

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kecemasan dan Ketakutan

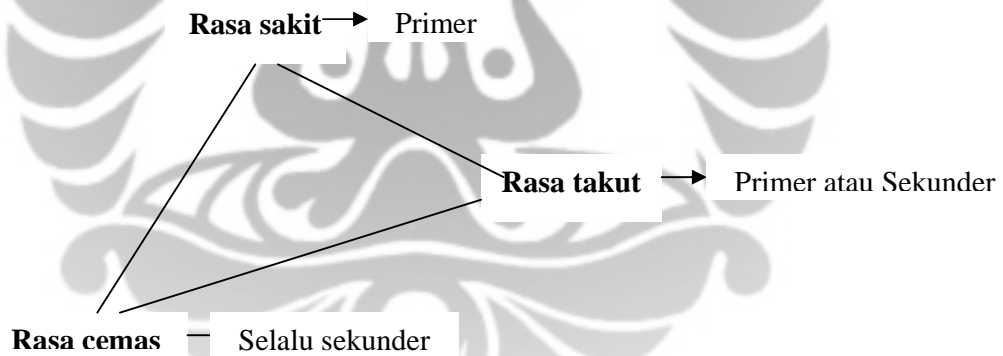
Kecemasan diartikan sebagai suatu perasaan yang tidak jelas (samar-samar), tidak menyenangkan atau tidak nyaman disertai tanda bahwa sesuatu yang tidak diinginkan akan terjadi (Kagan dan Havemann, 1976).^[1] Kecemasan umumnya muncul sebagai tindakan melindungi diri atau antisipasi yang berlebihan (*apprehension*) pada saat dirasakan adanya ancaman terhadap nilai-nilai dasar seperti keberadaan fisik, psikologis, sosio-emosional, dan sebagainya, yang dianggap esensial terhadap eksistensi dari orang tersebut.^[3] Munculnya kecemasan umumnya dipengaruhi oleh nilai-nilai dasar dari kehidupan seseorang, maka kecemasan dapat menjadi suatu emosi yang kompleks karena di satu sisi dapat dipicu oleh nilai-nilai yang bersifat multidimensional, namun di sisi lain kecemasan juga melibatkan perasaan yang samar-samar (*vague*). Karena itu, kecemasan bersifat luas, *diffuse*, dan dapat dimanifestasikan dalam bentuk yang berbeda-beda (*multifaceted*).^[14] Secara psikologis terdapat beberapa jenis kecemasan seperti kecemasan akut, kecemasan sosial, *performance anxiety*, dan sebagainya.^[14]

Berbeda dengan kecemasan, ketakutan merupakan reaksi seketika (*momentary*) terhadap suatu bahaya atau ancaman.^[14] Ketakutan merupakan reaksi alami yang dimiliki seseorang sejak lahir dan reaksi emosional ini berfungsi untuk menjauhkan seseorang dari situasi yang berbahaya baik secara sosial maupun fisik.^[15] Ketakutan pada anak dapat dikelompokkan sebagai ketakutan subyektif dan obyektif. Ketakutan obyektif merupakan ketakutan yang dihasilkan oleh stimulus fisik yang bersifat langsung, misalnya stimulus yang dapat dilihat, didengar, dan dirasakan oleh panca indra lainnya; sedangkan ketakutan subyektif merupakan ketakutan yang didapatkan akibat sugesti dari orang lain yang pernah mengalami suatu ketakutan tertentu namun tidak dialami sendiri oleh anak tersebut.^[15] Ketakutan subyektif dapat timbul karena mendengarkan pengalaman-pengalaman dental yang tidak menyenangkan yang dialami orang tua atau teman.

