



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI

Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya 60132 Telp. (031) 5030255, 5036584 Faks. (031) 5020256
Laman //www.fkg.unair.ac.id e-mail mail@fkg.unair.ac.id

SURAT TUGAS

Nomor *247* /UN3.1.2/PPd/2022

Sehubungan dengan penyusunan Tugas Akhir Mahasiswa Program Studi S1 Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Airlangga Surabaya, maka menugaskan kepada :

Nama : Dr. Agung Sosiawan,drg.,M.Kes
NIP : 197112112008121003

Sebagai Pembimbing Utama dan pembimbing Serta Skripsi bagi Mahasiswa Program Studi S1 Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga (Daftar Mahasiswa Bimbingan Skripsi dan tanggal lulus terlampir).

Demikian surat tugas ini diberikan untuk dilaksanakan dengan penuh tanggung jawab.

Surabaya, 17 Januari 2022



a.n. Dekan
Wakil Dekan I,

Ira Widjiastuti
Prof. Dr. Ira Widjiastuti,drg.,M.Kes.,Sp.KG(K)
NIP. 196305141988032002

No	Nama Mahasiswa	NIM	Judul	Keterangan	Tanggal Lulus
1	Riski Amalina	020413372	Perbedaan jumlah actinobacillus actinomicetemcomitans pada periodontitis agresif berdasarkan jenis kelamin	Pembimbing Serta	4 Mei 2011
2	Vanesa laksono	020513495	ukuran tinggi ramus mandibula pria dengan tinggi ramus mandibula wanita	Pembimbing Serta	16 September 2011
3	Hermin Sulistyorin	020513504	Perubahan morfologi chief cell pada tikus diabetes melitus DM tipe 2 setelah diinjeksi leptin	Pembimbing Serta	20 Juli 2012
4	Yuda Robi Silawati	020413401	Perbedaan intensitas suara dengkur pada penderita kegemukan dengan diabetes melitus tipe 2 dan tanpa DM Tipe 2	Pembimbing Serta	12 Agustus 2012
5	Jayanti Rosha	020413443	Peningkatan sensitivitas Indera pengecap rasa asin akibat latihan fisik aerobik	Pembimbing Serta	9 november 2012
6	Eko Ferdiansah	020710025	Peningkatan Proliferasi Fibroblast pada luka pasca pencabutan gigi dengan stimulasi Elektrik arus mikro pada marmut (Cavia Cobaya)	Pembimbing Utama	21 Juni 2013
7	Wahyu Latifatul Khilmiah	021011137	Keparahan Karies Gigi Pada Anak Usia 3-5 Tahun Dengan Riwayat Berat Badan Lahir Rendah Di Puskesmas Pembantu Selotambak Kecamatan Kraton Kabupaten Pasuruan	Pembimbing Serta	27 Januari 2014
8	Adinda Rizka Hardiana	021011165	Gambaran Kepuasan Pasien Terhadap Komunikasi Interpersonal Pada Perawatan Endodontik Di RSGMP Universitas Airlangga	Pembimbing Serta	11 Februari 2014
9	Wahyu Indra Iris P.S	020911184	Tingkat Keparahan Karies Gigi Dan Pola Konsumsi Murid Kelas V dan VI Di SDN Sukolilo II No. 506, Dan MI Kh. Romly Tamim Surabaya	Pembimbing Serta	19 Februari 2014
10	Michael Natanael	020610054	Keberhasilan metode ekstraksi FTA paper pada pemeriksaan DNA bitermaks lokus TH01,VWA,di bidang kedokteran gigi forensik	Pembimbing Utama	26 Juni 2014
11	Adinda Irfanul Faradisa	021011065	Dampak Tingkat Keparahan Karies Gigi Terhadap Kualitas Hidup Anak 4-5 Tahun dan Keluarga Kota Mojokerto	Pembimbing Utama	8 Juli 2014
12	Annete Nabila	021011113	Hubungan Tingkat Keparahan Karies dan Gingivitis dengan Status Gizi Pada Anak Umur 6-12 Tahun	Pembimbing Serta	9 Juli 2014
13	Annisa Fardhani	021111026	Hubungan Kadar Zat Besi Dalam Darah Dengan Recurrent Aphthous Stomatitis (RAS) Pada Polantas Di Polrestabes Surabaya	Pembimbing Utama	15 Juli 2014

