

REHABILITASI RONGGA MULUT PADA ANAK DISABILITAS INTELEKTUAL

ORAL REHABILITATION IN CHILD WITH INTELLECTUAL DISABILITIE

Ulfa Yasmin¹ Eriska Riyanti²

¹ Program Studi Kedokteran Gigi, Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya

² Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Padjadjaran

Correspondence email to: ulfasyahab@gmail.com

Abstrak

Disabilitas intelektual atau yang sebelumnya disebut dengan retardasi mental merupakan suatu gangguan cacat umum adaptif dan fungsi intelektual yang berhubungan dengan onset usia perkembangan seharusnya. Prevalensi disabilitas intelektual pada anak-anak di bawah umur 18 tahun di negara maju diperkirakan mencapai 0,5-2,5% sedangkan di negara berkembang berkisar 4,6%. Laporan kasus ini memaparkan seorang anak perempuan usia 12 tahun yang menderita disabilitas intelektual dengan keadaan kebersihan mulut yang sangat buruk. Pemeriksaan intra oral menunjukkan banyaknya gigi persistensi, nekrosis gigi molar pertama permanen kiri rahang bawah disertai kista radikalis, serta gingivitis marginalis kronis rahang atas dan bawah. Pasien selalu mengeluarkan air liur (*drooling*) secara berlebihan sehingga selalu membuat baju serta barang disekitarnya menjadi basah. Pasien mendapatkan perawatan dibawah anestesi umum dikarenakan banyaknya tindakan pencabutan yang harus dilakukan dan pasien tidak dapat mengikuti instruksi dokter gigi. Edukasi diberikan kepada pasien dan orangtua mengenai cara pemeliharaan rongga mulut dan latihan myofungsional untuk mengurangi *drooling* yang terjadi. Kerjasama dokter gigi, orangtua dan pasien sangat penting dalam perawatan anak disabilitas intelektual dengan tujuan menjaga kebersihan rongga mulut anak.

Kata Kunci : Rehabilitasi, disabilitas intelektual, anestesi umum, *drooling*.

Abstract

Intellectual disability or previously referred to as mental retardation is a disorder of general adaptive disability and intellectual function related to the age of development should be. The prevalence of intellectual disability in children under 18 years in developed countries is estimated at 0.5-2.5% while in developing countries it is around 4.6%. This case report describes a 12-year-old girl who suffered intellectual disability with a very poor state of oral hygiene. Intra-oral examination revealed a large number of persistent teeth, necrosis of left mandibular first molar with radical cysts, and chronic marginaly gingivitis upper and lower jaw. Patients always drooling excessively and always make clothes and items around her wet. Patients get treatment under general anesthesia due to the large number of extractions that must be performed and the patient cannot follow the dentist's instructions. Education is given to patients and parents about how to maintain the oral cavity and myofunctional exercises to reduce drooling that occurs. The collaboration of dentists, parents and patients is very important in care of children with intellectual disabilities with the aim of maintaining the oral hygiene of the child's.

Keywords: Rehabilitation, intellectual disability, general anesthesia, drooling.

PENDAHULUAN

Disabilitas intelektual atau yang sebelumnya disebut dengan retardasi mental merupakan suatu gangguan cacat umum adaptif dan fungsi intelektual yang berhubungan dengan onset usia perkembangan yang seharusnya.¹ *American Association on Mental Retardation* (AAMR) yang telah berganti nama menjadi *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD) menjelaskan bahwa definisi disabilitas intelektual sama dengan definisi retardasi mental. Alasan utama perubahan istilah ini dikarenakan istilah disabilitas intelektual dinilai tidak merendahkan akan tetapi perubahan istilah tersebut tidak merubah definisi kondisi tersebut.^{2,3}

Prevalensi disabilitas intelektual pada anak-anak di bawah umur 18 tahun di negara maju diperkirakan mencapai 0,5-2,5%, di negara berkembang berkisar 4,6%. Insidens disabilitas intelektual di negara maju berkisar 3-4 kasus baru per 1000 anak dalam 20 tahun terakhir. Angka kejadian anak disabilitas intelektual berkisar 19 per 1000 kelahiran hidup dengan prevalensi akibat faktor genetik sebesar 17 – 47%.^{3,4} Terjadinya disabilitas intelektual tidak dapat dipisahkan dari tumbuh kembang seorang anak. Faktor penentu tumbuh kembang seorang anak pada garis besarnya adalah faktor genetik yang menentukan sifat bawaan anak tersebut dan faktor lingkungan. Penyebab terjadinya disabilitas intelektual juga dikelompokkan atas penyebab biologis (prenatal, perinatal, post-natal) dan psikososial.