Ketakutan ini juga dapat disalurkan melalui imitasi dari reaksi ketakutan yang dialami atau dilakukan oleh orang tuanya.^[15]

Kecemasan merupakan suatu emosi yang sangat berhubungan erat dengan ketakutan (*fear*) walaupun terdapat beberapa pandangan yang berbeda mengenai hubungan *anxiety* dan *fear*. Beberapa psikolog seperti *Wolman* (1992) menganggap *fear* dan *anxiety* sebagai dua hal yang tidak dapat dipisahkan (*interchangeably*) hal yang serupa juga dinyatakan oleh *Levitt* (1963) bahwa kecemasan dan ketakutan pada dasarnya merupakan dua hal yang berbeda, namun mempunyai manifestasi klinis yang sama jadi untuk alasan klinis dan praktis keduanya dianggap sebagai hal yang sama.^[16]

Ramzy (1958) menyatakan bahwa rasa cemas (*anxiety*), rasa takut (*fear*), rasa sakit (*pain*) merupakan hal-hal yang saling mempengaruhi satu sama lain. *Pain* dapat menyebabkan timbulnya *fear* dan sebaliknya, sedangkan *anxiety* selalu diturunkan dari kedua hal tersebut. Hal ini dapat ditunjukkan oleh gambar berikut.^[17]



Gambar 2.1 Hubungan rasa sakit dengan rasa takut dan cemas.^[17]

Sementara itu, beberapa psikolog yang lain menganggap *fear* dan *anxiety* sebagai dua hal yang berbeda.^[14] Menurut *Rachman* (1987) *fear* merupakan suatu tindakan antisipasi terhadap suatu bahaya yang bersifat realistik sedangkan *anxiety* merupakan suatu antisipasi dari suatu bahaya yang tidak jelas atau tidak nyata.^[14] Jadi dengan kata lain, *fear* merupakan suatu reaksi sesaat terhadap suatu bentuk ancaman yang konkrit sedangkan *anxiety* merupakan perasaan yang

bertahan lama terhadap bentuk ancaman yang samar-samar. Seseorang yang dikuasai kecemasan dapat memiliki kekuatiran yang terus menerus, pesimistik, dan tidak merasa bahagia dalam jangka waktu yang lama.^[14] Oleh karena faktor pemicu yang samar-samar serta perasaan yang ketidaknyamanan yang lebih menetap, maka dapat disimpulkan bahwa *anxiety* lebih sulit diatasi dibandingkan *fear*.



Gambar 2.2 Ilustrasi perbedaan rasa takut dan rasa cemas. Rasa takut bersifat konkret, rasa cemas bersifat bias.^[18]

2.2 Kecemasan dan Ketakutan Dental

Kecemasan dental adalah suatu antisipasi yang berlebihan (*apprehension*) yang mengganggu jalannya perawatan dental dan membutuhkan perhatian khusus.^[3] Sementara itu, ketakutan dental diartikan sebagai suatu antisipasi (*moderate apprehension*) yang menimbulkan ketegangan pada pasien, sebelum dan selama perawatan dental. Kecemasan dental merupakan salah satu alasan utama pasien menolak atau menghindari perawatan, seperti yang terlihat pada penelitian berikut ini. pada dekade 1950-1960 tingkat kecemasan dental berkisar antara 5-9%. Tingkat ketakutan tersebut meningkat pada dekade 70an dan 80an menjadi 14%. Pada suatu studi di Inggris, dari 419 responden ditemukan 15% diantaranya sangat cemas terhadap perawatan konservasi, 30% terhadap bur, dan 28% terhadap injeksi oral. Pada suatu survey yang dilakukan terhadap mahasiswa di Jepang, 80% diantaranya menyatakan mempunyai ketakutan, sedangkan 6-14% responden menyatakan sangat takut terhadap dental treatment. Secara umum juga ditemukan, bahwa ketakutan atau kecemasan pada wanita lebih ditemukan pada wanita dibandingkan pada pria, hal ini dapat disebabkan karena pria lebih menutupi ekspresi kecemasannya dibandingkan dengan wanita (Kent).^[3]