No	Nama Mahasiswa	NIM	Judul	Keterangan	Tanggal Lulus
14	Dhea Vensa Tsurya	021111014	keberadaan stain saliva sebagai spesimen DNS pada Amplikasi gen amelogenin	Pembimbing Serta	14 November 2014
15	Anastasia Audry	021111086	Peningkatan Jumlah Fibroblas pada proses penyembuhan luka sayatan tikus wistar (rattus Norvegicus) setelah pemberian ekstrak kayu manis (Cimanonum burmani)	Pembimbing Utama	8 Januari 2015
16	Selvi Diyah Arianti	02121133035	Gambaran Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Gingivitis Pada Masa Kehamilan Di Puskesmas Jagir Surabaya Tahun 2015	Pembimbing Utama	25 November 2015
17	Vivian Renard	021011180	Peningkatan nilai PVC (Forced Vital Capacity) Pascaterapi "Assisted Drainage "di Gingiva pada pasien Asma Alergi Dewasa	Pembimbing Utama	6 Maret 2015
18	Juinda Dwi Wardani	021211133005	Gambaran Posisi Duduk Dan Pravelensi Nyeri Dokter Gigi Puskesmas Surabaya Selatan Saat Melakukan Penambalan Gigi Posterior Rahang Atas Kiri	Pembimbing Serta	16 Desember 2015
19	Adina Risdianti	021311133029	Perilaku Pemakaian Alat Pelindung Diri Pada Teknisi Gigi Terhadap Paparan Bahan Kimia di Laboratorium Gigi Surabaya	Pembimbing Serta	19 Desember 2016
20	Sarah Fitria R.	021311133161	Distribusi Kualitas Hidup yang Berhubungan Dengan Kesehatan Rongga Mulut / Oral Health Related Quality Of Life (OHRQoL) Menurut Indeks Pufa Pada Anak Usia 12 thn	Pembimbing utama	21 Desember 2016
21	Zahrotul Himmah	021211133002	Gambaran Faktor Predisposisi, Enabling, Dan Need Masyarakat Desa Licin Pada Pemanfaatan Poli Gigi Di Puskesmas Licin	Pembimbing Utama	30 Januari 2017
22	Karunia Nurensa	021411133010	Pengaruh oral health literacy terhadap perilaku ibu tentang kesehatan gigi dan mulut pada anak prasekolah	Pembimbing Utama	22 Desember 2017
23	Theresa Dian K.	021411133029	Hubungan antara status gizi dan gingivitis pada anak usia 5-6 tahun dan 11-12 tahun di Kota Surabaya	Pembimbing serta	20 Desember 2017
24	Hayyin Sabila K.	021511133062	Hubungan antara karakter sosial demografi ibu terhadap keputusan pemilihan pelayanan kesehatan gigi dan mulut bagi anak	Pembimbing Serta	18 Desember 2018
25	Nanissa Dyah A.	021511133098	Efek perilaku kesehatan rongga mulut, oral hygiene dan CD-4 terhadap status periodontal pengidap HIV/AIDS di Pusekesmas Kota Surabaya	Pembimbing utama	7 Desember 2018

No	Nama Mahasiswa	NIM	Judul	Keterangan	Tanggal Lulus
26	Amalia Nurul Iritri	021611133151	Analisis Faktor Pembentuk Perilaku Kesehatan Gigi dan Mulut Penderita Diabetes Mellitus Tipe-2 Menggunakan Pendekatan Teori Health Belief Model dan Social Support di Kota Surabaya	Pembimbing Utama	25 November 2019
27	Aulia Nur Layli Fajriyani	021611133088	Analisis Tingkat Kepuasan Pasien Muslim Terhadap Kualitas Pelayanan Poli Gigi Rumah Sakit Islam di Surabaya	Pembimbing serta	6 November 2019
29	Imelda Kristina	020911110	Pemeriksaan DNA pada Bitemark menggunakan metode Ekstraksi Chelex di bidang kedokteran Gigi Forensik	Pembimbing Serta	16 Oktober 2019
30	Intan Triatmaja Kusumawati	021711133051	Prediksi Perilaku Pencegahan Karies ditinjau dari Pola Ibu Mengelola Sugar Snacking pada Anak Usia Prasekolah di Surabaya berdasarkan Theory of Planned Behavior	Pembimbing Utama	23 Desember 2020
31	Amalia Nur	021611133152	Peran social suport terhadap kesehatan gigi dan mulut pendruta diabetes militus tipe 2 di kota surabaya	Pembimbing Utama	4 Juni 2020
32	Cahyo pulunggon	021611133040	Hubungan antara pewarisan pola sidik bibir dan golongan darah pada populasi jawa di Surabaya	Pembimbing Utama	21 Juli 2020
33	Defita Ayu Laisyaina	021711133148	Analisis Faktor Determinan Terjadinya sakit gigi pada Anak di Indonesia	Pembimbing serta	5 Januari 2021
34	Dhinda Novia	021711133012	Pengaruh Life Style Terhadap Kejadian Periodontitis Dan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Surabaya Tahun 2020	Pembimbing serta	25 Januari 2021
35	Titian Fauzi	02111133115	Penentuan Jenis Kelamin melalui analisis morfometrik mandibula pada foto radiografi panoramik	Pembimbing Utama	20 Januari 2021
36	Zhara Robyana	021811133161	Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Persepsi Orang Tua Terhadap Pemanfaatan Siwak Sebagai Sarana Pembersihan Gigi Pada Anak di Sekolah Dasar Islam Al Fatih Kab. Bandung	Pembimbing utama	13 Januari 2022
37	Anindita Aisyah P.	021811133118	Persepsi Orang tua terhadap kebutuhan perawatan gigi dan Mulut Pada Anak Autis Di Sidoarjo	pembimbing serta	20 Januari 2022
38	Yaaliny K.S.	021711133158	Pengetahuan dan perilaku tentang kesehatan gigi dan mulut mahasiswa praktik kedokteran gigi di malaysia	pembimbing utama	1 Maret 2022

**PERBEDAAN JUMLAH ACTINOBACILLUS
ACTINOMYCETEMCOMITANS PADA
PERIODONTITIS AGRESIF BERDASARKAN JENIS
KELAMIN**

SKRIPSI

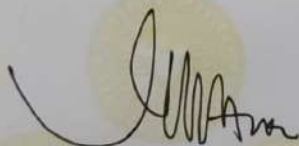
**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi Pada Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Airlangga**

Oleh:

