



BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA

No. 151, 2016

KEMENKES. Gigi dan Mulut. Upaya Kesehatan.

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 89 TAHUN 2015

TENTANG

UPAYA KESEHATAN GIGI DAN MULUT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : a. bahwa kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian integral dari kesehatan tubuh secara keseluruhan, sehingga pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut penting dilakukan;

b. bahwa Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut yang aman, bermutu, dan terjangkau oleh masyarakat;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3441);

2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun

- 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
 4. Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/MENKES/PER/X/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 464);
 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 825);
 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1676);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG UPAYA KESEHATAN GIGI DAN MULUT.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Kesehatan Gigi dan Mulut adalah keadaan sehat dari jaringan keras dan jaringan lunak gigi serta unsur-unsur

yang berhubungan dalam rongga mulut, yang memungkinkan individu makan, berbicara dan berinteraksi sosial tanpa disfungsi, gangguan estetik, dan ketidaknyamanan karena adanya penyakit, penyimpangan oklusi dan kehilangan gigi sehingga mampu hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

2. Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan gigi dan mulut masyarakat dalam bentuk peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan penyakit dan pemulihian kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.
3. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut adalah setiap penyelenggaraan Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan gigi dan mulut, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan gigi dan mulut perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat secara paripurna, terpadu dan berkualitas.
4. Kader adalah setiap orang yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah kesehatan perorangan atau masyarakat serta bekerja dalam hubungan yang amat dekat dengan tempat pemberian pelayanan kesehatan.
5. Pemerintah Pusat adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia yang dibantu oleh Wakil Presiden dan menteri sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
6. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
7. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 2

Pengaturan Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut bertujuan memberikan pedoman dan acuan bagi penyelenggara Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut untuk:

- a. mewujudkan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut secara profesional, komprehensif dan terpadu sesuai standar;
- b. meningkatkan manajemen dan informasi Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut yang efisien dan efektif;
- c. meningkatkan jumlah, kualitas dan pemerataan sumber daya manusia kesehatan gigi dan mulut; dan
- d. meningkatkan peran serta daerah dalam pemenuhan kebutuhan sarana, prasarana dan peralatan.

BAB II

PENYELENGGARAAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 3

- (1) Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut dilaksanakan melalui Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut perseorangan dan masyarakat.
- (2) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk kegiatan peningkatan kesehatan gigi dan mulut, pencegahan penyakit gigi dan mulut, pengobatan penyakit gigi dan mulut, dan pemulihan kesehatan gigi dan mulut.
- (3) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional.
- (4) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan oleh Pemerintah

Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan.

Pasal 4

- (1) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut dilaksanakan pada setiap fase tumbuh kembang individu melalui pendekatan siklus hidup.
- (2) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan secara komprehensif dengan memperhatikan kekhususan kebutuhan penanganan pada fase tertentu.
- (3) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut secara komprehensif dengan memperhatikan kekhususan kebutuhan penanganan pada fase tertentu sebagaimana dimaksud ayat (2) terdiri atas pelayanan:
 - a. kesehatan gigi dan mulut ibu hamil;
 - b. kesehatan gigi dan mulut anak dan remaja; dan
 - c. kesehatan gigi dan mulut lanjut usia;
- (4) Selain Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut dengan kekhususan penanganan juga dilakukan pada penyandang disabilitas.

Bagian kedua

Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut Ibu Hamil

Pasal 5

- (1) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut Ibu hamil merupakan pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada:
 - a. janin yang dikandung; dan
 - b. ibu hamil.
- (2) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut yang ditujukan kepada janin yang dikandung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a diberikan dalam rangka mengoptimalkan tumbuh kembang janin dan mencegah terjadinya kelainan kongenital tubuh khususnya *dento-orofacial*.

- (3) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut yang ditujukan pada ibu hamil sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf b diberikan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan gigi dan mulut ibu hamil dalam rangka membantu mengoptimalkan kesehatan ibu secara keseluruhan demi tumbuh kembang janin yang baik.

Pasal 6

Kegiatan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Ibu hamil berupa perawatan/tindakan, harus tetap mempertimbangkan perlindungan pada ibu dan janin yang dikandung.

Pasal 7

- (1) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut Ibu hamil dilakukan terintegrasi dengan pemeriksaan antenatal ibu hamil sejak kunjungan antenatal pertama (K1).
- (2) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut Ibu hamil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. konseling kesehatan berupa pemberian Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) kesehatan gigi dan mulut;
 - b. pemeriksaan deteksi dini kelainan/penyakit gigi dan mulut; dan
 - c. merujuk ibu hamil dalam hal kondisi gigi dan mulut ibu hamil memerlukan pendekatan kuratif.
- (3) Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dapat diberikan oleh tenaga kesehatan dan/atau Kader.

Pasal 8

Ketentuan lebih lanjut mengenai Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut ibu hamil sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5, Pasal 6, dan Pasal 7 terdapat dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Bagian ketiga

Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut Anak dan Remaja

Pasal 9

- (1) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut anak dan remaja meliputi:
 - a. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada bayi;
 - b. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada anak balita;
 - c. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada anak usia prasekolah;
 - d. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada anak sekolah tingkat dasar; dan
 - e. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada anak sekolah tingkat menengah.
- (2) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut anak dan remaja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan mengutamakan pendekatan promotif dan preventif tanpa mengabaikan pendekatan kuratif dan rehabilitatif.

Pasal 10

- (1) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada bayi, anak balita dan anak usia prasekolah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, dan huruf c dapat dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, Posyandu, tempat pengasuhan bayi dan balita, taman kanak-kanak, dan tempat pendidikan anak usia prasekolah lainnya.
- (2) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut sebagaimana dimaksud ayat (1) dilaksanakan oleh tenaga kesehatan, Kader, guru, dan/atau pengasuh sesuai dengan kompetensi dan kewenangan masing-masing.

Pasal 11

- (1) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada bayi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a dilaksanakan dalam bentuk pemeliharaan kesehatan

rongga mulut bayi sebelum tumbuh gigi hingga usia 12 (dua belas) bulan.

- (2) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan cara memberikan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) kepada orang tua dan/atau anggota keluarga lain dalam bentuk:
- a. konseling/penyuluhan tentang fase pertumbuhan gigi sulung dan keadaan yang menyertai proses tumbuh gigi serta kelainan/penyakit yang sering terjadi pada bayi; dan
 - b. mengajarkan cara memelihara kesehatan rongga mulut bayi sebelum tumbuh gigi hingga gigi seri tumbuh lengkap.

Pasal 12

- (1) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada anak balita dan anak usia prasekolah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf b dan huruf c dilakukan dalam rentang usia 12 (dua belas) sampai 72 (tujuh puluh dua) bulan.
- (2) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut sebagaimana dimaksud ayat (1) dilakukan dengan memberikan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) kepada orang tua dan/atau anggota keluarga lain.
- (3) Keterlibatan orang tua dan/atau anggota keluarga lain sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dilakukan secara aktif agar pembentukan perilaku sehat dan kemandirian anak balita dan anak usia prasekolah optimal dalam pemeliharaan dan peningkatan kesehatan gigi dan mulutnya.

Pasal 13

Ketentuan lebih lanjut mengenai Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada bayi, anak Balita, dan anak usia prasekolah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10, Pasal 11, dan Pasal 12 tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak

terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Pasal 14

- (1) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut anak usia sekolah tingkat dasar dan anak usia sekolah tingkat menengah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf d dan huruf e berupa Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) dan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) tingkat lanjut yang dilakukan secara terpadu dengan program Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah (UKS/M).
- (2) Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) dan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) tingkat lanjut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dalam bentuk kegiatan:
 - a. penjaringan kesehatan gigi dan mulut;
 - b. pendidikan kesehatan gigi dan mulut;
 - c. pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut secara berkala; dan
 - d. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut lanjutan.
- (3) Penjaringan kesehatan gigi dan mulut sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dilaksanakan di sekolah oleh tenaga kesehatan.
- (4) Pendidikan kesehatan gigi dan mulut sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilaksanakan di sekolah oleh tenaga kesehatan, guru, dan/atau Kader kesehatan sekolah yang terlatih.
- (5) Pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut secara berkala sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilaksanakan di sekolah oleh tenaga kesehatan untuk pencegahan dan deteksi dini gangguan pengunyahan.
- (6) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut lanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan dalam rangka menindaklanjuti hasil penjaringan kesehatan dan/atau pemeriksaan berkala kesehatan gigi dan mulut yang membutuhkan pendekatan kuratif.

Pasal 15

Ketentuan lebih lanjut mengenai Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) dan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) tingkat lanjut sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 tercantum dalam Lampiran II dan Lampiran III yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Bagian Keempat

Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut Lanjut Usia

Pasal 16

- (1) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut lanjut usia diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan atau fasilitas lain yang menyelenggarakan Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut bersumber daya masyarakat.
- (2) Fasilitas pelayanan kesehatan atau fasilitas lain yang menyelenggarakan Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut bersumber daya masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menjamin dan memfasilitasi kelompok lanjut usia agar mendapatkan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut sesuai kebutuhan secara aman, bermutu dan terjangkau.

Pasal 17

- (1) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut lanjut usia diutamakan pada pelayanan dengan pendekatan kuratif dan rehabilitatif dalam bentuk pengobatan dan pemulihan fungsi penggunaan sesuai permasalahan kesehatan gigi dan mulut pada lanjut usia.
- (2) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut sebagaimana dimaksud ayat (1) dilakukan secara komprehensif tanpa mengabaikan pendekatan promotif dan preventif, dengan tetap mempertimbangkan riwayat penyakit dan kondisi umum lanjut usia.

Pasal 18

Ketentuan lebih lanjut mengenai Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut lanjut usia tercantum dalam Lampiran IV yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Bagian Kelima Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut Penyandang Disabilitas

Pasal 19

- (1) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut penyandang disabilitas dilaksanakan sesuai dengan fase tumbuh kembang individu penyandang disabilitas dan/atau modifikasi perawatan sesuai jenis disabilitas, tingkat disabilitas, dan ada tidaknya penyulit.
- (2) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut sebagaimana dimaksud ayat (1) dilakukan melalui:
 - a. penyuluhan;
 - b. pelatihan perawatan kesehatan gigi dan mulut kepada orang tua/pendamping; dan/atau
 - c. perawatan kesehatan gigi dan mulut penyandang disabilitas.

Pasal 20

Penyuluhan dan pelatihan perawatan kesehatan gigi dan mulut kepada orang tua/pendamping sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (2) huruf a dan huruf b dilakukan oleh tenaga kesehatan dan/atau Kader secara langsung atau tidak langsung kepada orang tua/pendamping agar dapat merawat penyandang disabilitas secara mandiri.

Pasal 21

- (1) Perawatan gigi dan mulut penyandang disabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (2) huruf c dilakukan dalam hal kondisi disabilitas fisik disertai

- dengan kecacatan mental atau penyulit berupa penyakit tertentu.
- (2) Perawatan gigi dan mulut penyandang disabilitas sebagaimana dimaksud ayat (1) dilaksanakan oleh tim kesehatan gigi dan mulut (*dental team*).
 - (3) Tim kesehatan gigi dan mulut (*dental team*) sebagaimana dimaksud ayat (2) terdiri atas:
 - a. dokter gigi spesialis;
 - b. dokter gigi; dan
 - c. terapis gigi dan mulut.
 - (4) Dalam hal tidak terdapat dokter gigi spesialis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a, dapat digantikan oleh dokter gigi terlatih perawatan gigi dan mulut penyandang disabilitas.
 - (5) Perawatan gigi dan mulut penyandang disabilitas sebagaimana dimaksud ayat (1) harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut dilengkapi dengan sarana dan prasarana khusus perawatan gigi dan mulut penyandang disabilitas.

Pasal 22

Ketentuan lebih lanjut mengenai Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada penyandang disabilitas tercantum dalam Lampiran V yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

BAB III

REKAM MEDIS GIGI DAN MULUT

Pasal 23

- (1) Setiap Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut harus didokumentasikan dalam rekam medis gigi dan mulut.
- (2) Rekam medis gigi dan mulut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat dalam rangka pencatatan identitas penderita, resume keadaan gigi dan mulut, dasar

perencanaan perawatan, dan melengkapi kebutuhan data *ante mortem* setiap orang.

- (3) Rekam medis gigi dan mulut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berisi identitas penderita, odontogram, tabel perawatan, dan lampiran pelengkap/penunjang.
- (4) Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat oleh dokter gigi dan/atau tenaga kesehatan lain di fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai rekam medis gigi dan mulut yang dilakukan oleh dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tercantum dalam Lampiran VI yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

BAB IV

SUMBER DAYA KESEHATAN

Bagian kesatu

Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Pasal 24

- (1) Fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut terdiri atas fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan.
- (2) Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut dasar serta melakukan rujukan.
- (3) Dalam hal fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama berada di kawasan terpencil, sangat terpencil, Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut dilaksanakan sesuai paket dasar Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di Puskesmas.

- (4) Fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut dalam bentuk:
- pelayanan medik gigi dan mulut dasar;
 - pelayanan medik spesialis gigi dan mulut; dan
 - pelayanan medik spesialis gigi dan mulut penunjang.

Pasal 25

Ketentuan lebih lanjut mengenai Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di fasilitas pelayanan kesehatan kawasan terpencil dan sangat terpencil sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 ayat (3) tercantum dalam Lampiran VII yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini

Bagian kedua

Sumber Daya Manusia

Pasal 26

- Sumber daya manusia dalam Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut meliputi tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan.
- Tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan tenaga medis dan tenaga keteknisian medis yang mempunyai kompetensi dan kewenangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- Tenaga nonkesehatan yang memberikan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan tenaga yang terlatih.
- Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut yang diberikan oleh tenaga nonkesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut masyarakat dengan pendekatan promotif dan preventif.

Bagian Ketiga
Perbekalan Kesehatan

Pasal 27

- (1) Perbekalan kesehatan dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut harus memenuhi persyaratan keamanan, khasiat, dan mutu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Perbekalan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa obat, alat kesehatan, dan semua bahan yang diperlukan untuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut.

BAB V

TANGGUNG JAWAB DAN WEWENANG PEMERINTAH

Pasal 28

- (1) Menteri, Gubernur, dan Bupati/Walikota bertanggung jawab menjamin ketersediaan tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, dan perbekalan kesehatan dalam rangka memberikan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut yang aman, bermutu, dan terjangkau oleh masyarakat.
- (2) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Menteri memiliki kewenangan:
 - a. menetapkan kebijakan perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan gigi dan mulut, fasilitas pelayanan, perbekalan kesehatan gigi dan mulut;
 - b. melakukan pengadaan tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, perbekalan kesehatan gigi dan mulut;
 - c. melakukan advokasi dalam mendorong kecukupan alokasi dana pelayanan kesehatan gigi dan mulut di tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota; dan
 - d. membina, mengawasi, dan meningkatkan mutu tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, perbekalan kesehatan gigi dan mulut.

- (5) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Gubernur memiliki kewenangan:
- a. menetapkan dan melaksanakan kebijakan Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut di wilayahnya;
 - b. merencanakan kebutuhan tenaga kesehatan gigi dan mulut, fasilitas pelayanan kesehatan, perbekalan kesehatan gigi dan mulut skala Provinsi;
 - c. penyediaan pendanaan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut skala provinsi;
 - d. melakukan pengadaan tenaga kesehatan; dan
 - e. melakukan pembinaan, pengawasan dan peningkatan mutu tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, perbekalan kesehatan gigi dan mulut.
- (6) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati/Walikota memiliki kewenangan:
- a. Menetapkan dan melaksanakan kebijakan Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut di wilayahnya;
 - b. merencanakan kebutuhan tenaga kesehatan gigi dan mulut, fasilitas pelayanan kesehatan, perbekalan kesehatan gigi dan mulut skala Kabupaten/Kota;
 - c. penyediaan pendanaan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut skala kabupaten/kota;
 - d. melakukan pengadaan tenaga kesehatan; dan
 - e. membina, mengawasi, dan meningkatkan mutu tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, perbekalan kesehatan gigi dan mulut; melalui pelaksanaan kegiatan perizinan.

BAB VI

PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Pasal 29

- (1) Pemberdayaan masyarakat dalam Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut diwujudkan melalui peran serta

masyarakat baik perorangan, keluarga, kelompok maupun terorganisasi.

- (2) Peran serta masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
 - a. usaha kesehatan gigi masyarakat melalui upaya kesehatan bersumber daya masyarakat;
 - b. pemberdayaan tokoh masyarakat dan/atau organisasi masyarakat; dan
 - c. kemitraan dengan institusi dan/atau dunia usaha.
- (3) Usaha kesehatan gigi masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dilaksanakan dengan melibatkan Kader setempat.

BAB VII

PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pasal 30

- (1) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan Dinas Kesehatan Provinsi harus melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala dan berjenjang untuk pemantauan data dan evaluasi Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut.
- (2) Jenis dan mekanisme pencatatan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VIII

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 31

- (1) Pemerintah Pusat, pemerintah daerah provinsi dan pemerintah daerah kabupaten/kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut sesuai dengan tugas dan kewenangan masing-masing.

(2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat mengikutsertakan organisasi profesi.

BAB IX
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 32

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 29 Desember 2015

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 2 Februari 2016

DIREKTUR JENDERAL
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

WIDODO EKATJAHJANA

LAMPIRAN I
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 89 TAHUN 2015
TENTANG
UPAYA KESEHATAN GIGI DAN MULUT

UPAYA KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA IBU HAMIL, BAYI, ANAK BALITA,
DAN ANAK USIA PRASEKOLAH

A. PENDAHULUAN

1. LATAR BELAKANG

Kesehatan merupakan bagian terpenting dalam kehidupan manusia, sehat secara jasmani dan rohani, tidak terkecuali pada ibu hamil. Kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian dari kesehatan secara menyeluruh, karenanya pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut yang baik dan benar sangat mendukung terwujudnya kesehatan gigi dan mulut termasuk kesehatan ibu hamil pada umumnya.

Berdasarkan data Riskesdas Kementerian Kesehatan tahun 2013, prevalensi masalah kesehatan gigi-mulut adalah 25,9%, dengan prevalensi karies aktif sebesar 53,7%, oleh karena itu pemeliharaan gigi bagi ibu hamil termasuk yang harus diperhatikan dan ditingkatkan baik melalui kegiatan upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) serta upaya yang dilakukan puskesmas. Berdasarkan kebijakan Pemerintah melalui Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dinyatakan bahwa pelayanan kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian yang harus dilaksanakan.

Untuk mencapai kesehatan gigi dan mulut yang optimal pada ibu hamil, bayi, anak balita, dan anak usia prasekolah maka harus dilakukan perawatan secara berkala. Perawatan dapat dimulai dengan memperhatikan konsumsi makanan, pembersihan plak dan sisa makanan yang tersisa dengan menyikat gigi secara teratur dan benar, pembersihan karang gigi, penambalan gigi yang berlubang, dan pencabutan gigi yang sudah tidak bisa dipertahankan lagi oleh

dokter gigi, serta kunjungan berkala ke dokter gigi baik ada keluhan ataupun tidak ada keluhan. Dengan memperhatikan hal-hal tersebut, maka akan dicapai suatu kesehatan gigi dan mulut yang optimal yang akan meningkatkan kesehatan tubuh secara keseluruhan.

Keadaan rongga mulut ibu hamil dapat mempengaruhi kondisi bayi yang dikandungnya. Jika seorang ibu menderita infeksi periodontal, pada saat ibu tersebut hamil akan memiliki resiko lebih besar untuk melahirkan bayi dengan berat lahir rendah dan mengalami kelahiran prematur. Penelitian di RS Hasan Sadikin, Jabar (Komara, 2006) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang sangat bermakna antara penderita *periodontitis marginalis kronis* dengan kejadian BBLR. Ibu hamil penderita periodontitis kronis beresiko 10,9 kali lebih besar memiliki bayi BBLR, bahkan ibu hamil yang menderita infeksi periodontal, memiliki resiko terhadap terjadinya Bayi BBLR sebanyak 19,2 kali dibanding yang normal. Sementara Dr. Steven Offenbacher, Direktur *Center of Oral and Systemic Diseases* di *University of North Carolina* menjelaskan bahwa risiko tersebut sama kuatnya dengan risiko akibat merokok atau pemakaian alkohol.

Perawatan gigi dan mulut dapat dilakukan pada masa kehamilan dengan aman, tetapi tenaga pelayanan kesehatan gigi harus tetap mempertimbangkan perlindungan terhadap ibu hamil dan janin yang sedang berkembang. Keadaan ini menjadikan perhatian yang cukup serius bagi tenaga pelayanan kesehatan gigi dalam melakukan perawatan gigi dan mulut. Tenaga pelayanan kesehatan gigi juga harus menyadari bahwa pasien yang dihadapi bukanlah pasien yang selalu dalam kondisi kesehatan yang optimal. Untuk itu kadang-kadang perlu bagi tenaga pelayanan kesehatan gigi untuk menunda perawatan gigi dan mulut terutama pada trimester I dan diakhir trimester III dengan alasan pertimbangan riwayat medis pasien. Konsultasi dengan dokter ahli kandungan ada baiknya dilakukan bila ibu hamil memiliki faktor risiko terhadap perawatan yang akan dilakukan

2. MANFAAT PEDOMAN

- a. Sebagai acuan bagi tenaga kesehatan yang menangani ibu hamil, bayi, anak balita, dan anak usia prasekolah.

- b. Sebagai materi pendidikan kader kesehatan.
- c. Sebagai materi penyuluhan kesehatan gigi dan mulut bagi ibu hamil, bayi, anak balita, dan anak usia prasekolah
- d. Sebagai materi untuk memberikan konsultasi kepada calon ibu baik dalam merencanakan kehamilan maupun pada masa kehamilan dan mempunyai bayi, anak balita, dan anak usia prasekolah.

3. SASARAN

Tenaga kesehatan yang bertugas menangani calon ibu hamil, ibu hamil dan ibu yang mempunyai bayi, anak balita, dan anak usia prasekolah.

4. TUJUAN

Tujuan umum: meningkatkan derajat kesehatan gigi dan mulut ibu hamil, bayi, anak balita, dan anak usia prasekolah

Tujuan khusus:

- a. Meningkatkan ketrampilan tenaga kesehatan dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut masyarakat termasuk ibu hamil, bayi, anak balita, dan anak usia prasekolah.
- b. Meningkatkan derajat kesehatan gigi dan mulut ibu hamil, bayi, anak balita, dan anak usia prasekolah.
- c. Mengurangi risiko berat bayi lahir rendah (BBLR), kelahiran prematur dan keguguran kandungan.

5. SISTEMATIKA SAJIAN

- a. Kehamilan dan Manifestasinya di rongga mulut
 - 1) Persiapan Kehamilan
 - 2) Kehamilan
 - 3) Manifestasinya di rongga mulut
- b. Perawatan dan pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada masa kehamilan
 - 1) Cara penanggulangan pertama di rongga mulut
 - 2) Pentingnya pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut ibu hamil
 - 3) Cara pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut ibu hamil
- c. Perawatan dan pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada

bayi, anak balita, dan anak usia prasekolah

- 1) Kelainan gigi dan mulut yang sering terjadi usia anak
- 2) Cara pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut anak
- 3) Cara pemeriksaan gigi dan mulut bayi, anak balita, dan anak usia prasekolah.

B. KEHAMILAN DAN MANIFESTASINYA DI RONGGA MULUT

1. KESEHATAN GIGI DAN MULUT SEBELUM MASA KEHAMILAN

Perawatan kesehatan gigi dan mulut sebelum masa kehamilan merupakan bagian dari perawatan kesehatan secara keseluruhan. Setiap tenaga pelayanan kesehatan dapat memainkan peranan penting dalam mendorong calon ibu hamil untuk memeriksakan kondisi gigi dan mulut ke fasilitas pelayanan kesehatan gigi. Selain itu juga meningkatkan kesadaran calon ibu tentang pentingnya kesehatan gigi-mulut dan meluruskan kesalahpahaman seperti keyakinan bahwa kehilangan gigi dan perdarahan di mulut adalah "normal" selama kehamilan. Demikian juga nyeri selama perawatan gigi tidak dapat dihindari dan menunda pengobatan sampai setelah kehamilan lebih aman untuk ibu dan janin.

Gigi berlubang yang tidak dirawat akan menyebabkan masalah sistemik selama kehamilan dan dapat menyebabkan kelahiran prematur dan berat bayi lahir rendah. Gigi berlubang yang tidak dirawat tersebut dapat menyebabkan indikasi pencabutan yang dilakukan pada saat kehamilan. Tindakan pencabutan gigi pada saat hamil harus dihindari karena dapat membahayakan janin akibat penggunaan obat anastesi atau timbulnya stres pada ibu hamil saat pencabutan gigi.

Perubahan hormonal pada saat kehamilan yang disertai adanya faktor lokal seperti plak atau karang gigi akan menimbulkan pembesaran dan atau peradangan pada gusi. Keadaan ini akan diperberat oleh kondisi gigi dan mulut sebelum kehamilan yang sudah buruk.

2. KEHAMILAN

Kehamilan dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir, untuk wanita yang sehat kurang lebih 280 hari atau 40 minggu.

Biasanya kehamilan dibagi dalam tiga bagian atau trimester untuk masing-masing 13 minggu atau 3 bulan kalender.

Dalam kehamilan terjadi perubahan-perubahan fisiologis di dalam tubuh, seperti perubahan sistem kardiovaskular, hematologi, respiration dan endokrin. Kadang-kadang disertai dengan perubahan sikap, keadaan jiwa ataupun tingkah laku. Pada wanita hamil, biasanya dapat terjadi perubahan-perubahan sebagai berikut :

- a. Perubahan Fisiologis (Perubahan Normal pada Tubuh)
 - Penambahan berat badan.
 - Pembesaran pada payudara.
 - Bisa terjadi pembengkakan pada tangan dan kaki, terutama pada usia kehamilan trimester III (6-9 bulan).
 - Perubahan pada kulit karena adanya kelebihan pigmen pada tempat-tempat tertentu (pipi, sekitar hidung, sekitar puting susu dan diatas tulang kemaluan sampai pusar).
 - Dapat terjadi penurunan pH saliva.
- b. Perubahan Psikis (Perubahan yang Berhubungan dengan Kejiwaan)

Sering terjadi pada usia kehamilan muda (trimester I atau 0-3 bulan)

- Morning sickness (rasa mual dan ingin muntah terutama pada waktu pagi hari).
- Rasa lesu, lemas dan terkadang hilang selera makan.
- Perubahan tingkah laku diluar kebiasaan sehari-hari seperti “ngidam” dan sebagainya.

Keadaan tersebut menyebabkan ibu hamil sering kali mengabaikan kebersihan dirinya, termasuk kebersihan giginya, sehingga kelompok ibu hamil sangat rawan atau peka terhadap penyakit gigi dan mulut.

Ada beberapa hal dalam kesehatan gigi dan mulut yang perlu mendapat perhatian selama masa kehamilan, antara lain:

- a. Trimester I (masa kehamilan 0 – 3 bulan)

Pada saat ini ibu hamil biasanya merasa lesu, mual dan kadang-kadang sampai muntah. Lesu, mual atau muntah ini menyebabkan terjadinya peningkatan suasana asam dalam mulut. Adanya peningkatan plak karena malas memelihara

kebersihan, akan mempercepat terjadinya kerusakan gigi. Beberapa cara pencegahannya:

- Pada waktu mual hindarilah menghisap permen atau mengulum permen terus-menerus, karena hal ini dapat memperparah kerusakan gigi yang telah ada.
- Apabila ibu hamil mengalami muntah-muntah hendaknya setelah itu mulut dibersihkan dengan berkumur menggunakan larutan soda kue (sodium bicarbonate) dan menyikat gigi setelah 1 jam.
- Hindari minum obat anti muntah, obat dan jamu penghilang rasa sakit tanpa persetujuan dokter, karena ada beberapa obat yang dapat menyebabkan cacat bawaan seperti celah bibir.

Penyedia pelayanan kebidanan dapat menyarankan hal berikut ini untuk mengurangi kerusakan gigi pada ibu hamil yang sering mengalami mual dan muntah :

- Makanlah dalam jumlah kecil makanan bergizi sepanjang hari.
- Kumur dengan secangkir air ditambah satu sendok teh soda kue (sodium bicarbonate) setelah muntah untuk menetralisir asam.
- Mengunyah permen karet tanpa gula yang mengandung xylitol setelah makan.
- Gunakan sikat gigi berbulu lembut dan pasta gigi yang mengandung fluor untuk mencegah kerusakan permukaan gigi.

b. Trimester II (masa kehamilan 4 – 6 bulan)

Pada masa ini, ibu hamil kadang-kadang masih merasakan hal yang sama seperti pada trimester I kehamilan. Karena itu tetap harus diperhatikan aspek-aspek yang dijelaskan diatas.

Selain itu, pada masa ini biasanya merupakan saat terjadinya perubahan hormonal dan faktor lokal (plak) dapat menimbulkan kelainan dalam rongga mulut, antara lain:

- Peradangan pada gusi, warnanya kemerah-merahan dan mudah berdarah terutama pada waktu menyikat gigi. Bila timbul pembengkakan maka dapat disertai dengan rasa sakit.

- Timbulnya benjolan pada gusi antara 2 gigi yang disebut Epulis Gravidarum, terutama pada sisi yang berhadapan dengan pipi. Pada keadaan ini, warna gusi menjadi merah keunguan sampai kebiruan, mudah berdarah dan gigi terasa goyang. Benjolan ini dapat membesar hingga menutupi gigi. Bila terjadi hal-hal seperti diatas sebaiknya segera menghubungi tenaga pelayanan kesehatan gigi utnuk mendapat perawatan lebih lanjut.

c. Trimester III (masa kehamilan 7 – 9 bulan)

Benjolan pada gusi antara 2 gigi (Epulis Gravidarum) diatas mencapai puncaknya pada bulan ketujuh atau kedelapan. Meskipun keadaan ini akan hilang dengan sendirinya setelah melahirkan, kesehatan gigi dan mulut tetap harus dipelihara. Setelah persalinan hendaknya ibu tetap memelihara dan memperhatikan kesehatan rongga mulut, baik untuk ibunya sendiri maupun bayinya. Jika terjadi hal-hal yang tidak biasa dalam rongga mulut, hubungilah tenaga pelayanan kesehatan gigi.

3. MANIFESTASI DI RONGGA MULUT

Kehamilan menyebabkan perubahan fisiologis pada tubuh dan termasuk juga di rongga mulut. Hal ini terutama terlihat pada gusi berupa pembesaran gusi akibat perubahan pada sistem hormonal dan vaskular bersamaan dengan faktor iritasi lokal dalam rongga mulut. Selama kehamilan, seorang ibu dapat mengalami beberapa gangguan pada rongga mulutnya yang dapat disebabkan oleh perubahan hormonal atau karena kelalaian perawatan gigi dan mulutnya.

a. Gingivitis Kehamilan (*Pregnancy Gingivitis*)

Sebagian besar ibu hamil menunjukan perubahan pada gusi selama kehamilan akibat kurangnya kesadaran menjaga kebersihan gigi dan mulut. Gusi terlihat lebih merah dan mudah berdarah ketika menyikat gigi, penyakit ini disebut gingivitis kehamilan, biasanya mulai terlihat sejak bulan kedua dan memuncak sekitar bulan kedelapan.

Gingivitis kehamilan paling sering terlihat di gusi bagian depan mulut. Penyebabnya adalah meningkatnya hormon sex wanita dan vaskularisasi gingiva sehingga memberikan respon

yang berlebihan terhadap faktor iritasi lokal. Faktor iritasi lokal dapat berupa rangsangan lunak, yaitu plak bakteri dan sisa-sisa makanan, maupun berupa rangsang keras seperti kalkulus, tepi restorasi yang tidak baik, gigi palsu dan permukaan akar yang kasar. Hal ini menunjukkan bahwa kehamilan bukanlah menjadi penyebab langsung dari gingivitas kehamilan, tetapi juga tergantung pada tingkat kebersihan mulut pasien.

Selama kehamilan, tingkat progesteron pada ibu hamil bisa 10 kali lebih tinggi dari biasanya. Hal ini dapat meningkatkan pertumbuhan bakteri tertentu yang menyebabkan peradangan gusi. Juga perubahan kekebalan tubuh selama kehamilan yang menyebabkan reaksi tubuh yang berbeda dalam menghadapi bakteri penyebab radang gusi.



Gambar 1. Gingivitis Kehamilan

b. Granuloma Kehamilan (*Epulis Gravidarum*)

Kehamilan dapat pula menimbulkan suatu pembentukan pertumbuhan berlebih pada gingiva seperti tumor. Istilah yang digunakan untuk keadaan ini adalah pregnancy tumor atau tumor kehamilan, epulis gravidarum ataupun granuloma kehamilan. Tidak berbahaya tetapi dapat menyebabkan ketidaknyamanan. Biasanya berkembang pada trimester kedua. Bentuknya seperti nodul berwarna merah keunguan sampai merah kebiruan, mudah berdarah, sering terlihat pada gusi rahang atas, tetapi dapat juga ditemukan di tempat lain di mulut.

Penyebab pasti tidak diketahui, meskipun faktor utamanya adalah kebersihan mulut yang buruk. Selain itu faktor penyebab lainnya adalah trauma, hormon, virus dan pembuluh darah yang pecah. Ibu hamil yang memiliki granuloma kehamilan biasanya juga menderita gingivitis kehamilan yang luas.

Granuloma kehamilan akan menghilang setelah bayi lahir.



Gambar 2. Granuloma Kehamilan (*Epulis Gravidarum*)

c. Karies Gigi

Kehamilan tidak langsung menyebabkan gigi berlubang. Meningkatnya gigi berlubang atau menjadi lebih cepatnya proses gigi berlubang yang sudah ada pada masa kehamilan lebih disebabkan karena perubahan lingkungan di sekitar gigi dan kebersihan mulut yang kurang.

Faktor-faktor yang dapat mendukung lebih cepatnya proses gigi berlubang yang sudah ada pada wanita hamil karena pH saliva wanita hamil lebih asam jika dibandingkan dengan yang tidak hamil dan konsumsi makan-makanan kecil yang banyak mengandung gula. Rasa mual dan muntah membuat wanita hamil malas memelihara kebersihan rongga mulutnya, akibatnya serangan asam pada plak yang dipercepat dengan adanya asam dari mulut karena mual atau muntah tadi dapat mempercepat proses terjadinya gigi berlubang.

Gigi berlubang dapat menyebabkan rasa ngilu bila terkena makanan atau minuman dingin atau manis. Bila dibiarkan tidak dirawat, lubang akan semakin besar dan dalam sehingga menimbulkan pusing, sakit berdenyut bahkan sampai mengakibatkan pipi menjadi bengkak.



Gambar 3. Gigi berlubang pada gigi seri dan gigi geraham

C. PERAWATAN DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA MASA KEHAMILAN

1. CARA PENANGGULANGAN PERTAMA GANGGUAN DI RONGGA MULUT

Pada saat terjadi keluhan pada gigi dan mulut selama kehamilan, segera memeriksakan diri ke fasilitas pelayanan kesehatan gigi. Pada keadaan darurat untuk menanggulangi rasa sakit gigi, tenaga kesehatan dapat memberikan obat pereda rasa sakit. Penggunaan obat-obatan yang tidak terkontrol akan membahayakan sehingga dapat menyebabkan gangguan kehamilan, seperti keguguran, bayi lahir cacat, dsb.

Karena jangkauan pelayanan kesehatan gigi belum merata sampai di pelosok desa, maka pemanfaatan obat tradisional untuk menanggulangi masalah kesehatan gigi dan mulut dapat digunakan dalam keadaan darurat sebelum dirujuk ke klinik gigi atau dokter gigi. Berikut ini tercantum beberapa bahan sebagai pereda rasa sakit, pengurang bau mulut, obat sariawan dan obat mengurangi Bengkak pada pipi.

a. Bahan sebagai obat untuk meredakan rasa sakit gigi

1) Bunga Cengkeh

Bunga cengkeh segenggam disangrai sampai kering, ditumbuk halus menjadi tepung. Bubuk cengkeh dimasukan ke dalam lubang gigi yang sakit.



Gambar 4. Bunga cengkeh

2) Garam Dapur

Garam dapur $\frac{1}{2}$ sendok teh dilarutkan dengan air hangat segelas, digunakan untuk kumur-kumur.

3) Bawang Putih

1 (satu) siung bawang putih dibuang kulit arinya, dihaluskan lalu masukkan ke dalam lubang gigi yang sedang sakit, tanpa tekanan. Lalu ditutup sedikit dengan

kapas bersih, tanpa ditekan. Biarkan beberapa saat sampai rasa sakitnya hilang.

b. Bahan Pengurang Bau Mulut

1) Daun Sirih

15 lembar daun sirih direbus dengan 1,5 gelas air sampai mendidih. Dipakai untuk kumur-kumur, biarkan dalam mulut sekitar 1 menit. Diulang sampai terasa segar.



Gambar 5. Daun sirih

2) Bunga Cengkeh

2 butir cengkeh yang kering dibersihkan, dikunyah, dibiarkan selama beberapa menit dalam mulut, kemudian sepahnya dibuang.

c. Bahan sebagai obat sariawan

1) Jeruk Nipis

3 buah jeruk nipis ukuran sedang diperas airnya, masukkan gula aren sedikit lalu seduh dengan air panas dan aduk sampai rata. Ramuan diminum 3 kali sehari selama 2 hari.



Gambar 6. Jeruk nipis

2) Daun Sirih

5 lembar daun sirih tua diremas-remas, diseduh dengan air panas dan dipakai untuk kumur-kumur. Digunakan untuk sekali pakai.

3) Daun Saga

2 genggam daun saga direbus dengan 4 gelas air, sampai airnya tinggal 2 gelas. Diminum sedikit demi sedikit sampai habis. Diminum setiap hari sampai sariawan hilang. Ramuan untuk sekali minum.



Gambar 7. Daun saga

d. Bahan sebagai obat mengurangi bengkak pada pipi

1) Asam Kawak

Asam kawak sebesar ibu jari (20 gram), 1 sendok teh garam dilumatkan $\frac{1}{2}$ cangkir air dengan cara diremas-remas lalu dilumurkan pada pipi yang bengkak.



Gambar 8. Asam kawak

2) Jahe

1 potong jahe sebesar ibu jari dicuci, dihaluskan, ditambah air secukupnya, ditempelkan pada pipi yang bengkak.



Gambar 9. Jahe

2. PENTINGNYA PEMELIHARAAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT BAGI IBU HAMIL

Pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut bermanfaat untuk menjaga kondisi janin agar tetap tumbuh dan berkembang secara sehat dan sempurna, serta mencegah terjadinya kelahiran bayi dengan berat badan tidak normal atau kelahiran prematur. Selama kehamilan sangat penting untuk menjaga kesehatan gigi dan mulut sehingga fungsi pengunyahan tetap baik dan asupan gizi tetap baik dan ibu hamil tetap sehat, serta mencegah penyakit gigi dan mulut menjadi lebih parah.

Makanan yang baik untuk kesehatan gigi dan kesehatan tubuh secara keseluruhan ialah makanan yang banyak mengandung serat, seperti buah-buahan dan sayuran. Selain baik untuk pencernaan, makanan yang berserat juga secara tidak langsung dapat membersihkan sisa makanan yang lengket dan menempel pada gigi.

Untuk mencegah timbulnya gangguan di rongga mulut selama masa kehamilan, perlu diciptakan tingkat kebersihan mulut yang optimal. Pelaksanaan program kontrol plak penting dilakukan untuk mencegah terjadinya karies gigi dan peradangan gusi akibat iritasi lokal.

Ada beberapa hal yang perlu ditekankan kepada ibu hamil dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut agar terhindar dari penyakit gigi dan mulut selama masa kehamilan, yaitu:

1. Bila ibu hamil mengalami muntah-muntah, segera bersihkan mulut dengan berkumur-kumur dengan secangkir air ditambah 1 sendok teh soda kue (sodium bicarbonat) dan menyikat gigi 1 jam setelah muntah.
2. Mengatur pola makan sesuai dengan pedoman gizi seimbang atau angka kecukupan gizi dan membatasi makanan yang mengandung gula.
3. Menyikat gigi secara teratur dan benar minimal 2x sehari, pagi setelah sarapan dan malam sebelum tidur.
4. Memeriksakan keadaan rongga mulut ke dokter gigi karena kunjungan ke dokter gigi pada masa kehamilan bukanlah merupakan hal yang kontra indikasi.

Diet yang seimbang sangat diperlukan untuk menjamin asupan nutrisi bagi ibu hamil dan bayi didalam kandungan. Apa yang

dikonsumsi oleh ibu hamil selama 9 bulan sangat mempengaruhi perkembangan bayi di dalam kandungan, termasuk gigi. Gigi mulai terbentuk pada usia kehamilan 3-6 bulan. Sangat penting bagi ibu hamil untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung kalsium, protein, fosfor dan vitamin A, C dan D.

Seluruh tenaga pelayanan kesehatan harus menyarankan kepada ibu hamil bahwa:

- Perawatan gigi dan mulut aman dan efektif dilakukan selama kehamilan. Perawatan gigi dan mulut harus dikoordinasikan di antara penyedia layanan kesehatan gigi dan mulut dengan dokter kandungannya.
- Pada trimester I, x-ray hanya dilakukan pada keadaan sangat darurat untuk mendukung diagnosis dan pengobatan. Jika akan dilakukan harus disertai proteksi yang maksimal (menggunakan apron dan dosis radiasi yang rendah).
- Pengobatan yang diperlukan dapat diberikan selama kehamilan, namun periode waktu sangat ideal antara minggu ke-14 dan 20.
- Tindakan pembedahan dapat ditunda sampai setelah melahirkan.
- Keterlambatan dalam pengobatan yang diperlukan dapat mengakibatkan pengaruh signifikan untuk ibu hamil dan pengaruh tidak langsung ke janin.

3. CARA PEMELIHARAAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT

Supaya ibu hamil terhindar dari penyakit gigi dan mulut selama kehamilannya, dianjurkan untuk melakukan hal-hal sebagai berikut:

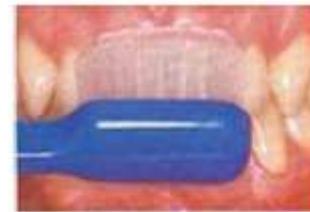
a. Menyikat Gigi Secara Baik, Benar dan Teratur

Menyikat gigi yang baik dan benar adalah menyikat gigi yang dilakukan dengan menggunakan cara yang dapat membersihkan seluruh permukaan gigi tanpa mencederai jaringan lunak dalam mulut serta dilakukan secara berurutan dari satu sisi ke sisi yang lainnya secara teratur.

Adapun frekwensi dan waktu menyikat gigi sebaiknya dilakukan paling sedikit dua kali sehari, pagi setengah jam setelah sarapan dan malam sebelum tidur.

Cara menyikat gigi:

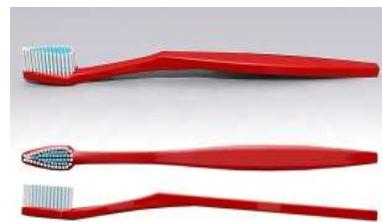
1. Untuk membersihkan gigi bagian depan atas (digerakkan dari atas ke bawah, gerakan sikat dengan arah ke atas ke bawah atau memutar).
2. Untuk membersihkan gigi bagian samping, gerakan sikat dengan arah ke atas ke bawah atau memutar.
3. Gerakan ke depan ke belakang dapat dilakukan untuk membersihkan bagian pengunyahan gigi.
4. Bagian dalam dan belakang gigi dapat dibersihkan dengan cara menggerakkan sikat ke atas ke bawah.



Supaya tidak mencederai jaringan lunak dalam mulut (gusi dan pipi), maka dianjurkan untuk memakai sikat gigi yang kehalusan bulunya sedang, tidak terlalu keras tetapi juga tidak terlalu lunak.

Sikat gigi yang baik:

- Bulu sikat tidak terlalu keras dan tidak terlalu lembut
- Harus dapat menjangkau seluruh permukaan gigi
- Permukaan bulu sikat rata, tangainya lurus, kepala sikat tidak terlalu berat, ujungnya mengecil

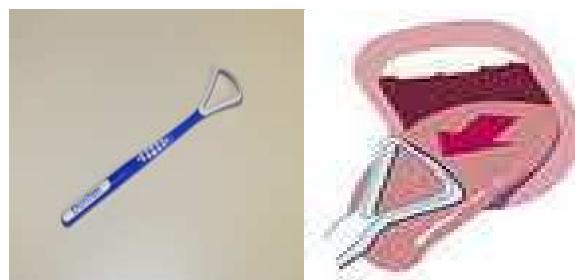


Gambar 10. Contoh sikat gigi yang baik

Supaya kebersihan gigi dan mulut lebih terjaga, ibu hamil juga dianjurkan untuk menggunakan alat bantu sikat gigi seperti sikat lidah, sikat gigi interdental, obat kumur, pasta gigi yang mengandung fluor dan benang gigi.

Penggunaan obat kumur dianjurkan untuk ibu hamil sesuai dengan indikasinya. Penggunaan obat kumur harus dibawah pengawasan dan petunjuk dokter gigi agar tidak menimbulkan efek samping, seperti terjadinya pewarnaan gigi dan terganggunya keseimbangan flora normal rongga mulut.

Sikat lidah digunakan untuk menghilangkan lapisan yang menutupi permukaan lidah (*tongue coating*) sehingga mengurangi koloni kuman yang berada dibawahnya yang bisa menjadi penyebab infeksi di rongga mulut. Sikat gigi interdental dan benang gigi digunakan untuk membersihkan permukaan sela gigi. Sikat gigi interdental digunakan pada kondisi adanya celah diantara gigi karena resesi gusi.



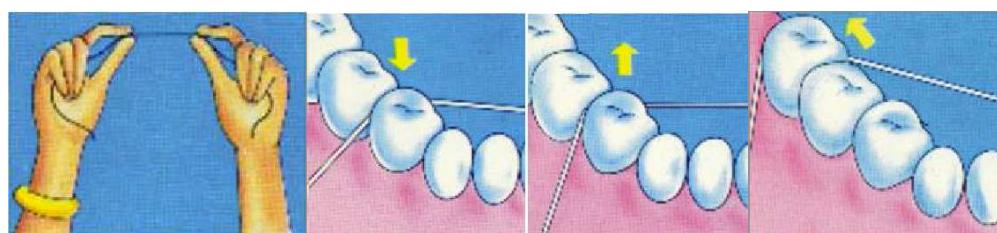
Gambar 11. Contoh sikat lidah dan cara penggunaannya

Cara menggunakan benang gigi tanpa pegangan:

- a) Mula-mula ambilah seutas benang gigi dari gulungan kira-kira 10-15 cm.
- b) Ikatlah salah satu ujung benang ke telunjuk.
- c) Dengan menggunakan jari telunjuk dan ibu jari masukkan benang ke sela-sela gigi.
- d) Lakukan pembersihan secara perlahan sesuai arah pertumbuhan gigi.
- e) Pembersihan gigi menggunakan benang gigi pada gigi bagian belakang



Gambar 12. Contoh benang gigi tanpa pegangan dan dengan pegangan



Gambar 13. Cara menggunakan benang gigi tanpa pegangan

Seluruh tenaga pelayanan kesehatan harus menyarankan kepada ibu hamil bahwa tindakan berikut akan meningkatkan kesehatan mereka:

- Sikat gigi dua kali sehari dengan pasta gigi mengandung fluor dan menggunakan benang gigi (sesuai kebutuhan) setiap hari.
- Batasi konsumsi makanan yang manis.
- Pilih air putih atau susu rendah lemak dan hindari minuman berkarbonasi selama kehamilan.
- Pilih buah dibanding jus buah untuk memenuhi asupan buah harian yang dianjurkan.
- Lakukan perawatan gigi yang diperlukan sebelum melahirkan.

b. Mengkonsumsi Makanan yang Bergizi Seimbang

Diet yang seimbang sangat diperlukan untuk menjamin asupan nutrisi bagi ibu hamil dan bayi didalam kandungan. Apa yang dikonsumsi oleh ibu hamil selama 9 bulan sangat mempengaruhi perkembangan bayi di dalam kandungan, termasuk gigi. Gigi mulai terbentuk pada usia kehamilan 3-6 bulan. Sangat penting bagi ibu hamil untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung kalsium, protein, fosfor dan vitamin A, C dan D.

Seorang ibu hamil sangat dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi secara seimbang sesuai dengan prinsip pedoman gizi seimbang atau angka kecukupan gizi, supaya mempunyai daya tahan tubuh yang baik serta dapat menjaga janinnya agar dapat tumbuh dan berkembang dengan sehat dan sempurna.



Gambar 14. Bahan makanan yang baik untuk ibu hamil

Contoh bahan makanan yang baik bagi ibu hamil:

- Karbohidrat yang bisa didapat dari nasi dan makanan lain pengganti nasi seperti roti atau kentang
- Protein yang terkandung dari bahan makanan seperti daging, ikan, tempe, tahu dan susu
- Vitamin dan mineral yang baik bagi kesehatan gigi seperti:
 - Vitamin A: banyak terdapat dalam buah-buahan seperti mangga dan sayur-sayuran.
 - Vitamin B: banyak terdapat dalam beras dan kacang-kacangan.
 - Vitamin C: banyak terdapat dalam buah-buahan seperti jeruk, mangga, jambu biji dan delima.
 - Vitamin D: banyak terdapat dalam ikan serta daging.
 - Fluor dan Kalsium terdapat dalam makanan berasal dari laut seperti ikan, udang, kerang, kepiting.

Apa yang terjadi apabila ibu hamil kekurangan vitamin dan mineral:

- Kekurangan vitamin A dapat mengganggu pertumbuhan gigi pada janin sehingga giginya dapat mengalami kelainan bentuk.

- Kekurangan vitamin C dapat menyebabkan ibu hamil rentan terhadap penyakit gusi, selain itu janinnya dapat mengalami gangguan pada pembentukan gigi dan jaringan lunaknya.
- Kekurangan vitamin D, kalsium dan fluor dapat menyebabkan terjadinya gangguan pada pertumbuhan gigi janin sehingga giginya akan sangat rentan terhadap lubang gigi.

c. Menghindari Makanan yang Manis dan Lengket

Ibu hamil dianjurkan untuk menghindari makan makanan yang manis dan lengket, karena makanan yang manis dapat diubah oleh bakteri menjadi asam yang dapat merusak lapisan gigi. Makanan yang bersifat lengket dikhawatirkan akan tinggal lama dalam mulut sehingga kemungkinan terjadinya asam akan lebih besar.

Apabila ibu hamil tidak dapat meninggalkan kebiasaannya dalam mengkonsumsi makanan manis dan lengket ini, dianjurkan untuk segera membersihkan gigi dan mulutnya setelah mengkonsumsi makanan tersebut minimal dengan cara berkumur-kumur.

d. Memeriksakan Diri ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Gigi



Gambar 15. Ibu hamil memeriksakan giginya ke dokter gigi

Tenaga pelayanan kesehatan gigi harus memberikan semua pelayanan yang diperlukan untuk ibu hamil karena:

- Kehamilan bukanlah alasan untuk menunda perawatan gigi rutin dan pengobatan yang diperlukan untuk mengatasi masalah kesehatan mulut.
- Pada trimester I, x-ray hanya dilakukan pada keadaan sangat darurat untuk mendukung diagnosis dan pengobatan. Jika akan dilakukan harus disertai proteksi yang maksimal (menggunakan apron dan dosis radiasi yang rendah).
- Pengobatan dapat diberikan sepanjang usia kehamilan, namun, periode waktu sangat ideal adalah antara minggu ke-14 dan 20.

Pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut harus dilakukan secara berkala, baik pada saat merasa sakit maupun pada saat tidak ada keluhan. Bahkan idealnya, pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut dilakukan apabila seseorang berencana atau sedang mengharapkan kehamilan, sehingga pada saat dia hamil kondisi kesehatan gigi dan mulutnya dalam keadaan baik.

Apabila ibu hamil merasakan adanya keluhan pada gigi dan mulutnya, maka harus sesegera mungkin mendatangi fasilitas pelayanan kesehatan gigi untuk mendapatkan pemeriksaan dan perawatan gigi agar ibu hamil terhindar dari terjadinya penyakit gigi dan mulut yang semakin parah.

Penting untuk diingat bahwa sebaiknya perawatan gigi dan mulut dilakukan sampai tuntas, walaupun sudah tidak ada rasa sakit. Misalnya dalam keadaan sakit berdenyut atau bengkak, dokter akan memberi obat untuk meredakan rasa sakit. Bila rasa sakit telah reda, ibu hamil harus kembali lagi untuk mendapatkan perawatan selanjutnya (pencabutan atau tindakan lainnya) untuk menyembuhkan penyakit yang diderita.