Kecemasan dental dapat muncul dari macam faktor pemicu, misalnya pengalaman dental pertama yang buruk; hal ini merupakan penyebab umum timbulnya ketakutan dan kecemasan dental. Pengalaman traumatic tersebut dapat berasal dari rasa sakit yang ditimbulkan selama perawatan, dari sikap dokter gigi yang kurang menyenangkan, atau dari pengalaman lainnya yang kurang menyenangkan selama perawatan berlangsung. Lautch, menyatakan bahwa trauma pada dental merupakan salah satu etiologi utama dari berkembangnya ketakutan dental^[3], hal yang sama dikemukakan oleh Kleinknecht dan Bernstein *et al* yang menemukan bahwa pengalaman dental pertama yang menakutkan lebih banyak ditemukan pada pasien dengan ketakutan tinggi (70%) daripada pasien dengan ketakutan rendah (45%). Cohen *et al*, menemukan hubungan antara kecemasan dental dengan pengalaman dental yang kurang menyenangkan selama masa kanak-kanak.^[3]

Ketakutan dan kecemasan dapat diperoleh melalui pembelajaran tidak langsung, yaitu dengan mempelajari ketakutan dari suatu *role models* (orang tua, rekan sebaya, masyarakat). Namun, hal ini bukanlah merupakan faktor pencetus utama dari ketakutan dental tersebut. Kleinknecht menemukan bahwa sering kali pasien menggunakan ketakutan dan kecemasan dental dari orang-orang di sekitarnya untuk menjelaskan kecemasan yang dimilikinya sendiri. Beberapa penelitian menunjukkan korelasi antara ketakutan seorang ibu atau orang tua terhadap tingkat ketakutan anaknya. Bahkan beberapa penelitian menunjukkan tingkat ketakutan orang tua sangat berhubungan dengan tingkat karies dari anak tersebut.

Beberapa kepribadian pasien mempunyai kecenderungan untuk bersikap lebih cemas atau menolak perawatan, Locker (1999) juga mengemukakan bahwa tingkat ketakutan dan kecemasan dental sangat berhubungan dengan neuroticism, hal yang sama juga ditemukan pada *Eysenck Personality Questionnaire* (test untuk mengetahui tingkat neuroticism secara genetis). Tingkat *neuroticism* yang lebih tinggi juga ditemukan pada pasien dengan kecemasan dental. Pasien-pasien tersebut mempunyai ciri-ciri rigid, kurang dapat mengambil keputusan, dan tidak stabil. Korelasi juga ditemukan antara kecemasan dengan ketakutan jenis lain, seperti takut akan rasa sakit, mutilasi (melihat luka, darah), terbang, penyakit, dll

Berdasarkan faktor-faktor diatas, Weiner dan Sheehan (1990) mengklasifikasikan pasien dengan *dentally anxious individuals* menjadi 2 kelompok, yaitu kecemasan eksogen dan kecemasan endogen.^[19] Kecemasan Eksogen merupakan kecemasan dental yang timbul dari hasil pengkondisian melalui pengalaman traumatik dental atau pengalaman orang lain. Sementara itu kecemasan Endogen merupakan kecemasan yang berasal dari suatu kelainan (*anxiety disorders*), yang ditandai dengan keadaan *anxiety* pada umumnya, beberapa ketakutan berlebih, dan kelainan emosi (*mood*).^[19]

Kecemasan dental mempengaruhi pasien untuk membatalkan atau menunda *dental appointment* serta perawatan dental.^[3] Hal ini terlihat pada penggunaan suatu metode yang digunakan untuk menghitung secara tabulasi data mengenai dental appointment yang ditunda atau dibatalkan oleh pasien tersebut. Hal ini menghasilkan konsekuensi berupa kerusakan gigi secara biologis maupun sikap penolakan secara psikologis. Sikap tersebut pada akhirnya memperparah rasa sakit dari pasien tersebut yang dapat menimbulkan suatu stress yang pada akhirnya dapat memperparah sikap penolakan pasien terhadap perawatan gigi, sehingga membentuk suatu siklus yang membuat pasien semakin enggan untuk berobat. Jadi, dapat disimpulkan kecemasan dental mempunyai efek yang bersifat *deterimental* terhadap kesehatan rongga mulut dari pasien tersebut.^[3]