**Rizki Amalina
020413372**

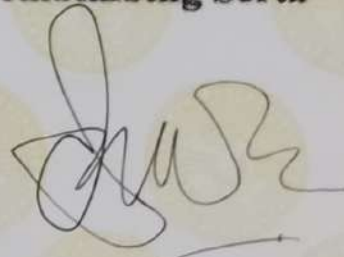
Menyetujui

Pembimbing Utama



**Dr. Retno Indrawati, drg, M.Si
NIP. 131 653 431**

Pembimbing Serta



**Dr. Agung Sosiawan, drg, MKes
NIP. 197112112008121003**

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA BHMN
SURABAYA**

2010

LEMBAR PENGESAHAN

**PERBEDAAN UKURAN TINGGI RAMUS
MANDIBULA PRIA DENGAN TINGGI RAMUS
MANDIBULA WANITA**

SKRIPSI


Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi di Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Airlangga Surabaya

Oleh :

VANESSA LAKSONO
NIM : 020513495

Menyetujui:

Pembimbing Utama



(Sophia Eleonora W., drg.)
NIP. 194807281978022001

Pembimbing Serta,



(Dr. Agung Soziawan, drg. M. Kes)
NIP. 197112112008121003

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA BHMN
SURABAYA**

2010

**PERUBAHAN MORFOLOGIK *CHIEF CELLS*
PADA TIKUS DIABETES MELITUS (DM) TIPE 2
SETELAH DIINJEKSI LEPTIN**

SKRIPSI



Oleh :

HERMIN SULISTYORINI
020513564

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA BHMN
SURABAYA
2011**

**PERUBAHAN MORFOLOGIK *CHIEF CELLS*
PADA TIKUS DIABETES MELITUS (DM) TIPE 2
SETELAH DIINJEKSI LEPTIN**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi di Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Airlangga BHMN**

Oleh:

**HERMIN SULISTYORINI
NIM 020513564**

Menyetujui

Pembimbing Utama

Pembimbing Serta

**(Prof. Dr. Jenny Sunariani, drg., M.S)
NIP: 195307071981032001**

**(Dr. Agung Sosiawan, drg. M.Kes)
NIP: 197112112008121003**

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA BHMN
SURABAYA
2011**

**PERBEDAAN INTENSITAS SUARA DENGKUR
PADA PENDERITA KEGEMUKAN
DENGAN DIABETES MELITUS (DM) TIPE 2 DAN TANPA DM TIPE 2**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan
Dokter Gigi di Fakultas Kedokteran Gigi di Universitas Airlangga Surabaya**

Oleh :

Yudha Rubi Silawati

NIM: 020413401

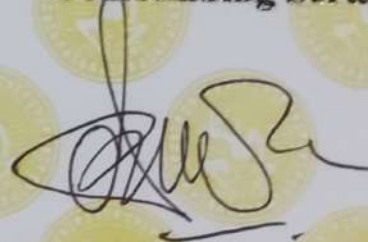
Menyetujui

Pembimbing Utama



Prof. Dr. Jenny Sunariani, drg., MS.
NIP. 130 937 958

Pembimbing Serta



Dr. Agung Sosiawan, drg., MKes.
NIP. 1971121120008121003

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA BHMN
SURABAYA**

2010

Rayhan Comp

LEMBAR PENGESAHAN

**PENINGKATAN SENSITIVITAS INDERA PENGECAP RASA ASIN
AKIBAT LATIHAN FISIK AEROBIK**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi di Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Airlangga Surabaya


Oleh:

JAYANTI ROSHA

NIM : 020413443

Menyetujui

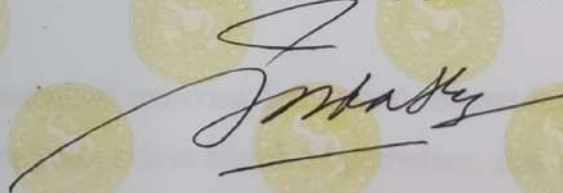
Pembimbing Utama



(Bambang Sumaryono, drg. M.Kes)

NIP. 19571221985031001

Pembimbing Serta,
A.N. KADEP. BIOLOGI ORAL



(Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes)

NIP. 197112112008121003

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA BHMN
SURABAYA**

2011

LEMBAR PENGESAHAN

**PENINGKATAN PROLIFERASI FIBROBLAST PADA LUKA
PASCA-PENCABUTAN GIGI DENGAN STIMULASI ELEKTRIK
ARUS MIKRO PADA MARMUT (*Cavia Cobaya*)**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi di Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Airlangga Surabaya

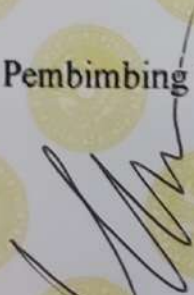
Oleh:

EKO FERDIANSAH

020710025

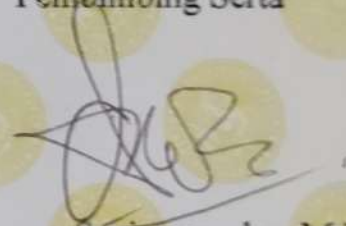
Menyetujui,

Pembimbing Utama



(Prof. Dr. Jenny Sunariani, drg., MS.)
NIP. 19530207 198103 2 001

Pembimbing Serta



(Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes)
NIP. 19711211 200812 1 003

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2013**

**PENETAPAN PANITIA PENGUJI
SKRIPSI INI TELAH DIUJI PADA TANGGAL 21 Juni 2013**

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------|
| 1. Markus Budi Rahardjo, drg.,M.Kes | (Ketua Penguji) |
| 2. Prof. Dr. Jenny Sunariani, drg.,MS | (Pembimbing Utama/Anggota) |
| 3. Dr. Agung Sosiawan, drg.,M.Kes | (Pembimbing Serta/Anggota) |
| 4. Yuliati, drg.,M.Kes | (Anggota) |
| 5. Aqsa Syuhada Oki, drg.,M.Kes | (Anggota) |