Penyakit gigi dan mulut yang tidak dirawat dapat menjadi sumber infeksi dan bisa menyebar melalui peredaran darah ke organ-organ tubuh yang lain, misalnya ke jantung, ginjal, saluran pencernaan, kulit, mata. Hal ini juga dapat membahayakan janin pada seorang ibu hamil berupa kelahiran

prematur (lahir sebelum waktunya) dan bayi lahir dengan berat badan rendah.

Tenaga pelayanan kesehatan gigi diharuskan memberikan tindakan berikut untuk ibu hamil:

- Rencana pengobatan definitif berdasarkan atas pertimbangan kesehatan mulut termasuk:
 - Keluhan utama dan riwayat medis
 - Sejarah penggunaan tembakau, alkohol dan narkoba
 - Evaluasi klinis
 - Radiografi jika sangat diperlukan
- Mengembangkan dan mendiskusikan rencana pengobatan yang komprehensif yang mencakup perawatan pencegahan, kuratif dan pemeliharaan.
- Siap memberikan perawatan darurat selama kehamilan seperti yang ditunjukkan oleh kondisi mulut.
- Memberikan profilaksis gigi dan pengobatan sementara.

Penyedia pelayanan kebidanan didorong untuk mengintegrasikan kesehatan gigi dan mulut ke dalam layanan kehamilan dengan tindakan berikut:

- Menilai kondisi gigi-mulut ibu hamil dan membuat rujukan yang sesuai ke penyedia pelayanan kesehatan gigi dan mulut.
- Mendorong semua ibu hamil pada saat pemeriksaan kehamilan yang pertama kali untuk menjadwalkan pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut jika belum dilakukan dalam enam bulan terakhir, atau jika terdapat keluhan gigi dan mulut yang baru.
- Mendorong semua ibu hamil untuk mematuhi rekomendasi dari tenaga pelayanan kesehatan gigi mengenai tindak lanjut yang tepat.
- Dokumentasikan pada catatan medis kehamilan apakah ibu hamil tersebut sudah dibawah perawatan profesional kesehatan mulut atau jika belum buat rujukan.
- Memberikan surat rujukan tertulis untuk pelayanan kesehatan mulut.
- Buat daftar rujukan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang dapat memberikan layanan kepada wanita hamil.
- Saling berbagi informasi klinis yang sesuai dengan tenaga pelayanan kesehatan gigi.
- Menanggapi pertanyaan yang mungkin ditanyakan dari tenaga pelayanan kesehatan gigi.

Saran untuk ibu hamil yang akan melakukan perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan gigi:

- Beri tahu dokter gigi anda jika anda hamil.
- Tunda perawatan gigi yang bersifat non-darurat sampai trimester ke-2 atau setelah melahirkan.
- Jaga sirkulasi darah dengan cara tidak menyilangkan kaki selama duduk di dental unit.
- Gunakan bantal untuk membantu posisi anda dan janin tetap nyaman saat duduk di dental unit.
- Gunakan *headphone* dan beberapa musik favorit untuk didengarkan selama perawatan gigi.

Peran Bidan Dalam Peningkatan Kualitas Pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut Bagi Ibu Hamil dan Anak Usia Balita :

- Selain melakukan pemeriksaan kehamilan, bidan juga dapat melakukan pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut ibu hamil secara rutin.
- Pemeriksaan gigi dan mulut dapat dilakukan untuk mengetahui kondisi kesehatan gigi mulut ibu hamil.
- Cara pemeriksaan gigi mulut yang dapat dilakukan oleh bidan adalah dengan melihat secara **visual** dan dengan **pertanyaan** sederhana

Pertanyaan Yang Dapat Ditanyakan Untuk Mengetahui Kelainan Periodontal Pada Ibu Hamil :

- Apakah gusi ibu berdarah?
- Apakah gigi ibu berdarah waktu sikat gigi?
- Apakah gigi ibu berdarah ketika makan?
- Apakah gigi ibu kadang-kadang bengkak?
- Apakah ada orang lain yang mengatakan ibu punya bau mulut?
- Apakah ibu merasa giginya akan lepas.
- Apakah ibu merasa kesulitan bila makan-makanan keras-keras?
- Apakah makanan terselip diantara gigi?
- Apakah gusi ibu sakit?

HAL YANG HARUS DIWASPADAII

Ada beberapa hal yang perlu diwaspadai oleh ibu hamil dalam perawatan kesehatan, antara lain:

- Pencabutan gigi pada ibu hamil apabila sangat diperlukan dapat dilakukan pada umur kehamilan trimester II (4-6 bulan), sedangkan penambalan dan pembersihan karang gigi dapat dilakukan selama masa kehamilan.
- Ibu hamil tidak boleh makan/minum obat sembarang tanpa resep/nasehat/pengawasan dari dokter/dokter gigi, karena beberapa jenis obat dapat mengakibatkan gangguan pada pertumbuhan janin. Obat tersebut antara lain:
 - Antibiotik golongan tetracyclin dapat menyebabkan pewarnaan pada bagian dalam gigi janin dan lain-lain.

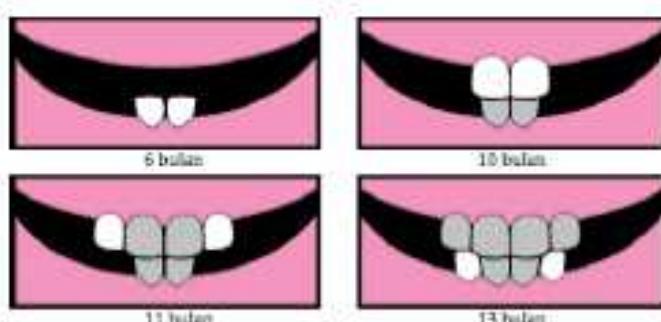
- Sebaiknya tidak melakukan prosedur dental x-ray jika tidak dalam keadaan darurat. Walaupun menurut American College of Radiology, dosis radiasi tunggal x-ray tidak cukup signifikan untuk menyebabkan efek buruk pada perkembangan embrio atau janin, tetapi lebih baik untuk menghindar dari segala risiko.

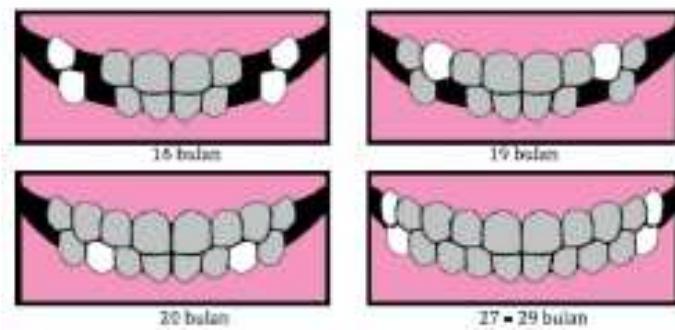
D. PERAWATAN DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA BAYI, ANAK BALITA, DAN ANAK USIA PRASEKOLAH

Masa lima tahun awal dalam tahap perkembangan anak adalah masa *golden age*, ialah suatu masa emas dalam periode pertumbuhan dan perkembangan anak. Pada masa ini segala hal yang tercurah dan terserap pada diri anak akan menjadi dasar dan memori yang tajam pada diri anak tersebut. Hal terkait dengan kesehatan gigi, jika pada masa emas anak ini telah terbentuk memori, perilaku, kebiasaan dan sikap tentang cara merawat gigi dan mulut, maka sikap hidup ini akan terbawa nantinya kelak dewasa, sehingga pengetahuan tentang cara hidup bersih dan sehat, termasuk pemeliharaan kesehatan gigi perlu ditanamkan pada masa balita, dan usia prasekolah. Orang tua dapat menjadi contoh bagi anak. Bagaimana anak mau menyikat gigi di malam menjelang tidur, kalau orang tuanya juga tidak pernah memberikan contoh. Untuk itu pengetahuan orang tua mengenai kesehatan gigi dan mulut anak perlu ditingkatkan antara lain tentang pertumbuhan gigi anak serta kelainan gigi dan mulut yang sering terjadi pada anak.

1. PERTUMBUHAN GIGI ANAK

Periode pertumbuhan gigi anak dimulai sejak dalam kandungan pada usia kehamilan kira-kira 5-6 minggu. Gigi sulung mulai erupsi pada usia 5 - 6 bulan dan lengkap kira-kira usia 2,5 - 3 tahun (Gambar 16).





Gambar 16. Pertumbuhan gigi anak

Tanda-tanda erupsi gigi sulung, antara lain:

- Suhu anak meningkat, pipi terasa panas dan memerah
- Adanya rasa sakit dan tidak nyaman pada mulut.
- Keluar air liur berlebih.
- Secara klinis terlihat gusi menjadi merah, gatal, bengkak atau terasa panas.
- Tampak bercak putih atau bahkan seperti tulang putih (yang sebenarnya adalah benih gigi) muncul pada gusinya.
- Anak sering resah dan rewel.

Banyak orang tua yang beranggapan bahwa gigi sulung hanya sementara dan akan diganti oleh gigi tetap sehingga mereka tidak memperhatikan kebersihan gigi anak tersebut. Padahal sebenarnya justru pada masa gigi susu itulah anak harus mulai diajarkan untuk menjaga kebersihan dan kesehatan giginya karena:

- a. Pada masa gigi susu, sedang terjadi pembentukan gigi tetap didalam tulang. Sehingga jika ada kerusakan gigi susu yang parah dapat mengganggu proses pembentukan gigi tetapnya. Hal ini dapat mengakibatkan gigi tetap tumbuh dengan tidak normal.
- b. Mulut adalah pintu utama masuknya makanan kedalam perut. Mulut adalah lokasi pertama yang dilalui makanan dalam proses pencernaan. Jika terjadi gangguan pada mulut maka akan mengganggu kelancaran proses pencernaan.
- c. Infeksi yang terjadi pada gigi dan mulut dapat mempengaruhi kesehatan organ didalam tubuh seperti jantung, paru-paru, ginjal, dan lain-lain. Karena infeksi dalam mulut dapat menyebar kedalam organ-organ tersebut yang disebut dengan fokal infeksi.

- d. Infeksi gigi dan mulut yang diderita anak akan membuat anak menjadi malas beraktifitas dan akan mengganggu proses belajar mereka.
2. KONDISI DAN KELAINAN GIGI DAN MULUT YANG SERING TERJADI PADA ANAK

Kelainan yang terjadi pada gigi dan mulut pada anak meliputi kelainan yang terjadi pada jaringan keras dan jaringan lunak.

- a. Warna putih pada lidah

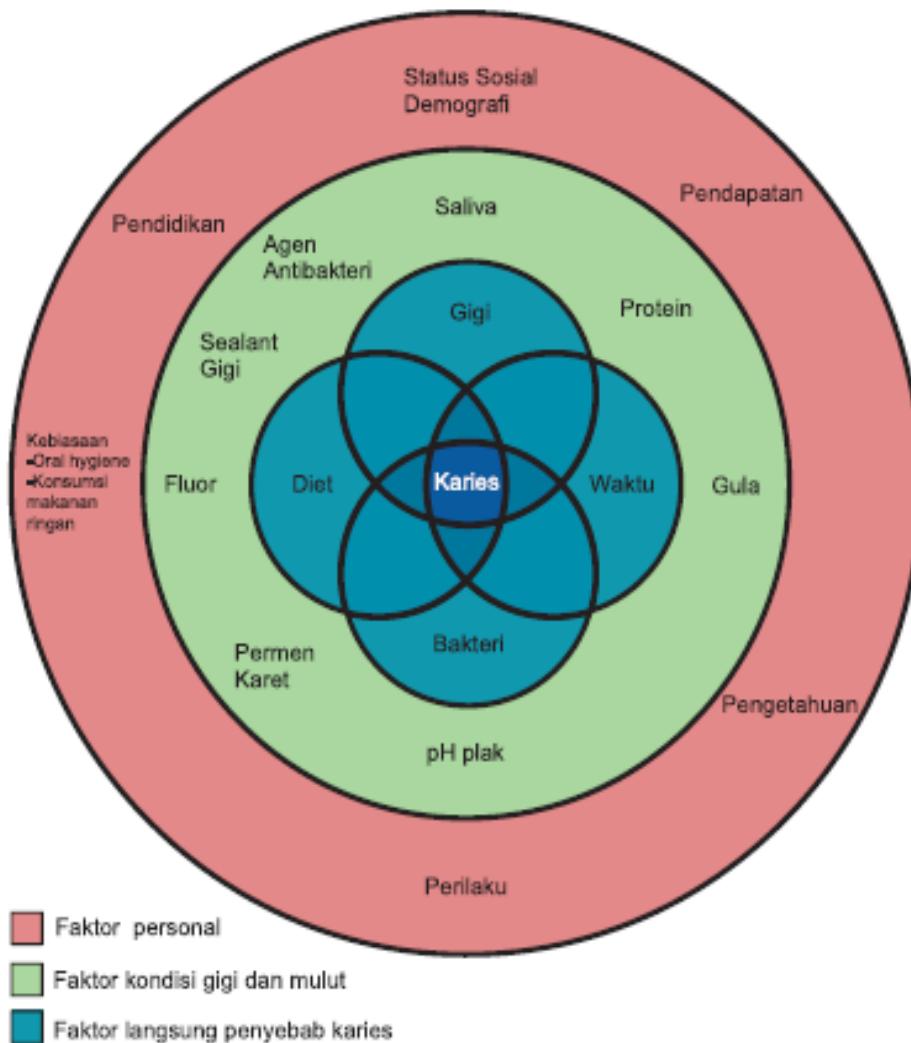
Warna putih pada lidah (Gambar 17) sering kita dapatkan pada bayi yang minum ASI maupun susu formula. Sisa-sisa air susu yang menempel pada lidah akan mengalami fermentasi sehingga merangsang untuk timbulnya jamur. Pemberian susu formula yang telah melewati 3 jam dari waktu pembuatan juga merupakan faktor pencetus terjadinya proses fermentasi. Apabila warna putih terlihat sangat tebal dan menimbulkan bau yang kurang sedap, maka hendaknya diberikan obat anti jamur, namun bila belum terlalu parah dapat dilakukan penyikatan lidah dengan menggunakan sikat gigi dengan bulu yang lunak.



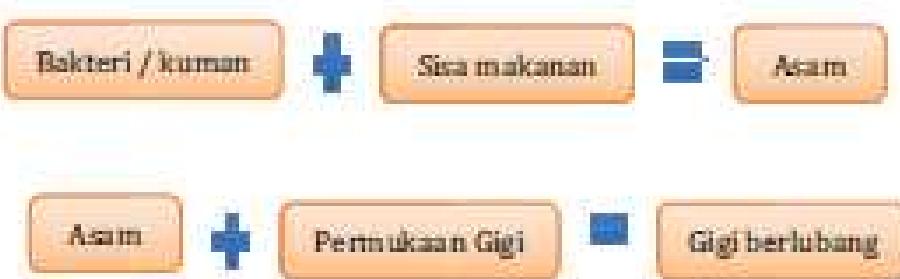
Gambar 17. Lidah bayi yang putih karena susu

- b. Gigi berlubang

Faktor yang menyebabkan gigi berlubang yaitu kualitas gigi, makanan, mikroorganisme dan waktu (Gambar 18) :



Gambar 18. Diagram faktor penyebab gigi berlubang



Gambar 19. Mekanisme terjadinya gigi berlubang

Gigi berlubang dapat terjadi pada gigi anterior maupun pada gigi posterior. Lubang pada gigi anterior anak dapat disebabkan oleh pemberian susu menggunakan botol pada waktu tidur malam, karena pada saat tidur posisi kepala lebih rendah dari pada botol sehingga air susu menggenangi gigi anterior atas (Gambar 20). Bila hal tersebut berlangsung lama, gigi posterior akan

berlubang juga (Gambar 21). Selain itu gigi berlubang pada anak umumnya disebabkan oleh pembersihan gigi yang kurang baik.



Gambar 20. Lubang pada gigi anterior rahang atas akibat susu botol



Gambar 21. Lubang pada gigi posterior rahang bawah akibat minum susu botol terlalu lama

c. Pembengkakan

Pembengkakan dapat disebabkan adanya radang pada gigi maupun pada gusi. Radang yang terjadi pada gigi dapat menjalar menjadi pembengkakan pada gusi. Pembengkakan yang meluas tidak hanya terlihat di dalam mulut namun dapat pula terlihat sampai dipipi.

Wajah akan terlihat sembab, disertai rasa sakit yang hebat dan demam, pada keadaan lanjut dapat menyebabkan kesulitan saat menelan. Apabila pembengkakan tidak diobati maka radang dapat menjadi kronis dan menimbulkan fistula (bisul) pada gusi di sekitar gigi tersebut. Fistula juga dapat terjadi pada gigi gangren (mati) yang tidak dirawat (Gambar 23). Jika gigi gangren tidak dirawat kerusakan akan semakin parah dan gigi harus

dicabut. Bila gigi penggantinya masih lama waktu erupsinya maka akan terjadi pergeseran gigi sebelahnya dan dapat menyebabkan kehilangan ruang untuk pertumbuhan gigi permanen, sehingga mengakibatkan gigi berjejal. Gigi gangren yang tidak dirawat akan menimbulkan keradangan yang mempengaruhi pertumbuhan benih gigi permanen pengganti. Selain itu gigi gangren yang tidak dirawat dapat menjadi fokal (sumber) infeksi yang dapat menimbulkan penyakit umum seperti kelainan jantung, rematik, ataupun alergi.



Gambar 22. Pembengkakan pipi akibat gigi berlubang



Gambar 23. Fistula pada gigi

d. *Stomatitis apthosa* (sariawan)

Sariawan yang sering terjadi pada rongga mulut (Gambar 24), dapat disebabkan oleh adanya trauma (adanya gigi yang tajam, makanan yang mengiritasi mukosa mulut) maupun karena kurangnya konsumsi vitaminantara lain vitamin C. Lesi/luka tersebut akan terasa pedih apabila tersentuh oleh lidah ataupun makanan. Faktor pencetus utama terjadinya sariawan adalah stres yang timbul tanpa disadari. Perawatan yang dapat

dilakukan adalah pemberian salep atau gel khusus untuk mulut yang dapat merangsang pertumbuhan jaringan baru agar luka segera menutup, hindari stress, konsumsi vitamin C yang cukup, dan kurangi makanan yang mengiritasi mukosa mulut.



Gambar 24. Sariawan

E. CARA PEMELIHARAAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT ANAK PADA BAYI, ANAK BALITA, DAN ANAK USIA PRASEKOLAH

1. ANAK USIA 0 – 6 BULAN

Erupsi gigi sulung umumnya dimulai pada usia 5-6 bulan dan lengkap kira-kira pada usia 2,5 – 3 tahun.

Beberapa hal yang harus dilakukan oleh tenaga pelayanan kesehatan:

- Memberikan informasi tentang masa pertumbuhan dan erupsi gigi pada orang tua.
- Menilai risiko untuk penyakit gigi dan mulut pada anak dengan mengidentifikasi indikator risiko sebagai berikut:
 - a. Adanya riwayat penyakit gigi berlubang/karies pada anggota keluarga.
 - b. Pemberian susu botol pada anak sebelum tidur.
 - c. Pembersihan gigi dan mulut yang tidak rutin dan tidak benar.
- Menganjurkan cara pembersihan gigi yang tepat dan benar secara teratur. Pada gigi yang baru erupsi dapat digunakan kain yang lembut dan lembab (Gambar 25).
- Menganjurkan untuk tidak memberikan susu botol pada anak pada waktu tidur.

- Menganjurkan untuk tidak menambah rasa manis pada susu botol.
- Menganjurkan penggunaan gelas sebagai pengganti botol setelah anak dapat minum dari gelas pada usia kira-kira 12 bulan.



Gambar 25. Cara membersihkan gigi dan gusi bayi

2. ANAK USIA 7 – 12 BULAN

Pada usia 7 – 12 bulan gigi seri atas dan bawah telah tumbuh. Beberapa hal yang harus dilakukan oleh tenaga pelayanan kesehatan:

- Memberikan informasi anak usia 0 - 6 bulan seperti diatas.
- Menilai risiko untuk penyakit gigi dan mulut pada anak dengan mengidentifikasi indikator risiko sebagai berikut:
 - a. Adanya riwayat penyakit gigi berlubang pada anggota keluarga
 - b. Pemberian susubotol pada anak sebelum tidur.
 - c. Sering mengonsumsi makanan manis dan lengket.
 - d. Pembersihan gigi dan mulut yang tidak rutin dan tidak benar
 - e. Pemberian fluor yang tidak adekuat.
 - f. Adanya *white spot* pada gigi.
- Menganjurkan penggunaan gelas sebagai pengganti botol setelah anak dapat minum dari gelas pada usia kira-kira 12 bulan.
- Menganjurkan kepada ibu atau pengasuh untuk mulai membersihkan gigi anak segera setelah gigi mulai erupsi.
- Menganjurkan pemberian makanan bergizi dan membatasi pemberian makanan manis pada anak di antara dua waktu makan.

3. ANAK USIA 12 – 24 BULAN

Gigi graham erupsi pada usia kurang lebih 16 bulan sedangkan gigi taring pada usia 20 bulan. Masa kritis pembentukan email gigi seri permanen adalah usia 18 – 24 bulan.

Beberapa hal yang harus dilakukan oleh tenaga pelayanan kesehatan:

- Memberikan informasi mengenai nutrisi yang baik, pemberian suplemen *fluor* jika diperlukan (pada daerah tertentu) dan penggunaan sikat gigi lembut.
- Menganjurkan penggunaan pasta gigi sesuai dengan usia, seukuran sebutir kacang hijau atau selapis tipis (Gambar 26).



Gambar 26. Selapis tipis pasta gigi

- Menganjurkan sikat gigi minimal dua kali sehari (sehabis sarapan dan sebelum tidur di malam hari) dibantu oleh orang tua (Gambar 27).



Gambar 27. Cara menyikat gigi pada anak usia 12-24 bulan

- Membiasakan anak untuk makan makanan ringan yang sehat, seperti buah dan sayuran segar dan menghindari makanan ringan yang mengandung gula.
- Menganjurkan orang tua untuk menjadi teladan dengan mempraktekkan kebiasaan menjaga kesehatan mulut dan melakukan pemeriksaan rutin setiap 3-6 bulan ke fasilitas

pelayanan kesehatan yang memiliki tenaga kesehatan gigi (dokter gigi, perawat gigi).

4. ANAK USIA 24 - 36 BULAN

Pada usia ini anak sudah mampu menyikat gigi sendiri, namun masih tetap harus dibimbing dan diawasi oleh orang tua, minimal 2 kali sehari dengan cara yang benar. Cara menyikat gigi untuk anak usia tersebut yaitu dengan menyikat semua permukaan gigi atas dan bawah dengan gerakan maju mundur dan pendek-pendek, selama 2 menit dan paling sedikit 8 kali gerakan untuk setiap permukaan gigi (Gambar 28).



Gambar 28. Posisi menyikat gigi anak, dari arah belakang

Seluruh tenaga pelayanan kesehatan harus menyarankan kepada ibu bahwa tindakan berikut dapat mengurangi risiko gigi berlubang pada anak-anak:

1. Membersihkan mulut bayi setelah makan, terutama di sepanjang garis gusi, dengan kain lembut atau sikat gigi berbulu lembut.
2. Mengawasi anak pada saat menyikat gigi dan gunakan pasta gigi seukuran kacang hijau.
3. Tidak membiarkan anak tidur dengan dot yang diulas cairan manis atau botol susu yang berisi cairan manis.
4. Memberikan makanan manis hanya pada waktu makan saja.
5. Tidak menggunakan sendok yang sama ketika mencicipi makanan bayi dan mengunyah makanan terlebih dahulu sebelum diberikan kepada bayi.
6. Tidak menggunakan sikat gigi secara bergantian antar anggota keluarga.
7. Tidak membiasakan menggunakan dot, mainan yang digigit di antara anak-anak secara bergantian.
8. Membawa anak ke fasilitas pelayanan kesehatan gigi yang memiliki tenaga kesehatan (dokter gigi, perawat gigi) secara teratur setiap 3-6 bulan segera setelah gigi pertama erupsi.

5. ANAK UMUR 3 – 5 TAHUN

Di atas usia 3 tahun terjadi pertumbuhan tulang rahang untuk menyediakan tempat bagi gigi permanen yang akan tumbuh.

Beberapa hal yang harus dilakukan oleh tenaga pelayanan kesehatan:

- Memberikan informasi bahwa gigi graham permanen pertama tumbuh pada usia 5 – 6 tahun dibelakang gigi sulung terakhirkarena sebagian besar orang tua tidak mengetahui bahwa gigi tersebut tidak akan berganti lagi.
- Menganjurkan anak untuk menyikat gigi minimal dua kali sehari dengan menggunakan pasta gigi yang mengandung fluor sebesar biji kacang polong (Gambar 29), terutama pagi setelah sarapan dan malam sebelum tidur di bawah pengawasan orang tua.



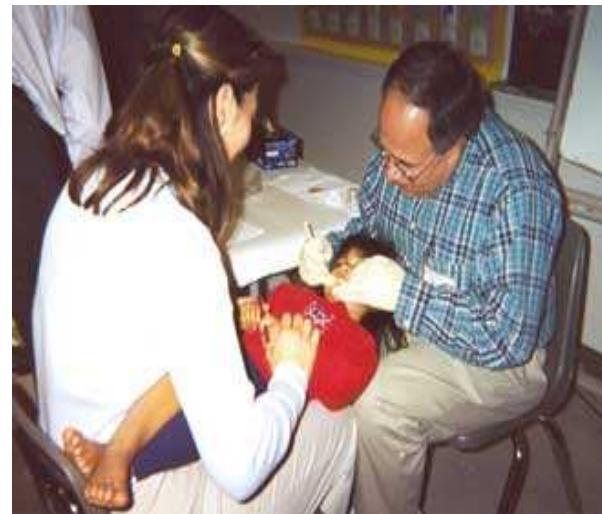
Gambar 29. Penggunaan pasta gigi mengandung *fluor* pada anak, seukuran sebutir kacang polong.

- Menganjurkan agar tidak berkumur setelah menyikat gigi, cukup diludahkan.
- Menganjurkan untuk mengurangi konsumsi makanan dan minuman yang mengandung gula.
- Menganjurkan pemberian obat-obatan yang bebas gula.
- Menganjurkan untuk menghentikan kebiasaan buruk yang dapat mengganggu perkembangan oklusi dan rahang seperti menghisap ibu jari, bernafas melalui mulut, mendorong lidah, menggigit bibir bawah. Akibat kebiasaan buruk tersebut dapat menyebabkan gigitan terbuka, gigi mendongos dan gigitan silang.

Tenaga pelayanan kesehatan gigi didorong untuk memberikan tindakan berikut untuk bayi dan anak-anak:

- Menilai risiko untuk penyakit gigi dan mulut pada anak-anak mulai dari enam bulan dengan mengidentifikasi indikator risiko sebagai berikut:
 - Apakah ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit gigi berlubang/karies.
 - Apakah ada riwayat karies masa lalu atau saat ini pada saudara, orang tua dan anggota keluarga lainnya.
 - Apakah upaya kebersihan mulut yang sesuai usia anak yang dilakukan oleh orang tua masih kurang.
 - Apakah terdapat konsumsi makanan manis dengan frekuensi yang berlebihan diantara dua waktu makan atau pemberian minum selain air putih dengan botol sebelum anak tidur.
 - Apakah ada pemberian obat-obatan yang mengandung gula.
 - Apakah terdapat plak yang banyak pada gigi-gigi anterior rahang atas atau tanda-tanda dekalsifikasi (*white spot*)
 - Pada anak dengan kebutuhan khusus (*autis, mental retarded, down syndrome, tuna netra, dll*) memiliki risiko yang tinggi terhadap terjadinya gigi berlubang.
- Memberikan pemahaman kepada orang tua bahwa pada usia ini akan tumbuh gigi sehingga diperlukan pengawasan terhadap gigi anaknya.
- Memberikan pengobatan bila diperlukan atau memberikan rujukan yang sesuai untuk anak yang dinilai berisiko terkena penyakit mulut atau *white spot* atau lesi karies.

6. CARA PEMERIKSAAN GIGI DAN MULUT PADA ANAK USIA 12-24 BULAN
- a. Posisikan anak pada pangkuhan orang tua menghadap orang tuanya.
 - b. Posisikan kursi pemeriksa dihadapan orang tua sehingga lutut pemeriksa bertemu dengan lutut orang tua



Gambar 30. Posisi saat memeriksa gigi anak

- c. Turunkan punggung anak ke pangkuhan pemeriksa dengan tetap menjaga kontak dengan orang tua.
- d. Periksa gusi dan seluruh permukaan gigi.
- e. Rujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan gigi jika ditemukan kelainan gigi dan mulut pada anak.

Tenaga kesehatan didorong untuk memberikan tindakan berikut:

- Memberikan konseling dan bimbingan untuk orangtua dan pengasuh tentang kesehatan mulut anak pada saat kunjungan rutin.
- Menilai risiko untuk penyakit gigi dan mulut pada anak-anak mulai dari usia enam bulan dengan mengidentifikasi risiko sebagai berikut:
 - Pemberian fluor yang tidak sesuai dengan kebutuhan
 - Riwayat gigi berlubang masa lalu atau saat ini pada saudara, orang tuadan anggota keluarga lainnya.
 - Kurangnya upaya kebersihan mulut pada anak yang dilakukan oleh orang tua.
 - Konsumsi makanan manis dengan frekuensi yang berlebihan di antara dua waktu makan atau pemberian minum yang mengandung apa pun selain air putih dengan botol sebelum anak tidur
 - Pemberian obat-obatan yang mengandung gula.
 - Plak yang banyak pada gigi-gigi anterior rahang atas atau tandatanda dekalsifikasi (*white spot*).
 - Anak dengan kebutuhan khusus (*autis, mental retarded, down syndrome, tuna netra, dll*).
 - Kebiasaan anak membiarkan makanan terlalu lama didalam mulut (diemut)
- Melihat dan menindak lanjuti anak-anak dengan risiko sedang dan tinggi sesegera mungkin
- Memfasilitasirujukan yang sesuai untuk manajemen penyakit gigi pada anak jika terdapat peningkatan faktor risiko atau jika ditemukan karies dan atau lesi *white spot*.
- Memberikan contoh kepada orang tua atau pengasuh untuk meningkatkan kesehatan gigi anak-anak dan diri mereka sendiri.
- Memiliki data daftar rujukan ke sarana pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang dapat memberikan layanan kepada anak-anak dengan kebutuhan perawatan khusus.

F. PENUTUP

Pemeliharaan Kesehatan gigi dan mulut Ibu hamil perlu diperhatikan sejak dini karena mendukung terwujudnya kesehatan ibu hamil pada umumnya, sehingga akan membantu penurunan angka kepenyakitan dan kematian ibu.

Pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada anak dibawah umur lima tahun sangat penting karena mempengaruhi keadaan gigi dan mulut yang akan datang serta tumbuh kembangnya.

Dengan memperhatikan siklus kehidupan pada tahap awal dapat mencegah dan mengurangi angka kepenyakitan gigi dan mulut sehingga program bebas karies pada Tahun 2030 dapat terwujud.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

NILA FARID MOELOEK

FORMULIR 1. KARTU PENILAIAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT IBU HAMIL

FORMULIR 2. KARTU GIGI SEHAT BAYI, ANAK BALITA, DAN ANAK USIA PRASEKOLAH PADA KEGIATAN POSYANDU

Kartu Gigi Sehat Bayi, Anak Balita, dan Anak Usia Prasekolah									
Kunjungan ke Dokter Gigi									
Tabel Kesehatan Gigi Balita									
Nama Balita	Jenis Kelamin	Umur	Tanda-tanda Gigi Sehat		Tanda-tanda Gigi Kurang Sehat		Pengaruh Pada Kesehatan		Kunjungan ke Dokter Gigi
			Normal	Sehat	Tidak Sehat	Sakit	Normal	Sehat	
Pada umur 0-6 bulan	Pada umur 0-6 bulan								
Pada umur 6-12 bulan	Pada umur 6-12 bulan								
Pada umur 1-2 tahun	Pada umur 1-2 tahun								
Pada umur 2-3 tahun	Pada umur 2-3 tahun								
Pada umur 3-4 tahun	Pada umur 3-4 tahun								
Pada umur 4-5 tahun	Pada umur 4-5 tahun								
Pada umur 5-6 tahun	Pada umur 5-6 tahun								
Pada umur 6-7 tahun	Pada umur 6-7 tahun								
Pada umur 7-8 tahun	Pada umur 7-8 tahun								
Pada umur 8-9 tahun	Pada umur 8-9 tahun								
Pada umur 9-10 tahun	Pada umur 9-10 tahun								
Pada umur 10-11 tahun	Pada umur 10-11 tahun								
Pada umur 11-12 tahun	Pada umur 11-12 tahun								
Pada umur 12-13 tahun	Pada umur 12-13 tahun								
Pada umur 13-14 tahun	Pada umur 13-14 tahun								
Pada umur 14-15 tahun	Pada umur 14-15 tahun								
Pada umur 15-16 tahun	Pada umur 15-16 tahun								
Pada umur 16-17 tahun	Pada umur 16-17 tahun								
Pada umur 17-18 tahun	Pada umur 17-18 tahun								
Pada umur 18-19 tahun	Pada umur 18-19 tahun								
Pada umur 19-20 tahun	Pada umur 19-20 tahun								
Pada umur 20-21 tahun	Pada umur 20-21 tahun								
Pada umur 21-22 tahun	Pada umur 21-22 tahun								
Pada umur 22-23 tahun	Pada umur 22-23 tahun								
Pada umur 23-24 tahun	Pada umur 23-24 tahun								
Pada umur 24-25 tahun	Pada umur 24-25 tahun								
Pada umur 25-26 tahun	Pada umur 25-26 tahun								
Pada umur 26-27 tahun	Pada umur 26-27 tahun								
Pada umur 27-28 tahun	Pada umur 27-28 tahun								
Pada umur 28-29 tahun	Pada umur 28-29 tahun								
Pada umur 29-30 tahun	Pada umur 29-30 tahun								
Pada umur 30-31 tahun	Pada umur 30-31 tahun								
Pada umur 31-32 tahun	Pada umur 31-32 tahun								
Pada umur 32-33 tahun	Pada umur 32-33 tahun								
Pada umur 33-34 tahun	Pada umur 33-34 tahun								
Pada umur 34-35 tahun	Pada umur 34-35 tahun								
Pada umur 35-36 tahun	Pada umur 35-36 tahun								
Pada umur 36-37 tahun	Pada umur 36-37 tahun								
Pada umur 37-38 tahun	Pada umur 37-38 tahun								
Pada umur 38-39 tahun	Pada umur 38-39 tahun								
Pada umur 39-40 tahun	Pada umur 39-40 tahun								
Pada umur 40-41 tahun	Pada umur 40-41 tahun								
Pada umur 41-42 tahun	Pada umur 41-42 tahun								
Pada umur 42-43 tahun	Pada umur 42-43 tahun								
Pada umur 43-44 tahun	Pada umur 43-44 tahun								
Pada umur 44-45 tahun	Pada umur 44-45 tahun								
Pada umur 45-46 tahun	Pada umur 45-46 tahun								
Pada umur 46-47 tahun	Pada umur 46-47 tahun								
Pada umur 47-48 tahun	Pada umur 47-48 tahun								
Pada umur 48-49 tahun	Pada umur 48-49 tahun								
Pada umur 49-50 tahun	Pada umur 49-50 tahun								
Pada umur 50-51 tahun	Pada umur 50-51 tahun								
Pada umur 51-52 tahun	Pada umur 51-52 tahun								
Pada umur 52-53 tahun	Pada umur 52-53 tahun								
Pada umur 53-54 tahun	Pada umur 53-54 tahun								
Pada umur 54-55 tahun	Pada umur 54-55 tahun								
Pada umur 55-56 tahun	Pada umur 55-56 tahun								
Pada umur 56-57 tahun	Pada umur 56-57 tahun								
Pada umur 57-58 tahun	Pada umur 57-58 tahun								
Pada umur 58-59 tahun	Pada umur 58-59 tahun								
Pada umur 59-60 tahun	Pada umur 59-60 tahun								
Pada umur 60-61 tahun	Pada umur 60-61 tahun								
Pada umur 61-62 tahun	Pada umur 61-62 tahun								
Pada umur 62-63 tahun	Pada umur 62-63 tahun								
Pada umur 63-64 tahun	Pada umur 63-64 tahun								
Pada umur 64-65 tahun	Pada umur 64-65 tahun								
Pada umur 65-66 tahun	Pada umur 65-66 tahun								
Pada umur 66-67 tahun	Pada umur 66-67 tahun								
Pada umur 67-68 tahun	Pada umur 67-68 tahun								
Pada umur 68-69 tahun	Pada umur 68-69 tahun								
Pada umur 69-70 tahun	Pada umur 69-70 tahun								
Pada umur 70-71 tahun	Pada umur 70-71 tahun								
Pada umur 71-72 tahun	Pada umur 71-72 tahun								
Pada umur 72-73 tahun	Pada umur 72-73 tahun								
Pada umur 73-74 tahun	Pada umur 73-74 tahun								
Pada umur 74-75 tahun	Pada umur 74-75 tahun								
Pada umur 75-76 tahun	Pada umur 75-76 tahun								
Pada umur 76-77 tahun	Pada umur 76-77 tahun								
Pada umur 77-78 tahun	Pada umur 77-78 tahun								
Pada umur 78-79 tahun	Pada umur 78-79 tahun								
Pada umur 79-80 tahun	Pada umur 79-80 tahun								
Pada umur 80-81 tahun	Pada umur 80-81 tahun								
Pada umur 81-82 tahun	Pada umur 81-82 tahun								
Pada umur 82-83 tahun	Pada umur 82-83 tahun								
Pada umur 83-84 tahun	Pada umur 83-84 tahun								
Pada umur 84-85 tahun	Pada umur 84-85 tahun								
Pada umur 85-86 tahun	Pada umur 85-86 tahun								
Pada umur 86-87 tahun	Pada umur 86-87 tahun								
Pada umur 87-88 tahun	Pada umur 87-88 tahun								
Pada umur 88-89 tahun	Pada umur 88-89 tahun								
Pada umur 89-90 tahun	Pada umur 89-90 tahun								
Pada umur 90-91 tahun	Pada umur 90-91 tahun								
Pada umur 91-92 tahun	Pada umur 91-92 tahun								
Pada umur 92-93 tahun	Pada umur 92-93 tahun								
Pada umur 93-94 tahun	Pada umur 93-94 tahun								
Pada umur 94-95 tahun	Pada umur 94-95 tahun								
Pada umur 95-96 tahun	Pada umur 95-96 tahun								
Pada umur 96-97 tahun	Pada umur 96-97 tahun								
Pada umur 97-98 tahun	Pada umur 97-98 tahun								
Pada umur 98-99 tahun	Pada umur 98-99 tahun								
Pada umur 99-100 tahun	Pada umur 99-100 tahun								
Pada umur 100-101 tahun									
Pada umur 101-102 tahun									
Pada umur 102-103 tahun									
Pada umur 103-104 tahun									
Pada umur 104-105 tahun									
Pada umur 105-106 tahun									
Pada umur 106-107 tahun									
Pada umur 107-108 tahun									
Pada umur 108-109 tahun									
Pada umur 109-110 tahun									
Pada umur 110-111 tahun									
Pada umur 111-112 tahun									
Pada umur 112-113 tahun									
Pada umur 113-114 tahun									
Pada umur 114-115 tahun									
Pada umur 115-116 tahun									
Pada umur 116-117 tahun									
Pada umur 117-118 tahun									
Pada umur 118-119 tahun									
Pada umur 119-120 tahun									
Pada umur 120-121 tahun									
Pada umur 121-122 tahun									
Pada umur 122-123 tahun									
Pada umur 123-124 tahun									
Pada umur 124-125 tahun									
Pada umur 125-126 tahun									
Pada umur 126-127 tahun									
Pada umur 127-128 tahun									
Pada umur 128-129 tahun									
Pada umur 129-130 tahun									
Pada umur 130-131 tahun									
Pada umur 131-132 tahun									
Pada umur 132-133 tahun									
Pada umur 133-134 tahun									
Pada umur 134-135 tahun									
Pada umur 135-136 tahun									
Pada umur 136-137 tahun									
Pada umur 137-138 tahun									
Pada umur 138-139 tahun									
Pada umur 139-140 tahun									
Pada umur 140-141 tahun									
Pada umur 141-142 tahun									
Pada umur 142-143 tahun									
Pada umur 143-144 tahun									
Pada umur 144-145 tahun									
Pada umur 145-146 tahun									
Pada umur 146-147 tahun									
Pada umur 147-148 tahun									
Pada umur 148-149 tahun									
Pada umur 149-150 tahun									

FORMULIR 3. TABEL KESEHATAN GIGI ANAK BALITA

Usia (bulan)	Pemeriksaan		Jumlah Gigi		Resiko Gigi Berlubang		
	Caesarwulan	Hari/ Tanggal	Ada	Berlubang	Tinggi	Sedang	Rendah
0-1	I	0 - 3 bulan					
	II	4 - 7 bulan					
	III	8 - 12 bulan					
1-2	I	13-16 bulan					
	II	17-20 bulan					
	III	21-24 bulan					
2-3	I	25-28 bulan					
	II	29-32 bulan					
	III	33-36 bulan					
3-4	I	37-40 bulan					
	II	41-44 bulan					
	III	45-48 bulan					
4-5	I	49-52 bulan					
	II	53-56 bulan					
	III	57-60 bulan					

■ Ada gigi berlubang + ada faktor resiko
■ Tidak ada gigi berlubang + ada faktor resiko
■ Tidak ada gigi berlubang, tidak ada faktor resiko

Pokok Resiko Gigi Berlubang:

- meminum susu botol saat tidur malam
- mengemil makanan manis diantara 3 waktu makan
- sebelum tidur malam tidak sikat gigi
- mengemul makanan

LAMPIRAN II
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 89 TAHUN 2015
TENTANG
UPAYA KESEHATAN GIGI DAN MULUT

USAHA KESEHATAN GIGI SEKOLAH

A. PENDAHULUAN

1. LATAR BELAKANG

Tujuan pembangunan kesehatan adalah terciptanya masyarakat Indonesia yang hidup dan berperilaku dalam lingkungan sehat dan mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu. Di pihak lain pelayanan kesehatan yang diberikan di seluruh wilayah Indonesia harus dilakukan secara adil, merata, dan optimal.

Untuk dapat mencapai tujuan tersebut, telah ditetapkan 4 (empat) misi pembangunan kesehatan, yaitu: (1) Menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan. (2) Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. (3) Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau. (4) Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga, masyarakat beserta lingkungannya.

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan secara keseluruhan telah menetapkan indikator status kesehatan gigi dan mulut masyarakat yang optimal pada tahun 2010, yang mengacu pada *Oral Health Global Goal Indicator 2010* dari WHO. Kementerian Kesehatan Indonesia menetapkan Pengalaman penyakit karies (DMF-T) tidak lebih dari 1 pada anak usia 12 tahun.

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada anak sekolah selain dilaksanakan melalui kegiatan pokok kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas juga diselenggarakan secara terpadu dengan kegiatan pokok UKS dalam bentuk program Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) yang juga dilaksanakan oleh swasta.

Program UKGS sudah berjalan sejak tahun 1951, status kesehatan gigi pada anak usia 12 tahun masih belum memuaskan. Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013, menunjukkan prevalensi

pengalaman karies kelompok umur 12 tahun keatas dalam 12 bulan terakhir di Indonesia adalah 72,6%. Prevalensi karies aktif kelompok umur 12 tahun ke atas sebesar 53,7%. Besarnya kerusakan gigi yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan (RTI) pada usia 12 tahun sebesar 73,6% sedangkan persentasi dari jumlah gigi tetap yang sudah di tumpat (PTI) pada usia ini baru mencapai 3,2%.

Untuk pelaksanaan usaha kesehatan gigi sekolah diperlukan pedoman bagi pelaksana kesehatan gigi dan mulut di daerah yang pelaksanaannya di sesuaikan dengan kemampuan dan kebutuhan daerah.

2. MAKSUD DAN TUJUAN

Pedoman ini disusun dengan maksud memberikan arahan bagi petugas kesehatan dan petugas lintas sektor terkait dalam pelaksanaan program UKGS guna mewujudkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang bermutu, merata dan terjangkau.

B. ANALISIS SITUASI DAN KECENDERUNGAN UPAYA KESEHATAN GIGI DAN MULUT DI INDONESIA

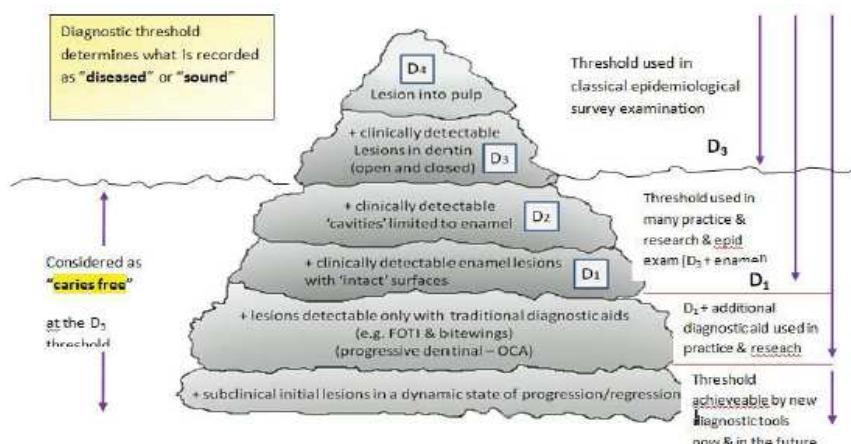
1. STATUS KESEHATAN GIGI DAN MULUT

Penyakit gigi dan mulut merupakan penyakit masyarakat yang dapat menyerang semua golongan umur yang bersifat progresif dan akumulatif.

Hasil studi morbiditas SKRT-Surkesnas 2001 menunjukkan dari prevalensi 10 (sepuluh) kelompok penyakit yang dikeluhkan masyarakat, penyakit gigi dan mulut menduduki urutan pertama dengan angka prevalensi 61% penduduk, dengan persentase tertinggi pada golongan umur lebih dari 55 tahun (92%). Penyakit gigi dan mulut yang terbanyak dialami masyarakat di Indonesia adalah karies gigi dan penyakit periodontal. Mengacu pada Indikator Oral Health Global Goal 2010 dari WHO status kesehatan gigi dan mulut penduduk Indonesia pada tahun 1995 dan 2001 adalah sebagai berikut:

No	Indikator Derajat Kesehatan Gigi & Mulut	Target 2010 KEM- KES	Hasil			
			SKRT 1995	Riskes das 2007	Riskes das 2013	
1.	Anak umur 5-6 tahun - Bebas karies	90%	-	-	-	
2.	Anak umur 12 Tahun - DMF-T index - PTI (F:DMF-T)	1 50%	2,21 4,5%	0,9* 2,16%	1,38 3,2%	
3.	Remaja umur 18 Tahun - Komponen M = 0	0	34%	33,6%	45%	
4.	Dewasa umur 35 – 44 Tahun - Penduduk dgn minimal 20 gigi berfungsi - Penduduk tanpa gigi (edentulous)	90% 2%	85,1% 0,5%	95,9% 0,4%	88,3% 6,5%	
5.	Tua umur > 65 tahun - Penduduk dgn minimal 20 gigi berfungsi - Penduduk tanpa gigi (edentulous)	75% 5%	29% 22,6%	41,2% 17,6%	29% 21,4%	

Deteksi karies gigi menurut RISKESDAS 2007 adalah D3 keatas merupakan puncak gunung es. Keadaan sebenarnya dari karies yang tidak terditeksi jauh lebih berat.



Gambar 1. Fenomena gunung es karies gigi

Masing-masing hasil penelitian tidak bisa diperbandingkan karena menggunakan metode penelitian yang berbeda. Meskipun angka DMF-T kecil namun angka perbandingan antara gigi yang telah ditumpat terhadap gigi yang belum ditangani sangat besar yaitu baru 0,7% kasus yang sudah ditangani oleh tenaga kesehatan gigi. Selebihnya sebesar 99,3% kasus yang belum tertangani. Apabila dibiarkan maka gigi-gigi tersebut bertambah parah sehingga indikasi

untuk pencabutan. Berarti komponen target WHO 2010 untuk komponen M di usia 18 th sebesar 0 hanya dapat dicapai bila ada upaya memutus mata rantai karies dengan melakukan pencegahan dan perlindungan gigi pada generasi muda seawal mungkin. Bila tidak dilakukan maka target tidak akan pernah tercapai, yang berarti secara etik/legal telah terjadi pemberian secara sistematik oleh layanan kesehatan gigi mulut di Indonesia yang menyebabkan generasi muda kehilangan giginya.

Sehubungan dengan situasi tersebut diatas menjadi kebutuhan yang mendasar untuk memenuhi pelayanan kesehatan gigi pada anak sekolah terutama pada aspek menyelamatkan apa yang masih bisa diselamatkan pada gigi anak bangsa disamping upaya edukatif untuk mempertahankan gigi yang sehat. Oleh karena itu komponen KIE dan deteksi dan penanganan dini pada program UKGS merupakan upaya wajib untuk dilaksanakan. Dengan demikian tanpa kedua komponen tersebut maka UKGS sulit untuk dikatakan sebagai program yang efektif, efisien dan bermutu.

Dari indikator diatas tampak jelas bahwa status kesehatan gigi masyarakat yang optimal bisa dicapai dengan meningkatkan upaya promotif dan preventif sejak usia dini, sampai dengan usia lanjut. Kebijakan paradigma sehat yang mengutamakan upaya promotif – preventif disamping upaya kuratif – rehabilitatif sangat tepat untuk mencapai sasaran tersebut.

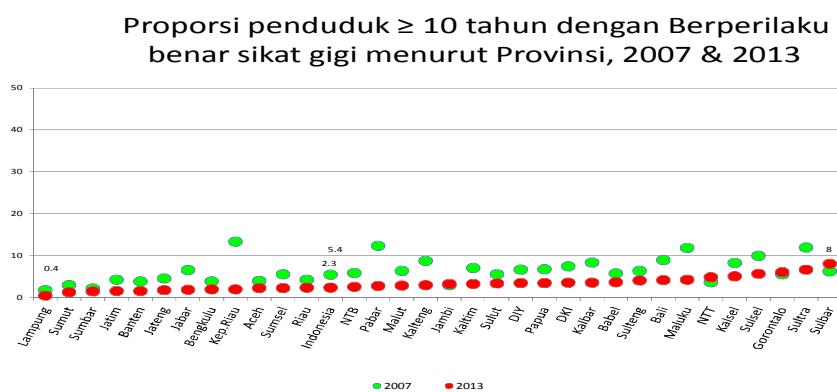
2. PERILAKU MASYARAKAT

a. PERILAKU MENYIKAT GIGI

Riskesdas 2007 menunjukkan perilaku penduduk umur 10 tahun ke atas yang berkaitan dengan kebiasaan menggosok gigi, dan kapan waktu menggosok gigi dilakukan. Sebagian besar penduduk umur 10 tahun ke atas (91,1%) mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari. Untuk mendapatkan hasil yang optimal, menggosok gigi yang benar adalah menggosok gigi setiap hari pada waktu pagi hari sesudah sarapan dan malam sebelum tidur. Didapatkan bahwa pada umumnya masyarakat (90,7%) menggosok gigi setiap hari pada waktu mandi pagi dan atau sore. Proporsi masyarakat yang menggosok gigi setiap hari sesudah makan pagi hanya 12,6% dan sebelum tidur malam hanya 28,7%.

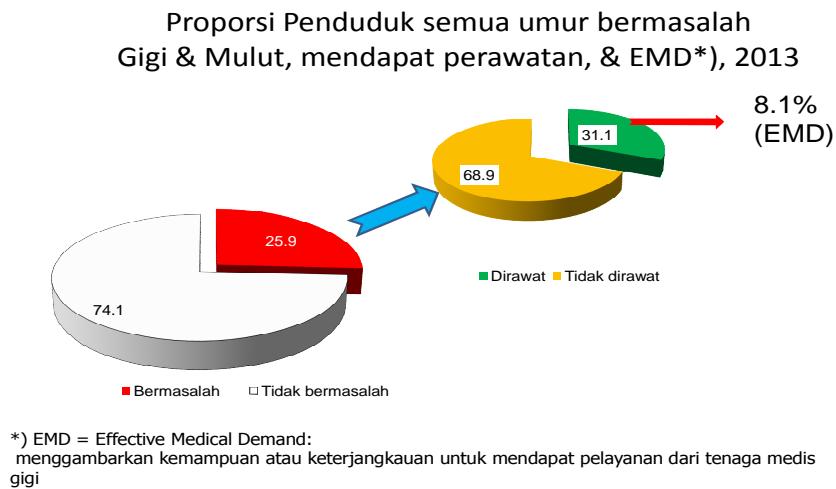
Keadaan ini menunjukkan perlu ditingkatkan program sikat gigi bersama sesuai anjuran program di sekolah dengan mempertimbangkan sarana dan media informasi terutama pada usia dini, karena perilaku merupakan kebiasaan yang akan lebih terbentuk bila dilakukan pada usia dini.