Perawatan gigi dan mulut terhadap anak disabilitas intelektual tidak terbatas pada hal-hal yang darurat saja seperti ekstraksi gigi, namun pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut sejak gigi pertama muncul. Penting untuk menekankan kontrol pola makan dan pendidikan mengenai kesehatan gigi dan mulut. Kesulitan komunikasi karena keadaan disabilitas intelektual membuat anak lambat dalam menerima instruksi yang diberikan. Oleh karena itu, bantuan orangtua atau pengasuh sangat dibutuhkan.^{5,6}

Peran serta dokter gigi spesialis kedokteran gigi anak sangat dibutuhkan dalam menjaga kesehatan rongga mulut pasien disabilitas intelektual. Perawatan gigi dan mulut terhadap anak dengan disabilitas intelektual tidak terbatas pada hal-hal yang darurat saja, namun mereka perlu juga

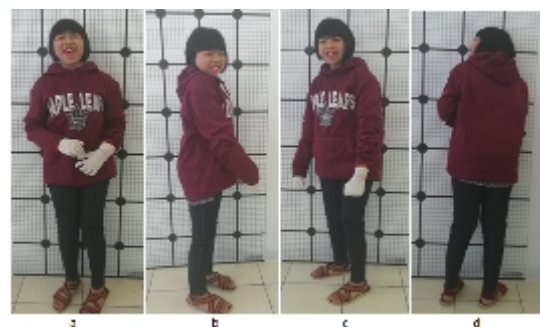
memperoleh rehabilitasi yang menyeluruh agar gigi mereka dapat berfungsi dengan baik.

Laporan kasus ini akan membahas mengenai rehabilitasi rongga mulut seorang anak perempuan berusia 12 tahun yang menderita disabilitas intelektual.

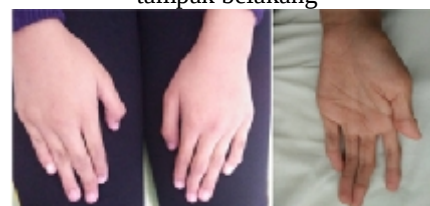
LAPORAN KASUS

Seorang anak perempuan usia 12 tahun datang ke Poliklinik Kedokteran Gigi Anak Rumah Sakit Gigi dan Mulut Universitas Padjadjaran diantar oleh ibunya dengan keluhan banyak gigi yang bertumpuk baik pada rahang atas maupun rahang bawah, ibu pasien juga mengeluhkan adanya gigi sulung bagian depan atas yang goyang sudah sekitar satu bulan tapi belum dicabut, serta pasien selalu mengeluarkan air liur secara berlebihan sehingga selalu membuat baju serta barang disekitarnya menjadi basah. Pasien dan ibunya pernah ke dokter gigi di RS Dustira tetapi tidak dapat dilakukan perawatan dan dirujuk ke RSGM UNPAD dikarenakan pasien menderita disabilitas intelektual sehingga tidak dapat mengikuti instruksi dokter gigi.

Pemeriksaan fisik menunjukkan berat badan 43 kg dan tinggi badan 135 cm. Pemeriksaan ekstraoral menunjukkan profil wajah cembung, *lip seal* negatif, bibir hipotonus, *drooling*, postur tubuh tegak, bahu tidak seimbang, kaki tipe X, bentuk jari tangan tidak normal terlihat bengkok dan memanjang serta kaku, ukuran lingkar kepala kecil yaitu 44 cm, rambut normal, mata serta telinga dalam batas normal (Gambar 1 dan 2).



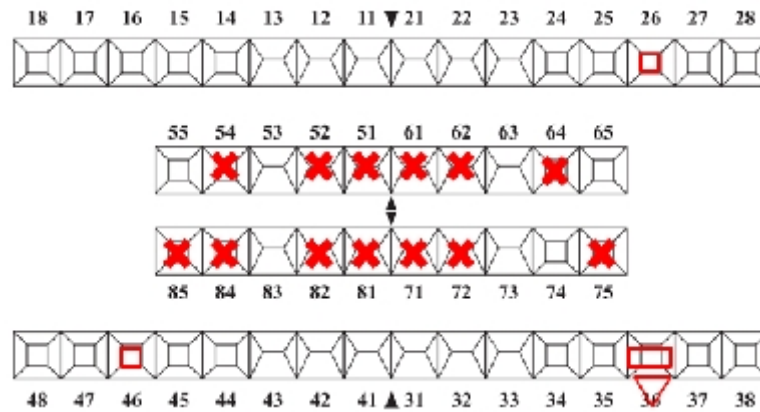
Gambar 1. Postur Tubuh Pasien; a. tampak depan, b. tampak samping kanan, c. tampak samping kiri, d. tampak belakang



Gambar 2. Bentuk Jari Tangan Pasien

Berdasarkan hasil pemeriksaan intraoral didapatkan persistensi gigi 55,53,63, 65,73,74,83. Gigi 36 Nekrosis pulpa disertai kista radikalis, 46 pulpitis irreversible, 26 pulpitis reversibel, dan 16,27,37,47 fisur dalam serta gingivitis marginalis kronis RA& RB. (Gambar 3).

Awalnya pasien masih gemar mengonsumsi cemilan dan makanan bergula, kurang konsumsi sayuran, tetapi pada hari berikutnya pasien sudah mengonsumsi sayuran dan mengurangi cemilan. Berdasarkan *caries risk assessment* yang dilakukan, pasien termasuk pada risiko tinggi (Tabel 1).