2.2.1 Faktor-Faktor Etiologi Kecemasan Dental

Faktor etiologi dari kecemasan dental dapat dibagi menjadi 3 kelompok besar, yaitu Faktor personal, faktor eksternal dan faktor dental. Faktor personal merupakan faktor-faktor yang menyebabkan kecemasan dari berasal dari orang itu sendiri yang terdiri dari usia, tingkat kecemasan individu, dan temperament. Faktor eksternal merupakan hal-hal yang mempengaruhi kecemasan seseorang dan berasal dari lingkungan disekitar orang tersebut, yang terdiri dari kecemasan dan ketakutan orang tua, situasi sosial dalam keluarga, latar belakang etnik keluarga, serta pola asuh dan peran anak di lingkungan sosial. Faktor dental merupakan hal-hal yang menyebabkan kecemasan yang disebabkan oleh tindakan perawatan yang menimbulkan rasa sakit dan perilaku dokter gigi beserta tim dental.^[18, 20]

Pada faktor personal, temperamen merupakan salah satu hal yang dapat menimbulkan kecemasan. Temperamen ialah kualitas emosional personal bawaan atau bersifat hereditas yang cenderung stabil. Pada diri setiap manusia terdapat kecenderungan temperamen yang berbeda. Beberapa kecenderungan dari temperamen yang sering ditemukan pada anak-anak ialah sifat malu, yang ditemukan pada 10% populasi anak dan temperamen emosi negatif yaitu sikap memberontak, melawan, atau menangis dalam perawatan dental. Dua kecenderungan temperamen tersebut merupakan telah diasosiasikan dengan rasa cemas dan takut terhadap perawatan dental.^[20] Faktor personal lain yang berpengaruh terhadap kecemasan dental adalah jenis kelamin. Pada umumnya Anak perempuan memiliki tingkat kecemasan dental yang lebih tinggi dibandingkan laki – laki.^[21]

Sementara faktor-faktor eksternal yang mempengaruhi kecemasan dental yaitu sikap orang tua terhadap perawatan dental. Rasa cemas dental orangtua dapat mempengaruhi kecemasan dental pada anak – anak. Hal ini sesuai dengan peran orang tua sebagai *role model* bagi anak-anaknya, karena itu kecemasan dan ketakutan orang tua akan ditiru oleh anak-anak baik secara langsung maupun tidak langsung. Hal ini sesuai dengan penelitian Berggren, Meynert dan Moore melaporkan bahwa perilaku negatif keluarga terhadap perawatan dental menjadi alasan umum berkembangnya ketakutan dan kecemasan dental.^[20] Jadi, orang tua dengan kecemasan terhadap perawatan dental cenderung memiliki anak yang cemas pula.^[20, 22] Faktor lain yang mempengaruhi kecemasan dental adalah pengalaman dental dari teman dan saudara kandung. Seringkali kecemasan seorang anak timbul dari mendengarkan pengalaman-pengalaman dari saudara kandung atau teman sebayanya, hal ini dikenal sebagai *vicarious learning*. Jadi ketakutan atau kecemasan dental pada anak-anak dapat muncul akibat pembelajaran sosial dari pengalaman saudara kandung, kenalan, dan teman. Contoh : banyak anak dan orang dewasa yang tidak pernah menerima injeksi lokal namun menganggapnya sakit. Anak dapat belajar dari cerita teman sebayanya yang “dibesarkan - besarkan” tetapi juga merefleksikan kecemasan dental orang tuanya.^[20, 22]

Salah satu penyebab kecemasan dental dan masalah perilaku saat perawatan gigi ialah rasa sakit yang ditimbulkan dari perawatan. Rasa sakit didefinisikan sebagai pengalaman tidak menyenangkan yang disebabkan karena kerusakan jaringan atau oleh ancaman kerusakan itu, namun sensasi tidak harus disebabkan oleh kerusakan jaringan, tetapi dapat dipengaruhi oleh stimuli lainnya seperti suara bur dan jarum, karena itu dokter gigi beserta tim dental harus dapat melakukan manajemen dan pengkondisian yang tepat sehingga dapat meminimalkan stimuli-stimuli yang dapat mempengaruhi rasa sakit.^[20]

2.3. Perkembangan Anak

Perkembangan anak (child development) merupakan suatu proses pertumbuhan yang unik meliputi aspek dalam diri anak tersebut, seperti aspek fisik, kognitif, dan sosial-emosional. Beberapa ahli berusaha untuk mengelompokkan fase-fase perkembangan tersebut serta mengelompokkan anak-anak ke dalam rentang usia tertentu yang dianggap mewakili fase perkembangan tersebut., Menurut Sigmund Freud dan Jean Piaget, terdapat jenis pengelompokan usia anak.