Setiap orang perlu menjaga kesehatan gigi dan mulut dengan cara menyikat gigi dengan benar untuk mencegah terjadinya karies gigi. Pertanyaan tentang perilaku menyikat gigi dalam Riskesdas 2013 bertujuan untuk mengetahui kebiasaan dan waktu menyikat gigi. Jumlah sampel untuk kelompok umur ≥ 10 tahun berjumlah 835.256 responden. Definisi berperilaku benar dalam menyikat gigi adalah kebiasaan menyikat gigi setiap hari sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam. Tabel 9.4 menunjukkan proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun sebagian besar (93,8%) menyikat gigi setiap hari. Provinsi dengan proporsi tertinggi adalah DKI Jakarta (98,1%) dan terendah Papua (49,6%). Sebagian besar penduduk juga menyikat gigi pada saat mandi sore, yaitu sebesar 79,7 persen dengan urutan tertinggi di Bengkulu sebesar 94,2 persen, dan yang terendah di Sulawesi Selatan sebesar 43,2 persen. Sebagian besar penduduk menyikat gigi setiap hari saat mandi pagi atau mandi sore.



Gambar 2. Perilaku menyikat gigi penduduk umur ≥ 10 tahun keatas, Riskesdas 2013

b. MOTIVASI BEROBAT GIGI



Gambar 3. *Need, Potential Demand dan Effective Demand*

3. KEADAAN LINGKUNGAN

Keadaan fluor yang optimal dalam air minum (0,7 ppm) akan memperkuat daya tahan email gigi terhadap karies. Penelitian di Kalimantan Barat, Kalimantan Selatan, Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, Sulawesi Selatan, Maluku, dan Jambi menunjukkan bahwa kadar fluor dalam air minum di daerah tersebut (0,00 ppm), sehingga prevalensi karies di daerah tersebut cukup tinggi, sedangkan daerah Cipatat, Situbondo, Madiun, Donggala, Buoi, Tolitoli, Palu, Poso dan Bangai kadar fluorinya tinggi (0,75 – 3,4 ppm) sehingga banyak ditemukan gigi yang mengalami fluorosis. Pada penduduk yang berbeda letak geografisnya terlihat ada perbedaan prevalensi karies.

Banyak faktor yang mempengaruhi adanya perbedaan tersebut, salah satu faktor adalah perbedaan kadar fluor dalam air minum. Bila kadar fluor sekitar 1 ppm maka akan menyebabkan prevalensi karies gigi yang rendah. Penelitian di 10 desa Asembagus dengan kadar fluor (0,2 – 2,7 ppm) rata-rata sebesar 5% dengan rata-rata DMF-T 1,00 yang diikuti adanya penderita fluorosis sebanyak 83%. Rai (1983) yang meneliti di Asembagus menemukan adanya hubungan antara tingginya nilai kadar fluor dengan turunnya karies dan naiknya penderita fluorosis.

Heriandi dan Suwelo (1988) di Cipatat, Bandung menemukan kadar fluorida cukup tinggi (0,75 ppm) dengan prevalensi karies yang

rendah (56,46%) dan DMF-T 1,34. Data air minum (air sumur, kali, sumber PAM, dsb) yang di kumpulkan Suwelo (1991) baik di pulau Jawa maupun di luar pulau Jawa menunjukkan kadar fluor yang rendah (kurang dari 0,3 ppm).

Hasil penelitian pada air yang di perdagangkan sebagai air mineral (lebih dari 12 merek dagang), menunjukkan kadar fluornya rata-rata 0,07 ppm. Beberapa gambaran keadaan tersebut diatas dapat merupakan salah satu faktor tingginya prevalensi karies di Indonesia.

C. UPAYA KESEHATAN GIGI SEKOLAH

1. PENGERTIAN

Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) adalah upaya kesehatan masyarakat yang ditujukan untuk memelihara, meningkatkan kesehatan gigi dan mulut seluruh peserta didik di sekolah binaan yang ditunjang dengan upaya kesehatan perorangan berupa upaya kuratif bagi individu (peserta didik) yang memerlukan perawatan kesehatan gigi dan mulut.

Upaya Kesehatan Masyarakat pada UKGS berupa kegiatan yang terencana, terarah dan berkesinambungan.

a. Intervensi perilaku yaitu:

- 1) Penggerakan guru, dokter kecil, orang tua murid melalui lokakarya/pelatihan.
- 2) Pendidikan kesehatan gigi oleh guru, sikat gigi bersama, penilaian kebersihan mulut oleh guru/dokter kecil.
- 3) Pembinaan oleh tenaga kesehatan.

b. Intervensi lingkungan

- 1) Fluoridasi air minum (bila diperlukan)
- 2) Pembinaan kerjasama lintas program/lintas sektor melalui TP UKS.

Upaya kesehatan perorangan pada UKGS berupa intervensi individu pada peserta didik yang membutuhkan perawatan kesehatan gigi dan mulut meliputi kegiatan skeling, penambalan, pencabutan, *fissure sealent/fissure protective*, aplikasi fluor atau kumur-kumur dengan larutan yang mengandung fluor, bisa dilaksanakan di sekolah, di klinik gigi Puskesmas atau di praktek dokter gigi perorangan/dokter gigi keluarga.

2. TUJUAN

Tujuan Umum:

Tercapainya derajat kesehatan gigi dan mulut peserta didik yang optimal.

Tujuan Khusus:

- 1) Meningkatnya pengetahuan, sikap dan tindakan peserta didik dalam memelihara kesehatan gigi dan mulut.
- 2) Meningkatnya peran serta guru, dokter kecil, orang tua dalam upaya promotif-preventif.
- 3) Terpenuhinya kebutuhan pelayanan medik gigi dan mulut bagi peserta didik yang memerlukan.

3. SASARAN

Sasaran pelaksanaan dan pembinaan UKGS meliputi:

- a. Sasaran primer: peserta didik (murid sekolah) TK-SD.
- b. Sasaran sekunder: guru, petugas kesehatan, pengelola pendidikan, orang tua murid serta TP UKS disetiap jenjang.
- c. Sasaran tertier:
 - 1) Lembaga pendidikan mulai dari tingkat pra sekolah sampai pada sekolah lanjutan tingkat atas, termasuk perguruan agama serta pondok pesantren beserta lingkungannya.
 - 2) Sarana dan prasarana pendidikan kesehatan dan pelayanan kesehatan.
 - 3) Lingkungan, yang meliputi:
 - a) Lingkungan sekolah
 - b) Lingkungan keluarga
 - c) Lingkungan masyarakat

4. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup program UKGS sesuai dengan Tiga Program Pokok Usaha Kesehatan Sekolah (TRIAS UKS) yang meliputi; pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat maka ruang lingkup UKGS yaitu:

- a. Penyelenggaraan Pendidikan Kesehatan gigi dan mulut yang meliputi:
 - 1) Pemberian pengetahuan tentang kesehatan gigi dan mulut

- 2) Latihan atau demonstrasi cara memelihara kebersihan dan kesehatan gigi dan mulut.
 - 3) Penanaman kebiasaan pola hidup sehat dan bersih agar dapat di implementasikan dalam kehidupan sehari-hari.
- b. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan gigi dan mulut dalam bentuk:
- 1) Pemeriksaan dan penjaringan kesehatan gigi dan mulut peserta didik;
 - 2) Penyuluhan kesehatan gigi dan mulut perorangan;
 - 3) Pencegahan penyakit gigi dan mulut;
 - 4) Perawatan kesehatan gigi dan mulut;
 - 5) Rujukan kesehatan gigi dan mulut.
- c. Pembinaan lingkungan kehidupan sekolah kerjasama antara masyarakat sekolah (guru, murid, pegawai sekolah, orang tua murid, dan masyarakat).

5. KEBIJAKAN

- a. Untuk mencapai derajat kesehatan gigi dan mulut anak sekolah yang optimal, Usaha Kesehatan Gigi Sekolah harus diutamakan pada upaya meningkatkan kemampuan *self care* (pelihara diri) melalui kegiatan UKGS.
- b. Upaya kesehatan masyarakat berupa upaya promotif – preventif dilaksanakan oleh tenaga non-professional terutama oleh guru / dokter kecil sebagai bagian integral dari UKS.
- c. Upaya kesehatan perorangan dilaksanakan oleh tenaga profesional (dokter gigi, terapis gigi dan mulut).
- d. UKGS diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta, di bawah binaan Puskesmas dan TP UKS.

D. STRATEGI DAN LANGKAH-LANGKAH

1. STRATEGI

Untuk pemerataan jangkauan UKGS dan adanya target kesehatan gigi dan mulut tahun 2010 yang harus dicapai maka diterapkan strategi pentahapan UKGS yang disesuaikan dengan paket-paket UKS sebagai berikut:

a. UKGS TAHAP I (SATU)/ Paket minimal UKGS

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut untuk murid SD dan MI yang belum terjangkau oleh tenaga dan fasilitas kesehatan gigi, Tim Pelaksana UKS di SD dan MI melaksanakan kegiatan yaitu :

- 1) Pelatihan kepada guru Pembina UKS dan dokter kecil tentang pengetahuan kesehatan gigi dan mulut secara terintegrasi. Pelatihan dilaksanakan oleh dinas pendidikan dengan nara sumber tenaga kesehatan gigi.
- 2) Pendidikan dan penyuluhan kesehatan gigi dilaksanakan oleh guru penjaskes / guru pembina UKS/ dokter kecil sesuai dengan kurikulum yang berlaku .(Buku Pendidikan Olahraga dan Kesehatan) untuk semua murid kelas 1-6, dilaksanakan minimal satu kali tiap bulan
- 3) Pencegahan penyakit gigi dan mulut dengan melaksanakan kegiatan sikat gigi bersama minimal untuk kelas I, II, dan III dibimbing oleh guru dengan memakai pasta gigi yang mengandung fluor minimal satu kali seminggu.

b. UKGS TAHAP II (DUA)/Paket Standar UKGS

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut untuk murid SD dan MI sudah terjangkau oleh tenaga dan fasilitas kesehatan gigi yang terbatas , kegiatannya adalah;

- 1) Pelatihan kepada guru Pembina UKS dan dokter kecil tentang pengetahuan kesehatan gigi dan mulut secara terintegrasi. Pelatihan dilaksanakan oleh dinas pendidikan dengan nara sumber tenaga kesehatan gigi.
- 2) Pendidikan dan penyuluhan kesehatan gigi dilaksanakan oleh guru penjaskes / guru pembina UKS/ dokter kecil sesuai dengan kurikulum yang berlaku (Buku Pendidikan Olahraga dan Kesehatan) untuk semua murid kelas 1-6, dilaksanakan minimal satu kali tiap bulan
- 3) Pencegahan penyakit gigi dan mulut dengan melaksanakan kegiatan sikat gigi bersama minimal untuk kelas I, II, dan III dibimbing oleh guru dengan memakai pasta gigi yang mengandung fluor minimal satu kali tiap minggu.
- 4) Pengobatan darurat untuk menghilangkan rasa sakit oleh guru.

- 5) Penjaringan kesehatan gigi dan mulut untuk kelas I pada awal tahun ajaran diikuti dengan pencabutan gigi sulung yang sudah waktunya tanggal, dengan persetujuan tertulis (*informed consent*) dari orang tua dan tindakan dilakukan oleh tenaga kesehatan gigi.
- 6) *Fissure sealant* atau *surface protection* pada gigi molar (murid yang membutuhkan dilakukan di sekolah atau dirujuk sesuai kemampuan bila pada penjaringan murid kelas 1 dijumpai murid dengan gigi tetap ada yang karies atau bila gigi susu karies lebih dari 8 gigi,
- 7) Rujukan bagi yang memerlukan.

c. UKGS Tahap III / Paket Optimal UKS

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut untuk murid yang sudah terjangkau tenaga dan fasilitas kesehatan gigi yang sudah memadai

- 1) Pendidikan dan penyuluhan kesehatan gigi dilaksanakan oleh guru penjaskes / guru pembina UKS/ dokter kecil sesuai dengan kurikulum yang berlaku (Buku Pendidikan Olahraga dan Kesehatan) untuk semua murid kelas 1-6, dilaksanakan minimal satu kali tiap bulan.
- 2) Pencegahan penyakit gigi dan mulut dengan melaksanakan kegiatan sikat gigi bersama minimal untuk kelas I, II, dan III dibimbing oleh guru dengan memakai pasta gigi yang mengandung fluoride minimal satu kali tiap minggu.
- 3) Pengobatan darurat untuk menghilangkan rasa sakit oleh guru.
- 4) Penjaringan kesehatan gigi dan mulut untuk kelas I pada awal tahun ajaran diikuti dengan pencabutan gigi sulung yang sudah waktunya tanggal, dengan persetujuan tertulis (*informed consent*) dari orang tua dan tindakan dilakukan oleh tenaga kesehatan gigi.
- 5) *Surface protection* atau *Surface protection* pada gigi molar tetap yang sedang tumbuh pada murid kelas 1 dan 2.
- 6) Pelayanan medik gigi dasar atas permintaan pada murid kelas I sampai dengan kelas VI (*care on demand*)
- 7) Rujukan bagi yang memerlukan.

2. LANGKAH-LANGKAH

a. Persiapan

Kegiatan dijalankan dalam rangka mempersiapkan suasana yang mendukung kelancaran program, mencakup:

- 1) Pengarahan dan forum komunikasi berjenjang, dengan unit-unit lintas program dan lintas sektoral yang ada kaitannya dengan pelayanan kesehatan gigi dan mulut di SD dan MI, diselenggarakan di bawah koordinasi atau koordinator kesehatan gigi dan mulut di Tingkat Pusat, Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- 2) Pada tingkat Puskesmas
 - a) Penjelasan dan pengarahan kepada pimpinan Puskesmas serta staf pelaksanaan teknis, oleh koordinator kesehatan gigi dan mulut Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
 - b) Penjelasan kepada unit Diknas dan unit Komite Sekolah Kecamatan oleh Pimpinan Puskesmas/Pelaksanaan Teknis.
 - c) Perencanaan bersama menentukan SD dan MI sasaran operasional.
 - d) Pendekatan kepada para guru SD dan MI sebagai sasaran operasional, karena guru merupakan orang yang berpengaruh (*key person*) dalam proses merubah perilaku murid. Karena itu hubungan baik dengan para guru harus dibina terlebih dahulu oleh pelaksana teknis.
 - e) Penjelasan kepada orang tua murid/Komite Sekolah melalui Kepala Sekolah dan atau guru kelas.

b. Pelaksanaan Lapangan

Pelaksanaan lapangan mencakup perangkat kegiatan yang dilaksanakan pada tingkat Puskesmas, yang terdiri atas:

- 1) Pengumpulan data
 - a) Data dasar untuk keperluan perencanaan operasional, meliputi:
 - o Jumlah SD dan MI, murid dan guru
 - o Data tentang situasi pelaksanaan UKS berdasarkan paket UKS

- Data tentang situasi pelayanan kesehatan gigi dan mulut di SD dan MI khususnya sehubungan dengan persentase sekolah menurut pentahapan UKGS.
 - b) Data untuk evaluasi dampak program terhadap profil kesehatan gigi dan mulut murid
 - Oleh tenaga kesehatan
 - Oleh guru
- 2) Intervensi perilaku
- a) Penggerakan peran serta guru melalui lokakarya/pelatihan
 - b) Penyuluhan kepada murid berupa:
 - Latihan menggosok gigi
 - Pengajaran formal tentang kesehatan gigi dan mulut
 - Penilaian kebersihan mulut oleh guru, melalui pemeriksaan rutin
 - Penyuluhan oleh tenaga kesehatan secara insidental.
- 3) Intervensi medis teknis/perorangan
- a) Pembuangan karang gigi
 - b) Pemeriksaan mulut, pengobatan sementara
 - c) Aplikasi fluor
 - Melalui pasta gigi yang memenuhi persyaratan
 - Untuk daerah khusus intensifikasi melalui kumur-kumur dengan larutan yang mengandung fluor aktif atau pemberian tablet fluor.
 - d) Penambalan, pencabutan, rujukan
- 4) Manajemen
- a) Supervisi dan bimbingan teknis
 - Kunjungan pembinaan ke SD dan MI, minimal 1X sebulan
 - Kunjungan supervisi dan pembinaan ke Puskesmas oleh koordinator kesehatan gigi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau kunjungan supervisi oleh penanggung jawab program kesehatan gigi dan mulut Dinas Kesehatan Propinsi ke Kabupaten/Kota minimal 1x dalam 1 triwulan, dan supervisi dari penanggung jawab program kesehatan gigi dan mulut pusat ke daerah minimal 1 x 1 tahun.
 - b) Pelaporan

c) Penilaian (Evaluasi)

Penilaian (evaluasi) UKGS ini dilaksanakan beberapa komponen:

- o Komponen kegiatan (*Proses*)

Meliputi penilaian tentang pelaksanaan lapangan, antara lain frekuensi pelaksanaan intervensi perilaku, frekuensi pelaksanaan supervisi dan bimbingan teknis per minggu (bulan).

- o Komponen karya cipta (*Output*)

Meliputi penilaian volume pelayanan antara lain jumlah murid yang diberi pelayanan medik gigi, jumlah murid yang diberi penyuluhan, per minggu (bulan)

- o Komponen hasil antara (*Outcome*)

Meliputi penilaian tentang perubahan sikap dan perilaku antara lain jumlah murid yang melakukan sikat gigi dengan benar, jumlah murid memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan gigi dan mulut sesuai kebutuhan.

- o Komponen dampak (*Impact*)

Meliputi penilaian survei perubahan dalam status kesehatan gigi dan mulut murid.

- a) Kebersihan gigi dan mulut murid (OHIS)

- b) Pengalaman karies gigi (DMF-T)

- c) Kondisi gusi

d) Pembinaan

Pembinaan mencakup:

1. Pembinaan untuk mempertahankan dan perbaikan status kesehatan gigi dan mulut yang telah dicapai, kegiatan berupa:

- o Penjaringan (*screening*) oleh guru dan atau tenaga kesehatan gigi atau pelaksana UKS untuk menentukan jumlah murid yang perlu perawatan.

- o Kegiatan menggosok gigi di sekolah dilakukan secara teratur di bawah koordinasi guru.

- o Kegiatan perawatan kesehatan gigi dan mulut bagi murid yang memerlukan.

2. Pembinaan peran serta melalui forum komunikasi tatap muka, latihan ketrampilan guru dan sebagainya.

E. UKGS INOVATIF

UKGS Inovatif adalah penerapan IPTEKS terkini yaitu teknologi motivasi untuk membangkitkan peran serta masyarakat dan teknologi pencegahan dan perlindungan gigi untuk memotong mata rantai karies. Teknologi pencegahan dan perlindungan utamanya adalah teori karies terkini, khususnya dalam pengertian demineralisasi versus reminerasiasi, dan “Minimum Intervention”, khususnya dalam rangka proteksi gigi yang rawan karies. Pada dasarnya prinsip perawatan “Minimum Intervention” dan intervensi seawal mungkin terbukti memiliki nilai tambah, dalam arti lebih efektif dan terukur.

1. DONUT IRENE

a. PROGRAM “DONUT IRENE”

Program Interaktif Simulator Risiko Karies “*Donut Irene*” sebagai pengejawatahan teknik motivasi-wawancara (*Motivational interviewing - Miller and Rollnick 1991*) dalam bentuk singkatan FRAMES sebagai unsur konseling sederhana (*Brief Counseling Element*) yaitu:

- 1) *Feedback-Responsibility -Advice -Menu*
- 2) *Empathy*
- 3) *Self-efficacy*

Program ini dimaksud menyadarkan orang tua murid atau murid tentang faktor risiko karies; memberikan menu tentang cara mengatasi penyakit karies. Dengan demikian diharapkan dapat memberdayakan masyarakat untuk mandiri.



Gambar 4. Program Donut Irene

Simulator Irene Donut**1) Pengertian**

Simulator Risiko Karies (*Donut Irene*) adalah suatu program interaktif dalam bentuk program komputer atau versi manualnya. Dengan mengisi faktor-faktor risiko terkait perilaku anak, kondisi kesehatan gigi anak, kondisi/lingkungan ibu dan anak, pengetahuan, sikap dan perilaku ibu (orang tua anak), maka program akan menampilkan gambaran besar risiko anak terhadap kemungkinan karies gigi. Program juga akan menawarkan “menu” apa yang dapat dilakukan orang tua anak/anak untuk mengurangi risiko karies, dan dapat dibawa sebagai pegangan untuk tindak lanjut dirumah.

Tujuan:

- a) Memberikan pemahaman tentang faktor-faktor risiko karies sejak dini.
- b) Memberikan pemahaman tentang cara mencegah karies gigi.
- c) Memberikan gambar visual besar risiko karies yang dihadapi dan kemungkinan perbaikannya.
- d) Memberdayakan orang tua anak (masyarakat sekolah) untuk pemeliharaan kesehatan gigi anak.



Gambar 5

Pemberdayaan orang tua murid oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Kubu Raya, Kalimantan Barat

Indikasi

- a) Untuk dipresentasikan kepada orang tua murid TK/SD kelas 1 pada awal pelajaran baru sebagai pengenalan program UKGS Inovatif.
- b) Untuk menggerakkan peran serta orang tua murid secara individual (atau kelompok 5 orang) pada anak dengan kondisi karies parah (misalnya 5% dari kondisi anak terparah atau dengan ketentuan anak tersebut gigi tetapnya telah ada yang karies atau anak tersebut mempunyai karies gigi susu lebih dari 8 gigi). Pada dasarnya peran orang tua terhadap kesehatan gigi anaknya seusia TK / SD kelas I sangat menentukan.

Instrumen simulator risiko karies

- a) *Flipchart* Simulator Risiko Karies “*Donut Irene*” versi manual / versi Komputer
- b) Formulir / status pemeriksaan kesehatan gigi anak
- c) Lembar kerja / raport gigi
- d) Set pemeriksaan pH biofilm
- e) Kaca mulut

- 2) Penatalaksanaan simulator risiko karies dan posisi operator.

Persiapan

- o Tabulasi hasil pemeriksaan gigi anak kelas I
- o Pilih anak dengan kriteria “parah” (anak dengan gigi tetapnya telah ada yang karies atau anak yang mempunyai karies gigi susu lebih dari 8 gigi).
- o Siapkan Instrumen simulator risiko karies / alat tulis

Pelaksanaan

Untuk konsultasi secara individual / kelompok 5 ibu:

- o Ibu dan anak serta operator duduk menghadap komputer / flipchart



Gambar 6.

Konsultasi menggunakan *Donut Irene* versi komputer ditanggapi positif oleh anak dan orangtuanya.

- Jalankan program dan lakukan seperti yang diminta program dengan mengisi data yang diperlukan.
- Mengambil sampel plak untuk diperiksa derajat keasamannya (lihat prosedur dan panduan praktek pemeriksaan biofilm)



Gambar 7. Set pemeriksaan biofilm

- Tanyakan setiap pertanyaan yang ditampilkan program
- Pada saat memeriksa white spot/ fisur hitam ajak ibu melihat juga kondisi gigi anaknya (lihat prosedur dan panduan praktek pemeriksaan AAPB)
- Bila semua telah selesai diisi tunjukkan gambaran tingkat risiko karies.
- Tawarkan antisipasi (menu) yang dapat dilakukan dan tunjukkan perubahan risiko yang tergambar
- Pada hasil wawancara tunjukkan apa yang harus dilakukan sebagai pekerjaan rumah.

Penyelesaian

- Catat/kompilasi hasil isian SRK Donut Irene (faktor yang jadi bermasalah, faktor yang dapat diantisipasi, besar risiko sebelum dan sesuah antisipasi).
- Lakukan tindakan surface protection / terapi remineralisasi (dilakukan di sekolah atau dirujuk sesuai kemampuan)
- Lakukan evaluasi pengisian PR dan analisis keberhasilannya.
- Lakukan diskusi untuk meningkatkan peran serta orang tua dalam pemeliharaan gigi anaknya.

b. TERAPI REMINERALISASI (CPP-ACP)

Suatu cara terapi pencegahan karies dengan mengoleskan Casein PhosphoPeptide – Amorphous Calcium Phosphate (CPP-ACP) pada gigi dalam kondisi awal karies yang bermanifestasi sebagai “*White Spot*”. IPTEKS terkini menunjukkan bahwa KARIES GIGI bukan sekedar gigi berlubang, tetapi adalah proses Demineralisasi versus Remineralisasi yang terjadi dalam struktur gigi. “*White spot*” (bercak putih pada gigi) adalah proses karies masih reversibel dan dapat disembuhkan dengan memasukkan kembali ion Calcium dan ion Phosphate ke dalam struktur gigi yang telah hilang, melalui sediaan CPP-ACP.



Gambar 8. White Spot pada gigi 21

1) Pengertian

Terapi remineralisasi adalah suatu tindakan dengan memberikan sediaan calcium-phosphate khusus agar terjadi proses kembalinya calcium dan phosphate ke dalam email gigi yang mengalami demineralisasi, yaitu hilangnya mineral gigi dalam proses karies pada gigi. Dengan terapi

remineralisasi proses karies dapat dihentikan bahkan dikembalikan seperti semula (disembuhkan).

2) Tujuan

- a) Mencegah terjadinya proses karies dengan memberikan suplemen calcium-phosphate khusus untuk menjaga keseimbangan proses demin-remin menjadi positif/menguntungkan.
- b) Menyembuhkan proses karies awal (white spot)

3) Indikasi

- a) Digunakan pada gigi yang ada tanda white spot.
- b) Digunakan sebagai realisasi rekomendasi Simulator Risiko Karies (Donut Irene)
- c) Digunakan pada individu yang rawan karies (anak yang mempunyai risiko karies tinggi, anak dengan gigi berjejal, pasien dalam perawatan menggunakan obat jangka panjang, pasien dalam perawatan ortodontis, anak cacat, orang tua)

4) Bahan sediaan

- a) CPPACP (*Casein Phosphopeptide-Amorphous Calcium Phosphate nano-complexes*) CPP-ACP (*Recaldent™*) produk paten dari Australia
- b) GC *Tooth-mousse* (tut-mus) dalam bentuk krem (dipasarkan di Indonesia terbatas kepada tenaga kesehatan)

5) Persiapan

- a) Sortir anak yang mempunyai risiko karies tinggi.
- b) Beri penjelasan manfaat dan cara penggunaan CPP-ACP.
- c) Siapkan Krem Tut-mus (tube atau pot) sesuai kebutuhan.

6) Pelaksanaan

- a) Latih anak / orang tua anak untuk mengoleskan krem CPP-ACP pada permukaan gigi yang rawan/white-spot.
- b) Oles krem pada gigi yang rawan dengan jari/ sikat gigi, dan gunakan lidah untuk membagi keseluruhan permukaan gigi
- c) Sisanya boleh diludahkan, tetapi jangan berkumur-kumur sedikitnya selama 30 menit agar terjadi transfer Calcium-Phosphate.
- d) Gunakan pagi hari setelah sikat gigi dan atau malam hari setelah sikat gigi sesuai keparahannya.



Gambar 9. Cara penggunaan krem CPP-ACP

c. *SURFACE PROTECTION (PRE FISSURE SEALANT / FISSURE PROTECTION)*

Melapisi gigi molar baru tumbuh / fisur hitam dengan bahan GIC* kaya Fluor. Gigi molar baru tumbuh struktur emailnya belum matang, karena masih banyaknya ikatan karbonat $-CO_3$ yang menyebabkan email mudah larut sehingga gigi menjadi rawan karies, GIC* mengganti $-CO_3$ membentuk ikatan Fluorapatite yang lebih tahan asam sehingga mempunyai daya melindungi Gigi dari karies. (*Glassionomer Protection & Stabilization Material)

1) Pengertian

Surface Protection adalah tindakan melapisi permukaan oklusal dengan Glass-ionomer Protection and Stabilization material, yaitu glassionomer kaya fluoride dan mempunyai kemampuan mengalir (flow able), agar pada email terjadi pematangan dengan terbentuknya ikatan Fluorapatite yang

tahan asam. Dengan demikian walaupun kemudian lapisan lepas, email gigi telah terproteksi.

2) Tujuan

- a) Mematangkan permukaan email yang baru erupsi, yang masih banyak mengandung carbonat, agar terjadi pematangan email karena terjadinya ikatan Fluorapatit yang tahan asam.
- b) Melindungi permukaan oklusal gigi yang ada fisur hitamnya yang rawan karies menjadi ikatan Fluorapatit yang tahan asam.

3) Indikasi

- a) Untuk gigi molar yang baru erupsi, terutama pada anak/pasien yang rawan karies (sesuai rekomendasi Simulator Risiko Karies)
- b) Untuk gigi molar yang mempunyai fisur hitam terutama pada anak/pasien yang rawan karies (sesuai rekomendasi Simulator Risiko Karies).

4) Kontra indikasi

tidak untuk gigi dengan permukaan oklusal dengan fisur yang dangkal yang tergerus oleh gigi antagonisnya.

Penatalaksanaan *Surface Protection*

a) Instrumen *Surface Protection*

Set “*Glass-ionomer Protection and Stabilization Material*

- *Paper pad*
- Spatula plastik
- Kaca mulut
- Sonde
- Pinset
- *Plastis instrument* (aplikator + trimer)
- Kapas
- Cawan berisi air bersih
- Vaseline

b) Persiapan

- Baca petunjuk penggunaan *Glassionomer protection and stabilization material*
- Atur set *Surface protection and stabilization* material beserta peralatan lainnya pada meja kerja dan cukup cahaya.

c) Pelaksanaan

Anak/pasien diminta untuk membuka mulutnya.

<p>Bersihkan permukaan gigi yang akan diproteksi dengan butiran kapas dijepit dengan pinset. Gunakan kapas kering dan diselingi butiran kapas basah untuk mencuci. Lakukan sedikitnya 2 kali atau hingga oklusal gigi cukup bersih dari debris / plak.</p>	
<p>Isolasi gigi yang akan diaplikasi dengan cotton-roll, Permukaan oklusal dikeringkan dengan butiran kapas kering, kemudian oleskan conditioner 20 detik, cuci dengan butiran kapas basah, dan keringkan dengan butiran kapas kering</p>	
<p>sendok powder dan satu tetes liquid sesuai peraturan yang berlaku, oleskan secara merata pada permukaan oklusal termasuk pit dan fissure dengan plastis instrument, tekan dengan jari yang terlindungi sarung karet, trim dengan plastis intrumen dan lapisi dengan Vaseline / cocoa butter</p>	

Gambar 9. Penatalaksaan *surface protection*

d) Penyelesaian

- Catat tindakan ke dalam formulir/status kesehatan gigi anak/pasien
- Instrusikan anak/ pasien tidak makan/minum selama 1 jam.

e) Pengendalian infeksi silang

Instrumen setelah digunakan dilakukan sterilisasi sesuai peraturan yang berlaku.

Bahan *fissure sealant* berbasis Resin, tidak dapat dipergunakan sebagai *surface protection*, karena sifat resin fissure sealant yang menutup permukaan oklusal semata-mata secara mekanis saja tanpa ada kemampuan proses persenyawaan kimia. Bila kemudian sealant lepas, ternyata ikatan karbonat pada email, yang tidak tahan asam tidak diubah menjadi ikatan fluor apatit, sehingga gigi tetap rawan karies.

2. PAKET PELAYANAN KESEHATAN DASAR PADA ANAK-ANAK DI SEKOLAH (UPAYA INTEGRASI PROGRAM SIKAT GIGI BERSAMA DENGAN PROGRAM CUCI TANGAN DAN PEMBERIAN OBAT CACING DI SEKOLAH).

a. Latar Belakang

Upaya promotif dan preventif yang berhubungan dengan kebersihan dan kesehatan harus diperkenalkan kepada anak-anak sejak usia dini. Penyakit yang saat ini memiliki tingkat prevalensi tertinggi pada anak usia sekolah di Indonesia adalah penyakit gigi dan mulut 74,4%, penyakit cacingan 60-80%, penyakit pernapasan dan diare 30%.

Penyakit diakibatkan karena kurangnya kebersihan:

- 1) Hampir seluruh anak mengalami karies gigi yang tidak dirawat
- 2) Infeksi cacingan yang ditularkan melalui tanah memiliki prevalensi tinggi pada anak usia sekolah dan pra-sekolah
- 3) Diare serta infeksi pernapasan merupakan salah satu penyakit terbanyak yang terjadi pada anak usia sekolah dan pra-sekolah.

b. *Evidence-based intervention*

Fokus dari program ini adalah pada penerapan intervensi *evidence-based* yang berbiaya rendah, seperti :

- o Mencuci tangan dengan sabun

- Menyikat gigi dengan menggunakan pasta gigi berfluor setiap hari di tiap sekolah
- Pemberian obat cacing dua kali setahun sebagai aktivitas (reguler) sekolah.

Penggunaan sistem sekolah telah terbukti di seluruh dunia dapat menghasilkan perbaikan yang bermakna terhadap indikator *outcome* kesehatan dengan biaya yang sangat rendah. Program ini dapat diimplementasikan hampir di setiap sekolah, bahkan pada sekolah dengan keadaan sumberdaya yang sangat kurang. Cara ini bukan merupakan program baru, melainkan suatu konsep yang dapat mendukung dan memperkuat implementasi nyata dari kebijakan-kebijakan serta program-program Kesehatan Sekolah yang telah ada di Indonesia.



Gambar 11. Sikat gigi dan cuci tangan bersama

Program berbiaya sangat rendah

Biaya materi per anak per tahun hanya sebesar lima ribu rupiah untuk paket dasar (termasuk sabun, sikat dan pasta gigi). Sebagai hasilnya, indikator kunci kesehatan berkurang, seperti menurunnya tingkat penyakit menular sebanyak 30-50%, berkurangnya karies gigi sebesar 40-50%; perbaikan kesehatan ini dapat meningkatkan angka kehadiran dan performa di sekolah.

c. Pendampingan Teknis dan Pembentukan Kapasitas

Pembentukan kapasitas, kemahiran teknis dan materi untuk mengawali program ini pada *pilot area* diperoleh dari *German Development Cooperation*. Distribusi peran yang jelas dibutuhkan untuk dapat mengembangkan pendekatan inter-

sektor. Pemerintah Indonesia harus mau berkomitmen dalam mengalokasikan dana untuk mempertahankan serta memperluas program.

- 1) Teknis pelaksanaan sikat gigi bersama tiap hari



Gambar 12. Sikat gigi bersama sebelum pelajaran dimulai

- 2) Tersedianya sikat gigi di sekolah satu anak peserta didik satu sikat gigi



Gambar 13. Satu anak peserta didik satu sikat gigi

- 3) Penggunaan pasta gigi berfluor sebesar kacang polong dan menyikat gigi selama dua menit secara berurutan



Gambar 14. Pasta gigi berfluor sebesar kacang polong

- 4) Tidak berkumur setelah menggosok gigi



Gambar 15. Tidak berkumur setelah menggosok gigi

- 5) Tersedia lingkungan yang mendukung



Gambar 16. Sarana dan prasarana kegiatan sikat gigi dan cuci tangan bersama

F. SISTEM PEMBIAYAAN

Dalam pelaksanaan program UKGS, biaya pelaksanaannya dapat diperoleh dari Pemerintah dan sumber lain yang tidak mengikat berupa dana sehat, *Corporate Social Responsibility* dan swadaya dari masyarakat.

1. Dana Sehat/ Swadaya Masyarakat

Bersumber dari orang tua murid, bantuan sponsor dari perusahaan pasta gigi dan perusahaan sikat gigi, merupakan suatu promosi produk perusahaan tersebut ke SD dan MI sasaran. Sumber

pembiayaan dari masyarakat ini dapat dilaksanakan dengan membuat perencanaan atau proposal tentang program promotif-preventif (penyuluhan pendidikan kesehatan gigi dan mulut, dan sikat gigi bersama di sekolah) yang ditawarkan kepada pihak swasta dalam bentuk kerjasama. Khusus promosi program UKGS dengan dana sehat dari orang tua murid dapat dilaksanakan dengan bekerja sama dengan Guru, Kepala Sekolah dan Komite Sekolah serta Dinas Pendidikan setempat, dengan pendekatan pada saat tahun ajaran baru kepada orang tua murid kelas I. Hal ini dilaksanakan secara berkelanjutan sehingga dapat dicapai sasaran dan target program yang diinginkan.

2. Dana Bantuan Operasional Kesehatan / BOK (Promotif dan Preventif)

Bantuan Operasional Kesehatan merupakan bantuan pemerintah pusat kepada pemerintah daerah melalui peningkatan kinerja Puskesmas dan jaringannya serta Poskesdes/polindes, Posyandu dan UKBM lainnya dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif.

Tujuan Umum

Meningkatkan upaya kesehatan yang bersifat promotif dan preventif

Tujuan Khusus :

- a. Tersedianya alokasi anggaran operasional untuk upaya kesehatan promotif dan preventif di Puskesmas dan jaringannya serta Poskesdes dan Posyandu.
- b. Tersusunnya perencanaan tingkat Puskesmas untuk penyelenggaraan upaya kesehatan di wilayah kerja.
- c. Terselenggaranya lokakarya mini sebagai forum penggerakan pelaksanaan upaya kesehatan di Puskesmas.
- d. Terlaksananya kegiatan upaya kesehatan promotif dan preventif di Puskesmas dan jaringannya serta Poskesdes/Polindes dan Posyandu serta UKBM dan tempat pelayanan kesehatan lainnya.
- e. Meningkatnya peran serta masyarakat dalam kegiatan upaya kesehatan promotif dan preventif.
- f. Terselenggaranya dukungan manajemen di Kabupaten/kota dan provinsi.

Rincian ruang lingkup kegiatan BOK tahun 2014:

- 1) Upaya Kesehatan
 - a. Upaya Kesehatan Prioritas
 - b. Upaya Kesehatan Lainnya termasuk kesehatan sekolah dan kesehatan gigi dan mulut.
- 2) Manajemen Puskesmas
3. Dana Bantuan Operasional Sekolah / BOS (UKS)

Berdasarkan Petunjuk Teknis Penggunaan dan Pertanggungjawaban Keuangan Dana Bantuan Operasional Sekolah, dapat dimanfaatkan antara lain untuk kegiatan :

 - a. Kegiatan pembelajaran dan ekstra kurikuler peserta didik:
 - PAKEM (SD)
 - Pengembangan pendidikan karakter
 - Pembelajaran remedial
 - Pembelajaran pengayaan
 - Pemantapan persiapan ujian
 - Olahraga, kesenian, karya ilmiah remaja, pramuka dan palang merah remaja
 - Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)
 - b. Biaya lainnya : salah satunya untuk peralatan UKS

G. PENUTUP

Keberhasilan Program UKGS dapat terwujud apabila dilaksanakan secara terintegrasi baik lintas program maupun lintas sektoral, terarah dan berkesinambungan.

Harapan kami agar buku pedoman ini dapat dijadikan penuntun penyelengaraan program UKGS di daerah, khususnya untuk pelaksanaan Tim Pelaksana UKS di SD dan MI dimana sebagai Ketua adalah Kepala Sekolah / Kepala Madrasah dan Sekretaris I adalah Guru Penjaskes / Guru Pembina UKS, Tim Pembina UKS Kecamatan dimana Ketua II adalah Kepala Puskesmas dan anggotanya unsur UKS / UKGS di Puskesmas, baik Puskesmas yang ada sarana kesehatan gigi maupun yang tidak ada sarana kesehatan gigi.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

NILA FARID MOELOEK

FORMAT 1

PERANAN TENAGA YANG DILIBATKAN DALAM UKGS

No	Jenis Tenaga	Peranannya	Sarana Penunjang
1	Puskesmas	Sebagai koordinator Sebagai pembimbing & motivator Bersama dokter gigi melakukan melakukn perencanaan kesehatan gigi dan mulut	
2	Dokter Gigi	Penanggung jawab pelaksanaan operasional Bersama perawat gigi menyusun rencana kegiatan, menentukan target tahunan serta jadwal kegiatan bulanan, memonitoring program dan evaluasi	Buku Pedoman
		Melaporkan serta mengkoordinasikan ke Kepala Puskesmas dan petugas UKS	Microplanning / Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP)
		Membina integrasi dengan unit-unit yang terkait di tingkat Kecamatan, Lurah, PKK, Cabdin Pendidikan Kecamatan	Kebijakan Provinsi Atau Pusat dan data kepenyakit (Epid)
		Memberi bimbingan dan pengarahan kepada tenaga perawat gigi, UKS, guru SD dan Dokter Kecil	Buku Pedoman UKS, UKGS
		Bila tidak ada perawat gigi, dokter gigi dapat sebagai pelaksanaan UKGS	Buku Pedoman UKGS
		Melakukan kegiatan analis teknis & edukatif	Buku Pedoman UKGS
		Pengarahan kepada tenaga UKS, guru SD, dokter Kecil dan orang tua murid	

3	Perawat gigi	Bersama dokter gigi menyusun rencana UKGS dan pemantauan SD	Buku Petunjuk Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP)
		Melakukan persiapan lokakarya mini untuk menyampaikan rencana kegiatan	
		Membina kerjasama dengan tenaga UKS, guru SD dan MI	
		Melakukan persiapan lokakarya mini untuk menyampaikan rencana kegiatan pelaksana terkait	Rencana program UKGS
		Pengumpulan data UKGS	Formula Epidemiologi
		Melakukan kegiatan teknis : Pembersihan karang gigi Pelayanan medik gigi dasar (menerima rujukan dari tenaga petugas kesehatan lainnya jika di tempatnya bekerja tidak ada dokter gigi)	
		Melaksanakan pencatatan dan pelaporan	Buku monitoring, form pencatatan dan pelaporan, form survey
		Evaluasi cakupan program, pencapaian target untuk menjadi dasar Rencana Kegiatan Tahunan berikutnya	
		Membuat dasar UKS dan UKGS	

4	Petugas UKS	Terlibat secara penuh dalam penentuan SD, pembinaan guru, dokter kecil, monitoring program dan hubungan dengan Diknas	
		Pemeriksaan murid (screening)	Form screening UKS
		Membuat grafik pencapaian jumlah SD UKGS dengan promotif preventif setiap tahun	
		Melaksanakan rujukan	Form Rujukan
		Menunjang tugas perawat gigi dalam penyuluhan dan pendidikan kesehatan gigi	Buku penuntun untuk guru
5	Guru SD	Membantu tenaga kesehatan gigi dalam pengumpulan data/screening	Flipchart Donut Irene
		Memberikan pendidikan kesehatan gigi pada murid, jadwal pelajaran Orkes	
		Pembinaan Dokter Kecil	
		Latihan menggosok gigi	
		Rujukan bila menemukan murid dengan keluhan penyakit gigi	
		Membina kerjasama dengan petugas kesehatan dalam memelihara kesehatan lingkungan, jajan, warung sekolah.	
		Membantu guru dalam sikat gigi bersama	

6	Dokter Kecil	Membantu guru dalam Memberi dorongan / motivasi agar murid berani utntuk periksa giginya	
		Memberi penyuluhan kesehatan gigi (membantu guru) kepada murid yang lain	
		- Mendampingi pada murid yang dirujuk ke tempat berobat gigi (klinik gigi)	

FORMAT 2

DAFTAR TILIK PENGAMATAN

PELAKSANAAN USAHA KESEHATAN GIGI SEKOLAH

PUSKESMAS/ SEKOLAH :

Petugas :

NAMA PENGAMAT : -----

Tanggal :

Keterangan :

1. Daftar tilik digunakan untuk mengamati pelaksanaan pelayanan kesehatan gigi di sekolah.
2. Isilah kolom jawaban dengan tanda (V) pada kolom jawaban yang sesuai.
3. Kolom jawaban "Y" (Y=ya) bila sesuai dengan Daftar Tilik
4. Kolom jawaban "T" (T=tidak) bila tidak sesuai dengan Daftar Tilik
5. Kolom jawaban "TB" TB= Tidak Berlaku

Pengamatan Pelayanan UKGS

Y	T	TB
---	---	----

Apakah guru/ tenaga kesehatan melakukan dan mencatat

1. Penyuluhan kesehatan gigi dan mulut			
2. Membimbing murid melakukan sikat gigi massal pada musir kelas 1,2 dan 3			
3. Pemberian obat pada murid untuk menghilangkan rasa sakit			
4. Melakukan rujukan bagi murid yang memerlukan pengobatan			

Apakah tenaga kesehatan gigi melakukan dan mencatat

1. Membimbing guru melakukan kegiatan sikat gigi massal			
2. Pembersihan karang gigi pada murid			
3. Pencabutan gigi susu pada murid-murid yang membutuhkan			
4. Melakukan rujukan bagi murid yang memerlukan pengobatan			
5. Penambalan pada murid kelas 3 dan 5 dan murid kelas lainnya dengan ART			

6. Penambalan pada murid kelas 3 dan 5 dan murid kelas lainnya dengan Amalgam			
7. Pencabutan gigi tetap pada murid			
8. Pemberian obat untuk menghilangkan rasa sakit gigi			
9. Menunjuk pasien yang tidak dapat ditangani di sekolah			

Pengamat,

(.....)

FORMAT 3

DAFTAR TILIK MONITORING
PELAKSANAAN USAHA KESEHATAN GIGI SEKOLAH

PUSKESMAS : Petugas :

NAMA PENGAMAT : Tanggal :

Keterangan :

1. Daftar tilik digunakan untuk memantau pelaksanaan UKGS.
2. Isilah kolom jawaban dengan tanda (V) pada kolom jawaban yang sesuai.
3. Kolom jawaban "Y" (Y=ya) bila kegiatan Pelayanan UKGS dilakukan dan dicatat ke dalam catatan kegiatan UKGS sesuai dengan Daftar Tilik
4. Kolom jawaban "T" (T=tidak) bila tidak dilakukan atau tidak dicatat ke dalam catatan kegiatan UKGS sesuai dengan Daftar Tilik.

INPUT

Y	T	TB
---	---	----

Apakah ada

1. Rencana kerja kegiatan UKGS			
2. Rencana kerja pelatihan dokter kecil			
3. Rencana kerja pelatihan guru			
4. Daftar inventaris peralatan kegiatan UKGS			
5. Daftar inventaris bahan dan obat untuk kegiatan UKGS			
6. Penjadwalan pertemuan lintas sektor dan lintas program dalam pelaksanaan UKGS			

PROSES

7. Apakah petugas melakukan pemeriksaan dan mencatat data dasar murid kelas terpilih pada sekolah yang akan mendapat pelayanan UKGS			
8. Apakah berdasarkan data dasar tersebut dibuat rencana kegiatan/ pelaksanaan UKGS pada SD yang bersangkutan			
9. Apakah dilakukan pencatatan bagi murid-murid yang menerima perawatan			
10. Apakah pada masing-masing murid dibuat rencana terapy			

OUT PUT

Apakah ada

11. Realisasi pelaksanaan UKGS sesuai dengan rencana kerja			
12. Fasilitas pelaksanaan UKGS sesuai dengan kebutuhan			
13. Hasil pelaksanaan UKGS dilaporkan pada Pimpinan SD			
14. Cakupan SD yang mendapat pelayanan kesehatan gigi			
15. Cakupan SD yang melaksanakan kegiatan UKGS optimal			
16. Cakupan SD kelas selektif yang mendapat perawatan kesehatan gigi dan mulut			

Pengamat,

(.....)

FORMAT 5

FORMAT PENILAIAN PELAKSANAAN PROGRAM UKGS
 DI SEKOLAH DAN PUSKESMAS PEMBINA
 DALAM RANGKA LOMBA UKGS

Tanggal penilaian :

Sekolah yang dinilai :

Puskesmas Pembina :

Kab/Kota :

Materi Penilaian :

1. Upaya Kesehatan Masyarakat pada UKGS (Bobot nilai 45 %)
2. Upaya Kesehatan Perorangan pada UKGS (Bobot nilai 35 %)
3. Manajemen UKGS pada program UKS (Bobot nilai 20 %)

Skor tiap variabel Kegiatan UKM UKGS, antara 10 -100, dengan ketentuan sbb :

Skor 0 - 25	=	Kegiatan tidak dilaksanakan, cakupan 0%
Skor 25 - 50	=	Kegiatan kadang-kadang dilaksanakan, cakupan <50%
Skor 50 - 75	=	Kegiatan sering dilaksanakan, cakupan antara 50-5%
Skor 75 - 100	=	Kegiatan secara rutin dilaksanakan, cakupan > 75%

Nilai variabel : Skor x bobot

Nilai per Materi : \sum Nilai variabel x % Bobot nilai

Total nilai : Nilai materi UKM + Nilai materi UKP + Nilai Manajemen

I. UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT

No	Variabel	Cakupan	Bobot	Skor (0-100)	Bobot x Skor
	PEMBINAAN		20		
1.	Frekuensi Kunjungan Petugas Kesehatan ke Sekolah (min 2x setahun)	Frekuensi..... Kegiatan.....	10		
2.	Pembinaan oleh lintas sektor mll Tim Pembina UKS Kecamatan	Frekuensi..... Kegiatan.....	10		
	KEGIATAN UKGS		80		
1	Guru yang mengikuti pelatihan UKGS/UKS	Ada / Tidak	10		
2	Murid yang mengikuti pelatihan dokter kecil	Ada / Tidak	10		
3	Pendidikan dan penyuluhan kesehatan gigi dan mulut oleh guru penjakes/guru pembina UKS sesuai kurikulum (buku Pendidikan Olahraga dan Kesehatan)	Ada / Tidak% kelas (wawancara & bukti buku)	10		
4	Sikat gigi massal kelas I s/d III dg pasta gigi berfluor minimal 1 kali/ sebulan (UKGS tahap I dan II)	Ada / Tidak Frekuensi	15		
5	Sikat gigi massal kelas I s/d VI dg pasta gigi berfluor minimal 1 kali/ sebulan (UKGS tahap III)	Ada / Tidak Frekuensi	15		
6	Kegiatan fluoridasi (tablet fluor dan kumur-2)	Ada / Tidak	10		
7.	Survei DMF-T, PTI dan OHI-S murid klas VI / usia 12 tahun	Ada / Tidak (bukti survei)	10		
	Total		100		

II. UPAYA KESEHATAN PERORANGAN

No	Variabel	Cakupan	Bobot	Skor	Bobot x Skor
	KEGIATAN UKGS		50		
1	Pengobatan darurat untuk menghilangkan rasa sakit	Ada / Tidak (Bukti pencatatan)	10		
2	Penjaringan dan pencabutan gigi sulung yang sudah waktunya tanggal pada murid kelas I	Ada / Tidak (Bukti pencatatan)	10		
3	Pelayanan medik gigi dasar atas permintaan pada murid Klas I s/d VI (<i>care on demand</i>)	Ada / Tidak (Bukti pencatatan)	10		
4	Pelayanan medik gigi dasar pada kelas terpilih sesuai kebutuhan untuk klas I, III dan IV	Ada / Tidak Prosentase keg.% (Bukti pencatatan)	10		
5	Rujukan bagi yang memerlukan	Ada / Tidak (Bukti pencatatan)	10		
	PELAYANAN KESGILUT DI PUSKESMAS		30		
1	Jumlah perawatan gigi yang ditangani : - Balita - Murid TK/Apras - Murid SD/MI	(Bukti pelaporan)	10		
2	Jumlah murid SD/MI yang mendapat pelayanan Kes. Gigi paripurna	(Bukti Pelaporan)	10		

No	Variabel	Cakupan	Bobot	Skor	Bobot x Skor
3	Rasio gigi tetap yang ditambah thd gigi yang dicabut (target 1 : 1) :	10		
	PENINGKATAN MUTU PELAYANAN		20		
1	Tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan kesgilut	Ada/ Tidak Dokumen, SOP, dan observasi	10		
2	Ketersediaan alat/bahan pelayanan gigi (dokter gigi kit & Terapis gigi dan mulut kit)	Ada/ Tidak Data inventarisasi dan observasi	10		
	Total				

III. MANAJEMEN UKGS

No	Variabel	Cak	Bobot	Skor	Bobot x Skor
	MANAJEMEN OPERASIONAL		50		
1.	SK Tim Pembina UKGS/UKS Tk Kab/kota	Ada / Tidak Dokumen	5		
2.	SK Tim Pembina UKGS/UKS Tk Kecamatan	Ada / Tidak Dokumen	5		
3.	SK/ST pelaksana UKGS di sekolah	Ada / Tidak Dokumen	5		
4.	Rencana kerja Tim Pelaksana	Ada / Tidak Dokumen	5		
5.	Struktur/Jadwal kegiatan	Ada / Tidak Dokumen	10		
6.	Buku laporan kegiatan UKS/UKGS di puskesmas	Ada / Tidak Dokumen	10		
7.	Buku laporan kegiatan UKS/UKGS di sekolah	Ada / Tidak Dokumen	10		
	MANAJEMEN SUMBER DAYA		50		
1	Sarana, Prasarana dan Alkes		10		
	Kartu inventaris peralatan	Ada / Tidak Dokumen			
	UKGS Kit	Ada / Tidak Observasi			
	Alkes gigi dan mulut dasar	Ada / Tidak Observasi			
	Peralatan Demo gilut	Ada / Tidak Observasi			
	Sarana penyuluhan gilut	Ada / Tidak Observasi			

No	Variabel	Cak	Bobot	Skor	Bobot x Skor
	Ada ruangan khusus & perabotan Observasi	Ada / Tidak Observasi			
2.	Obat dan Bahan		10		
1.	Obat dasar kesehatan gigi	Ada / Tidak Observasi			
2.	Pasta gigi berfluor	Ada / Tidak Observasi			
3.	Tenaga		10		
1.	Guru pembina	Ada / Tidak			
2.	Kader murid	Ada / Tidak			
4	Dana		20		
1	Sumber dana	Ada / Tidak Dokumen			
2	Dana sehat	Ada / Tidak Dokumen			
3	Jml operasional dlm sebulan	Ada / Tidak Dokumen			
	Total				

FORMAT PENILAIAN UKGS TINGKAT NASIONAL

Kelengkapan ruang UKS

Kelengkapan Peralatan UKGS: Kaca Mulut, Sonde, Pinset

Pelaksanaan Program UKGS DI TK;

- a. Penyuluhan
- b. Penyuluhan dan pemeliharaan kesehatan gigi
- c. Penyuluhan, pemeliharaan kesehatan gigi, dan perawatan
- d. Penyuluhan, pemeliharaan kesehatan gigi, perawatan dan Pembinaan

Pelaksanaan Program UKGS

- a. Penyuluhan
- b. a + sikat gigi bersama 1 bulan sekali
- c. b + pemeriksaan gigi dan penjaringan
- d. c + pembinaan guru

LAMPIRAN III
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 89 TAHUN 2015
TENTANG
UPAYA KESEHATAN GIGI DAN MULUT

USAHA KESEHATAN GIGI SEKOLAH TINGKAT LANJUT

G. PENDAHULUAN

6. LATAR BELAKANG

Peserta didik merupakan generasi penerus sebagai sumber daya manusia pada masa yang akan datang. Perkiraan jumlah anak usia sekolah saat ini sepertiga total penduduk, dan dua pertiganya adalah anak sekolah; merupakan jumlah yang sangat besar dan potensial. Pertumbuhan dan perkembangan anak sekolah akan terganggu karena menderita sakit, kurang gizi atau masalah kelebihan gizi serta bila anak menghadapi masalah psikososial atau kejiwaan. Keadaan ini akan mempengaruhi proses belajar sehingga mempengaruhi prestasi belajar yang pada akhirnya akan berdampak terhadap kualitas sumber daya manusia (Depkes, 2007).