Gambar 3. Odontogram

Tabel 1. *Caries Risk Assessment* Pasien Berdasarkan AAPD²¹

Faktor	Risiko Tinggi	Risiko Menengah	Risiko Rendah
Biologis			
Orangtua/pemberi pelayanan dengan status sosioekonomi rendah	tidak		
Anak dengan konsumsi gula >3 kali/hari, termasuk <i>snack</i>	ya		
Anak berkebutuhan khusus		ya	
Anak dengan status imigran		tidak	
Protektif			
Anak yang mendapat air minum mengandung fluoride secara optimal atau suplemen fluor			tidak
Anak yang menyikat gigi dengan pasta gigi berfluoride setiap hari			ya
Anak yang menerima topikal fluor dari praktisi medis			tidak
Mendapat antimikroba atau <i>xylitol</i>			tidak
Anak yang menerima perawatan gigi secara rutin			tidak
Gambaran klinis			
Pasien memiliki ≥ 1 lesi interproksimal	tidak		
Pasien memiliki lesi aktif <i>white spot</i> atau defek enamel	ya		
Pasien memiliki <i>low salivary flow</i>	tidak		
Pasien memiliki restorasi yang kurang baik		tidak	
Pasien memakai alat intraoral		tidak	
Penilaian risiko karies secara keseluruhan :	Risiko tinggi		

Berdasarkan riwayat prenatal, perkawinan orangtua merupakan perkawinan keluarga tapi sudah melewati tiga generasi, pada masa kehamilan, usia ayah 37 tahun dan ibu 34 tahun, tidak sedang mengonsumsi obat-obatan akan tetapi ayah merokok di dekat ibu saat mengandung. Berdasarkan riwayat perinatal, anak lahir saat usia kandungan 32 minggu, persalinan ditolong oleh bidan dengan

alat bantu *vaccum*, bayi tidak langsung menangis selama sekitar 5 menit dengan berat badan 2,8 kg dan dirawat 1 minggu di rumah sakit karena ikterus. Berdasarkan riwayat post-natal diperoleh bahwa pasien mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan, riwayat kesehatan anak selama satu tahun pertama sehat dan mengalami berat badan sesuai dengan usianya.

Riwayat perkembangan keterampilan pasien melewati batas usia normal dan pasien baru bisa berjalan pada usia 2 tahun 8 bulan. Mulai berbicara mengeluarkan suku kata pada usia sekitar 5 tahun. Terdapat gangguan pertumbuhan fisik, yaitu lingkaran kepala yang kecil.

Saat ini pasien menderita disabilitas intelektual sedang berdasarkan penilaian sekolah tetapi belum dilakukan pemeriksaan IQ. Melalui anamnesa terhadap ibu pasien, pada saat usia 1 tahun mulai memperlihatkan gejala karena keterlambatan perkembangan anak. Pasien didiagnosa menderita disabilitas intelektual pada usia 3 tahun oleh dokter spesialis anak. Anak hanya mendapatkan terapi berjalan sampai usia 3 tahun. Riwayat *pedigree* memperlihatkan ada keluarga yang mengalami penyakit serupa yaitu sepupu pasien (anak perempuan dari saudara laki-laki ibu).

Pasien bersekolah di SLB Purnama Asih sejak usia 7 tahun. Anak mendapatkan pelajaran keterampilan, olahraga dan berhitung. Anak memiliki kontak mata namun pengucapan kata-kata masih belum jelas. Kemandirian dalam menyelesaikan tugas sehari-hari umumnya masih dibantu orangtua.

Pasien direncanakan mendapatkan perawatan dibawah anestesi umum dengan persetujuan dari orangtua pasien dikarenakan banyaknya tindakan pencabutan yang harus dilakukan dan pasien tidak dapat mengikuti instruksi dokter gigi. Rencana perawatan terhadap pasien adalah dilakukan *Mouth preparation* dengan tindakan: Skeling RA dan RB; pit dan fisur *sealant* gigi 16,26,27,37,46,47; pencabutan gigi persistensi 55,53,65,63,74,84; pencabutan gigi 46, pencabutan dan kuretase kista radikalis gigi 36, serta aplikasi topikal fluor. Diberikan *Dental Health Education* (DHE). Dilanjutkan Perawatan *Drooling*.

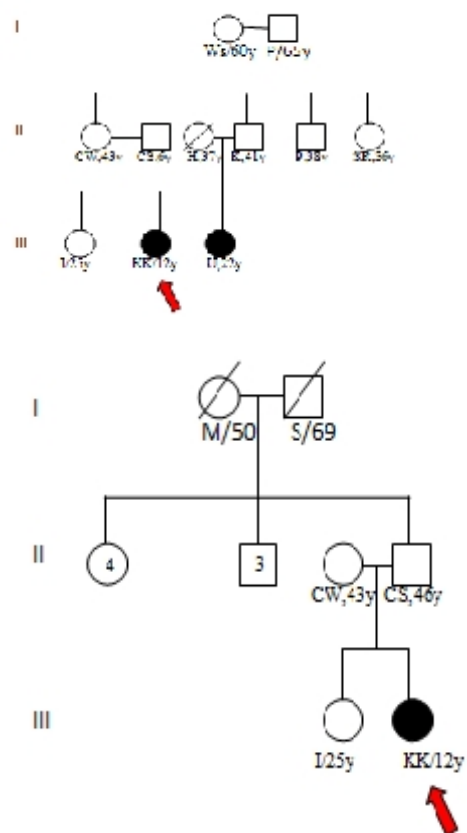
PENATALAKSANAAN KASUS

Kunjungan awal (13 Maret 2018), dilakukan pengenalan dengan pasien dan orangtua, dilanjutkan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, ekstraoral, intraoral dan *oral hygiene instruction*. Pemeriksaan intraoral belum dilakukan dengan maksimal karena pasien belum dapat mengikuti instruksi dokter gigi, pada saat kaca mulut masuk ke