LEMBAR PENGESAHAN
KEPARAHAN KARIES GIGI PADA ANAK USIA 3-5
TAHUN DENGAN RIWAYAT BERAT BADAN LAHIR
RENDAH DI PUSKESMAS PEMBANTU SELOTAMBAK
KECAMATAN KRATON KABUPATEN PASURUAN

SKRIPSI

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Sarjana Kedokteran Gigi di Fakultas Kedokteran
Gigi Universitas Airlangga

Oleh:

WAHYU LATIFATUL KHILMIAH

NIM: 021011137

Menyetujui

Pembimbing Utama



(Dr. Titiek Bernijanti, drg., M.Kes)
NIP. 195810201989022001

Pembimbing Serta



(Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes)
NIP. 197112112008121003

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2014

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal 27 Januari 2014

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- | | |
|--|----------------------------|
| 1. Roesanto Heroesuebekti, drg., SU | (Ketua Penguji) |
| 2. Dr. Titiek Bernijanti, drg., M.Kes | ((Pembimbing Utama) |
| 3. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes | (Pembimbing Serta) |
| 4. Dr. R. Darmawan Setijanto, drg., M.Kes | (Anggota Penguji) |
| 5. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes | (Anggota Penguji) |

LEMBAR PENGESAHAN
GAMBARAN KEPUASAN PASIEN TERHADAP
KOMUNIKASI INTERPERSONAL PADA PERAWATAN
ENDODONTIK DI RSGMP UNIVERSITAS AIRLANGGA
SKRIPSI

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Sarjana Kedokteran Gigi di Fakultas Kedokteran
Gigi Universitas Airlangga

Oleh:

Adinda Rizka Hardiana

NIM: 021011165

Menyetujui

Pembimbing Utama



(Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes)
NIP. 198406222008121004

Pembimbing Serta



(Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes)
NIP. 197112112008121003

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2014

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal 11 Februari 2014

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Roesanto Heroesuebekti, drg., SU (Ketua Penguji)**
- 2. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes (Pembimbing Utama)**
- 3. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes (Pembimbing Serta)**
- 4. Dini Setyowati, drg., MPH (Anggota)**
- 5. Ninuk Hariyani, drg., M.Kes (Anggota)**

LEMBAR PENGESAHAN
TINGKAT KEPARAHAN KARIES GIGI DAN POLA
KONSUMSI MURID KELAS V DAN VI DI SDN SUKOLILO
250, SDN KOMPLEK KENJERAN II NO. 506, DAN MI KH
ROMLY TAMIM SURABAYA

SKRIPSI

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Sarjana Kedokteran Gigi di Fakultas Kedokteran
Gigi Universitas Airlangga

Oleh:

Wahyu Indra Iris Permata Sari

NIM: 020911184

Menyetujui

Pembimbing Utama



(Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes)
NIP. 198406222008121004

Pembimbing Serta



(Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes)
NIP. 197112112008121003

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2014

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal 19 Februari 2014

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Roesanto Heroesuebekti, drg., SU (Ketua Penguji)**
- 2. Lydia Martina S, drg., MS (Anggota)**
- 3. Harumi Ratna Sita, drg., SU (Anggota)**
- 4. Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes ((Pembimbing Utama)**
- 5. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes (Pembimbing Serta)**

**KEBERHASILAN METODE EKSTRAKSI *FTATM PAPER*
PADA PEMERIKSAAN DNA *BITEMARKS* LOKUS TH01, VWA
DI BIDANG KEDOKTERAN GIGI FORENSIK**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi di Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Airlangga Surabaya

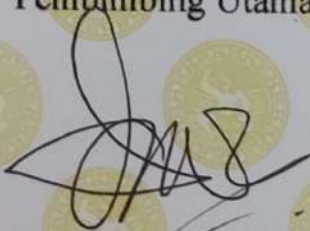
Oleh:

MICHAEL NATANAEL WINARKO

NIM: 020610054

Menyetujui:

Pembimbing Utama



(Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes)

NIP. 197112112008121003

Pembimbing Serta



(Sophia Eleonora W, drg.Sp.PA)

NIP. 194807281978022001

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2013

LEMBAR PENGESAHAN
DAMPAK TINGKAT KEPARAHAN KARIES GIGI
TERHADAP KUALITAS HIDUP ANAK 4-5 TAHUN DAN
KELUARGA KOTA MOJOKERTO

SKRIPSI

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Sarjana Kedokteran Gigi di Fakultas Kedokteran
Gigi Universitas Airlangga

Oleh:

ADINDA IRFANUL FARADISA

NIM: 021011065

Menyetujui

Pembimbing Utama



((Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes)
NIP : 197112112008121003

Pembimbing Serta



(DINI SETYOWATI, DRG., MPH)
NIP : 198412082008012004

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2013

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal 08 Juli 2014

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Roesanto Heroesoebekti, drg., SU (Ketua Penguji)**
- 2. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes (Pembimbing Utama / Anggota Penguji)**
- 3. Dini Setyowati, drg., MPH (Pembimbing Serta / Anggota Penguji)**
- 4. Adi Hapsoro, drg., MS (Anggota Penguji)**
- 5. Ninuk Hariyani, drg., M.Kes., MPH (Anggota Penguji)**