Freud mengemukakan suatu teori yang dikenal sebagai “Teori Psikodinamik Perkembangan Kepribadian”, teori tersebut membagi perkembangan kepribadian anak menjadi 5 tahapan, yaitu fase *Oral Phase* (0-18 Bulan), *anal-sadistic phase* (2-3 tahun), *oedipalphase* (3-5 tahun), *latency phase* (6-10 tahun), dan *preadolescence* (11-14 tahun). Ketiga teori pertama di atas, berbicara mengenai perkembangan anak pada masa balita, karena itu tidak akan dibahas oleh penulis pada karya ilmiah ini. Fase *latency* (6-10 Tahun), merupakan masa dimana seorang anak mempunyai kepribadian yang tenang dan mudah menyesuaikan diri dengan keadaan atau ekspektasi dari orang dewasa; sedangkan fase *preadolescence* merupakan tahap dimana seorang anak mulai mengalami perubahan dan mempunyai kecenderungan untuk melawan orang dewasa.^[23]

Jean Piaget mengemukakan teori mengenai *Stages of Cognitive Development* yang membagi fase perkembangan anak menjadi 4 tahapan, yaitu: *Sensori-motor stage* (0–2 tahun) yaitu keadaan dimana seorang anak mulai menyadari keberadaan dirinya dan mulai melakukan suatu tindakan secara terarah,

tahap selanjutnya adalah *Preoperational stage* (2–7 tahun), yaitu fase dimana seorang anak mulai belajar menggunakan bahasa, kata-kata dan mengenal gambar dan simbol-simbol. Pada tahap ini, sifat seorang anak masih egosentris. Tahap ketiga adalah *Concrete operational stage* (7–11 tahun), merupakan tahap dimana seorang anak mulai berpikir secara logis mengenai benda-benda dan kejadian di sekitarnya dan terkadang pemikirannya masih bersifat konkrit atau harafiah. *Formal operational stage*, yaitu tahapan di mana seorang anak dapat berpikir secara konkrit dan abstrak. Mereka mulai dapat berpikir tentang masa depan, membuat hipotesis, dan sebagainya (11 tahun ke atas).^[24]

Berdasarkan kedua teori di atas, kita melihat bahwa perkembangan anak mempunyai masa peralihan yang signifikan pada rentang usia antara 6-12 tahun dan 7-11 tahun, karena kedua usia tersebut merupakan fase perkembangan untuk menuju kedewasaan atau masa preadolescence dari masa kanak-kanak atau *childhood stages*, sedangkan Armstrong (2007) mengklasifikasikan tahapan perkembangan anak sebagai berikut infancy (kelahiran samapi usia 2 tahun), early childhood (usia 3 sampai usia 8 tahun)^[7], middle childhood (Usia 9 sampai dengan 11 tahun)^[7, 25], and adolescence (12 sampai dengan 18 tahun)^[7] sedangkan menurut Thomas Armstrong (2007), tahapan perkembangan anak terdiri atas Early Childhood (usia 3-6 tahun), Middle Childhood (usia 7-9) tahun, dan Late Childhood (usia 10-12 tahun).^[26]

Anak usia 7 tahun memiliki karakter pembawaan yang menarik. Ia sopan, simpatik, penuh kasih sayang, dan kooperatif. Ia lebih mampu mengontrol dirinya sendiri dan mengembangkan kestabilan emosinya dibandingkan anak usia 6 tahun.^[27, 28] Ia tetap menyukai suatu yang terstruktur dan rutinitas serta mulai mencoba mengatur emosinya serta kehidupan sosialnya secara mandiri.^[29]