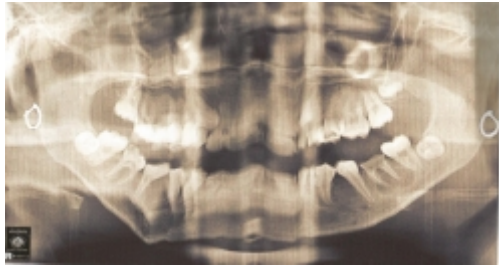
rongga mulut, pasien langsung menutup mulutnya. *Drooling* yang diderita pasien cukup parah dan menurut keterangan orangtua, pasien membutuhkan penggantian *bib* 3-5 kali sehari.

Kunjungan kedua (15 Maret 2018), dilakukan pemeriksaan intraoral kembali dan penegakan diagnosa dibantu dengan hasil foto panoramik yang dibawa orangtua pasien (Gambar 5). Hasil pemeriksaan intraoral terdapat persistensi gigi 55,53,63,65,73,74,83, gigi 36 nekrosis pulpa disertai kista radikalis, 46 pulpitis irreversible, 26 pulpitis reversibel, gigi 16,27,37,47 fisur dalam, gingivitis marginalis kronis RA&RB.

Orangtua pasien diberi penjelasan mengenai rencana perawatan yang akan dilakukan dibawah anestesi umum karena tindakan perawatan yang harus dilakukan cukup banyak dan pasien tidak bisa mengikuti instruksi. Pasien diminta melengkapi persyaratan untuk keperluan tindakan anestesi umum diantaranya pemeriksaan laboratorium darah, rontgen thoraks dan persetujuan dokter spesialis anak.



Gambar 4. *Pedigree* Pasien; A. *Pedigree* 3 generasi dari pihak ibu. B. *Pedigree* 3 generasi pihak ayah

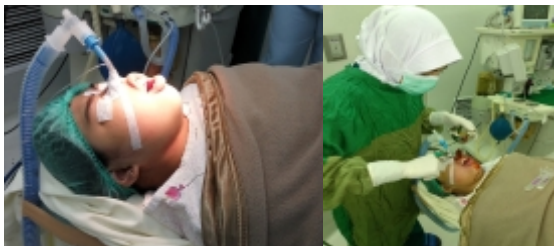


Gambar 5. Gambaran Panoramik

Kunjungan ketiga (19 Maret 2018), orangtua pasien juga telah melengkapi semua pemeriksaan yang diperlukan dan membawa persetujuan perawatan gigi dibawah anestesi umum dari dokter spesialis anak (Tabel 2.3). Pasien dirujuk ke dokter spesialis anestesi untuk mendapatkan persetujuan tindakan anestesi umum. Pasien kemudian dijadwalkan untuk dilakukan perawatan gigi dengan anestesi umum di RSGM UNPAD.

Kunjungan keempat (1 April 2018), pasien masuk rawat inap untuk persiapan tindakan perawatan gigi dengan anestesi umum keesokan harinya. Pasien diinstruksikan untuk puasa 6 jam sebelum tindakan dan dilakukan pemeriksaan tanda vital yaitu kesadaran *compos mentis*; nadi 90 x/menit; suhu tubuh 36,6°C afebris; respirasi 22 kali/menit. Hasil *skin test* menunjukkan pasien tidak alergi terhadap Amoksisilin.

Tindakan perawatan dimulai dengan tindakan induksi inhalasi (N_2O dan Sevoflurane), pemasangan infus dengan terapi cairan Ringer Laktat serta medikasi intravena Fentanyl 50 µg, Propofol 100 mg dan Atracurium 25 mg, dan antibiotik profilaksis Amoksisillin 1000mg, kemudian dilakukan intubasi nasal ETT. Dilakukan foto intraoral, pencetakan, tindakan asepsis ekstra dan intra oral dengan *povidone iodine* (Gambar 6,7,8).



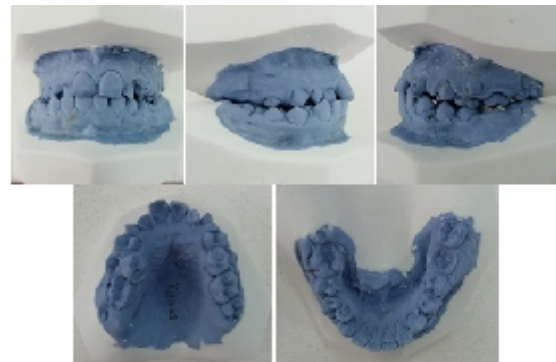
Gambar 6. Pemasangan Intubasi dan Tindakan aseptis

Perawatan yang dilakukan dengan anestesi umum yaitu: sekeling rahang atas dan rahang bawah, penambalan gigi 26 dengan resin komposit, dilakukan *fissure sealant* gigi

16,27,37,47 dengan resin komposit. Ekstraksi gigi 55,53,63,65,73,74,83, ekstraksi gigi 46, ekstraksi gigi 36 dan kuretase kista radikalis serta aplikasi topikal fluor (Gambar 9).