**HUBUNGAN TINGKAT KEPARAHAN KARIES DAN
GINGGIVITIS DENGAN STATUS GIZI PADA ANAK
UMUR 6-12 TAHUN**

SKRIPSI



Oleh:

ANNETE NABILA

NIM: 021011113

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2013

LEMBAR PENGESAHAN
HUBUNGAN TINGKAT KEPARAHAN KARIES DAN
GINGGIVITIS DENGAN STATUS GIZI PADA ANAK UMUR
6-12 TAHUN
SKRIPSI

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Sarjana Kedokteran Gigi di Fakultas Kedokteran
Gigi Universitas Airlangga

Oleh:

ANNETE NABILA

NIM: 021011113

Menyetujui

Pembimbing Utama



(Dr. R. Darmawan Setijanto, drg., M.Kes)
NIP : 196110051988031003

Pembimbing Serta



(Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes)
NIP : 197112112008121003

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2013

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal 09 Juli 2014

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Lydia Martina S, drg., MS (Ketua Penguji)**
- 2. Adi Hapsoro, drg., MS (Anggota Penguji)**
- 3. Prof. Dr. Titiek Berniyanti, drg., M.Kes (Anggota Penguji)**
- 4. Dr. R. Darmawan Setijanto, drg., M.Kes (Pembimbing Utama / Anggota Penguji)**
- 5. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes (Pembimbing Serta / Anggota Penguji)**

LEMBAR PENGESAHAN
HUBUNGAN KADAR ZAT BESI DALAM DARAH DENGAN
RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS (RAS) PADA
POLANTAS DI POLRESTABES SURABAYA

SKRIPSI

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Sarjana Kedokteran Gigi di Fakultas Kedokteran
Gigi Universitas Airlangga

Oleh:

ANNISA FARDHANI

NIM: 021111026

Menyetujui

Pembimbing Utama



(Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes)
NIP. 197112112008121003

Pembimbing Serta



(Dr. Titiek Bernijanti, drg., M.Kes)
NIP. 195810201989022001

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2014

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal 15 Juli 2014

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- | | |
|--|----------------------------|
| 1. Adi Hapsoro, drg., MS. | (Ketua Penguji) |
| 2. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes | ((Pembimbing Utama) |
| 3. Dr. Titiek Bernijanti, drg., M.Kes | (Pembimbing Serta) |
| 4. Roesanto Heroesoebekti, drg., SU | (Anggota Penguji) |
| 5. Lydia Martina S., drg., MS. | (Anggota Penguji) |

**PENINGKATAN JUMLAH FIBROBLAS PADA PROSES PENYEMBUHAN LUKA
SAYATAN TIKUS WISTAR (*Rattus norvegicus*) SETELAH PEMBERIAN EKSTRAK
KAYU MANIS (*Cinnamomum burmanii*)**

(PENELITIAN EKSPERIMENTAL LABORATORIS)

SKRIPSI



Oleh:

ANASTASIA AUDREY 021111086

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
SURABAYA**

2015

**PENINGKATAN JUMLAH FIBROBLAS PADA PROSES PENYEMBUHAN LUKA
SAYATAN TIKUS WISTAR (*Rattus norvegicus*) SETELAH PEMBERIAN EKSTRAK
KAYU MANIS (*Cinnamomum burmanii*)**

(PENELITIAN EKSPERIMENTAL LABORATORIS)

SKRIPSI



Oleh:

ANASTASIA AUDREY 021111086

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
SURABAYA**

2015

**PENINGKATAN JUMLAH FIBROBLAS PADA PROSES PENYEMBUHAN LUKA
SAYATAN TIKUS WISTAR (*Rattus norvegicus*) SETELAH PEMBERIAN EKSTRAK
KAYU MANIS (*Cinnamomum burmanii*)
(PENELITIAN EKSPERIMENTAL LABORATORIS)**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi di Fakultas Kedokteran Gigi**

Universitas Airlangga

Surabaya

Oleh :

ANASTASIA AUDREY

NIM : 021111086

Menyetujui

Pembimbing Utama

Pembimbing Serta

(Dr. Agung Sosiawan., drg.,M.Kes)

NIP : 197112112008121003

(Aqsa Sjuhada Oki, drg.,M.Kes)

NIP : 196910031996011001

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI

UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2015

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

SKRIPSI ini telah diuji pada tanggal 08 Januari 2015

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Dr. Tuti Kusumaningsih, drg., M.Kes (Ketua Penguji)**
- 2. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes (Pembimbing Utama/Anggota)**
- 3. Aqsa Sjuhada Oki, drg., M.Kes (Pembimbing Serta/Anggota)**
- 4. Dr. Pratiwi Soesilawati, drg., M.Kes (Anggota)**
- 5. Ira Arundina, drg., M.Si (Anggota)**



UCAPAN TERIMA KASIH

Segala puji kepada Tuhan yang Maha Pengasih yang telah melimpahkan berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Peningkatan Jumlah Fibroblas pada Proses Penyembuhan Luka Sayatan Tikus Wistar (*Rattus norvegicus*) Setelah Pemberian Ekstrak Kayu Manis (*Cinnamomum burmanii*)” yang disusun sebagai satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan dokter gigi di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga.