Pada usia ini, anak menjadi lebih introvert dan suka berpikir. Ia mulai berpikir tentang hal, ketakutan dan perencanaan serta mengingat kembali pengalaman yang dialaminya sejak taman kanak – kanak.^[30]

Pada usia 7 tahun, terjadi perkembangan kognitif yang signifikan, seperti yang dijelaskan White (1970) bahwa di antara anak usia 5-7 tahun terjadi reorganisasi sistem saraf pusat yang menyebabkan peningkatan kemampuan secara drastis untuk tetap tekun menyelesaikan tugas atau menaruh perhatian

dalam menyelesaikan masalah. Dan seiring bertambahnya usia maka rentang waktu seorang anak untuk tetap fokus pada perhatiannya juga bertambah.^[31]

Seperti telah dijelaskan sebelumnya, Piaget mengemukakan 4 periode utama perkembangan intelektual dan pada Periode yang ketiga atau concrete operations stage, yaitu dari usia 7 sampai 11 tahun, seorang anak mulai berpikir secara konkrit dengan penalaran yang lebih baik terhadap masalah dan kejadian disekelilingnya. Namun, pada fase ini pemikiran anak masih terbatas pada konsep yang konkrit saja, konsep yang abstrak merupakan hal yang diluar penalaran mereka.^[24]

Pada usia ini anak-anak tersebut sudah memiliki koordinasi mata, tangan, dan koordinasi otot halus yang jauh lebih baik dibandingkan usia 6 tahun. Pada usia 7 tahun, seorang anak juga sudah memiliki molar pertama permanen dan mulai merasakan kehilangan gigi. Selain itu, central incisor juga mulai tumbuh pada rahang atas dan rahang bawah (pertumbuhannya dimulai antara usia 7-8 tahun).^[32, 33]

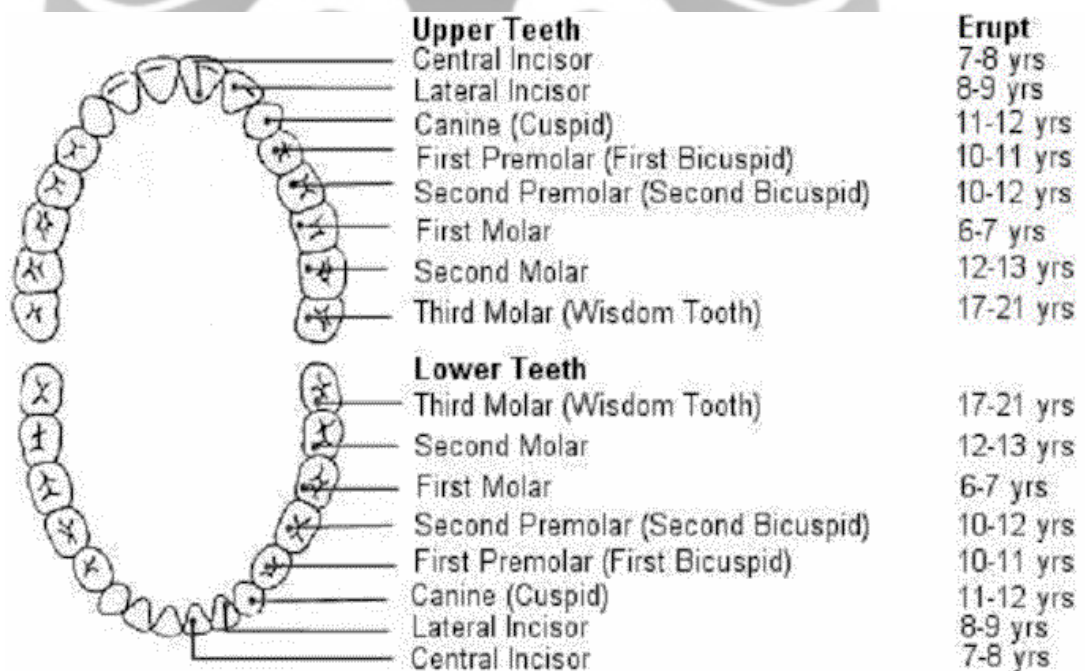
Pada masa ini, lingkungan sosial dari anak tersebut menjadi lebih kompleks karena pada masa tersebut mereka mulai mengalami awal dari masa pubertas. Umumnya pada usia 10 tahun, mereka mulai mempunyai seorang teman baik dimana mereka dapat melakukan aktivitas bersama atau terikat secara emosional dengan temannya tersebut. Pada masa ini hubungan dan lingkungan sekolah juga menjadi lebih kompleks, kompetitif, dan mudah berubah. Karakteristik lain pada usia ini terlihat dari cara bergaul antara laki-laki dan perempuan^[34]. Anak laki-laki pada usia ini umumnya lebih fokus pada kegiatan bersama teman-temannya (misalnya bermain sepak bola) dibandingkan anak perempuan yang lebih memperhatikan pribadi atau dengan siapa mereka melakukan aktivitas tersebut^[35]. Pada usia 10 tahun, umumnya seorang anak mempunyai keseimbangan emosi yang stabil, mereka umumnya kooperatif, bersahabat, ramah, dan puas dengan keberadaan dirinya (self content).^[35]