Gambar 7. Foto Intra Oral Sebelum Perawatan (a) Oklusal rahang atas, (b) Tampak depan, (c) Oklusal rahang bawah, (d) Tampak samping kanan, (e) Tampak samping kiri



Gambar 8. Model pencetakan RA dan RB



Gambar 9. Keadaan Rongga Mulut Setelah Dilakukan Perawatan

Setelah tindakan operasi pasien diobservasi tanda vital, ada tidaknya pembengkakan, perdarahan dan demam. *Feeding test* boleh dilakukan apabila kesadaran pasien sudah sadar penuh, flatus (+), diuretik (+) serta bising usus(+). Keesokan harinya pasien diperbolehkan pulang dan instruksi kontrol kembali setelah 7 hari.

Kunjungan kelima (10 April 2018) yaitu kontrol setelah tindakan operasi, bekas luka pencabutan sudah sembuh tetapi terdapat banyak ulser pada daerah bibir bawah, gingiva dan palatum, sehingga pasien merasa sakit saat makan dan minum (Gbr 10). Orangtua pasien menjelaskan sariawan sering terjadi pada pasien dari usia balita tetapi semakin parah semenjak dewasa terutama saat menstruasi.

Pasien dirujuk ke dokter gigi spesialis penyakit mulut. Pemeriksaan laboratorium darah memberikan nilai positif dari IgG HSV1 dan defisiensi vitamin D (Tabel 3). Pasien didiagnosa menderita Oral Herpes Simplex Virus 1 dan *Coated tongue*. Pasien diberikan vitamin Vitaplex Syrp® 60ml satu sendok teh perhari secara oral dan aplikasi Kenalog® 3 kali sehari.



Gambar 10. Lesi pada mukosa labial dan gingiva

Tabel 3. Hasil Pemeriksaan Laboratorium Darah

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
Vitamin D 25 OH	8,8	ng/mL	Deficiency: <12 Insufficiency: 12-20 Sufficiency: >20-80
IgG HSV1	Positif:48,7	U/mL	Negatif:<20 Boederline: 20-25 Positif:>25

Kunjungan keenam (19 April 2018) keadaan rongga mulut pasien sudah cukup baik, keluhan sudah sangat berkurang dan lesi sudah mengalami penyembuhan. Dokter spesialis penyakit mulut menganjurkan pemakaian *Chlorhexidine Gluconate* 0,1% untuk membersihkan lidah pasien dan pemberian vitamin diteruskan (Gbr.12).

Pasien belum dapat dilakukan perhitungan OHI-S karena masih belum maksimal dalam mengikuti instruksi membuka mulut, namun tetap diajarkan cara penyikatan gigi dengan tetap melibatkan orangtua pasien. Tangan yang kaku memberikan kesulitan

dalam memegang sikat gigi sehingga diberikan penambahan *foam tube* dengan tujuan menambah volume gagang sikat gigi guna memudahkan pasien melakukan penyikatan gigi, pasien dan orangtua diajarkan cara penyikatan gigi yang benar. Orang tua pasien juga dinstruksikan untuk menggunakan sedotan saat pasien minum dan latihan meniup (balon, gelembung, lilin ataupun alat musik tiup) sebagai salah satu latihan otot sekitar rongga mulut guna memperbaiki *lipseal* dengan tujuan mengurangi *drooling*.



Gambar 11. Keadaan Mukosa Setelah Perawatan

Kunjungan keenam (27 April 2018), pasien sudah lebih mengerti instruksi membuka mulut dengan bantuan media gambar, sehingga dapat dilakukan pemeriksaan OHI-S (skor 2) sekaligus edukasi penyikatan gigi yang tetap melibatkan orangtua pasien (Gbr 13&14). Pasien masih sangat kesulitan dalam penyikatan daerah anterior, sehingga bantuan orangtua masih sangat diperlukan.



Gambar 12. Edukasi Penyikatan Gigi dan Pemeriksaan Skor OHI-S serta Pembersihan Lidah Pasien Menggunakan Klorheksidin



Gambar 13. Keadaan Rongga Mulut Pasien Pada Kunjungan Keenam

Kunjungan ketujuh (30 Mei 2018), dilakukan pengukuran skor OHI-S (skor 1,8) dan dilakukan kembali edukasi penyikatan gigi (Gbr 15). Keluhan *drooling* pada pasien sudah sangat berkurang, penggunaan *bib* hanya satu kali penggantian dalam satu hari.

Orangtua pasien selalu diedukasi akan pentingnya menjaga kebersihan mulut pasien sehingga dapat mencegah terjadinya karies dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Pasien akan terus di *follow up* untuk observasi *drooling* yang terjadi dan pemeliharaan kebersihan rongga mulutnya.