Dengan segenap rasa hormat, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. R.M. Coen Pramono D., drg., SU., Sp.BM (K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga.
2. Markus Budi Rahardjo, drg., M.Kes selaku Ketua Departemen Konservasi Gigi Universitas Airlangga yang telah memberikan ijin untuk pembuatan skripsi.
3. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes selaku dosen pembimbing utama yang telah meluangkan waktu dan memberi bimbingan dari awal hingga akhir penyusunan skripsi sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
4. Aqsa Sjuhada Oki, drg., M.Kes selaku dosen pembimbing serta yang telah meluangkan waktu dan memberi bimbingan hingga akhir penyusunan skripsi sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
5. Ketua panitia penguji skripsi beserta anggota.
6. Seluruh dosen dan staf Departemen Biologi Oral Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga.
7. Adi Hapsoro, drg., M.S yang telah memberikan bantuan dalam perhitungan statistik hasil penelitian dalam skripsi ini.

8. Seluruh staf di UPT Materia Medica, Laboratorium Balai Penelitian dan Konsultasi Industri, Laboratorium Biokimia FK UA, Laboratorium Patologi Anatomi FK UA, serta Departemen Patologi Anatomi FKH UA yang telah membantu jalannya penelitian ini.
9. Kedua orang tua Bapak F.X Prasetyo dan Ibu Estiningtjastuti serta saudara-saudara Yudi Prawira, Andreas Atmaja, dan Fransisca Amanda yang telah memberikan doa, dukungan dan semangat untuk dapat menyelesaikan skripsi ini.
10. Sahabat penulis, kawan-kawan Ameloblast, keluarga “cupong”, teman-teman KKN, Ahmadi Soffi Saputra, Monika Werdiningsih, Demitria Naranti Santoso, Annisa Galuh, Nadia Liliani, Evania Valensia, Miralda Yessa Bella, Nadya Soraya, Niken Probowati, yang telah membantu serta memberi doa dan dukungan selama menjalani pendidikan di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga.
11. Pihak-pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah mendukung terselesaikannya skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun penulis harapkan. Semoga skripsi ini memberikan manfaat bagi semua pihak yang memerlukan.

Surabaya, Januari 2015

Penulis

LEMBAR PENGESAHAN
GAMBARAN PENGETAHUAN IBU HAMIL TENTANG
GINGIVITIS PADA MASA KEHAMILAN DI PUSKESMAS
JAGIR SURABAYA TAHUN 2015

SKRIPSI

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Sarjana Kedokteran Gigi di Fakultas Kedokteran
Gigi Universitas Airlangga

Oleh:

SELVIDIYAH ARIANTI

NIM: 021

Menyetujui

Pembimbing Utama



(Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes)
NIP. 197112112008121003

Pembimbing Serta



(Dr. R. Darmawan Setijanto, drg., M.Kes)
NIP. 196110051988031003

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2015

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal 25 November 2015

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Dr. Titiek Berniyanti, drg., M.Kes (Ketua Penguji)**
- 2. Adi Hapsoro, drg., MS (Anggota Penguji)**
- 3. Roesanto Heroesobekti, drg., SU (Anggota Penguji)**
- 4. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes (Pembimbing Utama/
Anggota Penguji)**
- 5. Dr. R. Darmawan Setijanto, drg., M.Kes (Pembimbing Serta /Anggota
Penguji)**

SKRIPSI

**PENINGKATAN NILAI FVC (*Forced Vital Capacity*)
PASCATERAPI “*ASSISTED DRAINAGE*” DI GINGIVA
PADA PASIEN ASMA ALERGI DEWASA**



Oleh :

VIVIAN REYNARD ROSHADI

021011180

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI

UNIVERSITAS AIRLANGGA

2013

**PENINGKATAN NILAI FVC (*Forced Vital Capacity*)
PASCATERAPI "ASSISTED DRAINAGE" DI GINGIVA
PADA PASIEN ASMA ALERGI DEWASA**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Program Sarjana Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Airlangga Surabaya**

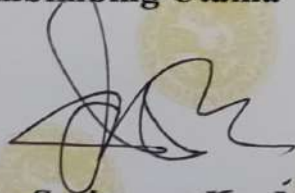
Oleh :

Vivian Reynard Roshadi

Nim : 021011180

Menyetujui

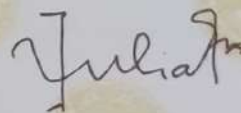
Pembimbing Utama



Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes

NIP. 197112112008121003

Pembimbing Serta



Yuliaty, drg., M.Kes

NIP. 197407242003122001

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2013

LEMBAR PENGESAHAN
GAMBARAN POSISI DUDUK DAN PRAVELENSI NYERI
DOKTER GIGI PUSKESMAS SURABAYA SELATAN SAAT
MELAKUKAN PENAMBALAN GIGI POSTERIOR
RAHANG ATAS KIRI

SKRIPSI

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Sarjana Kedokteran Gigi di Fakultas Kedokteran
Gigi Universitas Airlangga

Oleh:

JUINDA DWI WARDANI

NIM: 021211133005

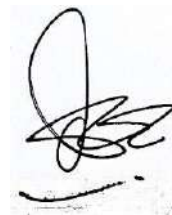
Menyetujui

Pembimbing Utama



(Dr. Titiek Berniyanti, drg., M.Kes)
NIP. 195810201989022001

Pembimbing Serta



(Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes)
NIP. 197112112008121003

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2015

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal 16 Desember 2015

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Dr. R. Darmawan Setijanto, drg., M.Kes (Ketua Penguji)**
- 2. Dr. Titiek Berniyanti, drg., M.Kes (Pembimbing Utama)**
- 3. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes (Pembimbing Serta)**
- 4. Adi Hapsoro, drg., MS (Anggota Penguji)**
- 5. Roesanto Heroesoebekti, drg., SU (Anggota Penguji)**

