan gigi. Hal ini mungkin akibat kegelisahan atau kekuatiran orang tua yang disalurkan kepada anak.⁵

Pada umumnya anak yang baru pertama kali berkunjung ke dokter gigi disertai rasa takut, dan banyak literatur yang membahas mengenai hal ini. Rasa takut mungkin terhadap suatu perawatan khusus atau perawatan secara umum.⁶ Tetapi menurut Pinkham, di Amerika anak takut pada kunjungan ke dokter gigi bukan merupakan alasan lagi meskipun tetap ada

anak yang tidak kooperatif.⁷ Bagaimanapun di negara-negara lain rasa takut anak dalam kunjungannya ke dokter gigi masih menjadi masalah. Seperti penelitian di negeri Belanda, dari 2291 anak yang terpilih sebagai subjek penelitian, 14% sangat takut, 27% takut, dan 13% agak takut.⁸ Telah dibuktikan pula bahwa lingkungan dental dapat merupakan sumber stres pada anak, dan stres ini akan menimbulkan rasa takut. Dalam penelitian ini akan menimbulkan rasa takut. Dalam penelitian dilakukan restorasi pada anak usia 4-6 tahun, rata-rata 5,6 tahun. Perawatan dibagi menjadi 4 tahap: 1) sebelum perawatan; 2) selama kavitas; 3) perletakan liner, dan 4) restorasi. Pada pengukuran sekresi adrenal steroid di dalam saliva ternyata tahap kavitas paling tinggi.⁴ Hal ini menunjukkan bahwa, pada kavitas menimbulkan stres yang paling tinggi.

Beberapa tip untuk pengelolaan tingkah laku anak

Hampir semua langkah dalam perawatan gigi menimbulkan rangsangan sensasi yang menyebabkan anak merasa terancam, dan memperkuat kecemasan. Keadaan ini akan mempersulit anak untuk kooperatif. Mengantisipasi hal ini perlu pengorganisasian langkah-langkah yang dapat mengurangi atau mencegah terjadinya reaksi negatif pada anak. Cara yang telah diterima oleh semua dokter gigi yang melakukan perawatan gigi anak adalah Tell, Show, Do (TSD).^{10,11} Masyarakat dokter gigi anak wanita di Australia lebih banyak menggunakan teknik TSD untuk pengelolaan perilaku anak.

Hal-hal yang tersebut di bawah ini perlu mendapatkan perhatian bila melakukan perawatan gigi anak.

Posisi kursi dental

Posisi kursi dental sejajar lantai, kaki berada di bawah kursi, dengan paha sejajar lantai. Dengan posisi ini dokter gigi dapat melihat jelas rongga mulut anak tanpa menunduk dan badan melengkung. Posisi ini penting untuk menjaga kesehatan dokter gigi, agar dapat melakukan perawatan cukup lama, dan leher serta punggung tidak cedera.¹²

Posisi pasien dalam kursi dental

Kepala diposisikan pada ujung sandaran kepala dengan meminta anak mundur/naik ke atas dan ditahan dengan tangan dokter gigi.¹² Dalam proses ini, kadang-kadang anak merasa akan jatuh, dan perlu diantisipasi untuk mengatasinya. Anak dibantu dengan menahan anak pada pundaknya. Kaki lurus, tangan di samping badan. Dengan posisi ini, dari atas kepala anak dokter gigi dapat melihat dengan jelas seluruh rahang bawah, dan rahang atas dengan sedikit bantuan kaca mulut. Lampu diposisikan tepat di atas mulut, tidak mengenai mata, agar tidak silau.

Posisi operator

Malposisi tubuh dan kepala pasien dapat mengakibatkan stres fisik operator.¹² Keadaan berikut perlu mendapatkan perhatian. 1) Operator miring menjauh dari kursi dental, karena kepala anak melampaui batas atas sandaran kepala. 2) Leher operator menekuk untuk melihat lengkung maksila karena dagu anak melipat kearah dada. 3) Posisi kursi tidak rata untuk mempertahankan punggung pasien sejajar lantai menyebabkan operator miring di atas kursi dan memutar punggung dan lehernya untuk melihat lengkung gigi. Keadaan ini akan menyebabkan spina servikal meluas untuk membatasi gerakan. Jika anak tidak diposisikan pada ujung kursi akan menyebabkan operator menjauhkan mata dari area kerja. Hal ini akan mempertahankan dan menghambat fleksi spina servikal atas atau bawah yang selanjutnya akan mengakibatkan rasa sakit.

Komunikasi

Tahap awal dari perawatan adalah komunikasi. Pada anak yang belum cukup umur, bantuan orang tua diperlukan, dan digambarkan dalam segitiga perawatan gigi anak.¹⁰ Komunikasi dengan anak dilangsungkan baik secara verbal maupun nonverbal. Makin muda anak makin banyak menggunakan cara nonverbal.¹⁰ Proses berkomunikasi secara verbal dibutuhkan penggunaan bahasa. Ada 5 *action* dalam berbahasa: *assertions*, *declarations*, *requests*, *promises*, dan *offers*. Dari 5 *action*

tersebut untuk berkomunikasi dengan anak digunakan 2 actions yaitu requests dan promises.⁷ Dokter gigi dalam melakukan perawatan tidak pernah berhenti melakukan requests. Pada saat pasien datang, baik langsung maupun atau melalui stafnya, dokter gigi mempersilahkan pasien. Selanjutnya minta anak duduk di kursi dental, diikuti permintaan 'buka mulut', tetap buka, tetap tenang, tidak menangis atau berteriak, dan seterusnya. Banyaknya permintaan tersebut bergantung pada lamanya dan komplikasi kolaborasi anak. Beberapa dapat dilakukan verbal atau nonverbal. Kadang-kadang anak telah mengantisipasi permintaan dokter gigi yang akan diajukan oleh dokter gigi. Permintaan-permintaan ini disusun secara efektif, dan bila ditolak, diulang dengan permintaan yang lebih tegas.⁷ Dalam hal anak diminta menyikat giginya, action tersebut meliputi keduanya, baik requests maupun promises.