Gambar 14. Keadaan Rongga Mulut Pasien Pada Kunjungan Ketujuh

PEMBAHASAN

Disabilitas intelektual merupakan istilah umum yang sebelumnya dijelaskan sebagai retardasi mental. Disabilitas intelektual (gangguan kecerdasan) merupakan kondisi seumur hidup yang dikarakteristikkan oleh gangguan perkembangan kognitif dan adaptif karena kelainan struktur dan fungsi otak.^{1,2}

Etiologi retardasi mental dapat terjadi mulai dari fase pranatal, perinatal dan postnatal.^{3,4} Beberapa penulis secara terpisah menyebutkan lebih dari 1000 macam penyebab terjadinya retardasi mental, dan banyak diantaranya yang dapat dicegah. Ditinjau dari penyebab secara langsung dapat digolongkan atas penyebab biologis dan psikososial.¹ Riwayat keluarga diperoleh adanya keluarga pasien yang menderita kelainan yang sama yaitu anak perempuan dari saudara laki laki ibu pasien (Gambar 4). Berdasarkan riwayat prenatal diketahui ayah merokok didekat ibu saat mengandung, riwayat perinatal kelahiran prematur pada usia kandungan 32 minggu dan terjadi hipoksia lebih dari 5 menit dikarenakan pasien tidak langsung menangis saat lahir, mengalami ikterus neonatorum. Riwayat keluarga, prenatal maupun perinatal dari pasien merupakan multifaktor yang dapat

menjadi etiologi disabilitas intelektual yang dialami pasien.

Bayi yang mengalami ikterus neonatorum akan mengakibatkan serum bilirubin dapat terus meningkat sampai kadar berbahaya yang dapat mengakibatkan kerusakan pada otak yaitu *acute bilirubin encephalopathy* yang dapat mengakibatkan *kern icterus*. Keadaan *kern icterus* ditemukan pengendapan bilirubin pada otak yang berakibat kerusakan neuron yang permanen dan dapat mengakibatkan terjadinya *cerebral palsy*, disabilitas intelektual, gangguan pendengaran, bahkan kematian akibat adanya *billirubin induces cell toxicity*.^{5,6} Hipoksia dan prematur yang dialami pasien dapat menjadi faktor penyebab ikterus yang terjadi, hal ini sesuai dengan Mansjoer yang menyatakan peningkatan kadar bilirubin yang berlebih pada bayi ikterus dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu berat lahir <2.000 gram (BBLR), masa gestasi <36 minggu (prematur), riwayat asfiksia/ hipoksia, infeksi dan trauma pada kepala, hipoglikemia, hiperkarbia dan hemolisis akibat inkompatibilitas darah.^{7,8}

Pemeriksaan intra oral menunjukkan pasien mengalami maloklusi klas II disertai dengan open bite anterior, adanya gigi persistensi yang cukup banyak dan karies pada gigi permanen yang sudah mengenai pulpa, penilaian risiko karies juga menunjukkan pasien mempunyai risiko karies tinggi. Maloklusi yang terjadi dapat dikaitkan dengan disabilitas intelektual yang terjadi sesuai dengan penelitian yang dilakukan Cuoghi *et al*, anak dengan disabilitas intelektual mempunyai potensi lebih besar untuk terjadinya maloklusi terutama klas II karena anak disabilitas memiliki tingkat kebiasaan non-nutrisi yang lebih tinggi dan kelainan fisiologis yang mengakibatkan terjadinya maloklusi ini.⁹ Insiden karies lebih tinggi pada pasien berkebutuhan khusus karena kontrol plak yang tidak adekuat akibat gangguan motorik, sensorik, ataupun disabilitas intelektual pada pasien.¹⁰

Pasien menderita oral herpes simplex virus tipe 1, ditandai dengan sering munculnya ulser pada daerah rongga mulut pasien, lesi sudah sering muncul semenjak masih anak-anak dan semakin sering semenjak sudah dewasa dan akan semakin parah pada saat menstruasi. Manifestasi klinis penyakit HSV sangat bervariasi, dapat bersifat infeksi lokal

ataupun sistemik. Manifestasi klinis bisa asimtomatik hingga gejala sistemik berat. Secara klinis penyakit HSV dapat digolongkan menjadi lesi mukokutaneus, gingivostomatitis herpetika akut, stomatitis, dan herpes labialis rekuren, eksim herpetikum, infeksi ocular, herpes genital dan infeksi SSP. Pasien sering mengalami stomatitis yang merupakan infeksi rekuren yaitu reaktivasi infeksi laten pada penderita yang telah memiliki imunitas HSV. Reaktivasi dapat terjadi akibat stimulasi nonspesifik seperti perubahan external milieu (misalnya dingin, cahaya ultraviolet) atau internal milieu (misalnya menstruasi, demam, atau stress emosional).^{11,12,13} Pemberian multivitamin dan instruksi konsumsi makanan yang tinggi vitamin D seperti jamur, tahu, tempe, telur dan ikan bertujuan untuk meningkatkan daya tahan tubuh pasien sehingga reaktivasi virus dapat dikurangi.¹⁴