Pada anak-anak usia 10 tahun, umumnya mereka senang mengemukakan pendapat secara terbuka, serta mulai berpikir secara keseluruhan. Mereka juga mulai dapat mengekspresikan diri mereka secara kreatif dan mulai dapat berpikir secara abstrak. Karena itu, pada usia ini mereka sangat pada kegiatan yang

bersifat diskusi serta interaktif (misalnya seperti drama, *debate club*).^[7] Pada usia ini mereka telah mengerti konsep sebab akibat dan sintesis logika dengan baik, karena itu mereka juga senang bertanya dan mencari hal-hal yang baru. Karakter lain yang menonjol pada masa ini adalah pengidolaan terhadap seseorang (*Hero Worship*).^[7]

Pada usia 10-11 tahun, mulai terlihat perubahan-perubahan pada tubuh anak terutama pada wanita. Yaitu, terbentuknya payudara, lekuk pinggang, serta mulai mengalami menstruasi. mulai menguasai keterampilan fisik seperti menggantung, merajut, dan sebagainya. Mereka juga memiliki tingkat keaktifan, dan rasa ingin tahu yang tinggi hal tersebut dapat membuat mereka menjadi lebih cepat lelah.

Selain itu dari aspek yang signifikan adalah perubahan pada susunan gigi geligi. Pada usia 10-11 tahun mulai terjadi erupsi gigi pamanent yaitu caninus, premolar pertama, dan premolar kedua pada Rahang Atas dan Rahang Bawah,^[32, 33, 36] Seperti yang terlihat pada diagram dibawah ini.^[36]



2.4. Alat Ukur Kecemasan Terhadap Perawatan Dental

Untuk mengukur tingkat kecemasan, dapat digunakan macam kusioner, skala atau derajat dengan tingkat validitas dan reliabilitas yang berbeda-beda. Secara garis, metode yang digunakan untuk mengukur derajat kecemasan tersebut dapat dikelompokkan menjadi dua.^[3] Metode pengukuran langsung, yaitu dimana si anak diminta untuk mengisi secara langsung kusioner yang diberikan. Metode ini mempunyai kelemahan dapat menunjukkan hasil yang bias karena ada kemungkinan dimana anak tersebut tidak mengerti isi kusioner atau ada perasaan malu serta takut untuk mengisi kusioner secara jujur. Metode pengukuran tidak langsung, yaitu melalui pengamatan peneliti terhadap anak tersebut atau melalui *interview* terhadap pihak ketiga. Pihak ketiga tersebut dapat berupa orang tua anak tersebut, dokter gigi anak yang bersangkutan, atau orang-orang lain dalam lingkungan si anak. Pada metode ini si anak sama sekali tidak melakukan pengisian survey karena pengisian survey dilakukan oleh peneliti setelah melalui wawancara dan pengamatan terhadap si anak atau pihak ketiga. Karena itu dalam metode ini dibutuhkan kejelian dari pihak peneliti serta kerja sama yang baik dengan pihak ketiga.