Peserta didik tingkat SMP dan SMA atau yang sederajat memasuki usia remaja dimana pada periode ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang pesat baik fisik, psikologis maupun intelektual. Remaja biasanya menyukai petualangan dan tantangan serta cenderung berani mengambil risiko tanpa didahului oleh pertimbangan matang yang akan mempengaruhi status kesehatannya. (Depkes, 2007)

WHO (1993) telah memperkenalkan konsep Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS) atau pendidikan kesehatan berbasis keterampilan, yang merupakan kemampuan untuk beradaptasi dan berperilaku positif yang membuat seseorang dapat mengatasi tuntutan dan tantangan dalam kehidupan sehari - hari

secara efektif di mana konsep ini dapat diterapkan pada anak usia sekolah melalui program UKS.

WHO pada tahun 2000 memperkenalkan pendekatan Sekolah yang Berwawasan Kesehatan (*Health Promoting School*). Sekolah yang berwawasan kesehatan adalah tempat dimana semua masyarakat sekolah bekerjasama memberikan pengalaman dan menyediakan struktur pembelajaran yang terintegrasi dan positif, yang mempromosikan dan memberikan perlindungan kesehatan kepada peserta didik. Hal ini meliputi pendidikan kesehatan intra dan ekstra kurikuler, penciptaan lingkungan yang aman dan sehat, penyediaan layanan kesehatan dan penyertaan keluarga dan masyarakat dalam upaya promosi kesehatan.

Tahapan remaja adalah masa yang paling sulit dan kritis pada periode kehidupan manusia untuk pendidikan kesehatan. Tantangan utama adalah menemukan cara yang efektif untuk mengubah perilaku individu dan mempertahankannya. Memahami profil remaja dalam pendidikan kesehatan gigi dan mulut tampaknya menjadi penting bagi keberhasilan program. Teori pendekatan modifikasi berbasis perilaku, sudah berhasil diterapkan di bidang kedokteran, mungkin menjadi alternatif yang baik untuk promosi kesehatan gigi dan mulut konvensional pada remaja.

WHO memandang bahwa penyakit gigi dan mulut adalah salah satu penyakit yang lazim berkembang di masyarakat di seluruh dunia (Mason, 2005; Petersen, 2003). Walaupun terdapat banyak jenis penyakit gigi dan mulut namun lubang gigi atau karies dan penyakit periodontal merupakan masalah gigi dan mulut yang utama dibanyak negara (Mason, 2005). Diperkirakan sebanyak 6,5 miliar orang di seluruh dunia pernah mengalami karies gigi (WHO, 2004).

Di negara-negara industri, 60-90% peserta didik mengalami karies gigi dan sebagian besar usia dewasa (WHO, 2004). Karies gigi di Asia dan negara-negara Amerika Latin merajalela, terutama disebabkan karena konsumsi gula yang tinggi.

Karies gigi jarang muncul dan jarang yang menjadi parah di negara-negara Afrika (WHO, 2004). Hal ini mungkin disebabkan oleh konsumsi serat yang tinggi atau faktor genetik. Akan tetapi, karena perubahan kondisi lingkungan, meningkatnya konsumsi gula dan *exposure* fluor yang tidak adekuat menyebabkan karies gigi juga

meningkat di banyak negara-negara Afrika (WHO, 2004). Penyakit periodontal yang parah yang dapat menyebabkan tanggalnya gigi meningkat sebanyak 15% disebagian besar populasi (WHO, 2000).

Walaupun sebagian besar penyakit gigi dan mulut dapat dicegah (Mason, 2005; Petersen, 2003), banyak orang di seluruh dunia tidak melakukan perawatan penyakit gigi dan mulut yang seharusnya karena masalah biaya, terutama untuk masyarakat miskin (Petersen, 2003; WHO, 2004). Sebagai konsekuensi, beban terbesar penyakit gigi dan mulut tetap pada masyarakat yang kekurangan dan masyarakat pinggiran (Petersen, 2003).

Salah satu program teknis dari *Departement of Non-communicable Disease Prevention and Health Promotion* yang mewadahi program kesehatan gigi dan mulut secara global adalah *WHO Global Oral Health Programme (GOHP)* (Petersen, 2003). Program ini menyarankan negara-negara di dunia untuk mengembangkan kebijakan pencegahan penyakit gigi dan mulut serta promosi kesehatan gigi dan mulut. Kebijakan ini juga mendukung integrasi program kesehatan gigi dan mulut dengan program kesehatan umum (Petersen, 2003). Salah satu aksi prioritas dari GOHP, khususnya untuk peserta didik dan remaja adalah promosi kesehatan gigi di sekolah (Petersen, 2003).

7. SASARAN

- a. Tenaga kesehatan gigi (Dokter Gigi, dan Perawat Gigi).
- b. Tenaga lintas sektor terkait (unsur yang tercakup dalam SKB 4 Menteri, unsur swasta / dunia usaha, Organisasi Profesi, Ormas, dan LSM).

8. TUJUAN

Tujuan umum:

Memberikan panduan bagi tenaga kesehatan dan petugas lintas sektor terkait dalam pelaksanaan program UKGS di SMP dan SMA atau yang sederajat guna mewujudkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang bermutu, merata dan terjangkau dalam upaya membentuk peserta didik yang berkualitas.

Tujuan khusus:

- a. Diperolehnya pemahaman bagi tenaga kesehatan dan lintas sektoral tentang :
 1. Status kesehatan gigi dan mulut remaja di Indonesia.
 2. Faktor perilaku dan faktor sosial yang mempengaruhi kesehatan gigi dan mulut remaja.
 3. Masalah kesehatan gigi dan mulut remaja.
 4. Pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut remaja.
 5. Pembinaan kesehatan gigi dan mulut di sekolah tingkat lanjut
- b. Diperolehnya pemahaman sistematika kerja dalam berkolaborasi antara pihak sekolah dengan puskesmas sebagai ujung tombak/ penyedia layanan tingkat primer untuk mempromosikan dan meningkatkan kesehatan gigi dan mulut remaja.

H. ANALISIS SITUASI KESEHATAN GIGI DAN MULUT REMAJA

WHO mendefinisikan remaja sebagai orang yang berusia antara 10 sampai dengan 19 tahun (Petersen, 2003). Ini merupakan masa yang mempengaruhi kehidupan seseorang karena pada masa ini berkembang kebiasaan dan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan gigi dan mulut. Serta pada masa ini dihadapkan pada berbagai macam ancaman sebagai hasil dari perubahan kondisi lingkungan dan sosial (Kwan & Petersen, 2003a). Pada masa ini remaja dapat menerima kebiasaan dan perilaku yang baik yang berhubungan dengan kesehatan gigi dan mulut. Praktik kebersihan gigi dan mulut yang baik, khususnya menyikat gigi, sangat penting untuk mencegah karies gigi dan penyakit periodontal. Sementara kebiasaan buruk seperti merokok, minum minuman beralkohol dan asupan makanan yang buruk tidak hanya dapat mempengaruhi kesehatan gigi dan mulut, tetapi juga mempengaruhi kondisi kraniofasial (Petersen, 2003). Sebagian besar penyakit gigi dan mulut yang paling banyak dikeluhkan masyarakat adalah karies gigi. Oleh karena karies gigi bersifat *irreversible* (tidak dapat pulih), bila terjadi pada masa remaja, maka penyakit tersebut akan bertahan, bahkan menjadi lebih buruk dan dapat mempengaruhi kualitas hidupnya.

Anak-anak dan remaja usia sekolah yang sudah mengkonsumsi produk yang mengandung tembakau, sering mengkonsumsi minuman

keras atau pengguna narkoba, dapat meningkatkan risiko terkena kanker mulut (Kwan and Petersen, 2003).

1. STATUS KESEHATAN GIGI DAN MULUT REMAJA DI INDONESIA

Mengacu pada indikator-indikator pada *Oral Health Global Goal* 2020 yang dikeluarkan oleh WHO maka kondisi karies gigi di Indonesia khususnya pada anak-anak dinilai dari indeks DMFT mengalami peningkatan. Berdasarkan Riskesdas yang dilakukan Kementerian Kesehatan tahun 2007, pada kelompok umur 12 tahun indeks DMF-T sebesar 0,91. Sedangkan pada kelompok umur 15 tahun sebesar 1,14 dan kelompok umur 18 tahun sebesar 1,41. Ini artinya hanya terdapat 1 gigi karies pada setiap anak. Hasil yang rendah ini mungkin berkaitan dengan cara pemeriksannya yang hanya menggunakan kaca mulut dan penerangan senter serta tidak dilakukan oleh tenaga pelayanan kesehatan gigi dan mulut. Sehingga indeks DMFT ini mungkin tidak sesuai dengan kenyataan di lapangan.

Kondisi ini mengalami perubahan dimana pada Riskesdas tahun 2013 kelompok umur 12 tahun indeks DMF-T sebesar 1,38, pada kelompok umur 15 tahun sebesar 1,46, dan kelompok umur 18 tahun sebesar 1,63. Membandingkan kondisi karies gigi pada Riskesdas tahun 2007 dengan kondisi karies gigi pada Riskesdas tahun 2013 terjadi peningkatan.

Masih berdasarkan Riskesdas tahun 2007, persentase karies gigi di kelompok umur 12 tahun sebesar 29,8%, kelompok umur 15 tahun sebesar 36,1% dan kelompok umur 18 tahun sebesar 41,2%. Terlihat kecenderungan meningkatnya persentase karies gigi seiring dengan bertambahnya umur.

Persentase RTI (*Required Treatment Index*) yaitu besarnya kerusakan yang belum tertangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan, pada kelompok umur 12 tahun sebesar 62,3%, kelompok umur 15 tahun sebesar 65,3% dan kelompok umur 18 tahun sebesar 63,4%. Disisi lain, persentase PTI (*Performance Treatment Index*) yaitu tingkat/motivasi seseorang untuk menumpat giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap, sangat rendah untuk kelompok umur tersebut. Pada kelompok umur

12 tahun sebesar 0,7%, kelompok umur 15 tahun sebesar 1,9% dan kelompok umur 18 tahun sebesar 2,6%. Ini merupakan hal yang sangat memprihatinkan.

Pada hasil Riskesdas tahun 2013 persentase RTI, pada kelompok umur 12 tahun sebesar 73,6%, kelompok umur 15 tahun sebesar 73,6% dan kelompok umur 18 tahun sebesar 69,6%. Terlihat peningkatan kerusakan gigi yang belum ditangani setelah dilakukan survey kembali pada tahun 2013, hal ini menggambarkan program usaha kesehatan gigi sekolah adalah hal promotif dan preventif belum optimal dilaksanakan. Sedangkan persentase PTI pada kelompok umur 12 tahun sebesar 3,2%, kelompok umur 15 tahun sebesar 3,7% dan kelompok umur 18 tahun sebesar 4,3%, untuk motivasi seseorang menumpat giginya mengalami peningkatan di tahun 2013.

Berdasarkan laporan penelitian terhadap siswa salah satu SMP di Kabupaten Luwu Utara, Sulawesi Selatan didapatkan hasil pemeriksaan dengan menggunakan indeks CPITN menunjukkan kondisi gingivitis (radang gusi) sangat ringan 1,12%, ringan 89,88%, sedang 5,61%, sedangkan kondisi gusi normal 3,37%.

Hasil pemeriksaan kebersihan gigi dan mulut menggunakan index OHIS menunjukkan kondisi kebersihan gigi dan mulut dengan nilai baik sebesar 38,2%, dan nilai sedang sebesar 61,8% (laporan penelitian PPKGM, 2011)

2. FAKTOR PERILAKU DAN FAKTOR SOSIAL YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN GIGI DAN MULUT REMAJA

Kesehatan gigi dan mulut remaja dipengaruhi oleh banyak faktor, walaupun menyikat gigi yang benar dan teratur sangat penting namun kesehatan gigi dan mulut juga ditentukan oleh faktor lingkungan dan sosial. Faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan gigi dan mulut adalah :

4. Asupan gizi yang buruk

Baik remaja pria maupun wanita senang mengkonsumsi makanan yang mengandung lemak, gula dan garam yang sangat tinggi serta kurang kandungan serat dan vitaminnya seperti makanan-makanan cepat saji.

5. Gangguan pola makan

Gangguan pola makan seperti anorexia nervosa dan bulimia nervosa adalah suatu kelainan psikologis berupa keinginan untuk menjadi kurus yang ditandai dengan makan yang sangat berlebihan dan memuntahkannya kembali. Gangguan pola makan seperti ini biasanya diawali pada masa remaja. Muntah yang berulang dapat menyebabkan erosi pada gigi dan pembengkakan jaringan lunak tenggorokan serta pembengkakan kelenjar ludah. Anorexia nervosa dan bulimia nervosa menyebabkan berkurangnya nutrisi, mineral dan protein penting yang diperlukan untuk pertumbuhan.



Gambar 1. Erosi gigi karena muntah berulang
(Foto milik Dr. Brian McKay/alcd.com)

6. Konsumsi minuman ringan yang berlebih

Minuman ringan bersoda sangat populer di kalangan remaja. Satu botol besar minuman ringan mengandung 12-15 sendok teh gula. Kandungan gula di dalam minuman ringan dapat menyebabkan erosi gigi dan meningkatkan risiko terkena diabetes tipe 2 dan obesitas.

7. Obesitas

Obesitas sering dihubungkan dengan pola makan yang tidak baik, asupan gizi yang buruk dan kurang berolah raga. Obesitas pada anak-anak dan remaja meningkatkan risiko karies gigi dan masalah kesehatan lain seperti diabetes, hipertensi, kanker, stroke dan penyakit kardiovaskuler.

8. Kebiasaan merokok

Penelitian membuktikan bahwa kebiasaan buruk yang dimulai pada masa remaja berlanjut sampai dewasa. Terdapat hubungan yang sangat erat antara kebiasaan merokok dan kanker mulut.



Gambar 2. Kanker mulut karena kebiasaan merokok

(Gambar dari <http://www.tobacco-facts.info>)

9. Minuman keras dan narkoba

Orang yang belum menjadi pemakai narkoba tetapi mempunyai risiko untuk terlibat yaitu remaja dengan ciri rasa rendah diri, tidak sabaran, cenderung memberontak, tidak mengikuti aturan, motivasi belajar rendah, mudah bosan dll. Sedangkan perubahan fisik yang berpengaruh periode jangka panjang yaitu penampilan tidak sehat, kebersihan diri tidak terawat, gigi keropos, dan bekas suntikan di lengan.

3. MASALAH KESEHATAN GIGI DAN MULUT REMAJA

a. PENYAKIT PADA JARINGAN KERAS GIGI

1) Karies gigi adalah kerusakan pada jaringan keras gigi yang ditandai dengan dimulainya proses demineralisasi/pelarutan pada lapisan luar gigi (email). Kerusakan yang terjadi pada gigi tersebut akibat adanya bakteri dalam mulut. Bila tidak dirawat, maka proses karies akan terus berjalan dan dapat menjadi sumber infeksi (fokal infeksi) baik untuk jaringan sekitar gigi maupun organ-organ tubuh lainnya misalnya: ginjal, jantung, dll. Karies gigi ini dapat mengenai semua kelompok dalam masyarakat.

- 2) Kerusakan jaringan keras gigi akibat adanya trauma/benturan yang cukup kuat, maka gigi dapat patah atau goyang sebagian sehingga dapat terlepas dari jaringan penyangganya.

Gigi yang sering patah adalah gigi seri rahang atas, namun dapat juga pada gigi seri rahang bawah.

Kerusakan jaringan keras gigi karena kebiasaan buruk, antara lain:

- a) Tradisi mengasah gigi/pangur merusak lapisan email gigi dalam bentuk menipisnya lapisan email gigi, padahal lapisan email ini diperlukan untuk melindungi gigi.
- b) Kebiasaan buruk membuka tutup botol dengan gigi, akibatnya gigi dapat patah atau goyang.
- c) Kebiasaan merokok, dapat menyebabkan warna permukaan gigi menjadi lebih gelap (stain), dan dapat mengurangi estetik sehingga penampilan atau percaya dirinya menjadi berkurang.



Gambar 3. Stain pada gigi karena kebiasaan merokok
(Gambar dari www.researchonmedical.com)

- d) Abrasi gigi, kerusakan gigi ini karena faktor mekanis yaitu cara menyikat gigi dengan tekanan yang kuat.



Gambar 4. Abrasi gigi karena kesalahan cara menyikat gigi

(Gambar dari www.oralhealthnet.co.uk)

- 3) Kerusakan jaringan keras gigi karena keadaan lingkungan.
Bila keadaan lingkungan hidup dari manusia tersebut sumber airnya tidak mengandung fluor maka gigi akan mudah keropos atau berlubang.
 - a) Bila keadaan lingkungan hidup manusia tersebut menunjukkan perokok yang berat serta kebersihan gigi dan mulut tidak dijaga, maka dapat menyebabkan terjadinya gigi berlubang dan penyakit pada jaringan penyangga gigi.
 - b) Bila lingkungan pergaulan dari remaja tersebut tidak baik, maka remaja dapat terperangkap pada masalah Narkoba dan selanjutnya pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut lebih mudah terserang penyakit.
- 4) Gigi berjejal (*Crowding*).
Kelainan gigi berjejal (*Crowding*) ini antara lain akibat ukuran ggi geligi dengan ukuran tulang rahang yang tidak seimbang. Gigi berjejal ini terutama pada gigi depan (gigi seri).



Gambar 5. Gigi berjejal

(Gambar dari www.sunnybankdentists.com.au)

b. PENYAKIT PADA JARINGAN PENYANGGA GIGI.

Kerusakan jaringan penyangga gigi terutama terjadi karena pengaruh kebersihan gigi dan mulut yang tidak baik serta bakteri didalam mulut. Kerusakan ini terjadi secara bertahap dan karena tidak ada rasa sakit, maka dapat berlanjut tanpa diketahui oleh yang bersangkutan.

Penyebab utama dari penyakit pada jaringan penyangga gigi adalah kebersihan mulut yang kurang terpelihara dengan baik. Di dalam mulut penderita dengan radang jaringan penyangga gigi, terdapat banyak kotoran dari makanan yang menempel pada permukaan gigi, terutama pada daerah antara dua gigi serta yang berbatasan dengan gusi dan akar gigi.

- 1) Penyakit atau kelainan pada jaringan penyangga gigi yang sering dijumpai:

- a) Radang Gusi (gingivitis)

Radang gusi merupakan kerusakan yang sering terjadi akibat penyakit pada jaringan penyangga gigi, radang gusi ini kemudian menjalar melalui sulkus gusi sampai ke selaput periodontal dan tulang alveolar maka sekitar gigi terbentuk sebuah kantong yang dapat berisikan nanah dan bakteri.



Gambar 6. Perjalanan penyakit jaringan penyangga gigi karena peradangan
(Gambar dari <http://mizar5.com>)

- b) **Bau Mulut (*halitosis*)**
Dapat terjadi sebagai akibat dari radang gusi atau karena karies gigi dan gigi busuk yang tidak dirawat.
- 2) Selain itu ada kebiasaan yang dapat menyebabkan kerusakan pada jaringan penyangga gigi antara lain :
- Kebiasaan memakai tusuk gigi untuk membuang sisa makanan yang terselip antara gigi geligi. Kebiasaan ini dapat merusak papilla gusi yang selanjutnya papilla gusi dapat mengerut dan makanan akan lebih mudah masuk ke dalam ruang diantara dua gigi tersebut.
 - Kebiasaan membungkus gigi dengan logam mulia misalnya emas. Bila gigi yang dibungkus adalah gigi yang sudah rusak/ada penyakit, maka dapat terjadi peradangan pada jaringan penyangga gigi dan selanjutnya bisa timbul pembengkakan karena kerusakan gigi tersebut.
- 3) Hubungan penyakit gusi dengan penyakit sistemik
- Diabetes**
Penyakit jaringan penyangga gigi karena penyakit sistemik misalnya Diabetes Mellitus (DM). Pada kelompok remaja dapat juga terserang penyakit ini, dimana akibat dari penyakit ini akan mempengaruhi kesehatan dari jaringan penyangga gigi dan juga penyembuhan luka setelah pencabutan gigi atau tindakan lainnya. Diabetes meningkat pada anak-anak dan remaja, gizi yang buruk, kurangnya olah raga. Bila menderita diabetes, penyakit gusi akan

terlihat oleh karena itu perlu kontrol gula darah secara rutin.

b) Penyakit Jantung

Sudah banyak *evidence based* (terbukti berdasarkan penelitian) menunjukkan bahwa bakteri yang ditemukan di mulut dari penyakit gusi memiliki efek pada dinding pembuluh darah, menyebabkan peradangan dan penyumbatan aliran darah ke jantung dan otak. Sehingga dapat menyebabkan serangan jantung dan stroke.

c) Kehamilan

Biasanya lebih rentan terhadap penyakit gusi.

Penyakit gusi dapat menyebabkan bayi lahir prematur atau berat bayi lahir rendah.

c. PENYAKIT PADA JARINGAN LUNAK (MUKOSA) MULUT

a. Sariawan karena infeksi jamur

Terlihat suatu bintik eritema luas dan selaput putih kekuningan sampai kecoklatan pada mukosa mulut. Lesi tersebut dapat menjadi satu dan meliputi daerah yang luas dan mukosa mulut. Selaput tersebut sukar dilepas dan akan mudah berdarah bila dilepas.

Etiologi oleh Candida Albicans. Pengobatan pilihan obat jamur topical yang tersedia: klotrimazol 1%, miconazol 2% (gel), amfoterisin b (suspensi).

b. *Mucocele*

Merupakan peradangan lokal pada jaringan mukosa mulut, umumnya akibat gigitan gigi pada waktu mengunyah.



Gambar 7. Mucocele

(Gambar dari <http://img.medscape.com>)

4. PEMELIHARAAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT REMAJA

Kesehatan gigi dan mulut penting bagi kehidupan kita semua, karena mulut bukan sekedar pintu masuk untuk makanan dan minuman, tetapi mempunyai peranan penting dalam pencernaan makanan, estetik dan komunikasi. Mulut adalah “cermin dari kesehatan gigi” karena secara umum banyak gejala-gejala penyakit yang dapat dilihat di dalam mulut. Pada kelompok remaja, unsur estetik merupakan suatu hal yang penting dalam kehidupannya, karena penampilan yang menarik berkaitan erat dengan masalah kejiwaan, sehingga seseorang akan menjadi lebih percaya diri lagi.

Tujuan pelayanan kesehatan gigi dan mulut adalah merupakan suatu rangkaian upaya pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kesadaran berperilaku sehat secara berkesinambungan. Ada beberapa hal yang cukup penting untuk diperhatikan di dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut bagi remaja dan akan memberikan hasil yang cukup baik bila dilaksanakan secara benar dan berkesinambungan.

Langkah-langkah menuju gigi sehat antara lain:

- a. Mengatur pola makanan yang baik
- b. Membiasakan makan-makanan yang bergizi seimbang
- c. Menghindari makanan yang manis dan lengket
- d. Menyikat gigi dengan cara benar dan menggunakan pasta gigi mengandung fluor, minimal 2 kali sehari, pagi setelah sarapan

dan malam sebelum tidur. Berkumur 1 kali setelah menyikat gigi untuk mempertahankan jumlah fluor di permukaan gigi.

- e. Periksalah kesehatan gigi dan mulut secara berkala, agar setiap kelainan dapat ditanggulangi sedini mungkin.
- f. Menghindari kebiasaan buruk dan pengaruh yang tidak baik, diantaranya:
 - Pangur gigi
 - Rokok
 - Minum minuman beralkohol
 - Narkoba (obat adiktif)
 - Kebiasaan menggigit-gigit pensil dll
- g. Pemakaian alat orthodonti yang tidak benar, yang dilakukan bukan oleh dokter gigi.

I. USAHA KESEHATAN GIGI SEKOLAH SMP, SMA ATAU YANG SEDERAJAT

1. PENGERTIAN

Usaha Kesehatan Gigi Sekolah SMP, SMA atau yang sederajat adalah upaya kesehatan masyarakat yang ditujukan untuk memelihara, meningkatkan kesehatan gigi dan mulut seluruh peserta didik SMP dan SMA atau yang sederajat (Madrasah Tsanawiyah, Madrasah Aliyah, SMK) di sekolah binaan yang ditunjang dengan upaya kesehatan perorangan berupa upaya kuratif bagi individu yang memerlukan perawatan kesehatan gigi dan mulut.

2. SASARAN

Sasaran pelaksanaan dan pembinaan UKGS meliputi:

- a. Sasaran primer : peserta didik SMP dan SMA atau yang sederajat (Madrasah Tsanawiyah, Madrasah Aliyah, SMK)
- b. Sasaran sekunder: guru, petugas kesehatan, pengelola pendidikan, orang tua peserta didik SMP dan SMA atau yang sederajat (Madrasah Tsanawiyah, Madrasah Aliyah, SMK) serta Tim Pembina UKS disetiap jenjang.
- c. Sasaran tertier:
 - 1) Lembaga pendidikan pada sekolah SMP, SMA atau yang sederajat, termasuk pondok pesantren beserta lingkungannya.

- 2) Sarana dan prasarana pendidikan kesehatan dan pelayanan kesehatan.
- 3) Lingkungan, yang meliputi:
 - d) Lingkungan keluarga
 - e) Lingkungan sekolah
 - f) Lingkungan masyarakat

3. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup program UKGS sesuai dengan Tiga Program Pokok Usaha Kesehatan Sekolah (TRIAS UKS) yang meliputi; pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat maka ruang lingkup UKGS yaitu:

- a. Penyelenggaraan Pendidikan Kesehatan gigi dan mulut yang meliputi:
 - 1) Pemberian pengetahuan tentang kesehatan gigi dan mulut;
 - 2) Membuat bahan-bahan tradisional untuk mengurangi rasa sakit gigi;
 - 3) Penanaman kebiasaan pelihara kebersihan gigi dan mulut agar dapat dilakukan dalam kehidupan sehari-hari.
- b. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan gigi dan mulut dalam bentuk:
 - 1) Pemeriksaan dan penjaringan kesehatan gigi dan mulut
 - 2) Penyuluhan kesehatan gigi dan mulut ;
 - 3) Pencegahan penyakit gigi dan mulut;
 - 4) Perawatan kesehatan gigi dan mulut;
 - 5) Rujukan kesehatan gigi dan mulut.
- c. Pembinaan lingkungan kehidupan masyarakat sekolah (guru, siswa-siswi, pegawai sekolah, orang tua siswa siswi, dan masyarakat) seperti penyediaan air bersih untuk cuci tangan dan menyikat gigi, pengelolaan dan pengawasan kantin sehat melalui penyediaan makanan bergizi dan tidak merusak gigi.

4. KEBIJAKAN

- a. Untuk mencapai derajat kesehatan gigi dan mulut anak sekolah yang optimal, Usaha Kesehatan Gigi Sekolah harus diutamakan

pada upaya meningkatkan kemampuan *self care* (pelihara diri) melalui kegiatan UKGS.

- b. Upaya kesehatan masyarakat berupa upaya promotif – preventif dilaksanakan oleh tenaga kesehatan gigi dan tenaga lainnya terutama oleh guru /kader kesehatan remaja sebagai bagian integral dari UKS.
- c. Upaya kesehatan perorangan terhadap peserta didik dilaksanakan oleh tenaga profesional (dokter gigi, dan perawat gigi).
- d. UKGS diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta, di bawah binaan Puskesmas dan Tim Pembina UKS wilayah masing-masing

J. PEMBINAAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT DI SEKOLAH

WHO pertama kali meluncurkan *Global School Health Initiative* pada tahun 1995 dengan target meningkatkan kesehatan anak, personel di sekolah, keluarga dan anggota komunitas lainnya melalui sekolah (Depkes, 1982; Petersen, 2003; WHO, 2004). Melalui inisiatif ini, WHO mendesak negara-negara di seluruh dunia untuk memobilisasi dan menguatkan promosi dan edukasi kesehatan di tingkat lokal, nasional, regional dan global. Terdapat banyak argumen pendukung yang kuat mengapa promosi kesehatan gigi dan mulut dilakukan di sekolah. Pertama, sekolah dapat menyediakan lingkungan yang mendukung dan sekolah memiliki struktur dan sistem yang telah mapan yang dapat memberikan informasi dan mempengaruhi anak didik mengenai pengetahuan kesehatan gigi dan mulut. Kedua, masa kanak-kanak adalah masa yang paling penting dalam kehidupan seseorang, karena pada masa itu terbentuk kebiasaan dan perilaku mengenai kesehatan gigi dan mulutnya. Ketiga, sekolah memiliki kebijakan dan praktik makanan sehat sehingga menjamin makanan dan minuman sehat untuk anak didiknya. Di negara-negara berkembang, mungkin sekolah merupakan satu-satunya tempat dimana anak-anak dapat mengakses pelayanan kesehatan gigi dan mulut. Serta yang terakhir adalah anak-anak dapat menjadi pembawa pesan mengenai kesehatan gigi dan mulut bagi keluarga atau lingkungannya (Kwan and Petersen, 2003).

Di Indonesia sendiri, pembinaan kesehatan di sekolah telah dirintis sejak tahun 1956 melalui Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). UKGS sebagai bagian dari kegiatan UKS mulai dilaksanakan pada tahun 1959. Pada tahun 1984 diterbitkanlah Surat Keputusan Bersama (SKB Menteri)

antara Menteri Pendidikan dan Kebudayaan, Menteri Kesehatan, Menteri Agama, dan Menteri Dalam Negri RI. Pada Tahun 2003 SKB tersebut diperbaharui dengan Nomor SKB 1/U/SKB/2003,no 1067/Menkes/SKB/VII/2003, Nomor MA/2306A/2003, Nomor 26 Tahun 2003, tanggal 23 Juli tentang pembinaan dan pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Dengan demikian, pembinaan UKS (termasuk UKGS) tidak hanya dilaksanakan oleh sektor kesehatan, tetapi berkerjasama dan berkoordinasi dengan sektor lainnya.

Pembinaan dilaksanakan secara komprehensif dengan sasaran peserta didik di tingkat dasar (SD/sederajat dan SMP/sederajat) dan menengah (SMA/ sederajat). Pembinaan kesehatan di SMP, SMA dan sederajat bertujuan meningkatkan status kesehatan, kemampuan hidup sehat, membina kesehatan diri dan lingkungannya dalam rangka meningkatkan ketahanan diri, prestasi dan peran aktif dalam pembangunan Nasional.

Untuk pemerataan jangkauan UKGS dan adanya target kesehatan gigi dan mulut tahun 2015 yang harus dicapai maka diterapkan strategi pentahapan UKGS yang disesuaikan dengan paket-paket UKS sebagai berikut:

Target Jangka Pendek sampai tahun 2015 :

- b. Penjaringan kesehatan mulai di kelas 7 atau kelas 10 pada awal tahun ajaran tercapai 50%.
- c. Penyuluhan dan pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut dilaksanakan dua kali per tahun, dengan target 50% siswa-siswi SMP atau SMA (kelas 7 dan 8 serta kelas 10 dan 11).
- d. Kegiatan memeriksa gigi antar siswa dilaksanakan setiap 6 bulan di sekolah, dengan target 20% siswa-siswi SMP atau SMA.

1. KEBIJAKAN OPERASIONAL

Pembinaan kesehatan peserta didik didasarkan atas kebijakan operasional berikut ini :

- a. Meningkatkan kerjasama lintas sektor dan lintas program melalui kegiatan yang terpadu dan berkesinambungan.
- b. Memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan dan lembaga-lembaga yang sudah ada.

- c. Meningkatkan pencapaian sasaran melalui empat ruang lingkup :
 - 1) Di rumah
 - 2) Di sekolah
 - 3) Di masyarakat, melalui kelompok khusus seperti dasa wisma, organisasi wanita, organisasi pemuda, serta bentuk lain lembaga swadaya masyarakat.
 - 4) Di sarana pelayanan kesehatan professional
- d. Meningkatkan dukungan secara berjenjang, berkesinambungan dan terkoordinasi antara lain melalui Tim Pembina UKS
- e. Meningkatkan peran serta aktif warga sekolah, orang tua, masyarakat dan unsur potensial lainnya.

2. STRATEGI OPERASIONAL

- a. Jangkauan Pelayanan Kesehatan

Semua siswa-siswi SMP, SMA dan sederajat dalam wilayah kerja Puskesmas seharusnya dapat dijangkau dengan pelayanan kesehatan dengan jalan melakukan kunjungan berkala, meningkatkan kualitas SDM.

Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan bagi siswa-siswi SMP, SMA dan sederajat, Puskesmas dan sekolah harus menggunakan pendekatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) seperti :

- 1) Pelatihan dan pembinaan Kader Kesehatan Remaja/ Konselor Sebaya.
- 2) Pengadaan ruang konseling yang nyaman, menjamin kerahasiaan dan privasi
- 3) Penyediaan guru khusus/UKS yang bertugas memberikan konseling
- 4) Penataan fasilitas pelayanan baik yang menyertai remaja dalam perencanaan dan pelaksanaannya.

- b. Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan

Peningkatan mutu penyelenggaraan upaya pembinaan kesehatan dalam UKS dilaksanakan secara bertahap, melalui :

- 1) Perencanaan terpadu yang berkesinambungan
- 2) Bimbingan Teknis, latihan keterampilan, tatap muka

3) Tahapan pelaksanaan UKGS.

c. Perlimpahan Tugas

Mempertimbangkan keterbatasan tenaga, sarana dan waktu maka dapat juga dilakukan perlimpahan sebagian tugas, antara lain:

- 1) Kepada Guru dan Kader Kesehatan Remaja untuk melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan yang dapat diselesaikan oleh warga sekolah itu sendiri
- 2) Antar tenaga Puskemas, bila diperlukan diatur oleh Pimpinan Puskesmas.

d. Tingkat Pembinaan atau Pelayanan.

Dalam melakukan usaha kesehatan gigi di sekolah dilakukan secara bertahap dengan melihat kondisi dan kemampuan dari pemberi pelayanan. Terdapat beberapa tahap dalam pelayanan kesehatan gigi dan mulut bagi warga sekolah yaitu:

1) UKGS TAHAP I (SATU)/ Paket minimal UKGS

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut untuk siswa-siswi SMP, SMA dan yang sederajat yang belum terjangkau oleh tenaga dan fasilitas kesehatan gigi.

Tim Pelaksana UKS di SMP, SMA dan yang sederajat melaksanakan kegiatan yaitu :

- a) Pelatihan kepada guru Pembina UKS dan Kader Kesehatan Remaja tentang pengetahuan kesehatan gigi dan mulut secara terintegrasi. Pelatihan dilaksanakan oleh Dinas Pendidikan dengan nara sumber tenaga kesehatan gigi.
- b) Pendidikan dan penyuluhan kesehatan gigi dilaksanakan oleh guru penjaskes/guru pembina UKS/Kader Kesehatan Remaja sesuai dengan kurikulum yang berlaku (Buku Pendidikan Olahraga dan Kesehatan) untuk semua siswa, dilaksanakan minimal satu kali tiap bulan

2) UKGS TAHAP II (DUA)/ Paket Standar UKGS

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut untuk siswa SMP, SMA dan yang sederajat yang sudah terjangkau oleh tenaga dan fasilitas kesehatan gigi yang terbatas, kegiatannya adalah:

- a) Pelatihan kepada guru Pembina UKS dan kader kesehatan remaja tentang pengetahuan kesehatan gigi dan mulut secara terintegrasi. Pelatihan dilaksanakan oleh Dinas Pendidikan dengan nara sumber tenaga kesehatan gigi.
- b) Pendidikan dan penyuluhan kesehatan gigi dilaksanakan oleh guru penjaskes /guru pembina UKS/kader kesehatan remaja sesuai dengan kurikulum yang berlaku (Buku Pendidikan Olahraga dan Kesehatan) untuk semua siswa dilaksanakan minimal satu kali tiap bulan
- c) Pertolongan pertama untuk menghilangkan rasa sakit oleh guru.
- d) Penjaringan kesehatan gigi dan mulut untuk siswa-siswi kelas 7 atau klas 10 pada awal tahun ajaran.
- e) Pemeriksaan berkala 6 bulan sekali
- f) Rujukan bagi yang memerlukan.

3) UKGS Tahap III / Paket Optimal UKGS

Pelatihan kepada guru Pembina UKS dan Kader Kesehatan Remaja tentang pengetahuan kesehatan gigi dan mulut secara terintegrasi. Pelatihan dilaksanakan oleh Dinas Pendidikan dengan nara sumber tenaga kesehatan gigi.

- a) Pendidikan dan penyuluhan kesehatan gigi dilaksanakan oleh guru penjaskes/ guru pembina UKS/ Kader Kesehatan Remaja sesuai dengan kurikulum yang berlaku (Buku Pendidikan Olahraga dan Kesehatan) untuk semua siswa, dilaksanakan minimal satu kali tiap bulan.
- b) Pertolongan pertama untuk menghilangkan rasa sakit oleh guru.

- c) Penjaringan kesehatan gigi dan mulut untuk kelas 7 atau klas 10 pada awal tahun ajaran.
- d) Pemeriksaan berkala setahun dua kali bagi setiap siswa-siswi.
- e) Pelayanan medik gigi dasar atas permintaan siswa-siswi (*care on demand*)
- f) Rujukan bagi yang memerlukan.

3. LANGKAH-LANGKAH

a. Persiapan

Kegiatan dijalankan dalam rangka mempersiapkan suasana yang mendukung kelancaran program, mencakup:

- o Pengarahan dan forum komunikasi berjenjang, dengan unit-unit lintas program dan lintas sektoral yang ada kaitannya dengan pelayanan kesehatan gigi dan mulut di SMP/SMA, diselenggarakan di bawah koordinasi atau koordinator kesehatan gigi dan mulut di Tingkat Pusat, Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- o Pada tingkat Puskesmas
 - 1) Penjelasan dan pengarahan kepada pimpinan Puskesmas serta staf pelaksanaan teknis, oleh koordinator kesehatan gigi dan mulut Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
 - 2) Penjelasan kepada unit Diknas dan unit Komite Sekolah Kecamatan oleh Pimpinan Puskesmas/Pelaksanaan Teknis.
 - 3) Perencanaan bersama menentukan SMP/SMA sasaran operasional.
 - 4) Pendekatan kepada para guru SMP/SMA sebagai sasaran operasional, karena guru merupakan orang yang berpengaruh (*key person*) dalam proses merubah perilaku siswa. Karena itu hubungan baik dengan para guru harus dibina terlebih dahulu oleh pelaksana teknis.
 - 5) Penjelasan kepada orang tua siswa Komite Sekolah melalui Kepala Sekolah dan atau guru kelas.

b. Pelaksanaan Lapangan

Pelaksanaan lapangan mencakup perangkat kegiatan yang dilaksanakan pada tingkat Puskesmas, yang terdiri atas:

5) Pengumpulan data

- 2) Data dasar untuk keperluan perencanaan operasional, meliputi:
 - a) Jumlah dari SMP/SMA, siswa-siswi dan guru
 - b) Data tentang situasi pelaksanaan UKS berdasarkan paket UKS
 - c) Data tentang situasi pelayanan kesehatan gigi dan mulut di SMP/SMA Khususnya sehubungan dengan persentase sekolah menurut tahapan UKGS.
- 3) Data tersebut di atas dapat digunakan untuk evaluasi dampak program terhadap profil kesehatan gigi dan mulut peserta didik SMP/ SMA, yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan dan guru

6) Intervensi perilaku

- 2) Penggerakan peran serta guru melalui lokakarya/pelatihan
- 3) Penyuluhan kepada siswa-siswi berupa:
 - a) Latihan memeriksa gigi antar teman/ siswa-siswi SMP,SMA
 - b) Pengajaran formal tentang kesehatan gigi dan mulut
 - c) Penilaian kebersihan mulut antar siswa-siswi, melalui pemeriksaan rutin
 - d) Penyuluhan oleh tenaga kesehatan secara insidental.

7) Intervensi medis teknis/perorangan

- 1) Pembersihan karang gigi
- 2) Pemeriksaan mulut, pengobatan sementara
- 3) Aplikasi pasta gigi berfluor
- 4) Penambalan, pencabutan, rujukan

8) Manajemen

- e) Supervisi dan bimbingan teknis

- a. Kunjungan pembinaan ke SMP/SMA, minimal 1X sebulan
- b. Kunjungan supervisi dan pembinaan ke Puskesmas oleh koordinator kesehatan gigi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau kunjungan supervisi oleh penanggung jawab program kesehatan gigi dan mulut Dinas Kesehatan Propinsi ke Kabupaten/Kota minimal 1x dalam 1 triwulan, dan supervisi dari penanggung jawab program kesehatan gigi dan mulut pusat ke daerah minimal 1 x 1 tahun.
- f) Pencatatan dan Pelaporan
- g) Penilaian (Evaluasi)

Penilaian (Evaluasi) UKGS ini dilaksanakan beberapa komponen:

- a) Komponen sumber daya (*Input*)
Meliputi tenaga pelaksana, sarana, dana dan fasilitas lainnya yang dibutuhkan dan tersedia untuk melaksanakan UKGS
- b) Komponen kegiatan (*Proses*)
Meliputi penilaian tentang pelaksanaan lapangan, antara lain frekuensi pelaksanaan intervensi perilaku, frekuensi pelaksanaan supervisi dan bimbingan teknis per minggu (bulan).
- c) Komponen karya cipta (*Output*)
Meliputi penilaian volume pelayanan antara lain jumlah siswa-siswi yang diberi pelayanan medik gigi, jumlah siswa-siswi yang diberi penyuluhan, per minggu (bulan)
- d) Komponen hasil antara (*Outcome*)
Meliputi penilaian tentang perubahan sikap dan perilaku antara lain jumlah siswa-siswi SMP, SMA yang melakukan sikat gigi dengan benar, jumlah

murid memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan gigi dan mulut sesuai kebutuhan.

e) Komponen dampak (*Impact*)

Melibuti penilaian survei perubahan dalam status kesehatan gigi dan mulut siswa-siswi SMP, SMA.

- Kebersihan gigi dan mulut murid (OHI-S)
- Pengalaman karies gigi (DMF-T)
- Kondisi gusi

h) Pembinaan

Pembinaan mencakup:

a) Pembinaan untuk mempertahankan dan perbaikan status kesehatan gigi dan mulut yang telah dicapai, kegiatan berupa:

- Penjaringan (*screening*) oleh guru dan atau tenaga kesehatan gigi atau pelaksana UKS untuk menentukan jumlah murid yang perlu perawatan.
- Kegiatan memeriksa gigi antar teman, dilakukan secara teratur di bawah koordinasi guru.
- Kegiatan perawatan kesehatan gigi dan mulut bagi siswa-siswi yang memerlukan.

b) Pembinaan peran serta melalui forum komunikasi tatap muka, latihan ketrampilan guru dan sebagainya.

K. SISTEM PEMBIAYAAN

Dalam pelaksanaan program UKGS, biaya pelaksanaannya dapat diperoleh dari Pemerintah dan sumber lain yang tidak mengikat berupa dana sehat, sistem asuransi atau swadana dari masyarakat.

1. DANA SEHAT

Bersumber dari orang tua siswa-siswi, bantuan sponsor dari perusahaan pasta gigi dan perusahaan sikat gigi, merupakan suatu promosi produk perusahaan tersebut ke SMP/SMA sasaran. Sumber pembiayaan dari masyarakat ini dapat dilaksanakan dengan

membuat perencanaan atau proporsal tentang program promotif - preventif (penyuluhan pendidikan kesehatan gigi dan mulut, dan peningkatan pelihara kebersihan gigi dan mulut di sekolah) yang ditawarkan kepada pihak swasta dalam bentuk kerja sama. Khusus promosi program UKGS dengan dana sehat dari orang tua siswa dapat dilaksanakan dengan bekerja sama dengan Guru, Kepala sekolah dan Komite Sekolah serta Dinas Pendidikan setempat, dengan pendekatan pada saat tahun ajaran baru kepada orang tua siswa kelas 7. Hal ini dilaksanakan secara berkelanjutan sehingga dapat dicapai sasaran dan target program yang di inginkan.

2. SISTEM ASURANSI

Metode pembayaran secara pra upaya dan kapitasi yaitu :

- a. Dimana kelompok orang/siswa mengumpulkan iuran kepada ketua kelompok dan dibayarkan di muka kepada penanggung jawab klinik promotif-preventif berdasarkan perhitungan yang telah disepakati oleh kedua belah pihak.
- b. Pembayaran dilakukan secara kolektif
- c. Besarnya premi disesuaikan dengan kapitasi
- d. Besarnya kapitasi berdasarkan paket pelayanan

Untuk dapat menentukan kapitasi setiap anggota, maka perlu mengetahui tahapan-tahapan perhitungan kapitasi sebagai berikut:

- 1) Menetapkan paket-paket pelayanan yang akan di cakup dalam pembayaran kapitasi :

Paket pelayanan yang wajib disediakan oleh setiap pemberi pelayanan:

- a) Paket pelayanan kesehatan gigi dasar

Paket dasar ini meliputi pelayanan kesehatan gigi esensial (yang diperlukan) untuk menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatan gigi dan mulut peserta asuransi, yang terdiri dari:

- Pemeriksaan kesehatan gigi periodik
- Penyuluhan kesehatan gigi dan mulut/DHE
- Plak kontrol
- Sikat gigi bersama dengan pasta gigi berfluor

- Topical Aplikasi Fluor di layanan kesehatan terdekat
- Pembersihan karang gigi (*scalling*)
- Pit & Fissure Sealant
- Pulp capping di layanan kesehatan terdekat
- Penambalan amalgam
- Penambalan Glass Ionomer
- Pencabutan gigi sulung

b) Paket tambahan

Paket ini sesuai kasus, kebutuhan dan kemampuan peserta dan SDM pelaksana, yang terdiri dari:

- Tambal *composite* dengan *light curing*
- *Orthodontik removable*
- Protesa akrilik

2) Menetapkan angka utilisasi (angka pemanfaatan)

Angka Pemanfaatan tahun pertama, perhitungan berdasarkan asumsi yaitu:

- a) Setiap siswa mendapat penyuluhan empat (4) kali per tahun
- b) Setiap siswa dapat pemeriksaan kesehatan gigi 6 bulan sekali
- c) Pembersihan karang gigi dengan angka asumsi 5 %
- d) Kunjungan dengan angka asumsi 5 % jumlah siswa per tahun
- e) *Fissure Protection / pre fissure sealant* dengan asumsi 5 % jumlah siswa per tahun
- f) Topikal Aplikasi dengan angka asumsi 20 % jumlah siswa per tahun
- g) Penambalan gigi satu bidang dengan asumsi 10 % jumlah siswa per tahun

3. DANA BANTUAN OPERASIONAL SEKOLAH/BOS (UKS)

Bantuan Operasional Sekolah (BOS) adalah program pemerintah untuk penyediaan pendanaan biaya non personal bagi satuan pendidikan dasar pelaksana program wajib belajar. Namun demikian, dana BOS dimungkinkan untuk membiayai beberapa kegiatan lain yang tergolong dalam dalam biaya personalia dan biaya investasi.

Dana BOS ini dapat dimanfaatkan oleh sekolah selama program penyediaan dana tersebut masih diselenggarakan.

Sasaran BOS:

- a. Semua sekolah setingkat SD dan SMP (termasuk SMP Terbuka) baik negri maupun swasta di seluruh provins di Indonesia.
- b. Program kejar Paket A dan Paket B , tidak termasuk sasaran dari program BOS

Kegiatan yang dapat dibiayai dana BOS :

- a. Untuk penerimaan siswa baru
- b. Pembelian buku referensi
- c. Pembelian buku untuk koleksi perpustakaan
- d. Pembiayaan kegiatan pembelajaran termasuk untuk PMR, UKS (termasuk UKGS)
- e. Pembiayaan ulangan harian
- f. Untuk peralatan UKS (termasuk UKGS)

4. DANA BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN/BOK (PROMOTIF DAN PREVENTIF)

Dana BOK digunakan untuk mendukung pencapaian SPM. Pelaksanaannya memerlukan kerja menyeluruh dari pusat sampai ke tingkat dasar (wilayah kerja Puskesmas).

Dana BOK dapat dimanfaatkan oleh Puskesmas selama program penyediaan dana tersebut masih diselenggarakan.

Tujuan Umum

Meningkatkan kinerja Puskesmas dan jaringannya untuk memberikan pelayanan kesehatan promotif dan preventif dalam upaya pencapaian target SPM.