Pasien juga mengalami *drooling* dengan kategori keparahan "*profuse*" dan kategori frekuensi konstan berdasarkan skala penilaian *drooling* Thomas-Stonell dan Greenberg.¹⁵ Terjadi sebagai akibat dari beberapa bentuk gangguan neurologis baik secara sentral, seperti pada orang dengan *cerebral palsy* atau keterbelakangan mental, atau secara perifer, seperti yang terlihat pada kasus kelumpuhan saraf kranial ketujuh atau kesembilan. *Drooling* terjadi kira-kira pada 10% anak-anak dengan disabilitas intelektual. Penelanan dan penutupan bibir yang tidak adekuat merupakan penyebab utama *drooling* anak dengan retardasi mental dan *cerebral palsy*. Banyak *drooler* memiliki dorongan lidah infantil, yang dapat menyebabkan masalah dengan makan dan menelan. Ketidakmampuan menyatukan bibir membuatnya lebih sulit untuk menelan dengan benar dan ini dapat menyebabkan *drooling*.¹⁶ Adanya karies dan sariawan menimbulkan rasa tidak nyaman pada pasien yang merupakan faktor lokal penyebab *drooling*. Leung AK menyatakan Infeksi akut yang melibatkan mulut atau tenggorokan seperti gingivostomatitis dari herpes virus simpleks atau coxsackie virus dapat menyebabkan hipersekresi saliva. Lesi orofaringeal lainnya dapat menyebabkan *drooling* karena rasa sakit atau kesulitan menelan.¹⁶

Manajemen *drooling* dapat dikelompokkan menjadi metode bedah dan non bedah. Perawatan non bedah diantaranya;

metode konservatif, penggunaan alat, radioterapi, dan obat-obatan. Perawatan *drooling* yang dilakukan pada pasien pada laporan kasus ini merupakan perawatan konservatif yaitu menghilangkan faktor lokal dengan merawat semua gigi yang karies dan mengurangi risiko rekurensi oral herpes simplek virus yang diderita pasien. Pasien juga diberikan latihan meniup balon dan lilin atau alat musik seperti harmonika dan seruling. Hasil yang cukup memuaskan diperoleh dari perawatan yang sudah dilakukan, *drooling* yang terjadi sangat berkurang, terukur dengan pengurangan penggunaan *bib* dari lima buah menjadi satu buah perhari.

Penatalaksanaan pasien ini di ruangan operasi berjalan dengan baik dan berjalan selama kurang lebih 2 jam dengan laporan operasi terlampir. Pasien kontrol pada hari setelah operasi dan merespon baik terhadap perawatan yang telah diberikan. Pendekatan farmakologis dipilih pada pasien dikarenakan banyaknya tindakan perawatan yang harus dikerjakan dan pasien tidak kooperatif. Anestesi umum merupakan pendekatan farmakologis tidak sadar dan lebih dipilih dibanding dengan sedasi intravena karena pada anestesi umum didapatkan *monitoring* yang lebih baik terhadap jalan nafas pasien.^{17,18} Pemilihan anestesi umum juga sesuai dengan AAPD dalam panduannya mengenai indikasi pertama tindakan perawatan gigi dengan anestesi umum adalah untuk pasien yang tidak dapat bekerja sama atau kurangnya kematangan psikologis atau emosional dan / atau mental, cacat fisik atau medis. AAPD juga menyatakan bahwa anestesi umum diindikasikan untuk pasien yang sangat takut, cemas atau tidak komunikatif.^{19,18}

Tindakan anestesi umum mempunyai beberapa keuntungan diantaranya; 1) Kerja sama pasien tidak penting, 2) Pasien tidak sadar selama perawatan, 3) Pasien tidak merespons rasa sakit, 4) Amnesia hadir setelah prosedur 5) Onset aksi anestesi umum biasanya cepat. Kerugiannya antara lain; 1) Pasien tidak sadar selama perawatan (dapat dianggap sebagai keuntungan dan juga kerugian), 2) Refleks protektif pasien mengalami depresi, 3) Tanda-tanda vital mengalami depresi, 4) Pelatihan lanjutan diperlukan untuk orang yang mengelola anestesi umum, 5) Sebuah tim profesional (bukan dokter gigi individu) diperlukan untuk

memberikan perawatan, 6) Diperlukan peralatan anestesi khusus, 7) Area pemulihan harus tersedia untuk pemantauan pasca operasi, 8) Komplikasi intraoperatif dan pasca operasi lebih umum selama anestesi umum daripada selama prosedur sedatif, 9) Harus puasa cairan bening setidaknya selama 2 jam sebelum operasi, dan makanan padat dan susu (selain ASI) selama minimal 6 jam sebelum operasi, 10) Memerlukan evaluasi dan pengujian pra operasi yang luas.¹⁹

Saat pemeriksaan, pasien memiliki keterbatasan daya tangkap, perhatian yang cepat berpindah dan belum dapat mengikuti instruksi. Pasien memperlihatkan kemajuan tingkah laku sejak awal kunjungan hingga kunjungan akhir dalam hal menyikat gigi walaupun tetap harus dibantu oleh orangtua pasien. Teknik penyikatan gigi yang diajarkan melalui metode *Tell-Show-Do* dengan media gambar, boneka maupun video dapat meningkatkan kemampuan motorik dan kognitif pasien. Secara bertahap pasien dapat menyikat gigi daerah posterior kanan dan kiri tetapi masih kesulitan untuk regio anterior, sehingga bantuan orangtua masih dibutuhkan. Penggunaan modifikasi pegangan sikat gigi pada kasus ini adalah untuk memperbesar diameter pegangan sikat agar sesuai dengan keadaan tangan pasien. Metode paling sederhana untuk memperbaiki pegangan diantaranya memasukkan pegangan sikat ke bahan lain untuk memperbaiki ukuran, bentuk atau karakteristik permukaannya. Modifikasi pegangan pada kasus ini menggunakan *Foam Tube* yang membuat pasien lebih nyaman dalam memegang sikat gigi.²⁰