**PERILAKU PEMAKAIAN ALAT PELINDUNG DIRI
PADA TEKNISI GIGI TERHADAP PAPARAN BAHAN
KIMIA DI LABORATORIUM GIGI SURABAYA**

SKRIPSI



Oleh:

ADINA RISDAYANTI
NIM. 021311133029

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2016

LEMBAR PENGESAHAN

**PERILAKU PEMAKAIAN ALAT PELINDUNG DIRI PADA
TEKNISI GIGI TERHADAP PAPARAN BAHAN KIMIA
DI LABORATORIUM GIGI SURABAYA**

SKRIPSI

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh
Gelar Sarjana Kedokteran Gigi pada
Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Airlangga**

Oleh :

ADINA RISDAYANTI
NIM: 021311133029

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Dr. Titiek Bernivanti, drg., M.Kes
NIP. 195810201989022001

Pembimbing Serta



Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes
NIP. 197112112008121003

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

SKRIPSI ini telah diuji pada tanggal 19 Desember 2016

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Dr. R. Darmawan Setijanto, drg., M.Kes (Ketua penguji)**
- 2. Dr. Titiek Berniyanti, drg., M.Kes (Pembimbing utama)**
- 3. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes (Pembimbing serta)**
- 4. Adi Hapsoro, drg., MS (anggota)**
- 5. Roesanto Heroesobekti, drg., SU (anggota)**

SURAT PERNYATAAN TENTANG ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : ADINA RISDAYANTI

NIM : 021311133029

Program Studi : Pendidikan Dokter Gigi

Fakultas : Kedokteran Gigi

Jenjang : Sarjana (S1)

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan skripsi saya

yang berjudul :

**PERILAKU PEMAKAIAN ALAT PELINDUNG DIRI
PADA TEKNISI GIGI TERHADAP PAPARAN BAHAN KIMIA
DI LABORATORIUM GIGI SURABAYA**

Apabila pada suatu saat nanti terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

iii



(Adina Risdianti)
NIM. 021311133029

UCAPAN TERIMA KASIH

Pertama-tama saya panjatkan puji syukur pada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karuniaNya sehingga skripsi ini dapat diselesaikan. Perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. R. Darmawan Setijanto, drg., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga yang telah memberi kesempatan untuk menempuh pendidikan di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga.
2. Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes selaku Kepala Departemen yang telah memberi ijin untuk pembuatan skripsi.
3. Dr. Titiek Berniyanti, drg., M.Kes selaku pembimbing utama yang selalu memberi arahan, bimbingan, nasihat, kritik, saran, dan motivasi belajar sampai dengan selesainya skripsi ini.
4. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes selaku pembimbing serta yang selalu memberi arahan, bimbingan, nasihat, kritik, saran, dan motivasi belajar sampai dengan selesainya skripsi ini.
6. Dr. R. Darmawan Setijanto, drg., M.Kes selaku ketua penguji, Adi Hapsoro, drg., MS dan Roesanto Heroesoebekti, drg., SU selaku anggota penguji yang atas segala kritik dan saran untuk perbaikan kekurangan skripsi ini.
7. Prof. Dr. Jenny Sunariani, drg., MS selaku dosen wali atas segala bimbingan selama menimba ilmu di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga.
8. Mbak Septi dan Mbak Yofi selaku sekrestaris departemen yang senantiasa

membantu dalam administrasi perizinan.

9. Mbak Ana selaku ketua Persatuan Teknisi Gigi Indonesia atas bantuannya dalam memberikan daftar laboratorium gigi di Surabaya.
10. Insani selaku sahabat saya yang telah mengenalkan saya kepada Mbak Ana.
11. Pak Ratim, Pak Wawan, Pak Iwan, Pak Wasol, Pak Sukoco, Pak Radit, Bu Alya, Bu Chusnul, Mas Rifai, selaku pemilik laboratorium gigi yang telah mengizinkan berlangsungnya penelitian skripsi ini.
12. Pak Abu, Mbak Dila, dan Mas Hari yang telah banyak membantu dalam berjalannya penelitian ini.
13. Kedua orang tua saya, Ir. Moh. Nasihin dan Dr. Lilik Maslachah, drh., M.Kes yang senantiasa memberikan kasih sayang, doa, dan motivasi untuk keberhasilan putrinya.
14. Smada Squad, sahabat *skill lab* A-3, teman-teman skripsi IKGM dan seluruh teman-teman cementsum 2013 yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyelesaian skripsi ini.

Diharapkan skripsi ini dapat memberi manfaat bagi semua pihak yang memerlukan.

Surabaya, Desember 2016

Penulis

**PERILAKU PEMAKAIAN ALAT PELINDUNG DIRI
PADA TEKNISI GIGI TERHADAP PAPARAN BAHAN KIMIA
DI LABORATORIUM GIGI SURABAYA**

**(BEHAVIOR USE OF PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT
ON THE DENTAL TECHNICIAN TO CHEMICAL EXPOSURE
ON DENTAL LABORATORY SURABAYA)**

ABSTRACT

Background: Dental technician should be expose with chemicals in the dental laboratory, which is that exposure have side effects to their health status. Therefore, dental technicians that working in laboratories need to consider using appropriate personal protective equipment (PPE). **Purpose:** The aim of this study was to know the behavior use of PPE on the dental technician to chemical exposure on dental laboratory Surabaya. **Method:** This study is observational descriptive with cross sectional approach. 74 dental technicians used as sample by random sampling technique. Data collected through interviews and observations. Analysis of data through two phases, univariate to see the frequency distribution of the variable and cross tabulation between risk factors and behavior use of PPE. **Results:** The results showed that 51.4% subjects got score of knowledge more than average, 77% subjects worked in a dental laboratory which does not provide a complete PPE, 56.8% subjects worked in a dental laboratory which doesn't enforce regulation, 86.5% subjects worked in a dental laboratory which doesn't enforce supervision, and 51.4% subjects got score of behavior use of PPE more than average. **Conclusion:** The avarage score of behavior use of PPE is 74,8 which means the behavior use of PPE in dental technician is bad.