Dari jenis skala kecemasan yang ada, Corah's Dental Anxiety Scale merupakan jenis yang paling banyak digunakan secara luas.^[9] CDAS terdiri dari 4 pertanyaan dengan 5 pilihan jawaban yang menunjukkan derajat kecemasan, dimulai dari tidak cemas sama sekali sampai dengan amat sangat cemas, pada tiap pertanyaan tersebut. Modified Dental Anxiety Scale merupakan pengembangan dari CDAS dengan menambahkan satu pertanyaan tambahan. Walau pun digunakan secara luas, umumnya CDAS dan MDAS digunakan untuk orang dewasa dibandingkan anak-anak karena beberapa pertanyaannya menuntut konsep berpikir abstrak yang tinggi.

Jenis alat ukur kecemasan yang lain adalah Venham Picture Test. Skala ini menggunakan 8 buah item gambar dimanasi anak diminta untuk menunjuk satu item gambar yang mewakili perasaannya saat itu atau pada kondisi di ruang praktek dental. Kelemahan dari alat ini, adalah penilaian seseorang terutama anak-anak terhadap suatu gambar sangat bersifat subyektif karena itu penilaian ini dianggap kurang akurat. Beberapa penelitian menyatakan bahwa Venham Picture

Test mempunyai tingkat Validitas dan Reliabilitas yang rendah dibandingkan alat ukur kecemasan lainnya.^[9]

Children Fear Survey Schedule (CFSS-DS) merupakan jenis alat ukur yang lain yang digunakan untuk mengukur kecemasan atau ketakutan. CFSS-DS ditemukan oleh Cuthberth dan Melamed (1982) dan merupakan modifikasi dari Children Fear Survey Schedule yang ditemukan Scherer dan Nakamura (1968).^[37] Alat ukur kecemasan berbentuk kuesioner ini terdiri dari 15 pertanyaan yang berhubungan dengan lingkungan perawatan dental dan beberapa prosedur dental. Pertanyaan-pertanyaan tersebut yaitu dokter gigi, dokter, mulutnya diperiksa orang lain, membuka mulut, disentuh orang asing, dilihat orang lain, dokter gigi mengebor, melihat dokter gigi mengebor, suara bor dokter gigi, orang meletakkan instrumen dalam mulutmu, tersedak, pergi ke rumah sakit, orang berseragam putih, perawat membersihkan gigimu. Setiap pertanyaan CFSS-DS terdiri dari 5 pilihan jawaban dengan masing-masing pilihan mempunyai skor tertentu. Pilihan jawaban tersebut yaitu sama sekali tidak takut (not afraid at all) diberi skor 1, agak takut (a little affraid) diberi skor 2, cukup takut (a fair amount affraid) diberi skor 3, takut (pretty much affraid) diberi nilai 4, sangat takut (very affraid) diberi nilai 5. Hasil dari penilaian tersebut akan dijumlahkan dan hasil penjumlahan tersebut yang digunakan sebagai derajat rasa takut atau rasa cemas. Derajat tersebut mempunyai skore mulai dari 15-75 dengan skore lebih besar sama dengan 38 mengindikasikan pasien memiliki tingkat ketakutan dental yang tinggi.^[9] CFSS-DS juga digunakan untuk menunjukkan perbedaan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol, atau untuk melihat anak yang takut dan tidak takut dari sejumlah populasi yang berbeda. Sementara itu, Klingberg (2008) membagi subyek penelitian menjadi dua kategori yaitu tingkat kecemasan dental rendah dan tingkat kecemasan dental tinggi berdasarkan hasil penilaian CFSS-DS.^[38] CFSS-DS merupakan alat ukur pilihan penulis pada karya ilmiah ini karena beberapa penelitian menunjukkan CFSS-DS mempunyai tingkat validitas dan reliabilitas yang tinggi dibandingkan alat ukur lainnya diatas, serta cocok digunakan untuk anak-anak.^[9, 37]

2.5. Kerangka Teori