Tujuan Khusus:

- a. Meningkatnya cakupan Puskesmas dalam pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif.
- b. Tersedianya dukungan biaya untuk upaya pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif bagi masyarakat.
- c. Terselenggaranya proses Lokakarya Mini di Puskesmas dalam perencanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Penggunaan Dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan) untuk kegiatan UKS termasuk UKGS, antara lain:

- a. Penjaringan anak sekolah,
- b. Pemantauan kantin sekolah
- c. Penyuluhan kesehatan di sekolah.
- d. Dan program kesehatan gigi mulut siswa-siswi SMP atau SMA yang terintegral dengan UKS

Kegiatan-kegiatan diatas dibiayai oleh BOK dalam bentuk operasional Puskesmas, antara lain :

- a. Transport petugas/ kader/ peserta
- b. Bahan kontak: bahan yang dipakai sebagai pendekatan pengenalan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada masyarakat khususnya untuk komunitas terpencil atau masyarakat terasing, contoh : pemberian sabun, pasta gigi, sikat gigi, atau handuk kecil, dll

L. PENUTUP

Kebijakan program UKGS yang memfokuskan kegiatan promotif-preventif kepada murid sekolah dapat mempercepat tercapainya tujuan Indonesia Sehat. Keberhasilan Program UKGS dapat terwujud apabila dilaksanakan secara terintegrasi baik lintas program maupun lintas sektoral, terarah dan berkesinambungan.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

NILA FARID MOELOEK

LAMPIRAN IV
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 89 TAHUN 2015
TENTANG
UPAYA KESEHATAN GIGI DAN MULUT

PELAYANAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA LANJUT USIA

M. PENDAHULUAN

9. LATAR BELAKANG

Menurut hasil Sensus penduduk tahun 2010 jumlah penduduk lanjut usia Indonesia adalah 18, 04 juta jiwa atau 7,6 % dari total jumlah penduduk. Pada tahun 2025 diperkirakan jumlah penduduk Lanjut Usia akan meningkat menjadi 36 juta jiwa. Meningkatnya jumlah penduduk lansia melambangkan meningkatnya kemakmuran penduduk Indonesia tetapi dilain pihak dihadapkan pula dengan peningkatan penyakit sistemik yang menyertainya. Adanya penyakit sistemik akan memperparah kondisi gigi dan rongga mulut lansia, disamping adanya proses menua pada gigi dan rongga mulut.

Amanat Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia mengatakan bahwa lansia mempunyai hak yang sama dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara. Sejalan dengan hal tersebut, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan bagi lansia ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial dan ekonomis serta pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi lansia agar tetap dapat hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis.

Lansia dikelompokan berdasarkan kondisi fisiknya yaitu lansia independen dan dependen (*frail*). Lansia independen adalah lansia tanpa limitasi fungsional (tanpa keterbatasan dalam melakukan aktifitas sehari-hari) walaupun mereka mempunyai penyakit sistemik seperti hipertensi, diabetes, dll. Lansia dependen (*frail*) adalah lansia yang telah kehilangan sebagian kemandirian dalam melakukan aktifitas sehari-hari sehingga butuh bantuan dari anggota keluarga,

teman atau tenaga profesional (*caregiver*) atau tidak dapat hidup mandiri tergantung sepenuhnya pada *caregiver*.

Sejalan dengan program pemerintah terkait pelayanan untuk lansia yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dan Kementerian Sosial, telah dilakukan berbagai program dan kegiatan yang mendukung dan menunjang pelayanan untuk lansia baik itu dari segi kesehatan maupun sosialnya. Lansia masih dapat melakukan aktivitas secara optimal dengan didukung dengan kondisi kesehatan yang baik. Dengan bertambahnya Usia Harapan Hidup (UHH) diharapkan produktivitas dari lansia tersebut dapat meningkat.

Permasalahan kesehatan gigi dan mulut yang kerap terjadi pada lansia adalah penyakit jaringan penyangga gigi dan kasus kehilangan gigi. Dimana para lansia banyak yang mengalami permasalahan kehilangan gigi karena diperparah oleh kelainan sistemik yang dideritanya sehingga mempengaruhi kemampuan pengunyahan yang berakibat terjadinya gangguan nutrisi dan menurunnya kualitas kesehatan lansia.

Melihat hal tersebut diatas, maka kesehatan gigi dan mulut pada lansia perlu mendapat perhatian yang cukup, karena secara tidak langsung kesehatan gigi dan mulut pada lanjut usia dapat mendukung usia harapan hidup. Dalam rangka pelaksanaan program kesehatan gigi dan mulut pada lanjut usia maka perlu disusun Pedoman Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada lansia.

10. SASARAN

- a. Kementerian Kesehatan
- b. Dinas Kesehatan Propinsi
- c. Dinas Kesehatan Kab/Kota
- d. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
- e. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut
- f. Tenaga kesehatan gigi dan mulut serta tenaga kesehatan lainnya dan petugas pelaksana
- g. *Stakeholders* terkait

11. TUJUAN

Tujuan umum: Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada lansia

Tujuan khusus:

- d. Sebagai acuan bagi tenaga kesehatan gigi dan mulut di fasilitas kesehatan tingkat pertama.
- e. Sebagai acuan bagi tenaga kesehatan gigi dan mulut di fasilitas kesehatan tingkat lanjut
- f. Sebagai acuan bagi petugas pelaksana di pos lansia

12. PENGERTIAN

- a. *Caregiver* adalah individu yang dibayar maupun tidak di bayar yang terlatih membantu individu lain yang memiliki keterbatasan fisik untuk melakukan aktivitas fisik sehari-hari.
- b. Osteoporosis adalah penyakit pada tulang berupa penurunan kepadatan tulang disertai kerusakan jaringan tulang.
- c. Rhematoid arthritis adalah peradangan sendi kronis yang menyebabkan peradangan pada sendi-sendi, khususnya sendi di jari, kaki pergelangan tangan, dan pergelangan kaki.
- d. Penyakit jaringan penyangga gigi (periodontitis) adalah Peradangan jaringan periodontium yang lebih dalam yang merupakan lanjutan dari peradangan gingival.
- e. Penurunan gusi (resesi gingiva) adalah terjadinya penurunan gusi kearah apikal melewati batas sementem enamel, disertai dengan terbukanya bagian permukaan akar gigi.
- f. Demensia adalah “pikun” yang diawali dengan kematian sel-sel saraf pada permukaan kulit otak yang mengakibatkan gangguan fungsi daya ingat, intelektual dan tingkah laku. Faktor yang dapat meningkatkan risiko demensia: tekanan darah, gula darah, lingkar pinggang, peradangan, hormone kortisol, stress, keturunan dan perilaku/gaya hidup.
- g. Kelenjar saliva adalah kelenjar yang memproduksi dan mensekresikan air liur (saliva) dimana saliva berasal dari tiga kelenjar saliva besar yaitu kelenjar parotis, sublingual dan submandibular dan beberapa kelenjar saliva minor.
- h. Karies gigi merupakan suatu penyakit infeksi pada jaringan keras gigi yang mengakibatkan kerusakan struktur gigi dan bersifat kronik.

- i. Radang Gusi atau gingivitis adalah penyakit pada gusi yang menyebabkan gusi sekitar leher gigi membengkak berwarna lebih merah dari biasanya serta mudah berdarah.
- j. *Denture stomatitis* adalah kondisi kemerahan, peradangan, dan ulkus pada jaringan mukosa mulut dibawah gigi tiruan akibat pemakaian gigi tiruan. Kondisi ini disebabkan oleh berbagai faktor salah satunya pembersihan gigi tiruan yang tidak optimal sehingga menimbulkan koloni mikroba pada gigi tiruan, yang paling sering adalah koloni *candida albicans*.

N. KESEHATAN GIGI DAN MULUT LANSIA

10. DAMPAK DAN PROSES MENUA PADA KESEHATAN GIGI DAN MULUT LANSIA

Dampak proses menua pada rongga mulut adalah pada gigi-geligi, jaringan penyangga gigi (jaringan periodontal), tulang alveolar dan mandibula, mukosa, neuromuskular, saliva, sendi rahang, fungsi bicara, pengunyahan dan pengecapan.

a. Gigi

Perubahan yang paling sering terjadi pada gigi akibat proses menua adalah atrisi/keausan pada permukaan oklusal gigi dan penyempitan ruang pulpa. Perubahan ini dapat disebabkan oleh faktor fisiologis atau patologis sebagai respon terhadap tekanan fungsional dan lingkungan (thermal, kimia, dll). Pembentukan dentin yang berlanjut sejalan dengan bertambahnya usia akan menyebabkan mengecilnya ruang pulpa secara bertahap. Pembentukan dentin sekunder terutama terjadi pada daerah atap dan apikal kamar pulpa sehingga dentin menjadi lebih tebal. Implikasi klinis dari hal tersebut adalah berkurangnya kepekaan lansia terhadap rangsang nyeri. Sementum gigi juga akan menebal, yang berimplikasi pada sulitnya dokter gigi saat melakukan pencabutan gigi.

Proses menua pada gigi dapat menimbulkan staining (pewarnaan pada gigi), chipping, cracking (retak) bahkan rentan fraktur. Karies pada mahkota gigi lebih mudah terjadi dan bahkan karies lebih cepat meluas ke permukaan akar gigi karena adanya penurunan gusi. Risiko karies meningkat pada lansia disebabkan adanya penyakit jaringan penyangga gigi

(penurunan gusi), disfungsi kelenjar saliva, kurangnya kebersihan mulut, diet tinggi karbohidrat serta penurunan fungsi motorik.

Kehilangan gigi pada lansia dapat disebabkan oleh berlanjutnya proses karies dan kelainan jaringan penyangga gigi. Dengan hilangnya gigi maka fungsi pengunyahan, penelan dan fungsi bicara akan terganggu pada akhirnya hal ini berdampak pada berkurangnya asupan nutrisi lansia.

b. Jaringan Penyangga gigi

Perubahan pada jaringan penyangga gigi dipengaruhi oleh faktor multipel berupa faktor lokal dalam rongga mulut, penyakit sistemik dan penggunaan obat-obatan tertentu.

Masalah yang sering dijumpai pada jaringan penyangga gigi lansia adalah penurunan gusi (resesi gingiva), hilangnya perlekatan jaringan penyangga gigi, dan dukungan tulang alveolar. Penyakit pada jaringan periodontal dapat memicu terjadinya halitosis, perdarahan gingiva, kegoyangan gigi, resesi gingiva dan kehilangan gigi. Permukaan akar yang terbuka akibat penurunan gusi dapat pula mengakibatkan ngilu/hipersensitif dentin.

Beberapa pengobatan yang sering diresepkan bagi lansia/pasien geriatrik ternyata dapat memicu pembesaran gusi. Apabila keadaan ini tidak diterapi maka akan menimbulkan karies dan periodontitis.

Periodontitis derajat berat jarang dijumpai pada lansia bergigi kecuali lansia tersebut memiliki kebersihan mulut buruk. Periodontitis yang tidak diterapi mempengaruhi kontrol gula darah pada pasien penderita diabetes. Beberapa penelitian terkini juga melaporkan keterkaitan antara periodontitis dan penyakit kardiovaskular.

Lansia seringkali kurang memperhatikan kebersihan gigi dan mulut sehingga banyak terkumpul sisa makanan dan plak serta terjadi gingivitis (radang gusi) disekitar gigi. Beberapa penelitian membuktikan adanya hubungan kondisi ini dengan aspirasi pneumonia.

c. Tulang Rahang

Seperti pada tulang lainnya tulang rahang juga rentan mengalami osteoporosis. Osteoporosis merupakan suatu penyakit tulang berupa pengurangan kepadatan tulang sampai mencapai ambang patah. Penyakit ini terdiri dari dua tipe yaitu tipe 1 yang terjadi pada perempuan pascamenopause dan tipe 2 yang dijumpai pada laki laki atau perempuan lanjut usia. Selain itu juga dikenal osteoporosis sekunder yang terjadi akibat adanya kelainan/penyakit sistemik lain seperti rematik, stroke, diabetes mellitus,dll.

Osteoporosis yang lebih sering dijumpai adalah yang terjadi pada perempuan pascamenopause. Kehilangan kepadatan tulang pada perempuan pascamenopause terutama dipicu oleh berkurang sampai hilangnya produksi hormon estrogen. Selain dari kadar hormon estrogen, terdapat pula beberapa faktor lain yang berperan terhadap terjadinya osteoporosis yaitu banyaknya asupan nutrisi mengandung kalsium, keaktifan seseorang, lamanya seseorang terpajang sinar matahari, usia, perbandingan antara berat badan dan tinggi badan normal, kebiasan merokok atau minum kopi, dan penggunaan obat - obat tertentu.

Beberapa penelitian di bidang kedokteran gigi membuktikan bahwa terjadinya osteoporosis pada tulang paha dan tulang belakang akan diikuti juga dengan terjadinya osteoporosis pada tulang rahang. Osteoporosis pada tulang rahang mengakibatkan tulang rahang menjadi porus dan rapuh serta kurang dapat menahan beban penggunaan. Hal tersebut mengakibatkan tulang rahang menyusut dengan cepat. Tulang yang mengalami osteoporosis kurang dapat menahan beban yang disebabkan oleh kontaknya gigi tiruan dengan gigi lawannya, sehingga memicu penyusutan tulang rahang secara cepat. Hal tersebut mengakibatkan penderita osteoporosis tulang rahang yang sudah menggunakan gigi tiruan akan merasakan gigi tiruannya menjadi cepat longgar dan goyang apabila dipakai mengunyah makanan. Hal ini akan mempersulit perawatan dengan menggunakan gigi tiruan.

Osteoporosis tulang rahang juga mengakibatkan gigi-gigi yang tertanam menjadi mudah goyang dan lepas. Hal ini disebabkan rapuhnya tulang yang mendukung atau memegang gigi. Penelitian Kusdhany pada 226 perempuan pascamenopause di Bekasi menjumpai bahwa perempuan pascamenopause dengan tulang rahang normal yang memiliki jumlah gigi kurang dari 19 sebesar 26.61% sedangkan perempuan pascamenopause dengan osteoporosis tulang rahang yang mempunyai jumlah gigi kurang dari 19 adalah sebesar 51.28%.

d. Mukosa Mulut

Pada proses menuanya usia sel-sel mukosa mulut kehilangan elastisitas dan menyusut/menipis. Hal ini menyebabkan peningkatan kerentanan terhadap infeksi dan trauma. Mukosa mulut merupakan daerah yang paling sering mengalami kelainan seperti vesikel, ulcer, lichenoid, dan lesi keganasan.

Lansia rentan menderita infeksi jamur dan kanker mulut. Adanya lesi mukosa yang menetap 3 sampai 4 minggu harus diperiksa dengan cermat untuk menegakkan diagnosis, misal dengan pemeriksaan biopsi. Lansia butuh pemeriksaan rutin kepala, leher dan mulut untuk mengevaluasi kemungkinan terjadinya lesi keganasan.

e. Kelenjar Saliva

Saliva yang berasal dari tiga kelenjar saliva besar yaitu kelenjar parotis, sublingual dan submandibular dan beberapa kelenjar saliva minor yang terdapat di daerah bukal, labial dan palatal sangat berperan penting dalam perawatan kesehatan rongga mulut. Fungsi utama dari saliva adalah sebagai lubrikasi dan perlindungan jaringan lunak dan keras dalam rongga mulut, penetralsir, anti bakteri dan remineralisasi email. Penurunan fungsi kelenjar saliva merupakan suatu keadaan normal akibat proses penuaan, jumlah saliva yang dihasilkan lansia lebih sedikit dibandingkan dengan dewasa muda.

Xerostomia/hiposalivasi lebih sering terjadi pada lansia. Hal ini dapat merupakan akibat dari penggunaan obat - obat tertentu dan adanya penyakit sistemik. Sebagian besar obat anti depresi, anti hipertensi, sedatif, anti histamin, obat parkinson, sjogren sindrom, penyakit auto imun, penyakit alzheimer menimbulkan efek hiposalivasi. Pasien dengan terapi radiasi biasanya juga mengalami hiposalivasi/xerostomia.

Hiposalivasi/xerostomia mempersulit bicara, pengunyahan, penelan, meningkatkan kerentanan terhadap karies, gingivitis, kandidiasis dan meningkatkan pula kerentanan mukosa terhadap trauma mekanis serta infeksi mikrobial. Hiposalivasi juga mempengaruhi retensi gigi tiruan pada pasien pemakai gigi tiruan lepas sehingga gigi tiruannya sulit cekat.

- f. Persyarafan Motorik dan Sensorik Dalam Rongga Mulut.
 - Proses menua mengakibatkan perubahan dalam pengunyahan, penelan dan otot rongga mulut. Pada lansia sering dijumpai gangguan persyarafan motorik berupa kesulitan mengunyah padahal lansia tersebut masih bergigi. Penyakit sistemik seperti stroke, parkinson dapat memperburuk gangguan pengunyahan dan penelan sehingga pasien tersebut rentan tersedak.
 - Lansia sering mengeluhkan gangguan pengecapan, dan penciuman. Beberapa penelitian membuktikan bahwa penurunan kapasitas indera penciuman lansia bersama dengan perubahan persyarafan motorik mulut dan saliva menyebabkan hilangnya persepsi terhadap makanan dan gangguan selera makan.

11. HUBUNGAN PENYAKIT KESEHATAN UMUM DENGAN PENYAKIT KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA LANJUT USIA.

- a. Pengaruh Penyakit Sistemik Terhadap Kesehatan Gigi Dan Mulut.

Kesehatan gigi dan mulut merupakan penentuan kualitas hidup, perlu mengintegrasikan kesehatan gigi dengan kesehatan umum.

Kaitan kesehatan umum dengan kesehatan gigi dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

KESEHATAN UMUM	KESEHATAN GIGI DAN MULUT
Penurunan fungsi kognitif, termasuk Demensia dan Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Resiko karies tinggi • Kehilangan gigi • Penyakit periodontal/kebersihan gigi dan mulut yang rendah • Pengalaman rasa sakit • Kesulitan mengunyah • Kesulitan penggunaan gigi tiruan
Kerusakan penglihatan	<ul style="list-style-type: none"> • Karies gigi • Perdarahan gusi • Berkurangnya kemampuan memelihara kesehatan gigi dan mulut
Xerostomia berhubungan penyakit sistemik, radiasi kepala-leher, penggunaan obat-obatan secara regular	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko karies tinggi • Kehilangan gigi • Penyakit periodontal/kebersihan gigi dan mulut yang rendah • Pengalaman rasa sakit • Kesulitan mengunyah • Kesulitan penggunaan gigi tiruan
Gizi yang tidak adekuat (daya tahan tubuh menurun)	<ul style="list-style-type: none"> • Karies gigi • Perdarahan gusi • Berkurangnya kemampuan memelihara kesehatan gigi dan mulut
Kehilangan berat badan	<ul style="list-style-type: none"> • Kehilangan gigi sebagian atau seluruhnya dan tidak memakai gigi tiruan
Penyakit pernapasan Penyakit paru-paru obstruktif kronis Aspirasi pneumonia	<ul style="list-style-type: none"> • Kesehatan gigi dan mulut yang buruk • Penyakit jaringan penyangga • Kesulitan mengunyah

KESEHATAN UMUM	KESEHATAN GIGI DAN MULUT
	<ul style="list-style-type: none"> •
Penyakit Kardiovaskular, Jantung Koroner, Stroke	<ul style="list-style-type: none"> • Kehilangan gigi • Penyakit jaringan penyangga • Gigi yang parah (hilangnya tulang, kedalaman poket)
Diabetes Melitus	<ul style="list-style-type: none"> • Penyakit jaringan penyangga gigi yang parah • Gigi goyang dan meningkatnya risiko kehilangan gigi
Osteoporosis	<ul style="list-style-type: none"> • Osteoporosis pada tulang rahang • Penyusutan tulang alveolar • Meningkatnya risiko kelainan jaringan penyangga gigi • Meningkatnya risiko kegoyangan gigi • Meningkatnya risiko kehilangan gigi
Rhematoid arthritis	<ul style="list-style-type: none"> • Faktor risiko terjadinya kelainan sendi rahang

Perubahan di bawah ini dapat mempengaruhi diet pada individu lansia:

- Kematian pasangan hidup
- Berkurangnya aktifitas/mobilitas fisik
- Kondisi kesehatan umum dan kemampuan pengelihatan yang menurun
- Menderita penyakit tertentu
- Xerostomia/hiposaliva akibat konsumsi obat tertentu, atau akibat proses penuaan
- Menurunnya kemampuan penciuman, dan indera kecap
- Keterbatasan kemampuan finansial
- Gigi tiruan yang tidak nyaman
- Kurangnya pengetahuan akan pentingnya nutrisi dan kesehatan rongga mulut yang baik

b. Pengaruh Penyakit Gigi Dan Mulut Terhadap Keparahan Penyakit Sistemik.

Osteoporosis merupakan penyakit yang perlu mendapat perhatian lebih dari para dokter gigi karena tidak hanya dijumpai pada tulang panggul, paha, dan tangan tetapi juga pada tulang rahang. Osteoporosis adalah penyakit pada tulang berupa penurunan kepadatan tulang disertai kerusakan jaringan tulang. Hal ini berdampak pada meningkatnya kerapuhan tulang dan risiko terjadinya fraktur. Osteoporosis merupakan "*silent disease*" artinya penderita seringkali tidak menyadari bahwa mereka menderita osteoporosis sebelum terjadi fraktur. Bila sudah terjadi fraktur, dapat dikatakan sudah sangat terlambat dan biaya perawatan akan semakin mahal. Seringkali dengan memperhatikan kondisi gigi dan mulut serta dengan alat bantu foto radiologis dental seorang dokter gigi dapat mendiagnosis osteoporosis tulang rahang dan memperkirakan adanya osteoporosis pada tulang lainnya sehingga dokter gigi dapat membantu sejauh dokter umum dalam menemukan kasus-kasus osteoporosis yang tidak disadari penderitanya.

Selain osteoporosis, demensia atau kondisi penurunan fungsi kognitif pada lansia juga berhubungan dengan kondisi rongga mulut. Lansia dengan demensia berisiko menderita kelainan periodontal lebih besar dibandingkan lansia yang tidak menderita demensia dan lansia yang tidak memakai gigi tiruan serta fungsi pengunyahan berkurang akan memiliki risiko menderita penurunan fungsi kognitif/demensia lebih besar dibandingkan subyek yang memiliki gigi asli dan fungsi pengunyahan optimal.

Adanya kelainan jaringan penyangga gigi akan memperparah Penyakit kardiovaskular yang diderita lansia dan beberapa penelitian membuktikan bahwa terapi pada pasien dengan kelainan periodontal akan memperbaiki kontrol glikemik. Selain itu banyak penelitian juga membuktikan bahwa kebersihan mulut yang lebih baik pada pasien lansia terbukti mengurangi resiko pneumonia dan demam.

- c. Permasalahan Kesehatan Gigi Dan Mulut Pada Lanjut Usia Berdasarkan Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013 (Riskesdas), antara lain:
- Pada lansia jika tidak bergigi akan berakibat malnutrisi, dan absorpsi zat nutrisi dapat terganggu.
 - Dengan menurunnya fungsi kunyah ini penting untuk segera diantisipasi, karena 70 – 80% penyakit lanjut usia dapat dicegah dengan makanan yang baik berarti, ditentukan bagaimana makanan itu diproses/dikunyah sebelum masuk ke dalam perut.
 - Masalah kesehatan gigi dan mulut pada lanjut usia, meliputi jaringan keras gigi maupun jaringan penyangga gigi, populasi lanjut usia yang memiliki jumlah gigi 20 atau lebih sebanyak 29%.
 - Pada kelompok usia 45-54 tahun ditemukan 1,8% hilang seluruh gigi asli, dan pada kelompok umur 65 tahun keatas hilangnya seluruh gigi mencapai 17,6%
 - Persentase penduduk yang berperilaku benar menggosok gigi menurut karakteristik responden pada usia 55-64 tahun berperilaku benar menggosok gigi 5,4 %, sedangkan di atas usia 65 tahun 3,5%
 - Prevalensi karies gigi aktif dan pengalaman karies menurut karakteristik responden, usia diatas 65 tahun karies aktif 32,5%, sedangkan pengalaman karies 94,4%.
 - Persentase penduduk yang menerima perawatan/pengobatan gigi menurut jenis perawatan dan karakteristik responden, yang melakukan penambalan/ pencabutan/ bedah gigi pada usia 55-64 tahun yaitu 44,4%, usia 65 tahun keatas sebesar 39,8%.

O. PENATALAKSANAAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA LANSIA

1. PELAYANAN/PERAWATAN GIGI DAN MULUT PADA LANSIA

Beberapa hal di bawah ini penting untuk diperhatikan saat berkomunikasi dengan pasien lansia:

- Sedapat mungkin berbagai instruksi disampaikan tertulis dengan menggunakan tulisan huruf besar dan tebal serta warna tulisan yang kontras.
- Bila berbicara dengan pasien lansia duduk berhadapan langsung dan pertahankan kontak mata.
- Duduk lebih dekat saat berbicara.
- Gunakan sentuhan agar pasien merasakan empati.
- Volume suara cukup keras tapi tidak kesannya membentak pasien dan jangan berbicara terlalu cepat.

Hal lain yang penting untuk diperhatikan dalam penanganan pasien lansia bisa tambahkan hal dibawah ini:

- Pada pasien lansia perlu mempertimbangkan adanya perubahan fungsi sensori dan kognitif. Perubahan sensori seperti perubahan penglihatan, pendengaran, pengecapan, dan sensitivitas taktil. Perubahan kognitif yaitu pembelajaran, memori dan kecerdasan. Sehingga membutuhkan waktu lebih lama untuk memahami informasi baru, dan membutuhkan instruksi yang singkat, padat, jelas dan tidak terburu-buru. Pasien lansia umumnya tidak terbiasa dengan konsep perawatan pencegahan, dan hanya mempercayai perawatan yang bersifat mengobati. Sikap pasien dipengaruhi oleh pengalaman dokter gigi, pentingnya perawatan dari sisi pandangan pasien, dan kepedulian tentang giginya.
- Keramahan yang menunjukkan ketertarikan personal pada pasien merupakan sikap yang harus dimiliki dokter gigi dalam menghadapi pasien lansia, sehingga pasien merasakan menempati posisi yang spesial dan merasa nyaman.
- Tanamkan kebiasaan untuk mendengar dan tidak hanya terdiam ketika orang lain berbicara. Pasien akan merasa tersanjung bila menerima perhatian penuh dari dokter gigi dan tenaga kesehatan lainnya, selain itu juga menciptakan kesan yang baik. Jika pasien didorong untuk berbicara, dokter gigi akan mendapat kesempatan untuk menilai individu, dan mempelajari apa yang mereka suka dan tidak suka.

Asupan makanan yang sehat sangat penting untuk kesehatan. Individu lanjut usia memiliki tingkat kecukupan energy yang lebih rendah dibandingkan usia yang lebih muda, tetapi tetap

membutuhkan diet yang seimbang dengan memperhatikan asupan 4 elemen penting di bawah ini:

- Vitamin C (dari buah dan sayur-sayuran).
- Vitamin D (suplemen dan paparan sinar matahari).
- Makanan kaya sumber kalsium untuk mencegah osteoporosis (*low-fat dairy products*).
- Karbohidrat (pasta, nasi, dan sereal).

Sebagian lansia seringkali kehilangan nafsu makan, sehingga perlu konseling untuk meningkatkan asupan nutrisinya. Sebagian lansia kelebihan berat badan hingga menghambat mobilitasnya, sehingga perlu konseling untuk mengurangi berat badannya. Sebagian lagi tidak mampu makan dalam porsi penuh, sehingga memilih makan dengan porsi kecil, dan makanan ringan (*snack*) dalam frekuensi yang lebih sering (pada kondisi ini, makanan ringan (*snack*) yang sehat sebaiknya diperkenalkan)

- Lansia dengan penyakit sistemik memerlukan penanganan konseling nutrisi untuk menghindari terjadinya malnutrisi, dehidrasi dan menurunnya kualitas hidup. Nyeri orofasial pada lansia dapat disebabkan oleh penyakit sistemik.

2. PELAYANAN PROMOSI DAN PENCEGAHAN PADA LANSIA

2.1. Promosi Kesehatan Gigi dan Mulut

Penyakit gigi dan mulut dapat dihindari seperti karies gigi, radang gusi bila mengikuti cara-cara pencegahan dengan seksama. Maka dengan berbagai penyakit dapat dihindari dengan perilaku hidup bersih sehat (PHBS).

Maka sehat menjadi tua dalam keadaan sehat secara fisik mental dan sosial yang mencakup memelihara kehidupan spiritual, keseimbangan emosi, berpikiran positif, menjaga kesehatan dan pemeriksaan berkala pola makan sehat, olah raga teratur, istirahat cukup, silaturahmi dan mandiri secara ekonomi.

Perawatan gigi dan mulut lansia memerlukan perawatan menyeluruh yaitu perencanaan matang dengan memperhatikan riwayat kesehatan lansia tersebut. Program pencegahan

terhadap penyakit gigi dan mulut lansia meliputi pendidikan kesehatan gigi, kontrol plak, konseling, pemeriksaan gigi berkala dan perawatan sederhana. Hal hal yang perlu diperhatikan lansia antara lain penyikatan gigi secara teratur sesudah makan dan sebelum tidur, pada penyikatan gigi hindari terjadinya luka pada jaringan lunak, pemilihan bulu sikat tidak terlalu keras sehingga tidak mengiritasi jaringan lunak, hindari pemakaian tusuk gigi karena dapat merusak jaringan periodontal.

Kontrol plak dan aplikasi fluor secara topikal perlu dilakukan sebagai upaya pencegahan terhadap karies gigi. Selain itu dapat pula dianjurkan berkumur dengan khlorheksidin untuk kontrol bakteri. Perawatan gangguan gigi dan mulut lansia merupakan bagian dari perawatan pasien secara utuh. Dalam hal ini kerjasama antara dokter gigi dan tim medis lainnya harus dibina dengan baik. Anggota keluarga melakukan kegiatan pemeliharaan sesuai instruksi dokter gigi. Dokter gigi perlu melakukan konsultasi dalam pemberian obat agar tidak terjadi polifarmasi. Dokter ahli Geriatri dan tim medis lainnya perlu melakukan konsultasi kepada dokter gigi bila menemui masalah gigi mulut yang menjadi kewenangan dokter gigi.

2.2. Pencegahan Penyakit Gigi dan Mulut pada lansia

2.2.1. Pencegahan kehilangan gigi pada lansia

Untuk memprediksi faktor kehilangan gigi dibuat suatu indeks atau model yang penggunaannya pada dewasa muda/pralansia sebelum memasuki masa lansia, sehingga pada saat memasuki masa lansia tetap memiliki kesehatan gigi dan mulut yang baik dan jumlah gigi asli lebih dari 20. Model ini hanya bisa dilakukan oleh tenaga kesehatan yang sudah di latih.

2.2.2. Peran Edukator Kesehatan Gigi dan Mulut

Memberikan informasi lokasi pelayanan kesehatan gigi terdekat, sesuai lokasi domisili lansia.

Cek riwayat penyakit sistemis dan konsul ke dokter/dokter gigi bila perlu Tuliskan catatan cara

pemakaian dengan jelas, apabila memberikan produk oral pada lansia

Menyesuaikan bentuk sikat gigi untuk meningkatkan kemampuan memegang sikat, pada lansia dengan mobilitas terbatas (dapat menggunakan karet gelang, handle karet sepeda

Mengajari teknik membersihkan permukaan interdental yang simple dilakukan dengan satu tangan (dental floss dengan handle, wood sticks)

Menjadwalkan waktu kunjungan yang leluasa, karena pasien lansia butuh waktu untuk mencapai tempat pelayanan, naik turun kursi roda, dll

Diskusikan availibilitas waktu dengan *caregiver* atau anggota keluarga sebelum membuat janji pertemuan



berikutnya

Contoh 1 pegangan sikat gigi untuk lansia

2.2.3. Cara Menyikat Gigi Yang Baik dan Benar

Ada hal-hal yang harus kita perhatikan dalam menyikat gigi:

- a. Penggunaan pasta gigi mengandung Fluor.
- b. Kumur-kumur sebelum menyikat gigi
- c. Tekanan saat menyikat gigi jangan terlalu keras.
- d. Untuk gigi rahang atas tempatkan bulu sikat miring 45° kearah atas antara gigi dan gusi. Putar sikat perlahan-lahan, sikat kearah bawah. Dengan cara ini kita dapat mengeluarkan kotoran dari celah-celah gigi dan dapat memijat gusi sehingga peredaran darah menjadi lancar.

- e. Untuk gigi rahang bawah, tempatkan bulu sikat miring 45° ke arah bawah dan diputar perlahan-lahan ke arah atas.
- f. Seluruh permukaan gigi harus disikat mulai dari permukaan gigi dekat pipi dan bibir untuk rahang atas dan rahang bawah, maupun permukaan dekat lidah pada rahang bawah dan permukaan dekat langit-langit pada rahang atas.
- g. Untuk permukaan kunyah (oklusal) disikat secara maju mundur.
- h. Seluruh permukaan disikat lebih kurang 2 menit dan sedikitnya delapan kali gerakan untuk setiap permukaan.
- i. Setelah permukaan gigi selesai disikat, kumur-kumurlah satu kali saja agar sisa Fluor masih ada di gigi.
- j. Bersihkan sikat gigi dengan air dan simpanlah sikat gigi tegak dengan posisi kepala sikat berada diatas.
- k. Biasakanlah menyikat gigi dengan cermin agar kita dapat melihat bagian-bagian dari gigi yang disikat dan yang belum bersih, selain itu kita dapat menemukan adanya kelainan pada gigi, misalnya gigi yang berlubang dan sebagainya melalui cermin tersebut.
- l. Menyikat gigi minimal dua kali sehari, pagi sesudah makan dan malam sebelum tidur.
- m. Ada cara menyikat gigi dan mulut untuk lanjut usia dengan metode “Toothpick”, yang ditayangkan melalui video.



Gambar 2 Cara Menyikat Gigi untuk lansia

2.2.4. Perawatan Gigi Tiruan

Lansia dengan gigi tiruan penuh atau sebagian seringkali memiliki masalah karena pembersihan gigi tiruan yang tidak efektif, atau perendaman gigi tiruan yang terlalu sering menggunakan bahan-bahan kimia. Lansia yang tinggal di panti werda seringkali kesulitan memelihara kebersihan gigi tiruan karena shift *caregiver* yang berubah-ubah, dan *caregiver* yang tidak terlatih dengan baik. *Caregiver* juga sebaiknya dilatih untuk mengenali gigi tiruan yang tidak pas lagi akibat penyusutan tulang rahang, otot pengunyahan, dan penurunan jumlah saliva, sehingga mengakibatkan kesulitan pengunyahan dan penelan pada lansia; kondisi tersebut sebaiknya segera dirujuk ke dokter gigi terdekat.

Rekomendasi yang sebaiknya dilakukan pada lansia adalah sebagai berikut:

- Melepas dan membersihkan gigi tiruan setelah makan, menggunakan sikat gigi atau sikat botol dengan sabun di bawah air mengalir di wastafel (bak cuci). Membersihkan basis sama pentingnya dengan bagian gigi geligi tiruan. Bilas setelah dibersihkan
- Gunakan sikat gigi berbulu halus/sponge untuk menyikat mukosa mulut, pastikan tidak ada sisa makanan yang tersisa di rongga mulut untuk mencegah terjadinya aspirasi pneumonia, atau bertahan di rongga mulut hingga menyebabkan bau mulut. Cek tanda-tanda iritasi dan trauma
- Melepas gigi tiruan sebelum tidur, dengan tujuan mengistirahatkan mukosa yang tertutup oleh basis gigi tiruan. Gigi tiruan direndam dalam air atau disimpan dalam keadaan kering sesudah dibersihkan, untuk mencegah resiko infeksi fungal

- Perendaman menggunakan bahan kimia yang bersifat bakterisidal/fungisidal seperti larutan klorheksidin atau rebusan daun sirih dapat dilakukan 1-2 kali perminggu. Bilas dengan air bersih sebelum dipakai di rongga mulut
- Merendam saja, tidak cukup bersih, gigi tiruan tetap harus disikat
- Apabila tinggal di panti werda, gigi tiruan sebaiknya diberi nama

2.2.5. Menggunakan Alat-Alat Bantu Pembersih Gigi

Selain sikat gigi kita dapat menggunakan alat-alat pembantu untuk membersihkan gigi seperti:

a. Tusuk Gigi.

Tusuk gigi digunakan bila ada makanan yang menyangkut disela-sela gigi. Pergunakan bagian yang lancip/tajam dari tusuk gigi ke arah atas untuk gigi rahang bawah dan ke arah bawah untuk gigi rahang atas, kemudian doronglah sisa makanan tersebut keluar. Jangan mengarahkan tusuk gigi ke arah gusi karena dapat melukai gigi.

b. Benang Gigi

Benang gigi kegunaannya sama dengan tusuk gigi kelebihannya benang gigi dapat menghilangkan plak di sela-sela gigi. Benang gigi dapat dibeli di apotek atau toko-toko swalayan.

2.2.6. Cara Penanggulangan Kelainan Jaringan Penyangga Gigi

- a. Pembersihan karang gigi
- b. Meningkatkan kebersihan mulut
- c. Konsultasi ke dokter gigi untuk memperoleh perawatan
- d. kesehatan gigi dan mulut

3. PELAYANAN KURATIF

Mendiagnosis dan tatalaksana penyakit gigi dan mulut pada lanjut usia. Dalam mendiagnosis kesehatan gigi dan mulut, dilakukan pemeriksaan untuk menemukan kelainan-kelainan gigi

dan mulut secara dini, memahami anatomi gigi, dan dapat melaksanakan tatalaksana serta rujukan yang lebih efektif.

3.1. Karies Gigi

Pada orang lanjut usia banyak terdapat pada permukaan akar yang terbuka, karies akar gigi, diperparah oleh berkurangnya saliva.



Gambar 4 Karies Akar Gigi

Tatalaksana

- a. Bergantung pada kedalaman karies
- b. Jika pembusukan berhenti sebelum mencapai dentin, maka email membaik dengan sendirinya dan bintik putih di gigi akan menghilang. Perlindungan dentin dengan mengulas Fluor.
- c. Jika pembusukan telah mencapai dentin, bagian gigi yang membusuk harus diangkat dan diganti dengan penambalan (*restorasi*) dengan tumpatan tetap (dengan bahan Glass Ionomer atau Komposit Resin).
- d. Bila kedalaman karies sudah lanjut, dan tidak dapat lagi dipertahankan, maka dilakukan pencabutan gigi: Sebelum melakukan pencabutan gigi perhatikan tanda-tanda kelainan sistemik pada lanjut usia seperti penyakit diabetes mellitus, jantung, hipertensi dan lain-lain yang akan berakibat pada penatalaksanaan.
- e. Konsultkan bila ada tanda-tanda seperti diatas ke dokter umum atau dokter spesialis penyakit dalam, untuk penatalaksanaan pencabutan gigi lebih lanjut.

- f. Bila tanda-tanda tersebut tidak membahayakan pasien, maka lakukan pencabutan gigi dan rencanakan penatalaksanaan lebih lanjut untuk pembuatan gigi tiruan.
- g. Penanggulangan penyakit ini berupa pemberian fluoride topikal secara rutin, peningkatan kebersihan mulut, kontrol nutrisi yang kariogenik, penanganan disfungsi saliva serta perlunya kontrol rutin ke dokter gigi setiap 6 bulan.
- h. Risiko karies bertambah pada lansia karena konsumsi gula yang tinggi dan hiposalivasi. Lansia juga seringkali sulit memelihara kebersihan mulut. Makanan kariogenik yang tetap menempel pada gigi sepanjang hari menimbulkan demineralisasi gigi. Penggunaan klorheksidin konsentrasi tinggi dalam bentuk varnish yang diulas satu kali per minggu selama 4 minggu dan diulang setelah 6 bulan terbukti dapat menghambat insidens karies akar gigi pada lansia dengan hiposalivasi. Demikian pula pemakaian fluor terbukti cukup efektif menghambat karies. Pada keadaan lansia sudah mengalami penurunan fungsi kognitif dan sulit berkumur, dapat digunakan larutan Fluor yang diulas ke gigi.

3.2. Radang Gusi (*Gingivitis*)

Penyebab:

- a. Radang gusi ini dapat disebabkan oleh faktor lokal maupun faktor sistemik.
- b. Faktor lokal diantaranya karang gigi, bakteri, sisa makanan (plak), pemakaian sikat gigi yang salah
- c. Plak dan kalkulus bisa mengiritasi gusi sehingga timbul gingivitis.
- d. Faktor sistemik meliputi Diabetes mellitus (DM), ketidakseimbangan hormon (saat menstruasi, kehamilan, menopause, pemakaian kontrasepsi), keracunan logam, dan sebagainya.

Penatalaksanaan:

- a. Memberikan edukasi mengenai kesehatan mulut dan instruksi pengendalian plak mikroba di rumah.
- b. Membersihkan permukaan gigi dari plak dan kalkulus supra dan supragingiva.

- c. Pemberian obat anti mikroba dan obat antiplak, dan penggunaan alat kebersihan mulut guna meningkatkan kemampuan pasien untuk membersihkan gigi geliginya.
- d. Koreksi faktor-faktor yang memudahkan retensi plak mikrobial antara lain: koreksi mahkota yang *over counter*, margin yang *overhanging* (mengemper) atau ruang embrasure yang sempit, kontak terbuka, gigi tiruan sebagian cekat/GTS lepasan yang kurang pas, gigi karies dan gigi malposisi.

3.3. Penyakit Jaringan Penyangga Gigi (*Periodontitis*)

Peradangan jaringan periodontium yang lebih dalam yang merupakan lanjutan dari peradangan gingival.

Penatalaksanaan

- a. Karang gigi yang berada pada saku gigi beserta impaksi makanan dan penyebab lokal lainnya harus dibersihkan/diperbaiki.
- b. Antibiotik amoksilin, metronidazol atau antibiotik lainnya (250 – 500mg) dengan tetap menanyakan riwayat alergi terhadap penggunaan antibiotik sebelumnya, diberikan 3 x sehari selama 5 hari.
- c. Penderita dianjurkan berkumur selama $\frac{1}{2}$ - 1 menit dengan obat kumur seperti larutan povidon atau khlorheksidin dilakukan 3 kali/hari.
- d. Bila sudah sangat goyang, gigi harus dicabut.

4. PELAYANAN REHABILITATIF

4.1. Kehilangan Gigi

Hilangnya gigi geligi pada rahang atas atau rahang bawah sebagian atau seluruhnya, karena karies gigi dan kelainan jaringan penyangga gigi.

Tata laksana Penggantian gigi yang hilang

- a. Gigi tiruan berfungsi untuk mengembalikan fungsi gigi geligi asli yang telah hilang yaitu fungsi pengunyanan, bicara dan estetik. Pada umumnya lansia sering mengeluhkan kesulitan mengunyah akibat hilangnya gigi sehingga memerlukan waktu makan lebih lama dan menurunnya nafsu makan, gangguan pencernaan,

konstipasi serta gizi. Gigi tiruan diharapkan dapat menggantikan fungsi gigi asli yaitu dapat mengembalikan fungsi mengunyah, fungsi bicara, estetik dan biologik. Kehilangan gigi gigi anterior selain mengganggu estetik juga menyebabkan proses bicara menjadi kurang jelas. Faktor biologik yang dimaksud disini adalah gigi tiruan dapat menjaga kesatuan seluruh komponen sistem stomatognatik. Pemakaian gigi tiruan akan mencegah pergeseran dan pergerakan gigi yang tersisa.

- b. Pilihan jenis gigi tiruan dapat berupa gigi tiruan lepas, gigi tiruan cekat dan implan gigi. Pemilihan jenis gigi tiruan sangat tergantung dari kondisi sistemik dan oral pasien. Gigi tiruan sebagian lepas masih merupakan perawatan pilihan bagi sebagian besar kasus kehilangan gigi pada lansia karena mudah dimodifikasi, ekonomis dan tidak invasif.
- c. Pasca perawatan dengan menggunakan gigi tiruan, penting dipesankan agar pasien melepas gigi tiruan lepasan saat tidur dan kembali melakukan pemeriksaan periodik setiap 6 bulan sekali. Bahkan pada pasien yang menderita kelainan sistemik seperti diabetes melitus dan osteoporosis maka pemeriksaan periodik perlu dilakukan setiap 3 bulan. Salah satu yang diperiksa saat kontrol periodik adalah besarnya resorbsi tulang alveolar/penyusutan tulang alveolar yang menyangga gigi tiruan, apabila sudah terjadi penyusutan tulang alveolar maka dapat dilakukan perbaikan gigi tiruannya.
- d. Penting untuk diinstruksikan ke pasien atau care giver bahwa gigi tiruan lepasan harus dilepas tiap malam sebelum tidur, dibersihkan dan direndam dalam air /larutan chlorhexidine. Pembersihan gigi tiruan sangat penting dilakukan untuk mencegah terjadinya denture stomatitis selain itu pembersihan gigi mulut pasien juga penting diinstruksikan untuk menghindari terjadinya penumpukan sisa makanan pada gigi geligi yang menyangga gigi tiruan.

- e. Pada pasien pengguna gigi tiruan cekat, pembersihan gigi dan mulut dilakukan dengan sikat interdental selain sikat gigi tujuannya untuk mencegah penumpukan sisa makanan diantara gigi tiruan dengan gigi asli.

4.2. Xerostomia

Merupakan Keadaan menurunnya jumlah air liur. Prevalensi 30% pada lansia menderita xerostomia.

Penyebab: kurangnya kelenjar liur, karena proses penuaan, dengan pemakaian obat obatan: golongan anti depresi, antihistamin, anti hipertensi, diuretik, anti parkinson, atau anti kejang.

Xerostomia, dapat mengakibatkan:

- a. Karies gigi
- b. Halitosis
- c. Timbul banyak candidiasis
- d. Penelanlan terganggu
- e. Tidak ada retensi pada gigi tiruan dan menjadi kurang pas/longgar.

Tatalaksana mengatasi mulut kering:

- a. Minum air putih 6-8 gelas/hari
- b. Makan sayuran berserat dan buah segar
- c. Senam mulut (terlampir)
- d. Pemberian obat obatan yang dapat menstimulasi produksi saliva seperti pilokarpin 5 mg. Stimulasi saliva juga dapat dilakukan dengan mengunyah permen mint tanpa gula.
- e. Pada Penderita dengan produksi saliva yang sama sekali tidak ada maka dapat digunakan gel pelumas dan saliva buatan. Masalah yang ditimbulkan xerostomia berupa karies dapat dicegah dengan pemberian fluoride secara topikal dan menjaga kebersihan mulut. Pada Keadaan xerostomia akibat penggunaan obat obat tertentu, dapat diatasi dengan menghentikan obat tersebut atau mengganti dengan obat sejenis tetapi memiliki efek antikolonergik yang lebih sedikit.

4.3. Denture Stomatitis

Merupakan kondisi kemerahan, peradangan, dan ulkus pada jaringan mukosa mulut dibawah gigi tiruan akibat

pemakaian gigi tiruan. Kondisi ini disebabkan oleh berbagai faktor salah satunya pembersihan gigi tiruan yang tidak optimal sehingga menimbulkan koloni mikroba pada gigi tiruan, yang paling sering adalah koloni candida albicans.

Pemakaian gigi tiruan dalam waktu lama tanpa pernah dilakukan pemeriksaan/kontrol periodik juga mengakibatkan penyusutan tulang alveolar dan trauma pada jaringan mukosa pendukung gigi tiruan. Kondisi ini juga dapat memicu terjadinya denture stomatitis.

Penatalaksanaan :

- a. Kontrol pembersihan gigi tiruan dan pemeliharaan kebersihan mulut pasien disertai anjuran pasien untuk melepas gigi tiruan lepasan saat tidur malam. Pada saat itu gigi tiruan lepasan di rendam dalam larutan khlorheksidin.
- b. Kontrol kondisi gigi tiruan apakah masih sesuai dengan jaringan penyangga gigi tiruan. Bila perlu dilakukan penggantian gigi tiruan
- c. Bila kondisi disebabkan oleh candida albicans maka berikan pengobatan atas candida menggunakan antifungi topikal dan obat kumur seperti khlorheksidin. Jika perlu dapat ditambah dengan antifungi secara oral.

5. DETEKSI DINI DAN PENCEGAHAN BERTAMBAH PARAHNYA PENYAKIT SISTEMIK

Kondisi osteoporosis pada tulang rahang dapat digunakan untuk memperkirakan adanya osteoporosis pada tulang lainnya. Beberapa model berupa kuesioner telah dikembangkan untuk memperkirakan risiko osteoporosis pada perempuan pascamenopause dan pada laki-laki lansia. Model ini dibuat berdasarkan hasil penelitian berkelanjutan. Dengan model ini tenaga kesehatan dapat memperkirakan risiko perempuan pascamenopause atau laki-laki lansia untuk menderita osteoporosis tulang rahang. Dengan diketahuinya risiko seseorang untuk menderita osteoporosis tulang rahang maka dapat diperkirakan risiko seseorang untuk menderita osteoporosis pada tulang lainnya. Dalam hal ini dokter gigi dapat membantu sejauh dokter umum untuk menemukan kasus kasus osteoporosis yang seringkali merupakan *silent disease*, artinya

seseorang biasanya tidak mengetahui dia menderita osteoporosis sebelum terjadi fraktur karena penyakit osteoporosis berjalan tanpa gejala karenanya menemukan kasus secara dini sangat penting

P. PENUTUP

Pedoman ini disusun untuk menjadi acuan dalam penatalaksanaan kesehatan gigi dan mulut pada lansia. Dengan adanya pedoman ini pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada lansia bisa lebih diperhatikan terutama bila puskesmas tersebut sudah ramah lansia dan mempunyai pos dan kader untuk lansia.

Program lansia harus terlaksana secara terpadu dengan pelayanan kesehatan gigi dengan diterbitkannya pedoman ini.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

NILA FARID MOELOEK

FORMAT 1

INDEKS OSTEOPOROSIS UNTUK PEREMPUAN PASCAMENOPAUSE

Skor Risiko Tidak Terjadinya Osteoporosis Tulang Rahang (POSTUR-P)
(dapat diisi sendiri oleh pasien)

Faktor risiko	Kode	Bobot	Skor (kode x bobot)
Lama menopause			
>5 tahun	0		
≤5 tahun	1	17	
Usia			
≥60 tahun	0		
<60 tahun	1	10	
Indeks massa tubuh			
<25 kg/m ²	0		
≥25 kg/m ²	1	14	
Lama pajanan			
<11,5 menit	0		
≥11,5 menit	1	22	
Skor aktivitas			
<15	0		
≥15	1	20	
Riwayat minum pil KB			
Tidak pernah	0		
Ya, haid tidak teratur saat minum pil	0		
Ya, haid teratur saat minum pil	1	-12	
Jumlah skor			

Perkiraan keadaan tulang mandibula pasien sebagai berikut:

Jumlah skor -12 sampai dengan 29 osteoporosis tulang rahang

Jumlah skor 30 sampai dengan 46 osteopenia tulang rahang

Jumlah skor 47 sampai dengan 83 tulang rahang normal

FORMAT 2

INDEKS OSTEOPOROSIS UNTUK LAKI LAKI LANSIA

Faktor risiko	Kode	Bobot	Skor (kode x bobot)
Kadar Testoteron ≤300ng/dl	0		
kadar Testosteron > 300ng/dl	1	3	
Usia ≤ 70 tahun	0		
Usia > 70 tahun	1	2	
kadar Calcium ≤ 587,79mg/mg	0		
Kadar Calcium > 587,79mg/mg	1	3	
Mengunyah makanan konsistensi lunak	0		
Mengunyah makanan konsistensi lunak	1	1	
Asupan Vitamin ya	0		
Asupan Vitamin tidak	1	2	
Aktivitas fisik ≤ 60 menit/hr	0		
Aktifitas fisik > 60menit/hari	1	2	
Ada riwayat patah tulang	1		
Tanpa riwayat patah tulang	0	1	
Total Skor			

Skor 0-7 tulang normal

Skor >7 -14 risiko osteoporosis

Untuk pengisian kedua indeks ini dilengkapi dengan kuesioner terpisah yang dapat dengan mudah diisi untuk memperkirakan kadar testosterone, asupan kalsium, aktivitas fisik dan pajanan sinar matahari.

Apabila hasil penghitungan menunjukkan pasien berisiko menderita osteoporosis tulang rahang maka penanganan pasien osteoporosis tulang rahang perlu dirujuk pasien tersebut ke bagian kebidanan atau penyakit dalam agar dapat ditangani secara menyeluruh. Pada daerah yang tidak memiliki sarana diagnostik osteoporosis, tetapi memiliki sarana radiologi kedokteran gigi, dokter gigi dapat membantu memperkirakan osteoporosis tulang lainnya melalui pemeriksaan osteoporosis tulang rahang, kemudian merujuk pasien tersebut ke dokter umum /dokter spesialis penyakit dalam/ dokter spesialis kebidanan untuk penanganan lebih lanjut. Pada akhirnya diharapkan kejadian fraktur akan berkurang.

FORMAT 3

INDEKS KEHILANGAN GIGI PADA LANSIA

Variabel	Kode	Bobot	Skor (kode x bobot)
Diabetes			
- Ya	1	1	
- Tidak	0		
Dimentia			
- Ya	1	2	
- Tidak	0		
Perilaku			
- Buruk	1	1	
- Baik	0		
Kehilangan Perlekatan gingiva			
- Buruk	1	3	
- Sedang	1	3	
- Baik	0		
Jumlah skor : 0-10			
Kesimpulan :			
<input type="checkbox"/> Risiko kehilangan gigi kurang dari 12 (< 4)		<input type="checkbox"/> Risiko kehilangan gigi Lebih dari 12 (≥4)	

Format 4

"SENAM RONGGA MULUT"

Untuk hidup usia lanjut yang sehat!