Bahasa yang digunakan dalam perawatan gigi anak disesuaikan dengan kemampuan anak untuk menerimanya. Kata-kata teknis dalam perawatan diganti agar tidak menimbulkan rasa takut, tanpa mengubah artinya. Kualitas suara perlu diperhatikan, mungkin secara tiba-tiba harus mengubah volume suara untuk memperoleh perhatian anak. Setelah mendapat perhatian anak, nada suara perlu dikembalikan, karena dengan suara keras akan menimbulkan kesan marah.¹¹ Kemungkinan ini perlu disampaikan kepada orang tua. Tetapi AAPD tidak menyetujui metode ini. Untuk mendapatkan perhatian ini, dan untuk mengetahui apakah anak mengerti permintaan dokter gigi, diperlukan kontak mata.^{10,12} Kejelasan pesan yang diterima anak meningkat jika nada suara, ungkapan, dan tipe ekspresi sesuai.¹² Kejelasan dapat mengarahkan perilaku anak dengan informasi transmisi satu anak, yaitu perintah.

Reinforcement

Penghargaan perlu disampaikan kepada pasien setiap prestasi yang dicapai, dengan harapan anak mempertahankan bahkan meningkatkan prestasi tersebut pada waktu berikutnya.¹¹ Reinforcement positive bila dilakukan hal-hal yang menyenangkan,

dengan reinforcement social misalnya senyuman, pujian, atau dengan memberikan hadiah yang berupa materi. Bila dilakukan dengan tidak menyenangkan pada perilaku tertentu disebut negative reinforcement.¹³ Dalam perawatan gigi anak, misalnya pada anak dengan perilaku yang tidak terkendali dapat dilakukan Hand Over Mouth Exercise (HOME). Tindakan ini sampai saat ini masih kontroversial, walaupun bila pemilihan kasusnya tepat akan dapat memodifikasi perilaku negatif anak menjadi positif.

Ringkasan

Pengelolaan perilaku anak merupakan bagian integral kesehatan oral anak. Faktor-faktor yang berpengaruh pada perilaku anak di dalam perawatan gigi adalah pertumbuhan dan perkembangan anak, keluarga dan teman sebaya, pengalaman medik dan dental, dan lingkungan dental. Dalam perkembangannya, anak normal menunjukkan karakteristik perilaku dan perubahan-perubahan tertentu sesuai dengan umur kronologik. Dalam pengelolaan perilaku anak, penting diperhatikan posisi dokter gigi dan anak selama perawatan, cara berkomunikasi, penggunaan bahasa, dan memilih teknik pendekatan perilaku yang sesuai.

Daftar Pustaka

1. Casamassimo PS. Diagnosis and Treatments. Oral Aspects dalam Braham dan Morris (eds.): *Textbook of Pediatric Dentistry*. Williams and Wilkins Baltimore-London 1980.
2. Mathewson RJ dan Primosh, RE. *Fundamentals of Pediatric Dentistry*. 3rd ed. Quintessence Publishing Co. Inc. Chicago-Berlin-London dll 1995 h. 1-20
3. Wright GZ. Children Behavior in The Dental Office. Dalam Wright (ed.) *Behavior Management in Dentistry for Children*. WB Saunders Co. Phil-London-Toronto 1975
4. Alpern GD. Child Development: Basic Concepts and Clinical Considerations. Dalam Wright (ed.): *Behavior*

- Management in Dentistry for Children*. WB Saunders Co.Phil-London-Toronto 1975.
5. Colares V dan Richman L. Factors Associated With Uncooperative Behavior by Brazilian Preschool Children in The Dental Office. *J Dent Child.* Jan-April 2002.69:87-91.
 6. Lenchner V. The Influence of Family. Dalam Wright (ed.): *Behavior Management in Dentistry for Children*. WB Saunders Co.Phil-London-Toronto 1975.
 7. Pinkham JR. Linguistic Maturity as A Determinant of Child Patient Behavior in The Dental Office. *J Dent Child.* Sept-Oct 1997. 64:322-6.
 8. ten Berge M. Veerkamp JSJ. Hoogstralen J. dan Prins PJM. Childhood Dental Fear in The Netherlands: Prevalence and Normative Data. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002.30:101-7
 9. Akyuz S. Pince S. dan Hekim N. Children's Stress during a Restorative Dental Treatment: Assesment using Salivary Cortisol Measurements. *J. Clean Ped. Dentistry.* 1996.20:3, 219-23
 10. Lenchner V dan Wright GZ. Nonpharmacotherapeutic Approaches to Behavior Management. Dalam Wright (ed.): *Behavior Management in Dentistry for Children*. WB Saunders Co.Phil-London-Toronto 1975.
 11. Ashkenasi M. Faibish D. dan Sarnat H. Dental Fear and Knowledge of Children Treated by Certified Pediatric Dentists and General Practitioners. *J Dent Child.* Sept-Dec 2002. 69:297-305
 12. Kendrick F. Practical Tips Managing Children's Behavior. *J Dent Child.* Jul-Aug 1999.66:258-64
 13. Eli I. Oral Psychophysiology Stress, Pain, and Behavior in Dental Care. *RC Press Boca-Raton-Ann Arbor-London-Tokyo* 1992:175-76.