Perawatan terhadap pasien akan terus dilanjutkan, observasi terhadap keadaan rongga mulut dan *drooling* akan dilakukan minimal setiap dua bulan. Orang tua pasien diedukasi untuk terus menjalankan instruksi yang telah diberikan yaitu; 1) Menjaga kebersihan mulut pasien sebagai upaya pencegahan terjadinya karies kembali. 2) Meningkatkan daya tahan tubuh pasien dengan mengkonsumsi makanan yang dianjurkan sebagai upaya pencegahan rekurensi oral HSV. 3) Melakukan latihan meniup balon, lilin atau seruling serta memakai sedotan saat minum.

KESIMPULAN

Perawatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus dengan orang normal

pada dasarnya sama, namun pemilihan metode pendekatan, teknik dan manajemen tingkah laku yang dilakukan lebih lama dan tergantung dari manifestasi atau karakteristiknya, seperti halnya pada pasien dengan riwayat disabilitas intelektual. Dokter gigi spesialis anak harus dapat menentukan secara tepat pendekatan non farmakologis ataupun farmakologis yang akan digunakan dalam perawatan pasien berkebutuhan khusus.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sularyo TS, Kadim M. Retardasi Mental. *Sari Pediatri*. 2000;2(3):170-177.
2. Fisch GS. Mental retardation or intellectual disability? Time for a change. *Am J Med Genet Part A*. 2011;155(12):2907-8.
3. Ahuja R, Jyoti B, Shewale V, Shetty S, Subudhi SK, Kaur M. Comparative Evaluation of Pediatric Patients with Mental Retardation undergoing Dental Treatment under General Anesthesia: A Retrospective Analysis. *J Contemp Dent Pract [Internet]*. 2016;17(8):675-8.
4. Solanki J, Khetan J, Gupta S, Tomar D, Singh M. Oral rehabilitation and management of mentally retarded. *J Clin Diagnostic Res*. 2015;9(1):ZE01-ZE06.
5. Watchko JF. Neonatal hyperbilirubinemia—what are the risks? *Mass Medical Soc*; 2006.
6. Zahra N L, Suganda T AB. Hubungan antara Apgar Score Dengan Ikterus Neonatorum Fisiologis di RSUD Al Ihsan Kabupaten Bandung Tahun 2014. *Prosiding Pendidik Dokter UNISBA*. 2014;83-90.
7. Mansjoer A. *Kapita Selekt Kedokteran*. Jilid 2. Jakarta: Media Aesculapius; 2002. Prawirohardjo S. *Buku Acuan Nasional Maternal dan Neonatal*. Jakarta: JPNKR-POGI; 2002.
8. Gomella TL, Cunningham D, Eyal FG, Zenk KE. *Hyperbilirubinemia. Neonatology: management, procedures, on call problems, diseases and drugs*. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 351-95.
9. Cuoghi OA, Faria LP, Micheletti KR, Miranda-Zamalloa YM, De Mendonça MR. Prevalence of malocclusion in people with disabilities. *Brazilian Dent Sci [Internet]*. 2016;19(4):19.

10. Wang YC, Lin IH, Huang CH, Fan SZ. Dental anesthesia for patients with special needs. *Acta Anaesthesiol Taiwanica* [Internet]. 2012;50(3):122–5.
11. Simmons BP, Gelfand MS. Herpes Simplex Virus. *Herpes Simplex Virus Author Infect Control* [Internet]. 1986;7(7):380–3.
12. Rosenthal P. Neonatal hepatitis and congenital infections. *Liver Dis Child*. 2001;2:239–52.
13. Arduino PG, Porter SR. Oral and perioral herpes simplex virus type 1 (HSV-1) infection: Review of its management. *Oral Dis*. 2006;12(3):254–70.
14. Harvey NC, Cantorna MT. Vitamin D and the immune system. *Diet, Immun Inflamm*. 2013;59(6):244–63.
15. Fairhurst CBR, Cockerill H. Management of drooling in children. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2011;96(1):25–30.
16. Leung AK, Kao CP. Drooling in children. *Paediatr Child Health* [Internet]. 1999;4(6):406–11.
17. Brundan J, Kleschchev A. On translation functors for general linear and symmetric groups. *Proc London Math Soc*. 2000;80(1):75–106.
18. AAPD. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *Clin Guidel Ref Man 2006-2007*. 2006;(6):97–105.
19. Dougherty N. The dental patient with special needs: A review of indications for treatment under general anesthesia. *Spec Care Dent*. 2009;29(1):17–20.
20. Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 4. Education. *Br Dent J*. 2008;205(3):119–30.