Untuk dapat menjalani hidup berkualitas, setiap individu memiliki kebutuhan untuk dapat berkomunikasi dengan baik bersama teman dan keluarga, dapat menikmati makanan sehari-hari, dan lain sebagainya. Akan tetapi sangat disayangkan pada keadaan lanjut usia banyak individu yang mengalami penurunan fungsi otot-otot wajah dan rongga mulut. Keadaan ini mengakibatkan; menurunnya fleksibilitas ekspresi wajah, kesulitan berbicara, kesulitan menelan, mulut kering, gangguan pengucapan, atau makanan tetap tersisa dalam rongga mulut pasca penelanian. Senam rongga mulut ini dapat menjadi solusi atau tindakan pencegahan terhadap kondisi-kondisi seperti di atas.

Untuk para lansia dengan keterbatasan gerak, maka harus dibantu oleh keluarga atau perawat. Frekuensi latihan yang tercantum dalam latihan ini berdasarkan estimasi yang ideal, akan tetapi dapat disesuaikan dengan kemampuan masing2 individu.

Hak Cipta:
1. Kitahara Minoru (Chiyasaki City dentist)
2. Chiyoko Hakuta (Dental hygienist)
3. Satomi Nagashima (Illustrator)

Senam rongga mulut terdiri dari 3 gerak latihan:
1. Latihan otot-otot wajah
2. Latihan gerak lidah
3. Pijat kelenjar air liur
Ketiga tipe latihan ini dapat menstimulasi saraf otot-otot wajah dan rongga mulut. Dengan meningkatnya fungsi motorik rongga mulut, produksi air liur juga akan meningkat

Apabila anda merasa mengalami penurunan fungsi rongga mulut, cobalah lakukan gerakan latihan senam rongga mulut 1-2-3

1

Bangun setiap pagi dengan segar dan senyum yang sehat

LATIHAN OTOT-OTOT WAJAH



Manfaat untuk kesehatan :

Latihan untuk otot-otot bibir, pipi, dan wajah memberikan stimulasi moderat yang baik pada otak, otot, dan saraf, sehingga individu memiliki kemampuan membuat ekspresi wajah yang fleksibel. Pada individu dengan paralisis wajah latihan otot rutin ini dapat meningkatkan kemampuan aktifitas otot.

Waktu yang direkomendasikan:

Dapat menikmati makanan dengan lebih baik

PIJAT KELENJAR AIR LIUR



Manfaat untuk kesehatan :

Stimulasi kelenjar air liur besar (Kelenjar parotis, submandibularis, dan sublingualis) dapat meningkatkan produksi air liur. Banyak produksi air liur dapat mencegah mulut kering, rongga mulut menjadi lebih bersih, dan membantu pemulihan luka atau sariawan dalam rongga mulut

Waktu yang direkomendasikan:
Waktu latihan yang direkomendasikan adalah sebelum makan. Dengan banyaknya produksi air liur membuat lebih mudah menelan makanan, dan memiliki kemampuan untuk dapat mengkonsumsi varian makanan yang lebih luas

3

PROSEDUR LATIHAN

Tiap fase (1-3) pada tip sesi membutuhkan waktu 1-3 relaks dan atur nafas, lalu ulangi sesi ini 3 kali



- 1 Atur nafas
- 2 Tarik bibir ke samping
- 3 Gerakkan pipi ke arah atas
- 4 Tutup mata Anda rapat-rapat
- 5 Buka mulut dan semaksimal mungkin
- 6 Kembalikan ke posisi awal

Bagi Lansia yang membutuhkan bantuan

Bagi para lansia yang bagian atas tubuhnya sudah mengalami kelumpuhan, maka keluarga atau perawat dapat melakukan latihan ini dengan cara membanjir dan memijat bagian wajah. Apabila memungkinkan mereka sendiri untuk membantu koordinasi gerakan

PROSEDUR LATIHAN DAN PIJAT



- 1 Minta pasien untuk menutup kedua matanya
- 2 Pijat kelopak mata dengan gerak memutar menggunakan ujung jari
- 3 Cubit otot-otot di sisi (kanan, tengah, dan kiri) dengan ditunjuk dalam gerakan selama 10 kali

1. Cek posisi kelenjar air liur

Kelenjar parotid, submandibularis, dan sublingualis

Kelenjar submandibularis

Kelenjar parotid

2. Stimulasi kelenjar Parotid

3. Stimulasi kelenjar Submandibularis

4. Stimulasi kelenjar Sublingualis

5. Setelah memeriksa letak kelenjar air liur lakukan latihan 1-3 dan ulangi 2-3 kali

6. Dengan kedua ibu jari sejajar, tekan area di bawah lidah ke arah atas dengan kuat (ulangi 10 kali)

7. Letakkan 4 jari di area pipi dekat gigi geraham belakang, pijat kelenjar secara perlahan dari belakang ke depan dengan gerakan memutar (ulangi 10 kali)

8. Letakkan kedua ibu jari di bagian dalam batas tulang rahang dan pijat perlahan ke arah atas

9. Tekan perlahan 5 titik (seperti dalam gambar), mulai dari bawah telinga hingga dagu (ulangi tiap poin 5 kali)

10. Untuk yang memiliki kelemahan dalam menelan

11. Latihan leher:

Gerakan leher anda perlahan-lahan ke kiri dan ke kanan (ulangi 5 kali)

12. Latihan bahu:

Gerakan bahu ke atas dan ke bawah beberapa kali (ulangi 10 kali)

13. Latihan menelan:

Dalam keadaan rileks, lakukan dua kali gerakan menelan

LAMPIRAN V
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 89 TAHUN 2015
TENTANG
UPAYA KESEHATAN GIGI DAN MULUT

PELAYANAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT
PENYANDANG DISABILITAS

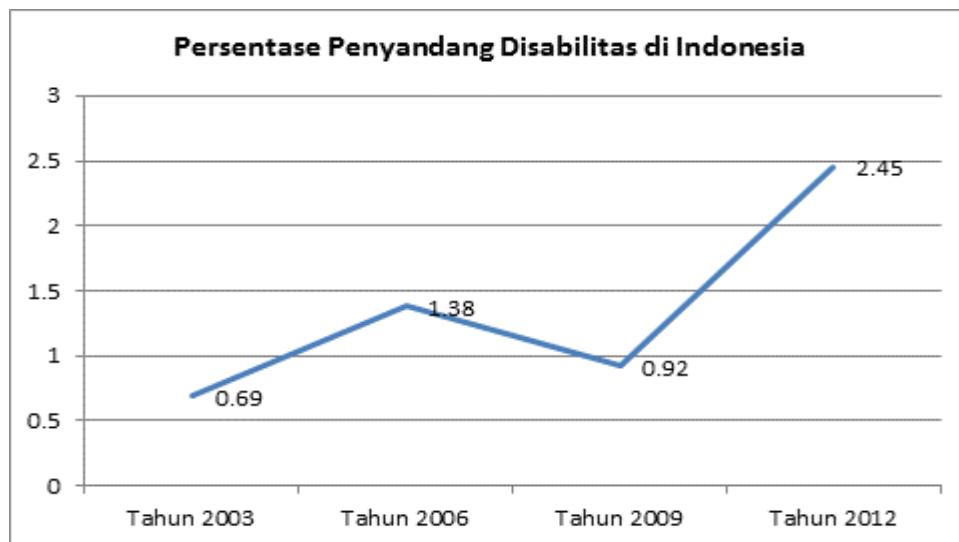
Q. PENDAHULUAN

A.1. SITUASI PENYANDANG DISABILITAS DI INDONESIA

Indonesia sampai saat ini belum memiliki data penyandang disabilitas yang mutakhir dan akurat, namun demikian Badan Pusat Statistik (BPS) dan kementerian/lembaga lain yang berkepentingan, seperti Kementerian Sosial, Kementerian Pendidikan dan Kementerian Kesehatan telah melakukan beberapa survei yang sayangnya data yang dihasilkan memiliki konsep tentang disabilitas yang berbeda beda. Hal tersebut timbul disebabkan berbedanya tujuan dan kebutuhan pada masing-masing kementerian.

Susenas tahun 1998, 2000, 2003 dan 2009 menggunakan istilah kecacatan dengan definisi kecacatan adalah hilangnya atau abnormalitas dari fungsi atau struktur anatomi, psikologi maupun fisiologi. Pendekatan pengukuran disabilitas berbeda dengan Susenas 2012, yang mendefinisikan disabilitas sebagai ketidakmampuan melaksanakan sesuatu aktivitas atau kegiatan tertentu. Oleh sebab itu Susenas 2012 mendapatkan penduduk Indonesia yang menyandang disabilitas sebesar 2,45% (berjumlah 6.047.008 penduduk). Persentase tersebut apabila dibandingkan dengan persentase dari Susenas 2003 (0,69%), 2006 (1,38%) dan 2009 (0,92%) maka didapatkan angka persentase penyandang disabilitas yang meningkat.

Tabel 1. Peningkatan Persentase Penyandang Disabilitas dari tahun 2003- 2012



Sumber: Susenas 2003, 2006, 2009 dan 2012

Data Sensus Penduduk tahun 2010 mendapatkan 10.600.000 jiwa (4,45%) penduduk yang masuk dalam kategori penyandang disabilitas dari jumlah penduduk Indonesia sebanyak 237.641.326 jiwa atau 4,45%. Hasil Sensus 2010 tersebut masih dikatakan lebih rendah dari angka perkiraan PBB yang memperkirakan jumlah penyandang disabilitas di setiap negara diprediksi mencapai 15% dari jumlah penduduknya atau apabila Indonesia jumlah penduduknya sebesar 237.641.326 jiwa (2010) maka menurut perkiraan PBB jumlah penyandang disabilitas di Indonesia menjadi setara dengan 35 juta jiwa.

Berapapun besaran persentase penyandang disabilitas, masalah kesehatan merupakan masalah utama yang ditemui pada penyandang disabilitas tersebut. Masalah kesehatan meliputi juga masalah kesehatan gigi dan mulut. Pada umumnya penyandang disabilitas mempunyai kesehatan dan kebersihan gigi dan mulut yang lebih buruk dibandingkan dengan individu normal. Sejauh ini penyandang disabilitas belum mendapat perhatian dalam hal kesehatan gigi dan mulutnya. Hambatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut penyandang disabilitas mencakup kendala tenaga profesi kesehatan gigi yang terampil, ada/tidak adanya akses ke pelayanan kesehatan gigi, dan minimnya informasi kesehatan gigi dan mulut bagi penyandang disabilitas. Disamping belum memadainya dukungan pemerintah, seperti, belum tersedianya fasilitas kesehatan

khusus bagi penyandang disabilitas di Puskesmas atau Rumah Sakit dan kesadaran masyarakat masih rendah akan pentingnya kesehatan gigi dan mulut bagi penyandang disabilitas, juga masalah biaya perawatan yang cukup mahal.

Oleh sebab itu pelayanan kesehatan gigi dan mulut harus dilaksanakan berdasarkan perubahan, penyimpangan atau keadaan tidak optimalnya fungsi sistem stomatognatik sebagai akibat interaksi dengan lingkungan dan pengaruh faktor genetik dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang merupakan upaya meminimalkan dampak dengan pencegahan dan pengobatan penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan dengan pendekatan siklus hidup (life cycle). Pelayanan kesehatan gigi dan mulut dengan pendekatan siklus hidup artinya dimulai dari masa janin dalam kandungan, bayi, balita, anak prasekolah, anak sekolah, remaja hingga lanjut usia, dan yang memerlukan penanganan khusus, yaitu kelompok penyandang disabilitas.

Di dalam Pasal 5 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dinyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya dan pelayanan di bidang kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau yang diperlukan bagi dirinya. Hal ini juga termasuk bagi penyandang disabilitas. Menjawab tuntutan masyarakat khususnya pelayanan kesehatan gigi dan mulut bagi penyandang disabilitas, maka perlu disusun Pedoman Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut bagi penyandang disabilitas.

A.2. TUJUAN

1. Tujuan umum:

Sebagai acuan tenaga kesehatan gigi dalam memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada penyandang disabilitas dan edukasi kepada orang tua dalam melakukan pemeliharaan kesehatan gigi pada anak penyandang disabilitas.

2. Tujuan khusus:

- a. Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan gigi-mulut penyandang disabilitas.

- b. Meningkatkan peran tenaga kesehatan dalam membantu orang tua untuk mendapatkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut penyandang disabilitas.
- c. Meningkatkan peran tenaga kesehatan dalam membimbing orang tua untuk melatih kemandirian dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut penyandang disabilitas

A.3. SASARAN

1. Sasaran langsung:

Tenaga kesehatan gigi dan mulut yang menangani pelayanan kesehatan gigi dan mulut penyandang disabilitas (dokter gigi/dokter gigi spesialis dan terapis gigi dan mulut).

2. Sasaran tidak langsung:

- a. Penyandang disabilitas
- b. Keluarga terutama Orang tua / pengasuh / caregiver/pendidik SLB penyandang disabilitas
- c. Institusi / organisasi sosial peduli penyandang disabilitas

A.4. RUANG LINGKUP

Populasi penyandang disabilitas mulai dari disabilitas ringan hingga berat. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut dengan pendekatan siklus hidup artinya dimulai dari masa janin dalam kandungan, bayi, balita, anak prasekolah anak sekolah, remaja hingga lanjut usia. Oleh karena itu ruang lingkup aksesnya harus dimulai dari di fasilitas kesehatan tingkat pertama hingga penanganan yang lebih kompleks di rumah sakit. Penanganan fasilitas tingkat pertama dapat dilakukan di Puskesmas, praktik mandiri atau di sekolah/institusi khusus yang dilakukan oleh tim yang telah mendapatkan pelatihan tambahan tentang pelayanan kesehatan gigi mulut bagi penyandang disabilitas. Pada kasus disabilitas berat dilakukan rujukan ke rumah sakit yang ditangani oleh suatu tim yang kompeten, mencakup interdisiplin atau multidisiplin.

B. PENGERTIAN

1. Penyandang disabilitas adalah individu yang mempunyai kelainan fisik dan atau mental yang dapat mengganggu atau merupakan rintangan dan hambatan baginya untuk melakukan kegiatan secara selayaknya; yang terdiri dari penyandang disabilitas fisik, penyandang disabilitas mental; penyandang disabilitas fisik dan mental.
2. Penyandang disabilitas fisik adalah individu yang mempunyai kelainan fisik yang mengakibatkan gangguan pada fungsi tubuh antara lain gerak tubuh, penglihatan, pendengaran, kemampuan bicara dan penyakit kronis (kusta, TBC, diabetes, hipertensi, stroke).
3. Penyandang disabilitas mental/intelektual adalah individu yang mempunyai kelainan mental/intelektual dan atau perilaku, yang dapat disebabkan faktor bawaan atau penyakit yang didapat, atau karena mengalami gangguan jiwa karena faktor organ biologis maupun fungsional yang mengakibatkan perubahan dalam alam pikiran, alam perasaan dan perbuatan sehingga memiliki masalah dalam interaksi sosial.

R. IDENTIFIKASI DAN KARAKTERISTIK KESEHATAN GIGI DAN MULUT PENYANDANG DISABILITAS

Penyandang Disabilitas dinyatakan sebagai orang yang mengalami hambatan fisik dan/atau mental sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangannya secara wajar yang memerlukan penanganan secara khusus (UU No. 19 Tahun 2011 Tentang Pengesahan Hak-Hak Penyandang Disabilitas) karena keterbatasan medis, sosial, psikososial atau fisik mulai dari yang ringan hingga berat, diperlukan perawatan dengan modifikasi dan pendekatan khusus. Selanjutnya penyandang disabilitas di kelompokkan dalam disabilitas fisik dan disabilitas mental/intelektual.

B.1. DISABILITAS FISIK**B.1.1. Gangguan Indra****a. Tunarungu dan gangguan pendengaran**

Penderita dengan gangguan pendengaran mengakibatkan gangguan komunikasi yang dapat

menimbulkan rasa takut tidak dapat mengerti pembicaraan. Tenaga profesional kesehatan mengantipasi dengan:

1. Menggunakan bahasa isyarat /nonverbal: gambar, *Tell-Show-Do*
2. Verbal dilakukan secara berhadapan dengan penderita, sama tinggi/*eye level* agar dapat membaca isyarat (*lip reading*).
3. Penterjemah.
4. Penutup mulut harus dibuka saat berkomunikasi.
5. Radio atau TV, *suction*, *saliva ejector* dimatikan saat berkomunikasi.

Perihal yang harus diperhatikan dalam melakukan perawatan kesehatan gigi dan mulut, adalah sebagai berikut:

1. Penyuluhan dilakukan dengan demonstrasi menggunakan cermin, model, gambar, dan tulisan. Gunakan *disclosing solution* untuk meningkatkan kebersihan gigi dari plak.
2. Lepaskan alat bantu dengar, karena suara dan getaran bor dapat mengganggu penderita sehingga tidak kooperatif.

b. Tunanetra dan Gangguan Penglihatan

Gangguan penglihatan bisa bervariasi dari buta total, keterbatasan penglihatan dalam jarak, ukuran, warna, bentuk. Komunikasi yang umum digunakan, seperti:

1. Komunikasi verbal dengan teknik *Tell- Feel – Do*.
2. Nada suara yang normal, jelas dan singkat.
3. Sensitif terhadap sentuhan.

Perihal yang harus diperhatikan dalam melakukan perawatan kesehatan gigi dan mulut adalah sebagai berikut:

1. Jelaskan pada penderita sebelum melakukan pemeriksaan dengan cara *tell-feel-do*. Karena

meningkatnya sensasi sentuhan/rasa, jika operator akan memeriksa, penderita terlebih dahulu diberitahu agar tidak terkejut dan menimbulkan rasa takut dan cemas.

Contoh: "saya akan memasukkan kaca mulut dalam mulut anda, untuk memeriksa rongga mulut, ada rasa dingin dari kaca mulut, dan saya harus menarik bibir anda dan meraba dst. Sebelum melakukan beri kesempatan pasien untuk meraba kaca mulut.

2. Penderita bisa sensitif terhadap sinar yang terang, hindari lampu yang mengenai bagian mata, atau dapat juga diberi kaca mata hitam untuk mengurangi rangsangan terhadap sinar. Hindari meninggalkan pasien tanpa memberi tahu terlebih dahulu, karena harus selalu ada orang lain di sekitarnya.
3. Bila menuntun penderita hindari untuk mendorong ke arah tujuan, sebaiknya mengulurkan tangan dan menuntunnya. Bila ada hambatan karena perbedaan tinggi lantai sebaiknya jelaskan kepada penderita. Penderita akan mengikuti yang menuntunnya.
4. Rencana perawatan gigi dan mulut harus disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan penderita.
5. Tindakan menjaga kebersihan rongga mulut dan perubahan kondisi rongga mulut dapat menimbulkan dan meningkatkan rasa cemas.

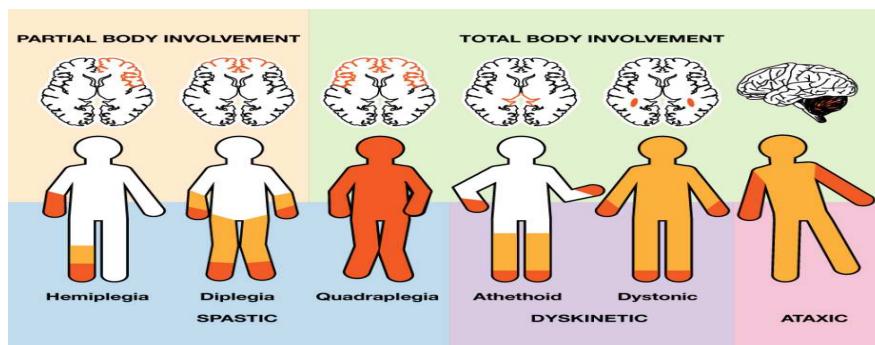
B.1.2. Gangguan perkembangan syaraf motorik (*Neuromuscular Developmental disorder*).

a. Palsi Serebral / *Cerebral Palsy*

Merupakan gangguan neuromuskular yang nonprogresif akibat adanya kerusakan otak yang ireversibel. Kerusakan pada daerah motoris serebrum, korteks, basal ganglia, serebelum. Terjadinya gerakan tubuh yang tidak terkontrol dan hilangnya koordinasi otot motorik atau keseimbangan tubuh terganggu tergantung pada lokasi kerusakan.

Palsi Serebral secara umum dikelompokan ada 4 jenis seperti berikut:

1. Spastik (tipe kaku-kaku) dialami saat penderita terlalu lemah atau terlalu kaku. Jenis ini adalah jenis yang paling sering muncul. Sekitar 65 % penderita Palsi serebral masuk dalam tipe ini.
2. Diskenetik / Atetoid terjadi dimana penderita tidak bisa mengontrol gerak ototnya, biasanya mereka punya gerakan atau posisi tubuh yang aneh.
3. Ataksia / Hipotoik terjadi pada anak dengan otot-otot yang sangat lemah sehingga seluruh tubuh selalu terkulai. Biasanya berkembang menjadi spastik atau atetoid.
4. Kombinasi adalah campuran spastik dan atetoid.



Gambar 1 Kelompok Palsi Serebral Spastic, Dyskenetic, Ataxic.

Palsi serebral juga bisa berkombinasi dengan dengan epilepsi, disabilitas indra, gangguan emosi dan disabilitas

intelektual, gangguan komunikasi atau gangguan menelan dan refleks rongga mulut.

Keadaan rongga mulut Palsi serebral:

- Periodontitis dan hiperтроfi gingiva akibat obat-obatan.
- Maloklusi klas 2 dengan gigitan terbuka
- Bruxism
- Karies
- Hipoplasia email, fraktur gigi
- Kelainan TMJ
- Kebersihan rongga mulut buruk
- Meningkatnya produksi saliva dari kelenjar parotis
- Ngeces/*drooling*

Perihal yang harus diperhatikan dalam melakukan perawatan kesehatan gigi dan mulut, sebagai berikut:

1. Perawatan kuratif dan preventif dapat dilakukan secara rutin di ruang praktik dokter gigi tanpa modifikasi.
2. Gangguan ekstremitas bagian atas, pembersihan rongga mulut oleh penderita menjadi sulit, penggunaan gigi tiruan akan mempersulit pemakaian dan harus dilepas.
3. Gigi tiruan kontra indikasi bila ada *bruxism*.
4. Mahkota dari metal lebih baik dari porcelan yang lebih mudah rusak apabila ada *bruxism* atau trauma.
5. Estetik gunakan akrilik karena mudah direparasi.
6. Restrain/pengekang digunakan untuk mencegah gerakan-gerakan yang tidak dikehendaki yang dapat mengakibatkan cedera baik bagi pasien maupun dokter yang merawat.
7. Perubahan posisi kursi unit pelahan-lahan, jangan mendadak karena akan mengakibatkan *spastic* pada otot.
8. Pencegahan harus ditekankan dan modifikasi gagang sikat disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan pasien.

9. *Sealant* sangat penting bila *fissure* dalam, jika ada *bruxism sealant* kontra indikasi.
10. Aplikasi topikal dengan Fluor dan *chlorhexidine gluconate* untuk mencegah penyakit rongga mulut. Apabila tidak bisa berkumur gunakan sikat, kassa atau handuk dan oleskan dipermukaan gigi dan jaringan lunak.
11. Gigi dengan hipoplasia email sangat sensitif dan mudah terjadi karies, sebaiknya diberi lapisan resin komposit.
12. Pasien palsi serebral yang juga menderita disabilitas intelektual, modifikasi perawatan dan preventif disesuaikan dengan kognitif dan juga disabilitas fisiknya.

b. Epilepsi

Cedera organ di otak mengakibatkan adanya gangguan aktivitas elektrik yang abnormal, dengan karakteristik manifestasinya: hilang kesadaran, gejala psikis sensoris, kehilangan kontrol otot. Seperti:

1. *Simple partial Epilepsy*: Tidak mengakibatkan kehilangan kesadaran.
2. *Petit Mal* /epilepsi ringan: Kehilangan kesadaran dalam waktu yang pendek, beberapa detik atau menyilangkan kaki atau bagian tubuh (*twitching*).
3. *Grand Mal*: Bisa terjadi kehilangan kesadaran 2-5 menit, otot akan kejang, *incontinence*, melukai diri sendiri /*self mutilation*.
4. Keadaan gawat darurat jika dijumpai kejang lebih dari 10 menit. Kondisi ini memerlukan medikasi segera, menjaga jalan pernafasan, pemberian diazepam Intravena atau barbiturat, dan segera dibawa ke rumah sakit untuk mendapat pertolongan lebih lanjut. Jangan memasukkan apapun di antara gigi penderita.

Epilepsi dapat terjadi bersamaan dengan Palsi Serebral, Sindroma Down, Disabilitas Intelektual dan

beberapa penyakit psikis. Pengobatan yang diberikan untuk mencegah terjadinya kejang antara lain:

1. Phenytoin (Dilantin),
2. Carbamazepine (Tegreto),
3. Valporic acid (Depakene).
4. Clonazepam (Klonopin).

Efek samping dari pengobatan anti kejang: meningkatkan perdarahan, *drowsiness*, hilangnya koordinasi, menurunnya kemampuan komunikasi, gangguan belajar dan emosi.

Keadaan rongga mulut penderita epilepsi:

- Peradangan gusi
- Hiperplasi /pembengkakan gusi akibat obat-obatan anti kejang.
- Maloklusi dan cedera gigi.
- Displasia gigi sulung dan gigi tetap akibat Dilantin.
- Gangguan estetik gigi depan akibat hiperplasi gusi
- Efek samping obat anti kejang dalam rongga mulut, mudah terjadinya luka pada jaringan lunak, ulserasi dan xerostomia.

Perihal yang harus diperhatikan dalam melakukan perawatan kesehatan gigi dan mulut.

1. Sebelum membuat rencana perawatan, perlu diketahui sebagai berikut:
 - a. Jenis kejang yang sering terjadi.
 - b. Lama kejang.
 - c. Faktor yang dapat menimbulkan kejang.
 - d. Penanganan waktu kejang dan paska kejang.
2. Gigi tiruan kontra indikasi bagi penderita dengan epilepsi berat, akan menganggu jalan pernafasan saat terjadi kejang. Pasien epilepsi harus dilihat per individu untuk penggunaan gigi tiruan.
3. Keluarkan gigi tiruan bila ada tanda-tanda kejang.
4. Pencegahan dengan mengoptimalkan kebersihan rongga mulut, untuk mengurangi efek samping pengobatan yang mengakibatkan hiperplasi gingiva.

5. *Mouth guard* digunakan untuk mencegah trauma gigi.

B.1.3. Cerebrovascular Accident (CVA) / *Stroke*.

Akibat adanya perdarahan di otak terjadi gangguan indra, memori, kognitif dan emosi, serta gangguan motorik mengunyah dan menelan. *Stroke* biasanya kombinasi dengan tekanan darah tinggi dan diabetes. Kelompok ini merupakan penderita dengan ketergantungan medikasi (*medically compromise*).

Cardiac Vascular Accident (CVA) dapat mengakibatkan sebagai berikut:

- Kelumpuhan sebagian ekstrimitas.
- Gangguan komunikasi, apraxia (akibat *involuntary movement*) bisa berartikulasi kata tapi tidak jelas artinya. *Aphasia*, sulit menemukan kata-kata untuk mengekspresikan kehendak.
- Gerakan otot-otot yang terbatas mempengaruhi kemampuan kemandirian, kendala dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut.
- Melemahnya otot-otot fasial mengakibatkan gangguan pengunyahan dan akumulasi sisa makanan dalam rongga mulut (*dysarthry*).
- Gangguan otot oropharynx dan sensorik mengakibatkan kesulitan menelan (*dysphagy*).
- Kebersihan rongga mulut buruk, merupakan risiko meningkatnya karies dan kelainan periodontal.

Perihal yang harus diperhatikan dalam melakukan perawatan kesehatan gigi dan mulut.

- a. Konsultasi dengan dokter yang merawat untuk tindakan yang mengakibatkan perdarahan, penggunaan antikoagulan harus dihentikan sesuai petunjuk dokter.
- b. Prosedur perawatan harus disesuaikan dengan kondisi pasien, mengingat adanya keterbatasan fisik.
- c. Gangguan bicara, gangguan artikulasi mengakibatkan kurang jelas kata-kata yang diucapkan

- d. Dudukkan pasien dengan posisi tegak untuk menghindari/ mencegah aspirasi akibat melemahnya otot-otot nasopharyng.
- e. Gunakan *suction* saliva.
- f. Gigi tiruan harus disesuaikan dengan kondisi rongga mulut dimana bagian terkena otot-ototnya melemah, bibir, pipi, lidah dan perlu latihan agar otot-otot tidak terjadi distrofi. Terapi rehabilitasi untuk menjaga fungsi rahang yang mengalami deviasi mandibula saat tutup mulut.
- g. Pembersihan rongga mulut harus disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan penderita.

B.1.4. Arthritis

Penderita dengan rheumatoid arthritis atau osteoarthritis dapat mengakibatkan disabilitas karena satu atau multipel sendi mengalami inflamasi dan proses degeneratif.

- a. Keterbatasan mobilitas dan gerakan menyebabkan kemampuan untuk membersihkan rongga mulut terbatas, sehingga perlu mendapat perhatian pemeliharaan higiene rongga mulut secara rutin.
- b. Sendi rahang temporo mandibula jika terkena arthritis, dijumpai keterbatasan membuka mulut maka perlu penanganan konservatif seperti fisioterapi *heat treatment*, *exercise*, obat anti inflamasi, atau analgesia, hingga operasi serta rehabilitasi prostodonsi.
- c. Arthritis progresif perlu pemeriksaan secara rutin karena berlangsungnya perubahan hubungan antar oklusal yang kontinu.
- d. Pasien rheumatoid arthritis pada umumnya menderita Sindroma Sjogren, yang mengakibatkan aktivitas kelenjar saliva berkurang.
- e. Gejala klinis pada umumnya rasa kering dalam mulut. Hal ini perlu mendapat perhatian dari dokter gigi untuk memeriksa secara rutin, antara lain aplikasi fluor, dan memberi pengganti saliva.

Perihal yang harus diperhatikan dalam melakukan perawatan kesehatan gigi dan mulut.

- a. Pada penderita yang mengalami kerusakan *cervical spine* saat duduk dikursi gigi agar diberi ekstra bantalan kecil pada sandaran kepala.
- b. Efek samping dari pengobatan harus mendapat perhatian khusus, obat antiinflamasi dan steroid mengakibatkan ulkus mukosa, anemia, perdarahan, penyembuhan lambat.
- c. Pengobatan menggunakan steroid mengurangi stress individu seperti pencabutan.
- d. Gangguan degeneratif sistem neuromuskuler

Kelainan ini mencakup *Multiple Scelosis* (MS), *Amyotrophic Lateral Sclerosis* (ALS), *Muscular Distrophy* (MD), dan Penyakit Parkinson. MS, ALS dan MD pada umumnya memiliki disabilitas ganda dan terjadi disfungsi sekunder atau tambahan akibat medikasi.

Penyakit Parkinson terjadi karena adanya degenerasi dalam otak, terutama dalam substantia nigra, dapat disebabkan oleh arteriosklerosis yang melibatkan substantia nigra di daerah otak. Sifat penyakit ini progresif lambat yang berkembang, umumnya dijumpai antara usia 40 sampai 65 tahun.

Gejala penyakit Parkinson yaitu tremor terutama saat istirahat (*rest tremor*), kekakuan otot (*stiffness / muscle cramp*), lemah dalam memulai gerakan (*Bradykinesia*), berjalan tak stabil (*postural instability*), wajah tanpa ekspresi, penurunan keterampilan, depresi, cemas, *drolling*, gangguan tidur, dan urinasi malam hari. Kondisi keadaan rongga mulut penderita pada umumnya, sebagai berikut:

- Otot wajah melemah.
- Kebersihan rongga mulut buruk akibat ketidak mampuan mandiri dan ketergantungan pada orang lain untuk pembersihan rongga mulut atau tubuhnya.
- Terjadinya karies meningkat
- Potensi meningkatnya penyakit periodontal.

- Maloklusi, akibat dari melemahnya fungsi otot wajah serta lidah.
- Keadaan gigitan terbuka di anterior atau posterior mengakibatkan berkurangnya fungsi rongga mulut.
- Menurunnya refleks rongga mulut, sehingga mengganggu penelan dan mudah terjadi aspirasi.

Perihal yang harus diperhatikan dalam melakukan perawatan kesehatan gigi dan mulut, sebagai berikut:

- a. Keterbatasan kemampuan untuk mandiri dan akibat dari pengobatan mempengaruhi kebersihan dan kesehatan gigi dan mulut.
- b. Perawatan gigi dan mulut harus memperhatikan medikasi dan kondisi penderita.
- c. Modifikasi perawatan dan posisi penderita selama perawatan harus disesuaikan dengan kursi roda yang digunakan atau bantalannya.
- d. Mendudukan penderita dalam posisi 30-45 derajat atau *semi recline* menghindari *full supine position* untuk menjaga jalan pernafasan.
- e. Penderita ini menunjukkan refleks otot-otot tubuh yang menurun dan akan hilang sehingga terjadi kelumpuhan.
- f. Mengingat sulitnya perawatan penderita ini, maka penting sekali upaya pencegahan sehari-hari melalui pemeliharaan kebersihan rongga mulut yang optimal.
- g. Penggunaan gigi tiruan jembatan, dan yang sulit pemasangannya sebaiknya dihindari.
- h. Untuk pasien Parkinson, dokter gigi harus mengetahui dengan pasti gejala yang ada pada pasien Parkinson.

B.2. DISABILITAS MENTAL (DISABILITAS INTELEKTUAL)

B.2.1. Gangguan Pertumbuhan & Perkembangan (*Developmental disabilities*)

- a. Tunagrahita

Tunagrahita ditandai dengan ciri utama terhambatnya kognitif mencakup kemampuan intelektual, IQ di bawah rata-rata, dan adanya ketidakcakapan dalam berinteraksi sosial

disertai ketidakmampuan dalam penyesuaian perilaku dan terjadi pada masa perkembangan (Grossman et al. Kirk dan Gallagher, 1979:104).

1. Adanya keterbatasan intelejensi mempengaruhi kemampuan mempelajari informasi, keterampilan, berfikir abstrak, kreatif, dan tidak dapat menyesuaikan dengan keadaan yang baru.
2. Keterbatasan kemampuan sosial dalam mengurus diri sendiri, tidak mandiri, memerlukan orang lain untuk membantu menjalankan kehidupan sehari-hari.
3. Disabilitas intelektual dapat berasosiasi dengan penyakit kongenital, terutama epilepsi dan anomali jantung.

Kategori Tunagrahita dikelompokan sebagai berikut:

1. Ringan: IQ 50-69; disebut mampu didik
2. Sedang: IQ 35-49; disebut mampu latih
3. Berat: IQ 20-34; individu akan tergantung terus pada orang lain dalam memenuhi kebutuhan sehari-harinya
4. Sangat berat: IQ < 20

Penyakit rongga mulut tidak ada yang khas, jika dibandingkan dengan individu sehat dijumpai:

1. Meningkatnya frekuensi karies dan kelainan periodontal karena kurangnya kebersihan rongga mulut dan kebiasaan diet yang kurang baik.
2. Maloklusi.
3. Defek email.
4. Hiperplasia gingiva, terutama pada pasien epilepsi yang minum obat dilantin.
5. Kebiasaan oral *tongue thrusting*.
6. *Pica* yaitu kebiasaan makan makanan yang bukan makanan seperti pasir, kertas dan lainnya.
7. *Clenching*
8. *Bruxism*.

9. *Drooling/ngeces.*
10. Perilaku melukai diri sendiri / *self mutilation*.
11. Trauma dan cedera.

Manajemen untuk perawatan bagi tunagrahita:

1. Informasi kesehatan umum pasien diperoleh dari orang tua atau keluarga yang mengasuh.
2. Perhatikan cara berkomunikasi, apa yang disukai, tidak disukai dan cara mengatasi rasa takut.

Untuk golongan ringan dan sedang, instruksi pembersihan rongga mulut dilakukan dengan metode sebagai berikut:

1. Komunikasi dilakukan dengan singkat dan jelas menggunakan bahasa yang sederhana, sediakan waktu untuk memberi informasi/jangan tergesa-gesa.
2. Tidak perlu menerangkan asal usul penyakit, cukup dengan informasi kebersihan gigi dan mulut yang kurang
3. Lakukan aktivitas pembersihan gigi dan mulut, hindari menerangkan soal konsep, yang penting *encourage consistency*
4. Gunakan teknik *Tell-Show-Do*
5. Berikan positive *reinforcement*, secara verbal berulang-ulang

Golongan yang berat dilakukan dengan sederhana:

1. Terangkan secara singkat dan sederhana, dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti.
2. Ulangi beberapa kali instruksi dan lakukan latihan pembersihan rongga mulut berulang-ulang
3. Lebih sering menggunakan *positive reinforcement*

Perihal yang harus diperhatikan dalam melakukan perawatan kesehatan gigi dan mulut.

1. Sedapat mungkin penderita harus dilatih untuk dapat melakukan sendiri pembersihan rongga mulut.
 2. *Reinforcement* sangat penting bagi keluarga dan pengasuh untuk menjaga kebersihan rongga mulut. Modifikasi untuk *home care* apabila diperlukan.
 3. Perawatan kuratif dan periodontal secara rutin.
 4. Kontra indikasi bagi penderita dengan kebersihan mulut yang buruk untuk alat lepasan atau bedah periodontal.
 5. Kesulitan dalam memberi perawatan tergantung dari tingkat fungsi kognitif penderita.
 6. Preventif yang perlu mendapat perhatian khususnya diet dan nutrisi.
 7. Konsisten dengan team dokter dan ruangan praktik.
 8. Penggunaan restrain, sedasi atau anestesi umum bila perlu.
- b. Down Sindrom.

Terjadi gangguan jumlah chromosom 21, jumlahnya 3 (trisomi 21), mengakibatkan disabilitas intelektual dan bentuk tubuh yang spesifik. Gangguan pada perkembangan otak dan tubuh, biasanya lebih lambat dibandingkan individu normal. Rentang IQ berada diantara *mild* ke *profound*. Kemampuan bicara dan perkembangan motorik lambat.

Manifestasi klinik: Adanya gangguan perkembangan disemua sistem organ tubuh.

- Disabilitas Intelektual dan pertumbuhan terlambat.
- Gangguan indra pendengaran dan penglihatan.
- Kelainan kongenital jantung



Gambar 2 Wajah penyandang Down Sindrom usia 16 tahun

Gambaran fisik

- Wajah lebar, brahisefalik, mata sipit/slant upward eyes.
- Leher pendek, bentuk kuping kecil, rendah abnormal.
- Adanya bintik putih (whitespot) di iris mata
- Tonus otot dan ligamen lemah
- Tangan dan kaki lebar, jari pendek
- Telapak tangan menunjukkan *deep crease in the palm of the hand/* kulitnya mengkerut di telapak tangan



Gambar 3. telapak tangan penyandang Down Sindrom

Keadaan rongga mulut:

- Kelainan periodontal yang parah dengan yang terjadi sejak dini.
 - Prevalensi karies rendah.
 - Maloklusi dan erupsi gigi permanen terlambat
 - Hipoplasia bagian tengah wajah, mengakibatkan palatal tinggi dan dalam.
 - Kelainan bentuk gigi seperti peg shape, mikrodonsia, makroglosia
 - Tidak adanya gigi kongenital, hipodontia,.
 - Lidah dengan fissure yang dalam dan mempunyai kebiasaan jururkan lidah.
 - *Bruxism, clenching*, bernafas melalui mulut.
 - *Drolling* (ngeces) dan melukai diri sendiri.
- Perihal yang harus diperhatikan dalam melakukan perawatan kesehatan gigi dan mulut.

1. Obesitas dan bentuk tubuh yang pendek merupakan masalah dalam sedasi.
 2. *Atlanto-axial instability, cervical spine abnormal*, hati-hati dengan bagian leher saat mendudukan pasien.
 3. Kesulitan dalam mengontrol tubuh akibat adanya *hiperextensibility* dari sendi dan *ligament laxity*.
 4. Gangguan imunologi, sehingga mudah terkena infeksi dan inflamasi, menyebabkan perawatan periodontal dan operasi mudah terjadi komplikasi mempersulit menggunakan sedasi.
 5. Gangguan ISPA, bernafas melalui mulut, mempersulit penggunaan sedasi *nitro oxide*.
 6. Mudah terjadi leukemia, hepatitis.
 7. Kelainan jantung memerlukan premedikasi antibiotika sebelum perawatan.
 8. Pemeriksaan kesehatan gigi secara periodik, tergantung pada kemampuan menjaga kebersihan rongga mulut.
 9. *Mouth guard* bagi penderita bruxism, epilepsi dan melukai diri sendir/*self injury*, bila mungkin.
 10. Tidak ada kontra indikasi untuk alat lepasan dan cekat.
 11. Kontra indikasi untuk protesa cekat karena akar gigi pendek.
 12. Adanya *gag reflex*, memerlukan sedasi nitrous-oxide untuk perawatan gigi, bila pasien mampu bernafas dari hidung.
- c. Autisme/*Autism Spectrum Disorder* (ASD)

Autism spectrum disorder merupakan gangguan perkembangan syaraf yang parah, yang utama ditandai oleh kerusakan dalam interaksi sosial, komunikasi dan juga keterbatasan serta pola perilaku repetitif sepanjang hidup. Disamping itu dapat mengalami gangguan kognitif, motorik, emosi, persepsi sensoris.

ASD merupakan gangguan perkembangan dengan karakteristik:

1. Rendahnya kemampuan dalam kehidupan sosial,
2. Tidak mampu bermasyarakat, kurangnya hubungan interpersonal, gangguan bicara dan bahasa, mengulang kata-kata/*echolalia*.
3. Perilaku lain yang bisa menyertai, yaitu hiperaktif atau hipoaktif,
4. Tidak mampu berkonsentrasi lama, impulsif, agresif, tantrum.
5. Sensitif terhadap suara dan sinar.

Diagnosis autism ditegakkan berdasarkan tes klinik saja karena tidak ada test medik atau genetik. Keadaan rongga mulut:

- *Bruxism*.
- *Tongue thrusting*.
- *Self injury* (mengigit bibir, menusuk gusi) yang menyebabkan luka.
- Tidak suka mengunyah/*non nutritive chewing*
- Erosi gigi akibat dari regurgitasi.
- Kebersihan mulut yang kurang baik.
- Frekuensi karies sama seperti individu sehat
- Efek samping akibat pengobatan psikotropik yang sering diberikan, mulut kering/Xerostomia.
- Keadaan rongga mulut seperti disabilitas intelektual.
- Tidak terdapat kelainan rongga mulut yang spesifik.

Perihal yang harus diperhatikan dalam melakukan perawatan kesehatan gigi dan mulut.

1. Rentan terhadap karies gigi.
2. Rentan terhadap kelainan gingiva dan periodontal.
3. Modifikasi manajemen perilaku secara bertahap dengan desensitisasi.
4. Kontra indikasi untuk sedasi sadar nitrous-oxide, karena tidak mampu berkomunikasi.
5. Restrain dan bius umum digunakan untuk mendapatkan kualitas perawatan yang optimal serta

menjaga keselamatan pasien dan dokter gigi terhadap kemungkinan terjadinya cedera.

d. ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*)

Prinsip karakteristik ADHD adalah inatensi, hiperaktif dan impulsif, dengan 3 tipe pola perilaku: inatensi, hiperaktif impulsif dan kombinasi

ADHD dalam bahasa Indonesia disebut sebagai Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH), merupakan sekelompok kelainan mekanisme tertentu pada sistem syaraf pusat yang menyebabkan anak menjadi hiperaktif, tidak kenal lelah, tidak bisa beristirahat, berperilaku tidak sabar dan impulsif serta perhatian mudah beralih. Kelainan ini menyebabkan masalah belajar dan perilaku.

Perihal yang harus diperhatikan dalam melakukan perawatan kesehatan gigi dan mulut, yaitu hilangkan keadaan yang bisa mengalihkan perhatian (bunyi, gerakan-gerakan) saat perawatan gigi dan mulut.

B.2.2. Gangguan Jiwa /Psikiatri

a. Depresi berat

Ditandai dengan gangguan depresi yang berkepanjangan mengakibatkan hilangnya:

1. Sebagian atau keseluruhan aktivitas kehidupan sehari-hari, menyebabkan hilangnya nafsu makan sehingga berat badan turun, gangguan tidur (*insomnia*) dan berkurangnya tenaga.
2. Penderita kelihatan sedih dan merasa kurang berharga, bersalah, susah mengingat, gangguan konsentrasi.
3. Ada keinginan untuk mati atau bunuh diri. Tergantung *mood*, bisa berhalusinasi atau delusi.
4. Hal tersebut mengakibatkan higiene penderita kurang termasuk rongga mulut.

Medikasi yang umum diberikan bagi individu depresi berat:

1. Psikoterapi
2. Diet
3. *Electro convulsive therapy (ECT)*
4. Perbaikan pola tidur
5. Keadaan mulut sering menunjukkan efek samping dari medikasi

Keadaan Rongga mulut penderita dengan depresi berat:

1. Kebersihan rongga mulut buruk
2. Halitosis
3. Gangguan rasa terbakar pada mulut dan lidah
4. *Atypical facial pain*
5. Sakit dan disfungsi sendi temporomandibula
6. Karies Rampan
7. Penyakit periodontal berat
8. Xerostomia
9. Kehilangan banyak gigi
10. Gigi palsu yang tidak fit
11. Adanya rasa sakit dalam rongga mulut
12. Gizi dan nutrisi buruk

Perihal yang harus diperhatikan dalam melakukan perawatan kesehatan gigi dan mulut, sebagai berikut

1. Tidak mampu untuk menjaga sendiri kesehatan gigi dan mulut dan memelukan batuan orang lain, terutama yang depresi berat.
2. Penggunaan obat-obatan yang mempunyai efek samping, obat anti depressi dapat mengakibatkan reaksi pada system kardiovaskuler: hipotensi, takikardia, aritmia, infark miokardial, kelainan jantung.
3. Efek samping xerostomia.
4. Konsultasi dengan dokter yang merawat, sebelum menggunakan obat-obatan untuk mencegah terjadinya interaksi yang mengakibatkan gangguan pernafasan.

5. Penggunaan anaestesi lokal tanpa epinephrine atau neocobefrin, karena dapat mengakibatkan gangguan jantung dan tekanan darah.

- b. Gangguan Bipolar

Gangguan bipolar merupakan gangguan mental yang menyerang kondisi psikis dan ditandai dengan perubahan suasana hati yang mendadak secara ekstrim antara dua kutub (Bipolar) berayun (*swing mood*) yang ekstrim. Bisa merasa bahagia dan penuh antusias, tiba2 berubah buruk, sedih, depresif pesimis, putus asa hingga bunuh diri. Episode mania sering menyebabkan psikosis seperti delusi dan halusinasi datang dengan tiba-tiba dan bisa berlangsung 2 minggu hingga 5 bulan sedangkan episode depresif bisa berlangsung lebih lama.

Keadaan rongga mulut:

 - Luka pada gusi dan bagian servikal gigi akibat menyikat terlalu keras.
 - Pada saat depresif kebersihan mulut buruk, karies rampan, penyakit periodontal, *orofacial pain*

Pengobatan yang umum diberikan saat mania: lithium carnionate dan phenothiazine /neuroleptic yang mempunyai efek samping xerostomia dan stomatitis. Penggunaan antiinflamatory (NSAID) gangguan ginjal, penggunaan dalam waktu singkat dalam perawatan tidak mengakibatkan masalah, untuk waktu lama konsultasi dengan dokter yang merawat.

Penggunaan neuroleptik antidepresant dapat mengakibatkan fluktuasi tekanan darah, tidak dianjurkan untuk menggunakan sedatif bersamaan karena dapat mengakibatkan gangguan depresi pernafasan. Penggunaan dental anastesi lokal tidak melebihi 3 karpul epinephrine (1:100.000).

- c. Demensia

Istilah demensia untuk menjelaskan penurunan fungsional akibat adanya gangguan di otak. Hilangnya

kemampuan intelektual, aktivitas sosial, ingatan, disorientasi tempat dan waktu, mengakibatkan emosionalnya tak terkendali. Bila keadaan demensianya parah maka bisa terjadi *incontinence* dan tak mampu mengurus diri sendiri, *apraxias* (gangguan gerak).

Keadaan rongga mulut:

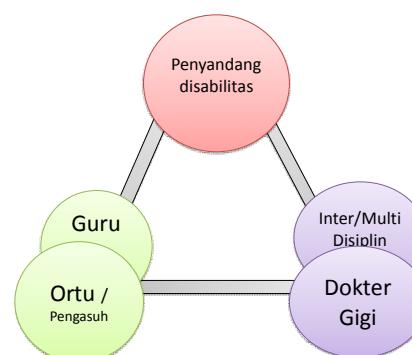
- Cedera pada maksofasial.
- Luka pada jaringan lunak oral karena trauma
- Kebersihan mulut buruk.
- Karies di mahkota dan akar gigi
- Fraktur gigi dan gigi tanggal.
- Kelainan periodontal.
- Atrisi, abrasi dan migrasi gigi yang tersisa.
- Disfungsi kelenjar liur.
- Atrofi di regio alveolar.

S. KOORDINASI DAN PENATALAKSANAAN PELAYANAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PENYANDANG DISABILITAS

13. PERTIMBANGAN UMUM

1.1. Koordinasi Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Mengingat kondisi penyandang disabilitas yang kompleks, pada pelayanan kesehatan gigi dan mulut penyandang disabilitas, perawatan dilakukan secara interdisiplin di bidang kedokteran gigi dan atau multidisiplin dengan melibatkan bidang yang terkait, sesuai dengan kondisi disabilitas.



Gambar 4. Hubungan komunikasi antara pasien penyandang disabilitas digambarkan sebagai modifikasi segitiga pedodontik, terdiri dari: tiga lingkaran: I. sebagai pusat perhatian, yaitu penyandang disabilitas,

II. orang tua/pengasuh dan guru, III. dokter gigi dan tim inter/multi disiplin.

Pada perawatan gigi dan mulut penyandang disabilitas diperlukan kerjasama antara dokter gigi dan tim inter atau multi disiplin/perawat, Orang tua/pengasuh dan pendidik/guru dan individu penyandang disabilitas. Mengingat keterbatasan kemampuan dari penyandang disabilitas maka keberhasilan perawatan dan pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut tergantung pada peran orang tua, pengasuh dan pendidik serta tenaga kesehatan: dokter gigi dan tim serta perawat. Orang tua, pengasuh dan pendidik/guru perlu memiliki pengetahuan dan keterampilan cara memelihara kesehatan gigi mulut penyandang disabilitas. Tim kesehatan gigi terdiri dari dokter gigi dan terapis gigi dan mulut yang terlatih dalam bidang *Special Dental Care*, memiliki sifat sabar, ada rasa empati dan dapat memberi perawatan yang berkualitas.

Pada saat akan dilakukan perawatan gigi perlu persiapan sebelumnya, yaitu melakukan koordinasi dengan orang tua/pengasuh/guru, dan koordinasi diantara anggota tim yang akan menangani perawatan. Pada penyandang disabilitas yang kompleks ditangani oleh suatu tim (*team work*) masing-masing bidang ilmu yang terkait dengan kondisi disabilitas anak. Masing-masing anggota tim bekerja sesuai dengan kompetensi yang dimilikinya. Tim berkoordinasi dan bekerja sama dengan dokter yang merawat individu penyandang disabilitas. Tim dokter harus memperhatikan kemampuan dan kondisi pasien, dan menerimanya dengan ramah. Lakukan perawatan dengan penuh empati, pengertian dan kesabaran. Perjanjian tepat waktu disesuaikan dengan keadaan pasien (jangan waktu pasien harus istirahat atau tidur) dan waktu perawatan singkat.

Dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut penyandang disabilitas, dokter gigi harus selalu bekerja sama dengan dokter yang merawat. Rencana perawatan dijelaskan sebelum dimulai, *informed consent* dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien atau walinya. Beri kesempatan untuk berdiskusi atau bertanya, sediakan waktu yang cukup untuk perawatan, jangan tergesa-

gesa. Upaya pencegahan sedini mungkin penyakit rongga mulut dengan melakukan *sealent* pada pit dan *fissure* yang dalam, dan aplikasi fluor secara topikal. Pemanggilan kembali untuk kontrol disesuaikan dengan kondisi rongga mulut penderita.

1.2. Pendekatan Manajemen Perilaku

Kendala yang sering dijumpai dalam pelayanan kesehatan gigi dan mulut penyandang disabilitas, yaitu perilaku yang tidak kooperatif akibat keterbatasan kemampuannya atau adanya gangguan fungsi. Dalam upaya penanganan kesehatan gigi mulut yang efektif dan efisien, perlu dilakukan pendekatan manajemen perilaku disesuaikan dengan kondisi penyandang disabilitas. Berbagai teknik pendekatan yang dapat dilakukan, yaitu pendekatan nonfarmakologis dan farmakologis.

a. Pendekatan Non farmakologis:

1. Pendekatan psikologis:

Pendekatan secara psikologis bertujuan merubah perilaku pasien, merupakan teknik dasar yang umum digunakan. Dengan metode ini perubahan perilaku akan lebih menetap dan pasien lebih kooperatif, dapat mengurangi rasa cemas tanpa obat, dan tidak memerlukan peralatan khusus ataupun alat bantu. Disamping itu tidak mempunyai efek samping pada kesehatan umum pasien. Hemat biaya dalam jangka waktu panjang. Utamakan pendekatan psikologis sebelum beralih ke restrain fisik atau pendekatan farmakologis.

Pendekatan secara psikologis dilakukan bila pasien masih mampu berkomunikasi. Untuk itu dibutuhkan komunikasi yang tepat dan baik, dasar pengetahuan psikologi, dan latihan serta pengalaman. Berbagai teknik pendekatan psikologis, yaitu *Tell-Show-Do* (TSD); Desensitisasi; Kontrol Suara; *Applied Behavioral Analysis* (ABA); Penguatan verbal positif (*Positive Reinforcement*); Distraksi. Kendala utama dalam pendekatan secara psikologis,

yaitu memerlukan waktu dan kesabaran yang tinggi.

Tidak dapat dilakukan bila keadaan darurat.

2. Restrain (*Restraint*)

Restrain merupakan suatu upaya *protective stabilization* untuk keamanan pasien dan dokter yang merawat, terutama karena adanya gerakan-gerakan tak terkendali yang dapat mengakibatkan cedera, misal pada Palsi Cerebral dan Autisme. Restrain dilakukan jika pendekatan psikologis tidak dapat mengatasi perilaku, atau dalam keadaan darurat. Penggunaan restrain harus mendapat persetujuan orang tua atau wali dengan menandatangani lembar *informed consent*.

Jenis restrain:

Physical restraint atau *mechanical restraint* (pengekang) yang umum digunakan, untuk menahan gerakan, dilakukan imobilisasi dengan cara:

- *body/personal restraint* untuk menahan gerakan dengan memegang tangan/ lengan, penderita didudukkan dengan lengan di silang dan kaki ditahan oleh perawat atau orang tua (Gambar 5). Dokter merangkul kepala pasien untuk menahan gerakan kepala (Gambar 6).
- menggunakan selimut, *pediwrap* (Gambar 7).
- *vacuum cushion*: pasien didudukkan diatas *vacuum cushion/bantalan* hampa udara dengan posisi yang memudahkan dokter untuk merawat (Gambar 8).
- *papoose board* untuk menahan gerakan saat perawatan gigi, dengan menggunakan alat khusus yang biasa digunakan menahan gerakan pada kecelakan.

Gambar 5 *Bodily restraint*Gambar 6 *Menahan Kepala (head control)*Gambar 7 *Restrain dengan menggunakan pediwrap*Gambar 8 *Restrain dengan menggunakan vacuum cushion*

b. Pendekatan Farmakologis

1. Restrain dengan bahan kimia (*chemical restraint*), menggunakan obat sedatif per-oral, parenteral: intra vena, atau gas, dilakukan bila restrain fisik tidak dapat mengatasi gerakan-gerakan yang tak

terkendali. Pada teknik ini, pasien harus di monitor sebelum, selama, dan sesudah perawatan gigi.

- a) Sedasi Per-oral menggunakan diazepam, chloral hydrate, hydroxyzine HCl, diphenhydramine atau obat penenang lainnya sesuai dengan rekomondasi dr anak atau Spesialis anaesthesia. Pemberian per oral sesuai petunjuk, Pada umumnya diberikan sehari sebelumnya atau beberapa jam sebelum tindakan perawatan.

Harus diperhatikan pengobatan yang telah diberikan secara rutin, tidak boleh kontra indikasi dengan sedasi peroral. Sebelumnya dilakukan konsultasi dengan dokter yang merawat. Untuk mengatasi perilaku yang abnormal, penyandang disabilitas sering diberi medikasi. Pada yang berperilaku agresif umumnya diberi obat antidepresan atau *anticonvulsant* yang mempunyai efek samping xerostomia, gingivitis, stomatitis, glossitis, sialadenitis. Kondisi ini perlu diketahui, karena perdarahan mudah terjadi bila ada kombinasi dengan obat pengecer darah atau anti radang non steroid.

- b) Sedasi parenteral secara Intra Vena hanya dapat dilakukan oleh spesialis anastesi. Pada umumnya dilakukan di rumah sakit dan dalam keadaan darurat misal: fraktur gigi, cabut gigi.

2. Sedasi sadar (*conscious sedation*)

Sedasi sadar menggunakan campuran gas N2O: O₂, dengan perbandingan 30% : 70%. Sedasi sadar dapat dilakukan di ruang praktik dokter gigi dan pasien tidak perlu rawat inap. Dengan sedasi sadar penderita tetap sadar, mampu berkomunikasi dan tanda tanda vital positif, dapat mengerti instruksi dan dapat bernafas melalui hidung. Sedasi sadar

dilakukan oleh Dokter gigi yang telah mendapatkan pelatihan khusus di bidang sedasi sadar.



Gambar

9 Perawatan gigi

pasien dengan menggunakan sedasi sadar

Alat alat yang diperlukan untuk melakukan sedasi sadar:

- a) Mesin sedasi inhalasi N2O-O2
- b) Regulator O2 dan N2O
- c) Masker hidung
- d) Pulse oximeter

3. Anestesi umum :

Jika perilaku pasien tidak dapat diatasi dengan pendekatan psikologis atau dengan sedasi sadar, maka perawatan gigi dilakukan dengan anestesi umum yang dilakukan oleh dokter spesialis anestesi di rumah sakit yang memiliki ruang operasi yang memadai.



Gambar 10 Perawatan gigi anestesi umum

1.3. *Informed Consent*

Sebelum dilakukan tindakan perawatan pada penderita, dijelaskan kepada orang tua/pengasuh tentang rencana

perawatan gigi yang akan dilakukan, konsekuensinya bila tidak dilakukan, juga tentang kemungkinan adanya perubahan rencana perawatan. Setelah dijelaskan, Surat Pernyataan *Inform Consent* harus ditandatangani oleh pasien /walinya.

1.4. Akses

Aksessabilitas ke sarana kesehatan gigi bagi penyandang disabilitas yang tidak mandiri memerlukan alat bantu seperti kursi roda.

Perawatan gigi dan mulut umumnya dapat dilakukan di ruang praktik dokter gigi dengan mengutamakan kenyamanan dan keselamatan pasien selama perawatan.

1.5. Komunikasi Dengan Pasien

Tidak semua penyandang disabilitas mempunyai kemampuan berkomunikasi, tergantung dari IQ nya. Komunikasi baik verbal maupun non verbal dapat diterima oleh penyandang disabilitas. Secara verbal, bicara langsung dengan pasien dengan suara yang pelan dan intonasi yang baik, menggunakan bahasa yang dimengerti dengan kata-kata singkat dan sederhana. Sediakan waktu untuk mendengar dengan penuh kesabaran, terutama pasien yang sulit berbicara karena ada gangguan artikulasi.

1.6. Posisi Pasien dan Proteksi

Selama perawatan perlu diperhatikan posisi pasien demi *patient safety*. Pasien duduk di tengah kursi, senyaman mungkin untuk menghindari gerakan-gerakan yang dapat mengakibatkan cedera. Bila perlu gunakan bantalan untuk menstabilkan posisi pasien. Jika kondisi pasien perlu dipindahkan dari kursi roda ke kursi dental unit, tanyakan pada orang tua atau pengasuh cara yang paling nyaman untuk pasien.

Penyandang disabilitas intelektual yang menderita *scoliosis*, gangguan mobilitas/*gait*, hypotonia bila tidak dapat dipindahkan dari kursi roda, sebaiknya perawatan dilakukan di kursi roda dengan posisi *reclining*, gunakan kursi roda yang dapat *direcline*.

14. PENANGANAN KESEHATAN GIGI MULUT PENYANDANG DISABILITAS

2.1. PASIEN ASESMEN

a. Riwayat pasien

- Riwayat Kesehatan Umum, diperoleh dari orangtua/wali/pengasuh, jika perlu dari dokter yang merawat penyandang disabilitas. Informasi kemampuan intelektual dan fungsional diperoleh dari orang yang bertanggung jawab atas pasien, yaitu dari orang tua / wali atau pengasuh.
- Riwayat Psikososial, informasi yang berkaitan dengan kemampuan intelektual dan fungsional diperoleh dari orang yang bertanggung jawab atas pasien, yaitu dari orang tua / wali atau pengasuh.
- Riwayat perawatan gigi dan mulut, keluhan rasa sakit dan informasi perawatan gigi yang pernah dilakukan, kebiasaan makan, pemeliharaan higiene oral, kebiasaan buruk.

b. Pemeriksaan klinis

Pengamatan dilakukan secara sistematis.

Urutannya beraturan agar tidak ada yang terlewati dari extra oral ke intra oral, dan dari jaringan lunak ke jaringan keras. Pemeriksaan gigi mula-mula dilakukan secara keseluruhan, kemudian satu persatu diperiksa secara teliti.

c. Penilaian risiko karies (*Caries risk assessment*)

Penilaian risiko karies dilakukan untuk mengidentifikasi tinggi rendahnya risiko individu terhadap karies berdasarkan berbagai faktor lingkungan Biologi, Protektif dan Temuan klinis.

2.2. RENCANA PERAWATAN

2.2.1. Promotif dan Preventif

a. Pemeliharaan higiene oral

Pada umumnya penyandang disabilitas mempunyai kesehatan dan kebersihan gigi dan mulut yang lebih buruk dibandingkan dengan

individu normal. Sehingga tindakan promotif dan preventif harus ditekankan karena tindakan kuratif memerlukan penanganan yang lebih kompleks serta biaya yang lebih besar. Upaya promotif dilakukan melalui penyuluhan kesehatan gigi dan mulut (*Dental Health Education*) khususnya edukasi tentang pemeliharaan higiene oral. Edukasi bagi keluarga lebih ditujukan kepada orang tua, pengasuh, atau guru, karena penyandang disabilitas memerlukan bantuan dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulutnya.

1. Posisi anak pada saat menyikat gigi:

Edukasi berkaitan dengan cara menjaga dan memelihara kesehatan rongga mulut bagi penderita disabilitas terutama *home care*, cara dan posisi saat membersihkan rongga mulut yang benar dengan memperhatikan sebagai berikut:

Hal yang perlu diperhatikan pada pemilihan posisi ini adalah anak harus aman dan nyaman dengan memperhatikan kondisi masing-masing individu. Posisi ini bisa dimodifikasi sesuai dengan kenyamanan dan kondisi anak.

- Posisi anak di kursi roda

Metode1

Orang tua berdiri di belakang kursi roda. Lengan orang tua menahan kepala anak ke arah badan orang tua sebagai bantal agar anak merasa lebih nyaman.



Gambar 11. Posisi orang tua menahan kepala anak ke arah badan orang tua.

Metode 2

Orang tua duduk di belakang kursi roda dengan memiringkan kursi roda ke arah belakang.

Perhatikan untuk mengunci kursi roda demi keamanan.



Gambar 12 Posisi orang tua di belakang kursi roda dengan memiringkan kursi roda ke arah belakang

- Posisi anak duduk di lantai. Dudukkan anak di lantai dan orang tua duduk di kursi di belakang anak. Senderkan kepala anak ke arah lutut orang tua. Jika anak tidak kooperatif, orang tua dapat secara lembut mengapit lengan anak dengan tungkai untuk membuat anak duduk dengan tenang.



Gambar 13 Posisi kepala anak sender ke orang tua

- Posisi anak di tempat tidur atau sofa. Baringkan anak pada tempat tidur atau sofa, dengan kepalanya berada di pangkuhan orang



tua. Orang tua dapat menopang kepala dan bahu anak dengan lengan. Jika anak tidak kooperatif, mintalah bantuan orang lain untuk memegang kaki dan tangan anak dengan lembut.

Gambar 14 Posisi anak di tempat tidur atau sofa

- Posisi anak duduk di kursi khusus (*beanbag*)

Jika anak sulit untuk duduk dengan tegak, duduk menggunakan kursi *beanbag* dapat membuat anak lebih relaks tanpa khawatir anak akan terjatuh. Gunakan teknik yang sama seperti yang dijelaskan pada posisi anak di atas tempat tidur atau sofa.



Gambar 15 Posisi anak duduk di kursi khusus

- Posisi anak berbaring di lantai

Baringkan anak pada lantai, gunakan bantal untuk menyangga kepala anak. Orang tua berlutut di belakang kepala anak. Orang tua dapat menggunakan lengan untuk membantu posisi anak tetap stabil.



Gambar 16 Posisi anak berbaring di lantai

2. Tehnik sikat gigi

Hal yang perlu diperhatikan, yaitu penyandang disabilitas dapat dilatih menyikat gigi sejak dini. Cara menyikat gigi dilakukan modifikasi sesuai dengan kemampuan menggenggam/memegang. Yang penting bagaimana caranya agar seluruh bagian gigi tersikat. (format 1 cara menyikat gigi).

Bila mampu membersihkan giginya sendiri, tetap harus diawasi dan lakukan pembersihan ulang setelah dicek. Pada pemeliharaan kebersihan gigi bagi penyandang disabilitas digunakan *disclosing solution*, untuk memotivasi dan merubah perilaku bagi yang normal dan kemampuan intelektual ringan dan sedang. Dapat dilakukan di rumah setiap hari atau sewaktu waktu.

3. Pemilihan sikat gigi

Pemilihan sikat gigi disesuaikan dengan kondisi dan kenyamanan penyandang disabilitas. Gagang tidak terlalu panjang (18 cm). Jumlah bulu sikat banyak (*multituft*) pendek dengan ujung tidak tajam (*half round*) membulat. Gagang dapat dimodifikasi agar dapat dipegang oleh penderita.



Gambar 17 Gagang yang tidak terlalu panjang (18 cm), Jumlah bulu sikat banyak (*multituft*) pendek dengan ujung tidak tajam (*half round*), Ujung sikat membulat



Gambar 18 Gagang dapat dimodifikasi agar dapat dipegang oleh penderita: memanjangkan gagang, melebarkan /membesarkan gagang

Sikat gigi listrik dapat membantu membersihkan rongga mulut bagi penyandang disabilitas yang mampu menggerakkan dan mengontrol gerakan tangan. Penggunaan sikat gigi listrik memudahkan pengasuh membantu disabilitas untuk membersihkan rongga mulut.

4. Pemilihan pasta gigi

Pilih pasta gigi yang mengandung fluor. Bila penderita tidak dapat menggunakan pasta gigi gunakan kain kassa untuk oleskan fluor gel.

Jumlah pasta gigi selapis tipis (*smear sized*) untuk anak < 2 tahun atau seukuran kacang polong (*pea sized*) untuk anak > 2 tahun



Gambar 19 jumlah pasta gigi

5. Waktu menyikat gigi

Pembersihan dilakukan minimal 2 kali sehari, yaitu pagi setelah sarapan dan malam sebelum tidur. Ideal bila dilakukan 3 kali sehari, paling sedikit satu kali sehari sebelum tidur dan benar-benar bersih

Dianjurkan untuk membersihkan gusi/jaringan lunak dengan kassa yang dicelupkan ke dalam chlorhexidine 1 kali seminggu untuk mencegah infeksi gusi. Terutama bagi individu yang tidak mampu mandiri.

6. Penggunaan benang gigi /dental floss untuk membersihkan bagian proksimal. Prosedur ini memerlukan keterampilan, perlu bantuan dari pengasuh.

7. Penggunaan bahan antiplak untuk mencegah gingivitis dan kelainan periodontal akibat akumulasi plak. Bahan antiplak yang dapat digunakan seperti *chlorhexidine gluconate*. Dianjurkan untuk melakukan pembersihan dengan chlorhexidine minimal tiga kali dalam seminggu. Bila pasien tidak dapat berkumur sebaiknya menggunakan sikat gigi atau kassa/handuk yang dicelupkan ke chlorhexidine. Terutama pasien dengan penyakit sistemik yang rentan terhadap infeksi. Dilakukan 3 kali seminggu, tidak dianjurkan untuk penggunaan tiap hari karena akan mengurangi rasa dan mengakibatkan stain.

8. Penggunaan artifisial saliva

Dapat mengurangi mulut yang kering karena xerostomia. Kelembaban dalam mulut sangat penting untuk fungsi rongga mulut dan mencegah penyakit rongga mulut.

Minum air atau mengunyah permen (*Xylitol*) tanpa gula dapat menstimulasi saliva.

Mukositis merupakan masalah bagi penyandang disabilitas. Gunakan anastesi topikal, berkumur dengan campuran baking soda, garam dan air (1/4 sendok teh garam dan ¼ sendok teh baking soda dalam 1 gelas air) dapat membersihkan rongga mulut, tetapi harus hati-hati bila penderita mempunyai tekanan darah tinggi.

b. Skor Plak

Penilaian skor plak menunjukkan kebersihan gigi dan mulut, bertujuan untuk memonitor kebersihan mulut. Nilai skor plak didapat melalui penilaian yang objektif dengan menggunakan suatu indeks. Evaluasi berdasarkan data skor plak dapat diketahui kemajuan atau kemunduran kebersihan gigi dan mulut seseorang. Indeks yang digunakan adalah *Simplified Oral Hygiene Index* (OHI-S) (Format 2)

c. Analisis diet

Analisis diet merupakan tindakan pencegahan karies yang bertujuan untuk menghindari diet kariogenik. Dibuat catatan diet/makanan (*Dietary Diary*) individu selama 3-7 hari berurutan. Pada catatan diet dilakukan evaluasi konsumsi karbohidrat yang kariogenik mencakup frekuensi, jenis dan volume. Selanjutnya berdasarkan hasil evaluasi diet, dilakukan rekomendasi untuk perbaikan dengan mengganti jenis makanan yang kariogenik dengan yang nonkariogenik.

d. *Aplikasi fluor*

Aplikasi fluor merupakan tindakan pencegahan primer yang dilakukan sebelum gejala klinik karies timbul. Aplikasi fluor oleh tenaga profesional merupakan cara yang efektif untuk mengurangi prevalensi karies gigi. Yang sering digunakan :

- *Varnish sodium fluoride 5% (NaFV; 22.500 ppm F)*
- *Acidulated Phosphate Fluoride 1.23% (APF; 12.300 ppm F)*

Pemberian aplikasi Fluor dapat berupa gel dengan sikat gigi atau sendok cetak mulut. Aplikasi fluor secara profesional sekurang-kurangnya setiap 6 bulan dilakukan bersamaan dengan pemeriksaan periodik rutin kesehatan gigi dan mulut, terutama bagi penderita yang berisiko terhadap karies, dan pada xerostomia akibat efek samping medikasi.

e. *Fissure sealant*

Fissure sealant adalah suatu tindakan pencegahan karies pada gigi yang secara anatomic mempunyai pit dan fisura yang dalam dan rentan terhadap karies. Tujuannya memberi perlindungan dengan mencegah terakumulasinya plak pada pit dan fisura yang dalam.

Bahan *sealant* ditempatkan ke dalam pit dan fisura akan berikatan secara mikromekanis dengan gigi sehingga gigi menjadi lebih tahan terhadap risiko karies. *Sealant* diberikan pada gigi sulung dan gigi permanen, tidak dianjurkan untuk pasien dengan kebiasaan *bruxism*.

Gambar 20. Sebelum dan sesudah *fissure sealant*



Rekomendasi :

- a) *Sealant* ditempatkan ke dalam *pit* dan *fissure* gigi berdasarkan penilaian risiko karies pasien.
- b) *Sealant* ditempatkan pada permukaan gigi yang dinilai berisiko tinggi terhadap karies atau pada permukaan gigi yang telah menunjukkan adanya lesi karies awal untuk mencegah progresifnya lesi.
- c) Metode penempatan *sealant* harus meliputi pembuangan *pit* dan *fissure* secara hati-hati tanpa meliputi pembuangan email yang sehat.
- d) Untuk retensi dan efektivitas jangka panjang, direkomendasikan penggunaan lapisan material *bonding* hidrofilik viskositas rendah.
- e) Material *glass ionomer* dapat digunakan sebagai *sealant* sement

2.2.2. Kuratif

Secara umum sediakan waktu perawatan yang cukup, jangan tergesa gesa, sebelum dimulai dijelaskan rencana perawatan. Waktu perjanjian tepat waktu dan waktu perawatan singkat. Beri kesempatan untuk berdiskusi atau bertanya. Setiap individu dengan gangguan fisik sebaiknya dievaluasi perorangan sesuai dengan kondisi kesehatan, kemampuan mandiri serta medikasi yang menyertai. *Informed consent* dijelaskan dan ditanda tangani oleh pasien atau walinya. Perawatan dilakukan dengan penuh empati dan pengertian.

Prosedur operatif perawatan kesehatan gigi dan mulut bagi penyandang disabilitas :

a. Tumpatan

Menggunakan bahan non amalgam dan mudah digunakan seperti Glass Ionomer Cement (GCIX),

Composite Resin, dan Zinc Oxide Eugenol, penggunaannya tergantung indikasi.

Perawatan endodontik dilakukan bila memungkinkan. Perawatan dilakukan sesingkat dan sesederhana mungkin. Untuk gigi sulung tergantung diagnosis, dapat pulpotomi dengan formokresol atau parsial pulpektomi.

b. Pencabutan

Menggunakan anastesi sesuai dengan kondisi penderita. Penderita dengan tekanan darah tinggi dan penyakit sistemik sebaiknya konsultasi dulu dengan dokter yang merawat.

Bila pencabutan tidak dapat dilakukan di ruang praktik mengingat kondisi penderita, sebaiknya dirujuk ke bedah mulut untuk ditindaklanjuti sesuai prosedur yang sesuai dengan kondisi penderita.

c. Gigi tiruan

Tidak semua penyandang disabilitas dapat dibuatkan atau memakai gigi tiruan sebagai pengganti gigi yang telah dicabut. Sebelum membuat gigi tiruan baik itu jembatan atau gigi tiruan sebagian atau penuh, kondisi penderita harus di asses, kemampuan adaptasi menggunakan gigi tiruan dan kondisi rongga mulut serta kebiasaan buruk yang merupakan kontra indikasi seperti bruxisme.

d. Perawatan periodontal

Penderita dengan efek samping berupa hiperplasia gingiva jika kondisi sistemiknya tidak kontra indikasi, maka dapat dilakukan *gingivectomy*, terutama bila mengganggu mastikasi. *Gingivectomy* dapat diulang kembali bila terjadi hiperplasia, pada umumnya setiap 6 bulan.

Penyakit periodontal sebaiknya dicegah dengan pembersihan rongga mulut secara rutin dan disesuaikan dengan kondisi disabilitas penderita.

Untuk pencegahan penyakit periodontal dilakukan oral profilaksis dengan melakukan skeling dan polishing secara rutin dan berkala.

e. Orthodonti

Penyandang disabilitas fisik ringan dan moderate serta disabilitas intelektual ringan dapat dilakukan perawatan orthodonsi yang sederhana. Mengingat keterbatasan akibat disabilitas perlu asesmen kondisi kemampuan penderita untuk beradaptasi dan terutama juga pembersihan rongga mulut untuk mencegah terjadinya karies dan memburuk kondisi gigi dan mulutnya.

f. Pemeriksaan Radiografi: Panoramik atau Intra oral dilakukan tergantung pada kondisi pasien.

g. *Follow up*

Recall/pemanggilan kembali dilakukan untuk pemeriksaan ulang secara berkala sebagai *follow up* atau kontrol perawatan yang telah dilakukan dan deteksi dini karies dan penyakit periodontal atau jaringan lunak mulut. Jangka waktu pemeriksaan ulang ditentukan dan dijadwalkan berdasarkan keadaan penyakit di rongga mulut, dan sesuai dengan kondisi disabilitasnya. Penderita dengan disabilitas berat, lebih sering datang ke dokter gigi untuk pemeriksaan ulang. Kunjungan secara rutin ke dokter gigi setiap 3-4 bulan untuk pembersihan rongga mulut secara profesional dan deteksi penyakit rongga mulut sedini mungkin.

T. SARANA, PRASARANA PELAYANAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PENYANDANG DISABILITAS

Perlu dipahami bahwa pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang berkualitas bagi penyandang disabilitas menghadapi berbagai kendala dan kesulitan, mengingat penyandang disabilitas kurang memiliki pemahaman (*poor understanding*), gerakan yang tidak terkendali (*uncontrolled*

movements), keterbatasan membuka mulut dan terbatasnya mobilitas (poor posture).

Perawatan kesehatan gigi dan mulut umumnya dapat dilakukan di ruang praktik dokter gigi, di pelayanan kesehatan primer dan di Rumah Sakit yang menyediakan pelayanan khusus kesehatan gigi dan mulut bagi penyandang disabilitas. Hal yang penting demi kenyamanan pasien dan perawatan gigi dapat dilakukan secara efektif maka kunjungan perawatan dijadwalkan pada pagi hari, dibuat perjanjian (*appointment*) untuk menghindari waktu tunggu yang lama, dan lama perawatan singkat dengan menghindari perawatan yang sukar dan memerlukan waktu yang lama.

15. Persyaratan kompetensi tenaga kesehatan gigi (drg/drg Sp)

Kompetensi yang harus dipenuhi untuk melaksanakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut penyandang disabilitas:

- Memiliki sertifikat BLS yang masih berlaku.
- Memiliki keterampilan manajemen pendekatan perilaku secara nonfarmakologis dan farmakologis.

16. Standar Ruangan Praktik Perawatan Gigi

- Standar Ruang ukuran 5 x 6 meter
- Ventilasi dan pencahayaan cukup
- Wastafel dengan cermin untuk demo dan edukasi sikat gigi
- Pintu dan ruangan memperhatikan akses untuk kursi roda

17. Peralatan khusus bagi perawatan gigi penyandang disabilitas

- Alat peraga penyuluhan kesehatan gigi
- Peralatan seminimal mungkin
- Peralatan dental mobile
- Hand instrument* khusus untuk penyandang disabilitas, antara lain alat pembuka mulut
- Khusus untuk pelayanan kesehatan gigi dan mulut bagi penyandang disabilitas di rumah sakit harus dilengkapi dengan peralatan Monitor Jantung, *Pulse Oxymetry*, alat sedasi, dan alat *restrain*.
- Alat alat yang diperlukan untuk melakukan sedasi sadar :
 - Mesin sedasi inhalasi N₂O-O₂ :



1. Flow Control Meter
2. Nasal hood dan Corrugated hose
3. Reservoir Bag
4. Tabung Nitrogen Oksida
5. Tabung Oksigen

Gambar 21 Mesin sedasi inhalasi N20-O2

- Regulator O2 dan N2O :



Gambar 22 Regulator O2 dan N2O

- Masker hidung :



Gambar 23 Masker Hidung

- *Pulse oxymeter* :



Gambar 24. Pulse oxymeter

U. PENUTUP

Apabila dibandingkan dengan populasi umum, gangguan kesehatan gigi dan mulut penyandang disabilitas lebih sering dijumpai, sedangkan akses pelayanan kesehatan gigi dan mulut masih terbatas. Kendala yang dijumpai masih terbatasnya tenaga kesehatan medis dental (dokter gigi/terapis gigi dan mulut) yang terlatih untuk melakukan pelayanan kesehatan gigi dan mulut khususnya penyandang disabilitas. Pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut penyandang disabilitas memerlukan penanganan secara interdisiplin di bidang kedokteran gigi, atau multidisiplin tergantung dari kondisi disabilitas. Pencapaian kesehatan gigi dan mulut yang optimal, memerlukan peran orangtua, pengasuh, dan atau guru dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut penyandang disabilitas.

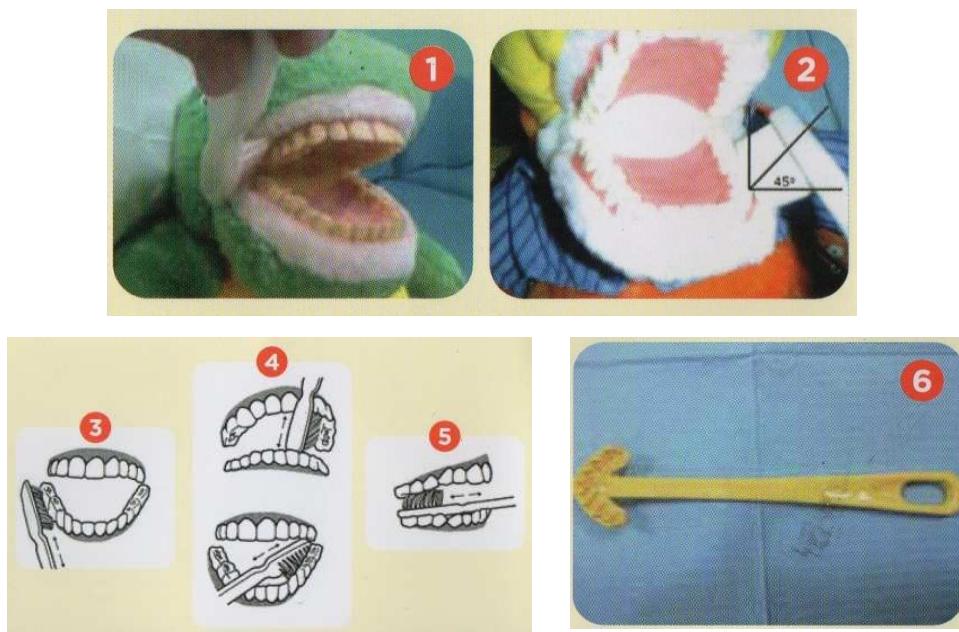
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

NILA FARID MOELOEK

**FORMAT 1. TEKNIK
MENYIKAT GIGI**

Upaya pencegahan sangat penting bagi individu disabilitas dan diusahakan untuk dapat berperan aktif membersihkan rongga mulut sesuai dengan kondisinya. Pembersihan rongga mulut harus dilakukan sebagai kebiasaan setiap hari. Bila perlu bantuan dilakukan setelah individu menyikat gigi sendiri.

Hal yang perlu diperhatikan pada teknik menyikat gigi adalah penyandang disabilitas dapat dilatih menyikat gigi sejak dini agar seluruh bagian gigi tersikat.



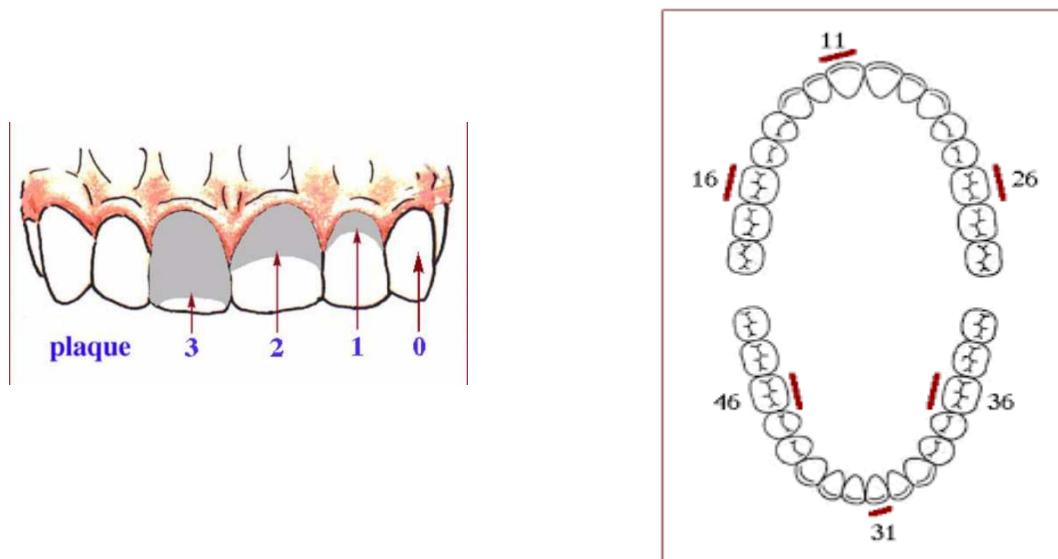
- (gb.1) Letakkan sikat gigi pada batas gigi dan gusi dengan sudut kira-kira 45-60° mulai dari bagian kanan atas sebelah luar penderita. gerakan sikat gigi maju mundur dengan perlakan-lahan, bergerak mulai dari belakang kanan atas ke arah depan hingga sampai ke kiri atas belakang.
- (gb.2) Perlakan pindahkan sikat gigi ke kiri belakang sebelah luar,
- (gb.3) gerakan perlakan-lahan ke depan hingga sampai kanan bawah.
- (gb.4) Lakukan hal yang sama pada bagian dalam gigi, bila telah sampai ke depan, sikat diletakkan sejajar gigi dan ditarik ke luar
- (gb.5) Bagian gigi untuk mengunyah disikat maju mundur
- (gb.6) Sikat lidah perlakan-lahan ke arah luar
- Bila sudah mampu membersihkan sendiri gigi dan mulut, tetap harus diawasi dan lakukan pembersihan setelah penderita melakukan sendiri.

FORMAT 2. SKOR PLAK

Penilaian skor plak bertujuan untuk memonitor kebersihan mulut. Angka yang didapat menunjukkan kebersihan gigi dan mulut seseorang. Penilaian objektif dengan menggunakan suatu indeks *Simplified Oral Hygiene Index* (OHI-S).

Pada penentuan *Simplified Oral Hygiene index* (OHI-S), permukaan gigi yang dinilai meliputi enam permukaan, yaitu 4 gigi posterior dan 2 gigi anterior:

- Permukaan bukal 16 & 26
- Permukaan lingual 36 & 46
- Permukaan labial 11
- Permukaan labial 31



Kriteria Penentuan kriteria skor

Skor	Kriteria
0	Tidak ada debris atau pewarnaan
1	Debris lunak menutupi tidak lebih dari sepertiga permukaan gigi. Atau adanya pewarnaan ekstrinsik tanpa debris di seluruh permukaan gigi
2	Debris lunak menutupi lebih dari sepertiga permukaan gigi, namun tidak lebih dari dua pertiga permukaan gigi
3	Debris lunak menutupi lebih dari dua pertiga permukaan gigi

FORMAT 3. ANALISIS DIET

Analisis diet merupakan upaya pencegahan karies yang bertujuan untuk mengidentifikasi diet kariogenik yang berisiko terhadap terjadinya karies, dan melakukan perbaikan diet dengan memberikan rekomendasi untuk menghindari diet yang kariogenik.

Caranya: membuat Catatan Diet selama 3-7 hari, dicatat waktu makan, jenis makanan, volume/banyaknya, termasuk snack dan minuman. Dari Catatan Diet dilakukan Analisis Diet yang berkaitan dengan frekuensi dan volume khususnya jenis makanan kariogenik. Dari hasil analisis diet dilakukan rekomendasi untuk memperbaiki diet agar mengganti jenis makanan yang kariogenik dengan yang non kariogenik. Contoh Tabel 1: catatan diet yang dikonsumsi selama 3 hari. Tabel 2 : Rekomendasi diet, yaitu diet yang telah dikoreksi berdasarkan hasil analisis diet. Jenis makanan kariogenik diganti dengan yang non kariogenik.

Tabel 1 CATATAN DIET berupa daftar makanan yang dikonsumsi selama 3 hari

Waktu	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Sarapan	Roti 2 tangkup + selai strawberry 1 sdt + mentega 1 gelas susu + gula 2 sdt	Nasi goreng+telur dadar 1 gelas susu+gula 2 sdt	1 mangkuk coco crunch+ susu manis 1 gelas susu+gula 2 sdt
Snack	1 bungkus taro 1 gelas milo	Coklat karamel 1 batang 1 gelas susu	5 buah chicken nugget 1 gelas teh kotak
Makan Siang	1 piring nasi + ayam goreng 1 gelas es teh manis	1 piring nasi putih+ ikan sambal + tumis sayuran 1 gelas air putih	1 piring nasi + bihun goreng+telur ceplok 1 gelas air putih
Snack	2 buah pisang goreng 1 kotak buavita	1 piring Mie goreng instan 1 kotak teh kotak	5 buah permen sugus 1 gelas es jeruk
Makan Malam	1 piring nasi putih+telur dadar+kecap manis 1 gelas air putih 1 gelas susu manis sblm tidur	1 piring nasi putih+ikan goreng+tumis sayuran 1 gelas air putih 1 gelas susu manis sblm tidur	1 piring nasi putih + gepuk+krupuk 1 gelas air putih 1 gelas susu coklat manis sblm tidur

Tabel 2 REKOMENDASI DIET berupa daftar makanan NON KARIOGENIK

Waktu	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Sarapan	roti 2 tangkup + keju + mentega 1 gelas susu tanpa gula	nasi goreng+telur dadar 1 gelas susu tanpa gula	1 mangkukereal + susu 1 gelas susu tanpa gula
Snack	1 bungkus keripik kentang 1 gelas susu coklat	Buah Pisang 1 gelas susu	5 buah ayam filet 1 jus
Makan Siang	1 piring nasi + ayam goreng 1 gelas es teh Tanpa Gula	1 piring nasi putih+ ikan sambal+tumis sayuran 1 gelas air putih	1 piring nasi + bihun goreng+telur ceplok 1 gelas air putih
Snack	2 buah pisang goreng 1 gelas jus jeruk	1 piring mie goreng 1 gelas jus pepaya	buah pisang 1 gelas es jeruk
Makan Malam	1 piring nasi putih+telur dadar+kecap manis 1 gelas air putih 1 gelas susu tanpa gula sblm tidur	1 piring nasi putih+ikan goreng+tumis sayuran 1 gelas air putih 1 gelas susu tanpa gula sblm tidur	1 piring nasi putih + gepuk+krupuk 1 gelas air putih 1 gelas susu coklat tanpa gula sblm tidur

FORMAT 4. PENILAIAN RISIKO KARIES (CARIES RISK ASSESSMENT)

Penilaian risiko karies dilakukan untuk mengidentifikasi tinggi rendahnya risiko individu terhadap karies berdasarkan berbagai faktor lingkungan Biologi, Protektif dan Temuan klinis.

**Tabel 1. Penilaian Risiko Karies Untuk Anak Usia 0-3 tahun
(Untuk dokter dan tenaga non kesehatan gigi)**

Faktor		Risiko Tinggi	Risiko Rendah
Lingkungan/Biologi	Ibu/pengasuh yang aktif beraktivitas	Ya	
	Orang tua/pengasuh dengan status sosial ekonomi rendah	Ya	
	Anak mendapatkan makanan ringan atau minuman yang mengandung gula > 3 kali setiap hari	Ya	
	Anak tidur dengan botol dengan atau tanpa tambahan gula	Ya	
	Anak penyandang disabilitas	Ya	
	Anak imigran	Ya	
Protektif/Perlindungan	Anak menyikat gigi dengan pasta gigi mengandung fluor		Ya
	Anak menerima aplikasi fluor oleh tenaga profesional		Ya
	Anak rutin mendapatkan perawatan gigi		Ya
Temuan Klinis	Anak dengan lesi <i>white spot</i> atau defek email	Ya	
	Anak memiliki lubang gigi maupun tambalan	Ya	
	Anak dengan plak gigi	Ya	

**Tabel 2. Penilaian Risiko Karies Untuk Anak Usia 0-5 tahun
(Untuk dokter gigi dan tenaga kesehatan gigi)**

Faktor		Risiko Tinggi	Risiko Sedang	Risiko Tinggi
Biologi	Ibu/pengasuh yang aktif beraktivitas	Ya		
	Orang tua/pengasuh dengan status sosial ekonomi rendah	Ya		
	Anak mendapatkan makanan ringan atau minuman yang mengandung gula > 3 kali setiap hari	Ya		
	Anak tidur dengan botol dengan atau tanpa tambahan gula	Ya		
	Anak penyandang disabilitas		Ya	
	Anak imigran		Ya	
Perlindungan	Anak menyikat gigi dengan pasta gigi mengandung fluor			Ya
	Anak menerima aplikasi fluor oleh tenaga professional			Ya
	Anak rutin mendapatkan perawatan gigi			Ya
Temuan Klinis	Anak memiliki > 1 gigi yang rusak/hilang/dengan tambalan	Ya		
	Anak dengan lesi <i>white spot</i> atau ada defek email yang aktif	Ya		
	Anak dengan tingkat <i>S. mutan</i> yang meningkat	Ya		
	Anak dengan plak gigi		ya	

Tabel 3. Penilaian Risiko Karies Untuk Anak Usia ≥ 6 tahun
(Untuk dokter gigi dan tenaga kesehatan gigi)

Faktor		Risiko Tinggi	Risiko Sedang	Risiko Tinggi
Biologi	Pasien berasal dari status sosial ekonomi rendah	Ya		
	Pasien mendapatkan makanan ringan atau minuman yang mengandung gula > 3 kali setiap hari	Ya		
	Pasien penyandang disabilitas		Ya	
	Pasien imigran		Ya	
Perlindungan	Pasien menyikat gigi dua kali sehari dengan pasta gigi mengandung fluor			Ya
	Pasien menerima aplikasi fluor oleh tenaga professional			Ya
	Pasien memperoleh perlindungan tambahan (contoh : xylitol, pasta MI, dan antimikroba)			Ya
	Anak rutin mendapatkan perawatan gigi			Ya
Temuan Klinis	Pasien memiliki ≥ 1 gigi dengan lesi interproksimal	Ya		
	Pasien dengan lesi <i>white spot</i> atau ada defek email yang aktif	Ya		
	Pasien dengan aliran saliva yang rendah	Ya		
	Pasien dengan restorasi defektif		Ya	
	Pasien yang menggunakan alat intraoral		ya	

Tabel 4. Contoh Protokol Manajemen Karies untuk Anak Usia 1-2 tahun

Kategori Risiko	Diagnosis	Intervensi		Restoratif
		Fluoride	Diet	
Rendah	-Pemeriksaan ulang setiap 6 - 12 bulan -Dasar MS ^a	2 kali sehari menyikat gigi	Konseling	Pengawasan ^x
Sedang Melibatkan orang tua	-Pemeriksaan ulang setiap 6-12 bulan -Dasar MS ^a	-2 kali sehari menyikat gigi dengan pasta gigi berfluor ^β -Perawatan aplikasi fluor oleh tenaga profesional setiap 6 bulan	Konseling	Pengawasan aktif ^ε dari lesi awal
Sedang Tanpa melibatkan orang tua	-Pemeriksaan ulang setiap 6 bulan -Dasar MS ^a dan ditindaklanjuti	-2 kali sehari menyikat gigi dengan pasta gigi berfluor ^β -Perawatan aplikasi fluor oleh tenaga profesional setiap 3 bulan	Konseling dengan ekspektasi terbatas	Pengawasan aktif ^ε dari lesi awal
Tinggi Melibatkan orang tua	-Pemeriksaan ulang setiap 3 bulan -Dasar MS ^a dan ditindaklanjuti	-2 kali sehari menyikat gigi dengan pasta gigi berfluor ^β -Perawatan aplikasi fluor oleh tenaga profesional setiap 3 bulan	Konseling	-Pengawasan aktif ^ε dari lesi awal -Restorasi kavitas dengan ITR ^φ atau restorasi definitive
Risiko Tinggi Tanpa melibatkan orang tua	-Pemeriksaan ulang setiap 3 bulan -Dasar MS ^a dan ditindaklanjuti	-2 kali sehari menyikat gigi dengan pasta gigi berfluor ^β -Perawatan aplikasi fluor oleh tenaga profesional setiap 3 bulan	Konseling dengan ekspektasi terbatas	-Pengawasan aktif ^ε dari lesi insipien -Restorasi kavitas dengan ITR ^φ atau restorasi definitif

Keterangan untuk tabel 4-6 :^a level bakteri *Streptococcus mutans* pada saliva^x pengawasan periodik terhadap tanda perkembangan karies^β supervisi orang tua mengenai jumlah pasta gigi sebanyak "lapisan tipis"^ε pengawasan cermat terhadap perkembangan karies dan program pencegahan karies^φ *Interim Therapeutic Restoration*^γ supervisi orang tua mengenai jumlah pasta gigi seukuran kacang polong^λ diindikasikan untuk gigi dengan anatomi fissure yang dalam atau adanya defek perkembangan^μ kuantitas pasta gigi tidak terlalu diperhatikan
sumber : AAPD 2014

Tabel 5. Contoh Protokol Manajemen Karies untuk Anak Usia 3-5 tahun

Kategori Risiko	Diagnosis	Intervensi			Restoratif
		Fluoride	Diet	Sealants	
Risiko Rendah	<ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan ulang setiap 6 sampai 12 bulan - Pemeriksaan radiografik 12 sampai 24 bulan - Dasar MS^a 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 kali sehari menyikat gigi dengan pasta gigi berfluor^v 	Tidak	Ya	<ul style="list-style-type: none"> - Pengawasan^x
Risiko sedang Melibatkan orang tua	<ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan ulang setiap 6 bulan - Pemeriksaan radiografik setiap 6 sampai 12 bulan - Dasar MS^a 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 kali sehari menyikat gigi dengan pasta gigi berfluor^v - Perawatan aplikasi fluor oleh tenaga profesional setiap 6 bulan 	Konseling	Ya	<ul style="list-style-type: none"> - Pengawasan aktif^f dari lesi insipien - Restorasi dari kavitas atau lesi besar
Risiko sedang Tanpa melibatkan orang tua	<ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan ulang setiap 6 bulan - Pemeriksaan radiografik setiap 6 sampai 12 bulan - Dasar MS^a 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 kali sehari menyikat gigi dengan pasta gigi berfluor^v - Perawatan aplikasi fluor oleh tenaga profesional setiap 6 bulan 	Konseling dengan ekspektasi terbatas	Ya	<ul style="list-style-type: none"> - Pengawasan aktif^f dari lesi insipien - Restorasi dari kavitas atau lesi yang sudah meluas
Risiko Tinggi Melibatkan orang tua	<ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan ulang setiap 3 bulan - Pemeriksaan radiografik setiap 6 bulan - Dasar dan tindaklanjut MS^a 	<ul style="list-style-type: none"> - Menyikat gigi dengan fluor 0,5% - Perawatan aplikasi fluor oleh tenaga profesional setiap 3 bulan 	Konseling	Ya	<ul style="list-style-type: none"> - Pengawasan aktif^f dari lesi insipien - Restorasi dari kavitas atau lesi yang sudah meluas
Risiko Tinggi Tanpa melibatkan orang tua	<ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan ulang setiap 3 bulan - Pemeriksaan radiografik setiap 6 bulan - Dasar dan tindaklanjut MS^a 	<ul style="list-style-type: none"> - Menyikat gigi dengan fluor 0,5% - Perawatan aplikasi fluor oleh tenaga profesional setiap 3 bulan 	Konseling dengan ekspektasi terbatas	Ya	<ul style="list-style-type: none"> - Restorasi insipien, kavitas dan lesi yang sudah meluas

Tabel 6. Contoh Protokol Manajemen Karies pada Anak Usia ≥ 6 tahun

Kategori Risiko	Diagnosis	Intervensi			Restoratif
		Fluoride	Diet	Sealan	
Risiko Rendah	<ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan ulang setiap 12 bulan - Pemeriksaan radiografik 12 sampai 24 bulan 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 kali sehari menyikat gigi dengan pasta gigi berfluor^a 	Tidak	Ya	<ul style="list-style-type: none"> - Pengawasan^x
Risiko sedang Melibatkan orang tua/pasien	<ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan ulang setiap 6 bulan - Pemeriksaan radiografik setiap 6 sampai 12 bulan 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 kali sehari menyikat gigi dengan pasta gigi berfluor^a - Perawatan aplikasi fluor oleh tenaga profesional setiap 6 bulan 	Konseling	Ya	<ul style="list-style-type: none"> - Pengawasan aktif^f dari lesi insipien - Restorasi dari kavitas atau lesi yang sudah meluas
Risiko sedang Tanpa melibatkan orang tua/pasien	<ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan ulang setiap 6 bulan - Pemeriksaan radiografik setiap 6 sampai 12 bulan 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 kali sehari menyikat gigi dengan pasta gigi berfluor^a - Perawatan aplikasi fluor oleh tenaga profesional setiap 6 bulan 	Konseling dengan ekspektasi terbatas	Ya	<ul style="list-style-type: none"> - Pengawasan aktif^f dari lesi insipien - Restorasi dari kavitas atau lesi yang sudah meluas
Risiko Tinggi Melibatkan orang tua/pasien	<ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan ulang setiap 3 bulan - Pemeriksaan radiografik setiap 6 bulan 	<ul style="list-style-type: none"> - Menyikat gigi dengan fluor 0,5% - Perawatan aplikasi fluor oleh tenaga profesional setiap 3 bulan 	<ul style="list-style-type: none"> - Konseling - Xylitol 	Ya	<ul style="list-style-type: none"> - Pengawasan aktif^f dari lesi insipien - Restorasi dari kavitas atau lesi yang sudah meluas
Risiko Tinggi Tanpa melibatkan orang tua/pasien	<ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan ulang setiap 3 bulan - Pemeriksaan radiografik setiap 6 bulan - Dasar dan follow up MS^a 	<ul style="list-style-type: none"> - Menyikat gigi dengan fluor 0,5% - Perawatan aplikasi fluor oleh tenaga profesional setiap 3 bulan 	<ul style="list-style-type: none"> - Konseling dengan ekspektasi terbatas - Xylitol 	Ya	<ul style="list-style-type: none"> - Restorasi kavitas, lesi insipien dan lesi yang sudah meluas

FORMAT 5. SEDASI SADAR

Sedasi sadar sudah banyak digunakan di manca negara sebagai salah satu pilihan untuk dokter gigi memberi perawatan pasien yang membutuhkan pendekatan mengatasi perilaku secara farmakologis.

Legal aspek di Indonesia masih dalam perdebatan walaupun penggunaannya sudah mulai dilakukan oleh dokter gigi yang telah mengikuti pelatihan dan bersertifikat.

Definisi sedasi sadar, yaitu teknik mengatasi perilaku pasien dengan menggunakan gas yang dapat menekan susunan syaraf sehingga perawatan dapat dilakukan dengan kondisi pasien tetap sadar masih dapat berkomunikasi secara verbal selama sedasi.

Teknik ini menggunakan campuran gas Nitrous Oxide dan Oksigen. Nitrous oxide atau gas gelak merupakan gas yang aman bagi pasien dan umum digunakan oleh anastesi maupun dokter gigi.

A. Tujuan penggunaan Sedasi Sadar, yaitu untuk:

- Mengurangi rasa takut/cemas.
- Mengurangi rasa sakit.
- Menahan/mengurangi gerakan-gerakan yang tidak dikehendaki.
- Meningkatkan sikap kooperatif pasien.
- Kualitas perawatan gigi yang optimal.

B. Indikasi penggunaan sedasi sadar dengan *nitrous-oxide* N₂O :

- Pasien dengan kecemasan yang tinggi.
- Pasien yang tidak mampu untuk menerima atau tidak mampu koperatif, takut ke dokter gigi, takut jarum dan reflex mual.
- Pasien disabilitas yang mampu berkomunikasi.
- Pasien yang memerlukan perawatan khusus (darurat),
- Pasien tuna grahita ringan.
- Pasien tuna daksa yang dapat berkomunikasi.
- Pasien dengan kontra indikasi anesthesi lokal, misal hemophilia / *bleeding disorder*, alergi terhadap obat anestesi.
- Pasien dengan penyakit sistemik ringan: jantung, asma, epilepsi (ASA 1 dan II).

C. Kontra indikasi:

- Tidak mampu berkomunikasi.
- Tidak dapat bernafas melalui hidung.

- Pasien psikiatri
- Defisiensi B12 atau folat, Neuromuscular disorder (*multiple sclerosis, myastina gravis*)
- Penyakit kronis jalan pernafasan (COPD: *chronic obstructive Pulmonary Disease*).
- Pasien dalam kehamilan semester pertama.
- Pasien dalam perawatan kemoterapi karena kanker.
- Pasien yang baru menjalankan operasi jantung, kurang dari 3 bulan.
- Pasien dengan otitis medialis.
- Pilek/flu.
- Pembesaran tonsil dan adenoid.
- Gangguan serius pada paru2: bronkiektasia dan emfisem
- Tuna grahita berat, penderita Autisme, adanya hambatan komunikasi, anak batita.
- Pernafasan melalui mulut.
- Perawatan yang memakan waktu yang lama dan sulit.
- Pasien yang menggunakan obat2 sedatif antidepressi. Monoaminoooksidasi (MAO) inhibitor.
- Skor ASA lebih tinggi dari 2.
- Hipertensi tak terkontrol.
- Pasca serangan jantung kurang dari 3 bulan.
- Diabetes yang tak terkontrol.
- Obesitas.
- Penderita kelainan otot (*myotonia, distrofi otot*).

D. Efek Gas Gelak Nitrousoxide

Nitrousoxide adalah bentuk gas anestetikum yang ringan. Begitu dihirup, keseimbangan konsentrasi N_2O / O_2 antara paru-paru dan darah cepat tercapai (*rush in*). Keadaan dapat dipulihkan kembali dengan cepat, dengan menaikkan kadar O_2 100% (*rush out*). Gas gelak mudah tereliminasi dari darah, oleh sebab itu pemberian gas gelak harus kontinyu untuk mendapatkan efek sedasi. Tingkat sedasi mudah dikendalikan dan diakhiri.

Mekanisme N_2O menghasilkan: relaksasi otot-otot dan mengubah mood penderita sehingga dapat menghasilkan sikap kooperatif dan *cooping skill* dari penderita.

Sifat Gas Nitrousoxide

- Tidak menyebabkan iritasi dan alergi.
- Berbau manis.
- Tidak berwarna.
- Tidak dapat meledak/tidak eksploratif.
- Tidak dapat terbakar.
- Gas berada dalam keadaan bebas dalam sirkulasi darah
- Mencapai saturasi penuh dalam darah 3-5 menit
- Bersifat sedatif dan analgesik: dapat mengurangi rasa sakit dan menenangkan pasien yang cemas.
- Penggunaan dengan campuran oksigen lebih dari 50% memungkinkan tidak hilangnya kesadaran.
- Penggunaan N₂O dengan campuran oksigen 50% tetap harus menggunakan anestesi lokal untuk menghilangkan rasa sakit.

E. Peralatan:



Tabung gas N₂O biru

Tabung gas Oksigen putih.

Regulator

- Regulator:
 - Mempertahankan tekanan gas yg aman bagi pasien dan peralatan.
 - Indikator jumlah gas yang tersedia
- Flowmeter:
 - Pemberian gas dg dosis yg tepat, dalam liter/menit.
 - Fail-safe mechanism: tidak akan mengeluarkan gas bila O₂ habis/tersumbat.
 - Tidak memungkinkan pemberian N₂O lebih dari 50% (elektrik); 70% (manual)

- Dapat melakukan flush O₂ langsung 100%



Flow meter
manual

Kantong reservoir

- Kantung reservoir:
 - Menyimpan kelebihan gas yang tidak dibutuhkan pasien.
 - Gerak kembang kempisnya membantu monitor pernafasan pasien
- Tube penghubung
 - Menghubungkan kantung reservoir ke sungkup hidung
 - Menghubungkan sungkup hidung ke penghisap
- Sungkup hidung / *nasal hood*
 - Alat pernafasan pasien
 - Dengan metode *scavenging*

Syarat peralatan sedasi inhalasi.

- a. Mampu mencampur gas N₂O dengan O₂ dalam konsentrasi rendah sampai sedang karena tiap individu mempunyai kebutuhan N₂O berbeda-beda
- b. Memberikan efek farmakologi yang disebut *semi-hipnotik*
- c. Alat sebaiknya tidak dapat memberikan jumlah gas N₂O lebih dari 50%, untuk mencegah masuknya pasien ke tingkat anestesia.

F. Efek Farmakologi N₂O

- Efek langsung ke otak: depresi sistem saraf pusat dengan tanda-tanda kesadaran berkurang dan fungsi motorik berkurang.
- Menstimulasi sistem pernafasan: volume tidal meningkat.
- Depresi pada sistem kardiovaskular: denyut jantung menurun.
- Menstimulasi sistem gastrointestinal: kemungkinan rasa mual dan muntah.

Catatan:

- Nitrous oxide memerlukan 3-5 menit untuk mencapai kejenuhan dalam sirkulasi darah
- Tidak ada perubahan dalam denyut nadi atau tekanan darah.
- Perubahan dalam pernafasan disebabkan karena keadaan rileks daripada efek nitrous oxide sendiri
- Tidak menyebabkan iritasi pada paru-paru

G. Komplikasi:

Walaupun gas gelak aman untuk sedasi ada kemungkinan terjadi komplikasi bila dilakukan tanpa pengetahuan dan secara profesional. Komplikasi yang dapat terjadi:

1. Hipoksia, dapat terjadi apabila jalan pernafasan tersumbat sehingga pasien tidak dapat menghirup O₂ dengan baik. Bisa terjadi kerusakan otak.
2. Aspirasi: bisa terjadi karena refleks tenggorokan dan saluran pernafasan lebih lambat dibandingkan keadaan normal. Hal ini sulit diprediksi. Untuk mencegah muntah, pasien yang mudah aspirasi disarankan untuk tidak makan sebelum sedasi.
3. Oversedasi: tingkat sedasi lebih dalam dari yang diinginkan.

H. Persiapan sebelum sedasi.

1. Rekam medis
 - a. Rekam medis secara lengkap, untuk menentukan adanya indikasi dan kontraindikasi untuk perawatan dengan sedasi
 - b. Catat adanya penyakit sistemik
2. Penilaian pasien
 - a. Kemampuan pasien untuk berkomunikasi & mengerti apa yang akan dilakukan
 - b. Pasien cemas ringan-sedang
3. Informed consent
 - a. Perlu informed consent tertulis (formulir) yang diisi pasien atau orangtua pasien.
 - b. Jelaskan selengkapnya mengenai sedasi inhalasi, apa yang mungkin dirasakan, komplikasi yang mungkin terjadi, perawatan gigi yang akan dilakukan
4. Instruksi pra-perawatan
 - a. Makanan ringan sebelum perawatan

- b. Bila ada perubahan dalam status kesehatan, seperti batuk, pilek, flu, demam, perlu diberitahukan ke klinik secepatnya
 - c. Perlu ada orang lain untuk menemani selama perawatan
 - d. Jangan berikan obat-obatan apapun sebelum atau sesudah perawatan tanpa konsultasi dengan dokter gigi
 - e. Jangan mengendarai mobil sendiri setelah perawatan
5. Inspeksi alat:
 - a. Semua alat lengkap dan bersih
 - b. Jumlah gas N₂O dan O₂ cukup
 6. Fungsi alat baik Pemilihan ukuran sungkup hidung
 - a. Sesuaikan dengan ukuran hidung pasien
 - b. Periksa apakah mungkin ada kebocoran dari tepi sungkup hidung
 7. Pemberian gas.
 - a. Mulailah dengan pemberian 100% O₂ 5-7 l/menit selama 2 - 3 menit.
 - b. Naikkan konsentrasi N₂O 10% tiap 1 menit; tidak lebih dari 40%.
 - c. Efek pada pasien mungkin terlihat dalam 3-5 menit, dan dapat mulai dilihat pada konsentrasi 5-25%
 - d. Tanya selalu gejala yang dirasakan pasien sebelum menaikkan konsentrasi
 8. Setelah pasien rileks, dapat dimulai anestesi lokal.
 9. Mulai lakukan perawatan gigi.
10. Pada beberapa pasien, konsentrasi N₂O dapat diturunkan setelah anestesi lokal (5-25% saja), kecuali pasien dengan kecemasan tinggi.

Sedasi sadar berada di plana 1 dan 2

Plana untuk pasien dengan kecemasan sedang - tinggi

Plana 1 : *moderate sedation & analgesia*,

- Konsentrasi N₂O 5-25%
- Tanda-tanda yang mungkin terjadi:
 - Rasa semutan jari tangan, kaki, pipi, punggung, kepala, dada
 - Rasa rileks; rasa takut dan cemas hilang
 - Meningkatnya ambang rasa sakit
 - Pendengaran, penglihatan, kesadaran sedikit berkurang

- Pupil normal, kontraksi dengan rangsang cahaya

Plana 2 : *dissociation sedation and analgesia*

- Konsentrasi N₂O 20-55%
- Tanda-tanda yang mungkin terjadi:
 - Rasa “terpisah” dari lingkungan sekitarnya
 - Rasa euforia, hangat, kadang telinga berdengung
 - Rasa mengantuk & melayang
 - Pengurangan refleks mengedipkan mata.

11. Setelah selesai perawatan, berikan 100% O₂ selama 5-10 menit.

a. Pasien duduk beberapa menit, observasi:

- Komunikasi: pasien harus bisa menjawab dengan logis
 - Pernafasan baik
 - Tanda-tanda vital baik
- b. Diffusion *hypoxia*, jumlah O₂ di udara normal 20%, jauh lebih sedikit dari yang dipakai selama sedasi, dapat terjadi pada saat pemulihan
- c. Saat pemulihan, pasien bernafas dengan udara normal; pada saat bersamaan N₂O masuk ke alveoli dan mendesak O₂ di alveoli sehingga terjadi hipoksia.
- d. Pencegahan: mengalirkan O₂ 100% selama 5-10 menit setelah prosedur selesai.

LAMPIRAN VI
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 89 TAHUN 2015
TENTANG
UPAYA KESEHATAN GIGI DAN MULUT

REKAM MEDIS KEDOKTERAN GIGI

V. PENDAHULUAN

Rekam medis gigi dan mulut yang dilakukan oleh dokter gigi di fasilitas pelayanan kesehatan merupakan rekam medis kedokteran gigi. Rekam medis kedokteran gigi adalah suatu dokumentasi yang sistematis mengenai riwayat perawatan kesehatan gigi seorang pasien oleh sarana pelayanan kesehatan. Dokumentasi ini dapat berupa catatan tertulis atau dalam bentuk elektronik, namun harus berisi informasi yang lengkap dan akurat tentang identitas pasien, diagnosa, perjalanan penyakit, kode penyakit ICD 10, proses pengobatan dan tindakan medis serta dokumentasi hasil pemeriksaan.

Membuat rekam medis merupakan kewajiban seorang dokter gigi yang melakukan pelayanan kesehatan gigi pada pasien. Hal ini tercantum dalam Undang-Undang nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 46(1) yang berbunyi :

“Setiap dokter dan dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis.”

Pentingnya catatan/rekam medis kedokteran gigi, perlu disosialisasikan kepada seluruh masyarakat Indonesia, agar setiap individu mempunyai rekam medis kedokteran gigi yang baik dan seragam.

Memenuhi ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis, Odontogram masuk dalam standar rekam medis kedokteran gigi. maka telah dilakukan pertemuan penyusunan penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria (NSPK) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada tanggal 28 - 30 Agustus 2014, yang dihadiri oleh PB PDGI, Majelis Kolegium Kedokteran Gigi, Kolegium – kolegium di Kedokteran Gigi, AFDOKGI serta para pakar di bidang kedokteran gigi. Dalam pertemuan tersebut menyepakati penggunaan rekam medik kedokteran gigi. Kementerian

Kesehatan akan memasukkan Odontogram ke dalam aplikasi SIKDA generik.

Rekam medik kedokteran gigi terbagi dalam 4 bagian utama:

1. Identitas pasien
2. Odontogram
3. Tabel perawatan
4. Lampiran pelengkap/penunjang: Foto x-ray, hasil laboratorium, *informed consent* dsb.

W. KARTU REKAM MEDIS GIGI DAN MULUT

1. Lembar Identitas Pasien

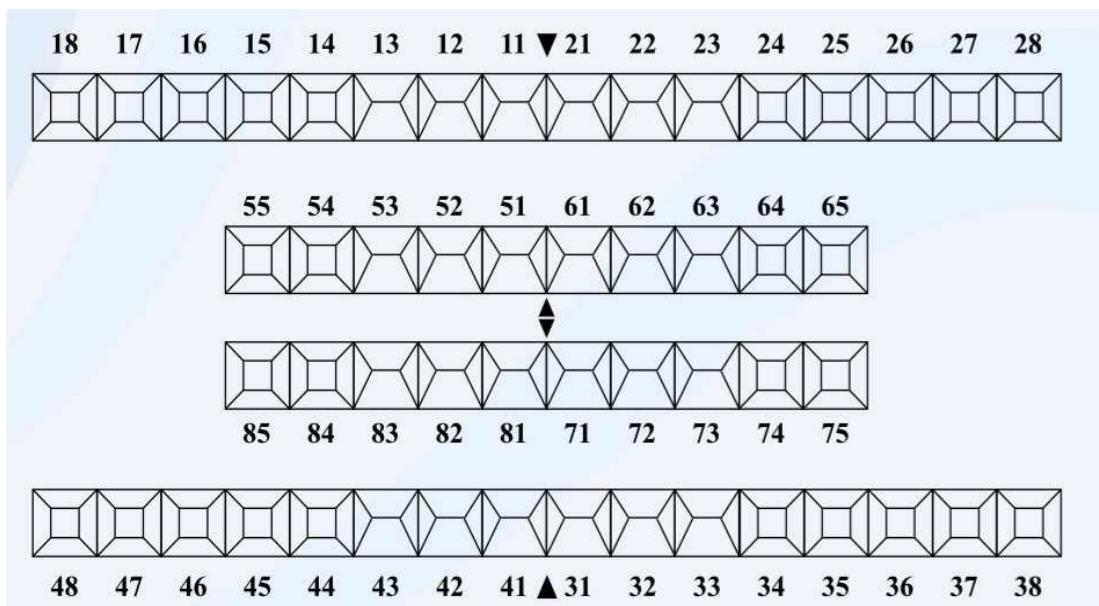
Identitas Pasien :

Terdiri atas 2 bagian (format 1):

- a. Identitas diri pasien
- b. Penyakit pada pasien yang perlu diperhatikan

2. Odontogram

adalah suatu gambar peta mengenai keadaan gigi di dalam mulut yang merupakan bagian yang tak terpisahkan dari Rekam Medis Kedokteran Gigi.



Tujuan Umum:

Untuk mengetahui keadaan gigi geligi seseorang

Tujuan Khusus:

- a. Memberikan gambaran umum keadaan gigi dan mulut pasien.
- b. Merupakan dokumen legal yang dapat melindungi dokter gigi maupun pasien.
- c. Sebagai resume keadaan gigi dan mulut pasien baik untuk kepentingan pasien maupun rujukan.
- d. Sebagai dasar perencanaan perawatan/kebutuhan alat/ bahan kedokteran gigi melalui perhitungan DMF/T
- e. Sebagai bahan penelitian.
- f. Sebagai sarana identifikasi.

Dalam lembar Odontogram, selain dicantumkan gambar Odontogram, juga dicatatkan informasi-informasi penting mengenai keadaan gigi dan mulut pasien. Yang dicatatkan pada lembar Odontogram adalah hanya informasi yang tidak mudah berubah.

Pengisian Odontogram

- a. Pemeriksaan terhadap seluruh keadaan gigi dan mulut pasien dilakukan dan dicatat pada kunjungan pertama atau kesempatan pertama sehingga memberikan gambaran keadaan secara keseluruhan
 - b. Selama perawatan belum mencapai restorasi tetap, tidak perlu dilakukan perbaikan odontogram.
 - c. Setelah perawatan mencapai restorasi tetap, dapat dilakukan koreksi pada gambar odontogram yang ada, dan diberikan paraf dan tanggal perubahan.
 - d. Jika koreksi dinilai sudah terlalu banyak, dapat dibuat odontogram baru. Odontogram lama tetap dilampirkan sebanyak 2 odontogram yang lama.
 - e. Jika kunjungan pasien terakhir kali sudah lebih dari satu tahun, dibuatkan odontogram baru.
3. Tabel perawatan diisi gigi yang dilakukan perawatan pada tanggal dirawat (format 2)

Terdiri dari:

- a. Tanggal
- b. Gigi yang dirawat
- c. Keluhan / diagnosa
- d. Kode ICD 10
- e. Perawatan
- f. Paraf dokter gigi

g. Keterangan
4. Lampiran Pelengkap

Merupakan bagian akhir dari rekam medik kedokteran gigi. Pada lampiran pelengkap disimpan berbagai hal yang melengkapi perawatan yang dilakukan, misalnya: x-ray pasien, hasil laboratorium termasuk juga Persetujuan Tindakan Kedokteran (*Informed Consent*) dan Penolakan Tindakan Kedokteran (*Informed Refusal*).

Persetujuan tindakan kedokteran terdiri atas 2 bagian:

- a. Bagian dokumentasi pemberian informasi
- b. Bagian persetujuan tindakan kedokteran

Penolakan tindakan kedokteran juga terdiri dari 2 bagian:

- a. Bagian dokumentasi pemberian informasi
- b. Bagian penolakan tindakan kedokteran

Bagian dokumentasi pemberian informasi dan bagian persetujuan atau penolakan tindakan kedokteran harus berada pada satu lembar yang utuh, untuk memastikan bahwa pasien atau wali/ keluarga pasien mengetahui dengan benar informasi yang disetujui atau ditolaknya

X. DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL – SIMBOL PADA ODONTOGRAM

D.1. KETENTUAN UMUM

1. Penulisan menggunakan FDI (*Federation Dentaire Internationale*) *Numbering System*.
2. Permukaan/Lokasi /posisi caries atau tambalan wajib di isi: MODVL (M = Mesial, O = Occusal, D = Distal, V = Vestibular, L = Lingual)
3. Restorasi gigi, digunakan warna hitam-putih.
4. Restorasi yang mempunyai warna sama dengan gigi, digunakan tanda arsir, dan dijelaskan pada tabel.
5. Restorasi logam atau amalgam, digunakan warna hitam penuh.
6. *Inlay* digambarkan sama dengan tambalan, namun dirinci pada tabel

Catatan:

Jika akan digunakan warna, maka:

- untuk logam berwarna emas : warna merah
- untuk Amalgam/logam biasa : warna hitam
- untuk restorasi berwarna sama dengan gigi: warna hijau

- untuk Fissure sealant (restorasi pencegahan) = merah muda

D.2. KETENTUAN KHUSUS

1. Singkatan permukaan/Lokasi/posisi caries atau tambalan ditulis dengan huruf kapital/besar, di depan singkatan yang lain. Misal : O car (Occlusal caries); MO amf (Mesial Occlusal amalgam filling);
2. Singkatan kondisi lain (keadaan gigi, bahan restorasi, restorasi, dan protesa) ditulis dengan huruf kecil;
3. Bila satu gigi memiliki dua atau lebih keterangan akan kondisi giginya, maka tiap singkatan dari kondisi gigi tersebut di beri tanda (-). Misal : gigi 16 : O cof-rct; gigi 46: mis-pon-pob
4. Keterangan tambahan tentang kondisi gigi yang tidak terdapat pada daftar singkatan, bisa ditambah tanda (“.....”). Misal : gigi 12: cfr “ ½ insisal” (crown fracture “ ½ insisal”)

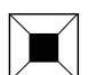
Daftar Singkatan

PERMUKAAN GIGI	
SINGKATAN	ARTI
M	MESIAL
O	OCCLUSAL
D	DISTAL
V	VESTIBULAR/BUKAL/LABIAL
L	LINGUAL/PALATAL

KEADAAN GIGI		
SINGKATAN	ARTI	KETERANGAN
sou	Gigi sehat, normal, tanpa kelainan	
non	Gigi tidak ada/tidak diketahui	
une	<i>Un-erupted</i>	Perlu dukungan Ro photo (usia dewasa)
pre	<i>Partial erupted</i>	
imv	<i>Impacted visible</i>	impaksi
ano	Anomali	Peg shape, rudimeter, supernumerary DLL
dia	Diastema	Ada jarak antar gigi
att	Atrisi	
abr	Abrasi	
car	Caries / karies	Harus diikuti pemukaan giginya (MODVL), misal: O Car, OM car
cfr	<i>Crown Fracture/ Fraktur Mahkota</i>	Bisa di tambahkan informasi frakturnya, misal: cfr '1/2 insisal'
nvt	Gigi Non Vital	Biasanya diikuti kondisi karies/tumpatan, misal: www.peraturan.go.id O Car-nvt
rrx	Sisa Akar	

RESTORASI		
SINGKATAN	ARTI	KETERANGAN
fmc	Full Metal Crown	Mahkota Logam
poc	Porcelain Crown	Mahkota Porcelain
mpc	Metal Porcelain Crown	
gmc	Gold Metal Crown	
rct	<i>Root Canal Treatment</i> /Perawatan Saluran Akar	Biasanya diikuti kondisi tumpatan/restorasi, misal: O amf-rct; poc-rct
ipx	Implan	
meb	Metal Bridge	Jembatan Logam
pob	Porcelain Bridge	Jembatan Porcelain
pon	Pontic	Bisa di tambah kondisi missing Misal: mis-pon
abu	Gigi abutment	Gigi Penyangga

Simbol-simbol Odontogram



= Tambalan Amalgam = **amf**

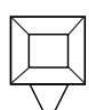


= Tambalan Composite (di arsir) (**cof**)

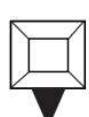
|||| = di arsir



= pit dan fissure sealant = (**fis**)



= gigi non-vital (**nvt**)



= Perawatan Saluran Akar (**rct**)



= gigi tidak ada, tidak diketahui ada atau tidak ada.
(**non**)



= Un-Erupted (**une**)



= Partial Erupt (**pre**)



= Normal/ baik (**sou**)



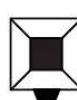
= Anomali (**ano**)
Pegshaped, micro, fusi, etc



= Caries = Tambalan sementara (**car**)
(garis batas caries dibuat sesuai posisi caries, dan di posisi caries ditulis di tabel, misal **O-car**)



= fracture (**cfr**)



= Tambalan Amalgam pada gigi non vital = Root Canal
Filling (..... **amf - rct**)



= Tambalan Composite pada gigi non-vital = Root Canal
Filling (..... **cof - rct**)



= Full metal crown pada gigi vital (**fmc**)



= Full metal crown pada gigi non-vital (**fmc-rct**)



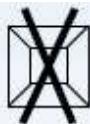
= Porcelain crown pada gigi vital (**poc**)



= Porcelain crown pada gigi non vital (**poc-rct**)



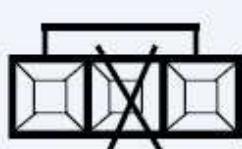
= Sisa Akar (**rrx**)



= Gigi hilang (**mis**)



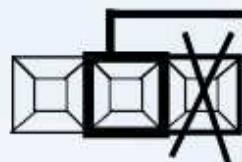
= Implant + Porcelain crown (**ipx - poc**)



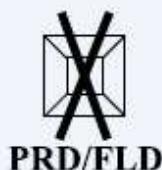
= Full metal bridge 3 units. (**meb**) (masing-masing gigi dijelaskan, Pontic =PON)



= Porcelain bridge 4 units (**pob**)

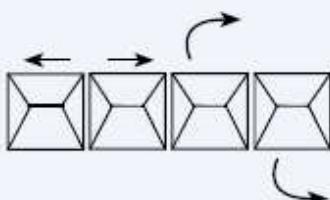


= full metal cantilever bridge (**meb**)

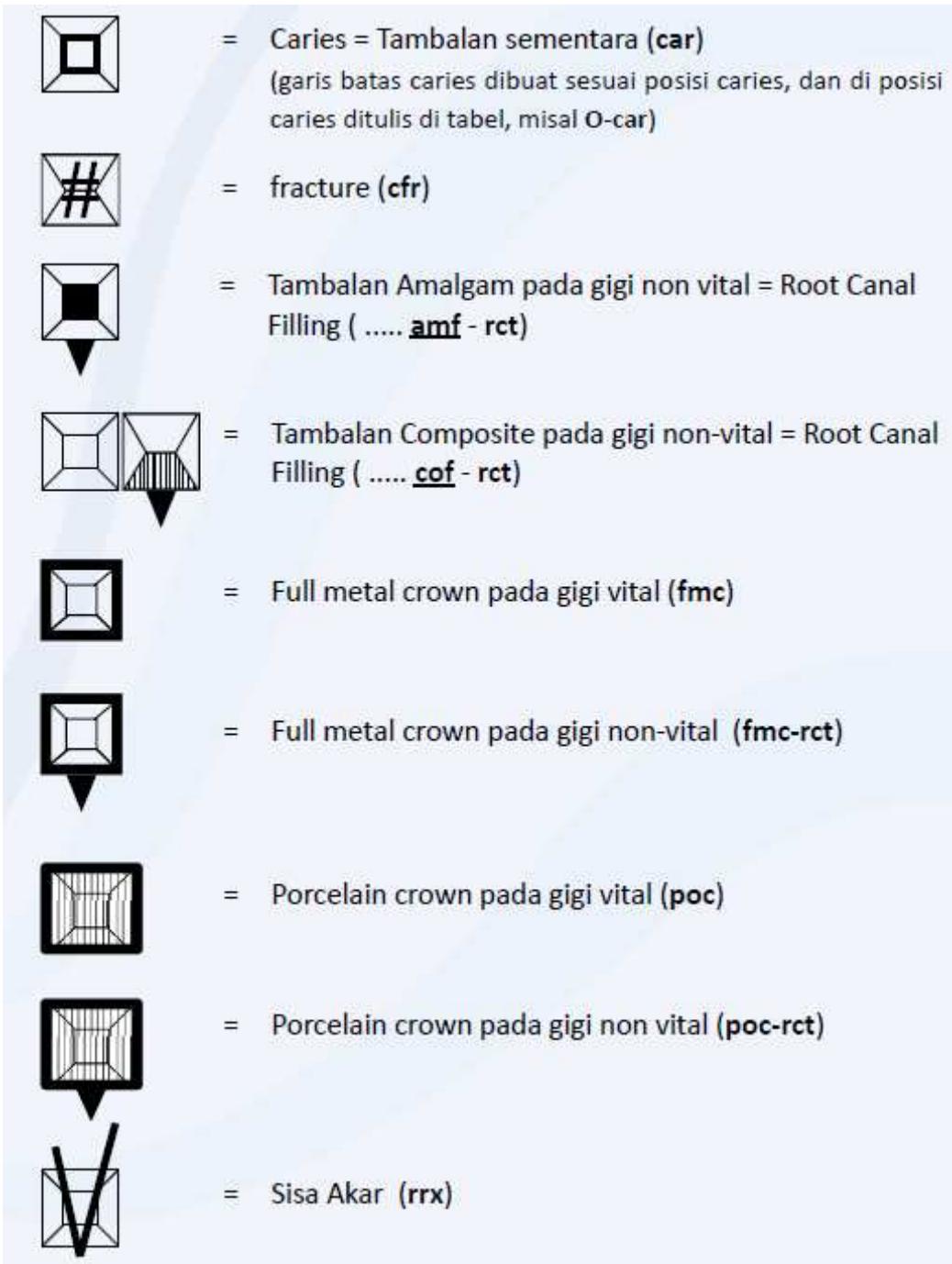


= Partial Denture/ Full Denture (**frm** =Frame;
acr = Acrylic)

PRD/FLD

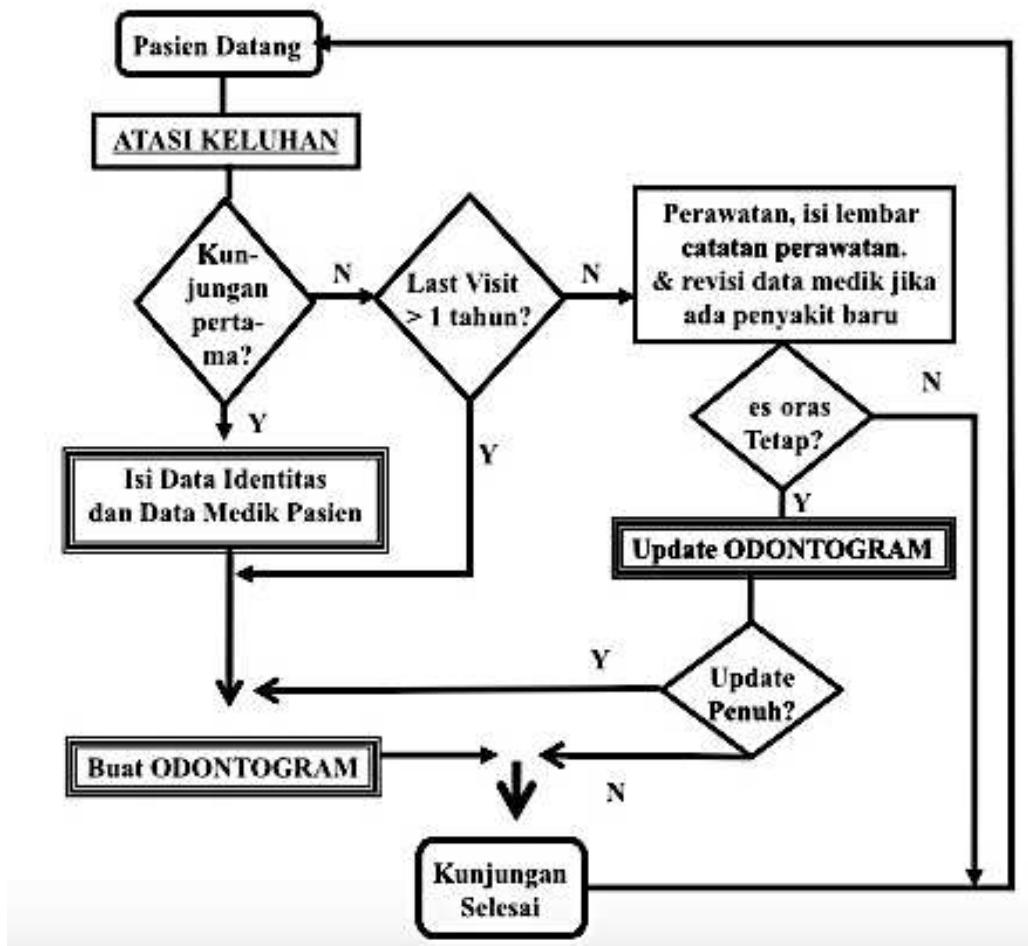


= Migrasi/ Version/Rotasi dibuat panah sesuai arah



Y. PROSEDUR PENGISIAN REKAM MEDIS

Kadang diperlukan pemutakhiran terhadap data pasien, data penyakit yang perlu mendapat perhatian maupun odontogramnya. Pemutakhiran ini tidak perlu dilakukan pada setiap kunjungan, namun dilakukan dengan alur diagram sebagai berikut:



Penjelasan Diagram:

1. Saat pasien dating, jika ada keluhan akut, segera atasi dahulu keluhan pasien.
2. Jika kunjungan pasien tersebut adalah kunjungan pertama, segera setelah kondisi akut teratasi, pasien diminta mengisi data, dan dibuatkan odontogram.
3. Jika kunjungan tsb bukan kunjungan pertama, namun sudah lebih dari satu tahun sejak kunjungan terakhir, maka pasien memeriksa kembali datanya dan dibuatkan odontogram baru.
4. Jika kunjungan terakhir belum satu tahun, maka perawatan dilakukan hingga restorasi tetap, dan setelah restorasi tetap, odontogram dikoreksi (*update*) dan diberi paraf. Jika koreksi sudah penuh atau mengganggu odontogram, maka dibuatkan odontogram baru.
5. Kunjungan selesai.

Z. PENYIMPANAN, PEMUSNAHAN DAN KERAHASIAAN REKAM MEDIK KEDOKTERAN GIGI

Setiap dokter gigi wajib membuat rekam medis setelah memberikan pelayanan praktek kedokteran gigi kepada pasiennya dengan menuliskan semua pelayanan yang telah dilakukan. Keberadaan rekam medik di kedokteran gigi selain bermanfaat untuk pelayanan, pendidikan dan pembinaan, rekam medik juga merupakan alat bukti tertulis utama yang bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik maupun untuk kepentingan identifikasi jika pasien mengalami musibah

Untuk itu penyimpanan dan pemusnahan rekam medik harus dilakukan sesuai ketentuan yang ada. Selama rekam medik Kedokteran Gigi ini belum dimusnahkan, maka sarana pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik, Dokter Gigi praktik mandiri bertanggung jawab atas penyimpanan dan pemeliharaannya demi menjaga kerahasiaan isi dari rekam medik tersebut. Rekam medik wajib disimpan sekurang kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat. Jika memungkinkan rekam medik dapat disimpan dalam bentuk *elektronik*.

Ringkasan pulang perawatan, persetujuan tindakan medik (Informed Consent) dan Odontogram terakhir wajib disimpan paling sedikit 10 (sepuluh) tahun terhitung dari ringkasan tersebut dibuat.

Apabila batas waktu penyimpanan terlampaui, rekam medik dapat dimusnahkan. Meski peraturan mengijinkan pemusnahan rekam medik setelah jangka waktu tersebut, sangat disarankan untuk tetap menyimpan rekam medik kedokteran gigi, khususnya Odontogram selama ruang penyimpanan masih memungkinkan dan jika memungkinkan dapat berupa *softcopy*.

Informasi tentang isi Rekam Medis harus dijaga bersama kerahasiannya oleh seluruh tenaga kesehatan (termasuk dokter gigi), petugas pengelola rekam medik dan pimpinan sarana pelayanan Kesehatan. Informasi tentang Rekam Medik hanya dapat dibuka dalam hal:

1. Untuk kepentingan kesehatan pasien.
2. Memenuhi permintaan aparatur penegah hukum.
3. Atas permintaan atau persetujuan pasien sendiri.
4. Permintaan institusi tertentu sesuai undang-undang.

5. Untuk kepentingan penelitian, pendidikan, atau audit medik sepanjang tidak menyebut identitas pasien

Permintaan informasi tentang Rekam Medik ini harus dilakukan secara tertulis kepada pimpinan sarana pelayanan Kesehatan atau dokter gigi praktik mandiri

Jika isi rekam medik pasien diperlukan oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien, maka dokter gigi cukup memberikan ringkasan rekam medik dalam kurun waktu yang diperlukan. Pemberian informasi isi rekam medis ini tidak perlu dilakukan dengan membuat photocopy atau menyerahkan rekam medik secara lengkap kepada pihak lain termasuk kepada pasien. Permintaan rekam medik dapat juga dilakukan oleh ahli waris pasien jika pasien sudah meninggal dunia.

Ketentuan penyimpanan, pemusnahan dan kerahasiaan rekam medik kedokteran gigi

Ini sesuai peraturan yang berlaku saat ini, jika ada perubahan akan mengikuti peraturan/ketentuan yang terbaru.

AA. PENUTUP

Data rekam medis secara nasional diperlukan agar setiap dokter gigi dan perawat gigi atau orang yang membutuhkan dapat membaca dengan baik dan benar. Sehingga mengurangi keragu – raguan para dokter gigi untuk membaca data rekam medik yang dibuat oleh dokter gigi/perawat gigi lainnya.

Perlu kerjasama Kementerian Kesehatan RI, Fakultas Kedokteran Gigi dan Perhimpunan Profesi Gigi agar ada keseragaman rekam medis gigi mulai dari produsen dokter gigi yaitu Fakultas Kedokteran Gigi sampai konsumen yaitu jajaran kesehatan.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

NILA FARID MOELOEK

FORMAT 1:

LEMBAR IDENTITAS PASIEN

REKAM MEDIS KEDOKTERAN GIGI

Nama Dokter :

Alamat Praktek :

Telepon :

No. File :

DATA PASIEN

1. Nama :
2. Tempat/Tgl Lahir :
3. No. Induk Kependudukan :
4. Jenis Kelamin : Laki - laki / Perempuan
5. Suku / Ras :
6. Pekerjaan :
7. Alamat Rumah :
8. Telepon Rumah :
9. Pekerjaan :
10. Alamat Kantor :
11. Telepon Seluler :

DATA MEDIS YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Golongan Darah :
2. Tekanan Darah : / Hypertensi / Hypotensi / Normal
3. Penyakit Jantung : Tidak Ada / Ada
4. Diabetes : Tidak Ada / Ada
5. Haemophilia : Tidak Ada / Ada
6. Hepatitis : Tidak Ada / Ada
7. Gastring : Tidak Ada / Ada
8. Penyakit lainnya : Tidak Ada / Ada
9. Alergi terhadap obat-obatan : Tidak Ada / Ada

10. Alergi terhadap makanan : Tidak Ada / Ada

Tanggal Pencatatan Data :

Tanda Tangan :

FORMAT 2

TABEL PERAWATAN

Tabel Perawatan

FORMAT 3

CONTOH FORMULIR REKAM MEDIS GIGI DAN MULUT

KOP SATKER

FORMULIR PEMERIKSAAN ODONTOGRAM

NAMA LENGKAP : JENIS KELAMIN : L / P
 NIK/No.KTP : TTL :

11 [51]			[61] 21
12 [52]			[62] 22
13 [53]			[63] 23
14 [54]			[64] 24
15 [55]			[65] 25
16			26
17			27
18			28

The diagram shows the dental arches with the following tooth numbers:

- Upper Arch: 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, ▼ 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28
- Lower Arch: 55, 54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 65
- Lower Arch (continued): 85, 84, 83, 82, 81, 71, 72, 73, 74, 75
- Lower Arch (continued): 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41, ▲ 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38

48		38
47		37
46		36
45 [85]		[75] 35
44 [84]		[74] 34
43 [83]		[73] 33
42 [82]		[72] 32
41 [81]		[71] 31

Occlusi : Normal Bite / Cross Bite / Steep Bite
 Torus Palatinus : Tidak Ada / Kecil / Sedang / Besar / Multiple
 Torus Mandibularis : Tidak ada / sisi kiri / sisi kanan / kedua sisi
 Palatum : Dalam / Sedang / Rendah
 Diastema : Tidak Ada / Ada: (dijelaskan dimana dan berapa lebarnya)
 Gigi Anomali : Tidak Ada / Ada: (dijelaskan gigi yang mana, dan bentuknya)
 Lain-lain : (hal-hal yang tidak tercakup diatas)
 D : M : F :

Jumlah photo yang diambil (digital/intraoral)*

Jumlah rontgen photo yang diambil (Dental/PA/OPG/Ceph)*

DIPERIKSA OLEH: TANGGAL PEMERIKSAAN TANDA TANGAN PEMERIKSA:

Drg..... /..... /.....

FORMAT 4

CONTOH PENGISIAN ODONTOGRAM DEWASA

KOP SATKER																																			
FORMULIR PEMERIKSAAN ODONTOGRAM (DEWASA)																																			
NAMA LENGKAP : JOKO SUSILO		JENIS KELAMIN : L /-P-																																	
NIK/No.KTP : 3173021202670003		TTL : BANTUL, 12 Februari 1967																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>11 [51]</td> <td>M car</td> <td>sou</td> <td>[61] 21</td> </tr> <tr> <td>12 [52]</td> <td>ano</td> <td>cfr '1/3 insisal</td> <td>[62] 22</td> </tr> <tr> <td>13 [53]</td> <td>sou</td> <td>sou</td> <td>[63] 23</td> </tr> <tr> <td>14 [54]</td> <td>sou</td> <td>O cof</td> <td>[64] 24</td> </tr> <tr> <td>15 [55]</td> <td>mis</td> <td>mis</td> <td>[65] 25</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>O amf</td> <td>poc-rct</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>mis</td> <td>rrx</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>non</td> <td>non</td> <td>28</td> </tr> </table>				11 [51]	M car	sou	[61] 21	12 [52]	ano	cfr '1/3 insisal	[62] 22	13 [53]	sou	sou	[63] 23	14 [54]	sou	O cof	[64] 24	15 [55]	mis	mis	[65] 25	16	O amf	poc-rct	26	17	mis	rrx	27	18	non	non	28
11 [51]	M car	sou	[61] 21																																
12 [52]	ano	cfr '1/3 insisal	[62] 22																																
13 [53]	sou	sou	[63] 23																																
14 [54]	sou	O cof	[64] 24																																
15 [55]	mis	mis	[65] 25																																
16	O amf	poc-rct	26																																
17	mis	rrx	27																																
18	non	non	28																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>48</td> <td>une</td> <td>une</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>47</td> <td>O car - nvt</td> <td>O fis</td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>46</td> <td>O cof - rct</td> <td>poc</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>45 [85]</td> <td>pob</td> <td>sou</td> <td>[76] 35</td> </tr> <tr> <td>44 [84]</td> <td>miss-pon-pob</td> <td>miss-prd-acr</td> <td>[74] 34</td> </tr> <tr> <td>43 [83]</td> <td>pob</td> <td>miss-prd-acr</td> <td>[73] 33</td> </tr> <tr> <td>42 [82]</td> <td>sou</td> <td>sou</td> <td>[72] 32</td> </tr> <tr> <td>41 [81]</td> <td>sou</td> <td>sou</td> <td>[71] 31</td> </tr> </table>				48	une	une	38	47	O car - nvt	O fis	37	46	O cof - rct	poc	36	45 [85]	pob	sou	[76] 35	44 [84]	miss-pon-pob	miss-prd-acr	[74] 34	43 [83]	pob	miss-prd-acr	[73] 33	42 [82]	sou	sou	[72] 32	41 [81]	sou	sou	[71] 31
48	une	une	38																																
47	O car - nvt	O fis	37																																
46	O cof - rct	poc	36																																
45 [85]	pob	sou	[76] 35																																
44 [84]	miss-pon-pob	miss-prd-acr	[74] 34																																
43 [83]	pob	miss-prd-acr	[73] 33																																
42 [82]	sou	sou	[72] 32																																
41 [81]	sou	sou	[71] 31																																
<p>Occlusi : Normal Bite / Cross-Bite / Steep-Bite Torus Palatinus : Tidak Ada / Kecil / Sedang / Besar / Multiple Torus Mandibularis : Tidak ada / sisi-kiri / sisi-kanan / kedua-sisi Palatum : Dalam / Sedang / Rendah Diastema : Tidak Ada / Ada: (dijelaskan dimana dan berapa lebarnya) Gigi Anomali : Tidak Ada / Ada: (dijelaskan gigi yang mana, dan bentuknya) 21.peg shape Lain-lain : (hal-hal yang tidak tercakup diatas) D : M : F :</p>																																			
<p>Jumlah photo yang diambil (digital/intraoral)* Jumlah rontgen photo yang diambil (Dental/PA/OPG/Ceph)*</p>																																			
DIPERIKSA OLEH:		TANGGAL PEMERIKSAAN																																	
Drg. INDRA		29 /08 /2014																																	
		Indra																																	

FORMAT 5

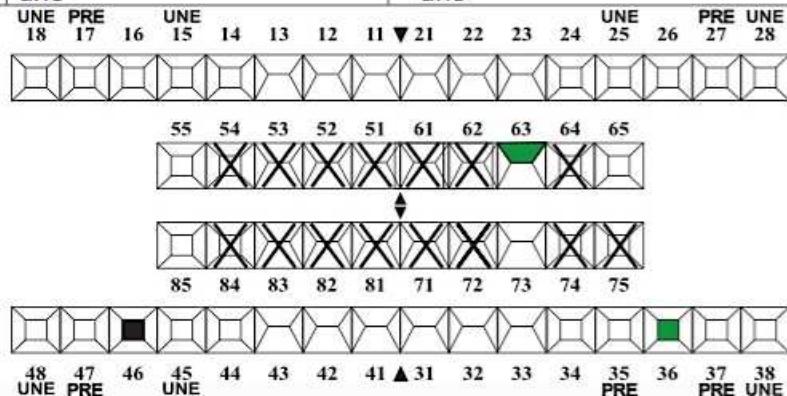
CONTOH PENGISIAN ODONTOGRAM ANAK

KOP SATKER

FORMULIR PEMERIKSAAN ODONTOGRAM (ANAK)

NAMA LENGKAP : **FIRMAN** JENIS KELAMIN : L /P-
 NIK/No.KTP : TTL : Jakarta, 10 Nopember 2003.....

11 [51]	sou	sou	[61] 21
12 [52]	sou	sou	[62] 22
13 [53]	sou	63 : V cof ; 23 : sou	[63] 23
14 [54]	sou	sou	[64] 24
15 [55]	15 : une ; 55 : sou	25 : une ; 65 : sou	[65] 25
16	sou	sou	26
17	pre	pre	27
18	une	une	28



48	une	une	38
47	pre	pre	37
46	O amf	O cof	36
45 [85]	45 : une ; 85 : sou	pre	[75] 35
44 [84]	sou	sou	[74] 34
43 [83]	sou	33 : sou ; 73 : sou	[73] 33
42 [82]	sou	sou	[72] 32
41 [81]	sou	sou	[71] 31

Occlusi : **Normal Bite / Cross Bite / Steep Bite**Torus Palatinus : **Tidak Ada / Kecil / Sedang / Besar / Multiple**Torus Mandibularis : **Tidak ada / sisi kiri / sisi kanan / kedua sisi**Palatum : **Dalam / Sedang / Rendah**Diastema : **Tidak Ada / Ada: (dijelaskan dimana dan berapa lebarnya)**Gigi Anomali : **Tidak Ada / Ada: (dijelaskan gigi yang mana, dan bentuknya)**Lain-lain : **(hal-hal yang tidak tercakup diatas)**

D : M : F :

Jumlah photo yang diambil (digital/intraoral)*

Jumlah rontgen photo yang diambil (Dental/PA/OPG/Ceph)*

DIPERIKSA OLEH: **TANGGAL PEMERIKSAAN** TANDA TANGAN PEMERIKSA:Drg. **Jefriyanti** **12 / 11 /2014** **yanti**

FORMAT 6

Contoh Format Dokumentasi Pemberian Informasi

DOKUMEN PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi			
	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDAI
1	Diagnosis (WD & DD)		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata Cara		
6	Tujuan		
7	Risiko		
8	Komplikasi		
	Prognosis		
	Alternatif & Risiko		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jujur dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			angan
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya			angan
			enerima informasi

adaian wali atau keluarga terdekat.

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

FORMAT 7

CONTOH FORMAT PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

<p>Yang bertandatangan di bawah ini, saya, nama , umur Tahun, laku/perempuan* alamat, dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukannya tindakan terhadap saya / saya* bernama , umur tahun, laku-laki / perempuan*, alamat Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.</p>	
<p>, tanggal pukul Yang menyatakan*</p>	<p>Saksi:</p>
<p>(.....) (.....) (.....)</p>	

FORMAT 8

CONTOH FORMAT PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN

PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi/pemberi persetujuan*			
	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (v)
1	Diagnosis (WD & DD)		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata Cara		
6	Tujuan		
7	Risiko		
8	Komplikasi		
9	Prognosis		
10	Alternatif & Risiko		
	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jujur dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi		tandatangan	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya		tandatangan	
<p>*Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat.</p>			
PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
<p>Yang berlandalangan di bawah ini, saya, nama , umur Tahun, laku/perempuan* alamat dengan ini menyatakan penolakan untuk dilakukannya tindakan terhadap saya / saya* bernama , umur tahun, laku-laki / perempuan*, alamat Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.</p>			
, tanggal pukul Yang menyatakan* (.....)		Saksi: (.....) (.....)	

LAMPIRAN VII
 PERATURAN MENTERI KESEHATAN
 REPUBLIK INDONESIA
 NOMOR 89 TAHUN 2015
 TENTANG
 UPAYA KESEHATAN GIGI DAN MULUT

PELAYANAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN
 KAWASAN TERPENCIL DAN SANGAT TERPENCIL

SARANA	JENIS PELAYANAN	KEWENANGAN PELAYANAN	TENAGA
Komunitas	Pelayanan kesehatan masyarakat nonformal (tenaga nonkesehatan)	Sosialisasi penggunaan pasta gigi berfluor	Kader
	<i>Preventif komunitas</i>	Kampanye kesadaran kesehatan gigi, pemanfaatan TOGA	Saka Bakti Husada
Posyandu	Pelayanan kesehatan masyarakat non formal (tenaga non-kesehatan)	Penekanan kebiasaan pelihara diri (<i>self care</i>)	PKK
	<i>Preventif komunitas</i>	Promosi kesgilut, pemanfaatan TOGA	Karang Taruna
		Penilaian resiko karies	Kader, Saka Bakti Husada
		Penekanan kebiasaan <i>self care</i>	

SARANA	JENIS PELAYANAN	KEWENANGAN PELAYANAN	TENAGA
Posyandu	Pelayanan kesehatan gigi dan mulut dasar (oleh tenaga kesehatan non Dokter gigi)	di masyarakat <i>Continuum of care</i> terutama terkait pemenuhan gizi	Bidan, Perawat
		Promosi kesgilut Skrining kesgilut pada bayi (meja khusus di posyandu)	Bidan
		Obat-obatan untuk penghilang rasa sakit dan eliminasi infeksi	Nakes non dental terlatih kegawat daruratan gigi dan mulut (<i>Oral Urgent Treatment(OUT)</i>)
	Pelayanan kesehatan gigi dan mulut dasar (oleh tenaga kesehatan non Dokter gigi)	Promosi kesgilut Skrining kesgilut pada bayi (meja khusus di posyandu) Kartu Menuju Gigi Sehat Pelatihan kader Konsultasi Pencegahan karies dengan pengolesan fluor topikal pada gigi Pengisian pit dan fissure gigi dengan bahan fissure sealant	Bidan dan Terapis gigi dan mulut
Usaha Kesehatan	Pelayanan kesehatan masyarakat non	Promosi kesgilut	Terapis gigi dan mulut Guru Kader , Saka Bakti

SARANA	JENIS PELAYANAN	KEWENANGAN PELAYANAN	TENAGA
Gigi Sekolah (UKGS)	formal (kelompok terapi mandiri dan tenaga non-kesehatan <i>Preventif komunitas</i>)	Penilaian resiko karies Penekanan kebiasaan self care Program menyikat gigi tiap hari di sekolah UKGS Tahap 1 Obat-obatan untuk penghilang rasa sakit dan eliminasi infeksi Pelatihan kader guru dan dokter kecil Pencegahan karies dengan pengolesan fluor topikal pada gigi Pengisian pit dan fissure gigi dengan bahan fissure sealant Penambalan gigi satu atau dua bidang dengan glass ionomer (Atraumatic Restorative Treatment/ART) UKGS Tahap 2 – 3	Husada Nakes non dental terlatih <i>Oral Urgent Treatment</i> Terapis gigi dan mulut
Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS)	Pelayanan kesehatan gigi dan mulut dasar (oleh tenaga kesehatan non Dokter gigi) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut oleh dokter gigi	ART fissure sealant dan tumpatan UKGS Tahap 2 – 3	Terapis gigi dan mulut: pelimpahan wewenang Dokter gigi

SARANA	JENIS PELAYANAN	KEWENANGAN PELAYANAN	TENAGA
Puskesmas tanpa Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut	Upaya promotif Bidan → integrasi yan gigi dan mulut dengan KIA	<ul style="list-style-type: none"> • Penekanan kebiasaan pelihara diri (<i>self care</i>) di masyarakat • Prematal konseling • Konsultasi K1-K4 Obat-obatan untuk penghilang rasa sakit dan eliminasi infeksi Perawatan komplikasi pencabutan: perdarahan Pertolongan pertama trauma dento-alveolar Rujukan kasus dengan penyulit ke puskesmas dengan yankesgilut	Bidan, Petugas Promkes, nakes lainnya Dokter umum/perawat umum terlatih OUT
Puskesmas dengan Terapis gigi dan mulut tidak ada Dokter gigi	Pelayanan kesehatan gigi dan mulut dasar (oleh tenaga kesehatan non Dokter gigi)	Upaya peningkatan kesgilut Upaya pencegahan penyakit gigi Tindakan medik dasar pada kasus penyakit gigi terbatas	Terapis gigi dan mulut

SARANA	JENIS PELAYANAN	KEWENANGAN PELAYANAN	TENAGA
Melalui pelimpahan wewenang dengan penugasan Dinas Kesehatan		Pelayanan kebersihan gigi dan mulut (<i>dental hygiene</i>) Pencabutan gigi sulung dan gigi tetap satu akar (sudah goyang) dengan topikal atau infiltrasi anestesi	
Puskesmas dengan pelayanan kesigilut oleh Dokter gigi dan perawat gigi	Pelayanan kesehatan gigi dan mulut dasar (oleh tenaga kesehatan non Dokter gigi) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut oleh Dokter gigi	Penambalan gigi satu atau dua bidang dengan glass ionomer atau bahan lainnya ART Upaya peningkatan kesehatan gigi mulut Upaya pencegahan penyakit gigi Pelayanan kebersihan gigi dan mulut	Terapis gigi dan mulut Terapis gigi dan mulut Dokter gigi
		Paket manfaat pelayanan kesehatan gigi dan mulut	

Jenjang/Lapis Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

NILA FARID MOELOEK