Keywords : Personal Protective Equipment, Dental Technician, Behavior, Dental Laboratory

**PERILAKU PEMAKAIAN ALAT PELINDUNG DIRI
PADA TEKNISI GIGI TERHADAP PAPARAN BAHAN KIMIA
DI LABORATORIUM GIGI SURABAYA**

***(BEHAVIOR USE OF PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT
ON THE DENTAL TECHNICIAN TO CHEMICAL EXPOSURE
ON DENTAL LABORATORY SURABAYA)***

ABSTRAK

Latar Belakang: Paparan bahan kimia didalam laboratorium gigi tidak bisa dipisahkan dengan teknisi gigi. Paparan tersebut dapat menimbulkan efek samping terhadap status kesehatan teknisi gigi. Oleh karena itu, teknisi gigi perlu mempertimbangkan perilaku pemakaian Alat Pelindung Diri (APD). **Purpose:** Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui gambaran perilaku pemakaian APD pada teknisi gigi terhadap paparan bahan kimia di laboratorium gigi Surabaya. **Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian observasional deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Jumlah sampel sebanyak 74 yang diambil secara acak. Data diambil melalui wawancara dan observasi. Analisis data melalui dua tahap, univariat untuk melihat distribusi frekuensi tiap variabel dan tabulasi silang antar faktor resiko dan perilaku pemakaian APD. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa 51,4% subyek mendapatkan skor pengetahuan lebih dari rata-rata, 77% subyek bekerja di laboratorium yang tidak menyediakan APD lengkap, 56,8% subyek bekerja di laboratorium tanpa ada peraturan pemakaian APD, 86,5% subyek bekerja di laboratorium tanpa ada pengawasan pemakaian APD, dan 51,4% subyek mendapatkan skor perilaku pemakaian APD lebih dari rata-rata. **Kesimpulan:** Rata-rata skor perilaku pemakaian APD adalah 74,8 dan termasuk dalam kategori buruk.

Kata Kunci: Alat Pelindung Diri, Teknisi Gigi, Perilaku, Laboratorium Gigi.

DAFTAR ISI

Halaman Sampul.....	i
Lembar Pengesahan.....	ii
Penetapan Panitia Penguji.....	iii
Surat Pernyataan Tentang Orisinalitas.....	iv
Ucapan Terima Kasih.....	v
<i>Abstract</i>	vii
Abstrak.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel.....	xiii
Daftar Gambar.....	xv
Daftar Lampiran.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan.....	3
1.3.1 Tujuan umum.....	3
1.3.2 Tujuan khusus.....	3
1.4 Manfaat.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Bahan Kimia pada Laboratorium Gigi.....	5
2.1.1 Nikel.....	5
2.1.2 Kromium.....	7
2.1.3 Kobalt.....	8
2.1.4 Monomer akrilik.....	9

2.1.5 Bubuk gipsum.....	11
2.1.6 Partikel silika bebas.....	12
2.2 Konsep Dasar Perilaku.....	13
2.2.1 Proses adaptasi perilaku.....	14
2.2.2 Determinan perilaku.....	14
2.3 Perilaku Pemakaian APD pada Teknisi Gigi.....	16
2.3.1 Komponen APD pada teknisi gigi.....	17
2.4 Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Pemakaian APD pada Teknisi Gigi....	20
2.4.1 Jenis kelamin.....	20
2.4.2 Lama kerja.....	21
2.4.3 Usia.....	22
2.4.4 Jenis pekerjaan.....	22
2.4.5 Jumlah produk yang dihasilkan.....	23
2.4.6 Pengetahuan.....	23
2.4.6 Sikap.....	24
2.4.7 Ketersediaan APD.....	25
2.4.8 Peraturan dan pengawasan pemakaian APD.....	26
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL.....	29
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....	29
BAB IV METODE PENELITIAN.....	31
4.1 Jenis Penelitian.....	31
4.2 Populasi.....	31
4.3 Sampel.....	31
4.4 Kriteria Sampel.....	32
4.5 Variabel Penelitian.....	33
4.6 Definisi Operasional.....	33

4.7 Instrumen Penelitian.....	35
4.8 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	38
4.9 Alat dan Bahan Penelitian.....	39
4.10 Prosedur Pengumpulan Data.....	39
4.11 Pengolahan dan Analisis Data.....	40
4.12 Alur Penelitian.....	41
BAB V HASIL PENELITIAN.....	42
5.1 Data Penelitian.....	42
5.1.1 Karakteristik subyek penelitian.....	42
5.1.2 Pengetahuan teknisi gigi.....	43
5.1.3 Akumulasi paparan yang diterima.....	44
5.1.4 Ketersediaan APD.....	44
5.1.5 Peraturan pemakaian APD.....	45
5.1.6 Pengawasan pemakaian APD.....	45
5.1.7 Perilaku pemakaian APD.....	45
5.2 Tabulasi Silang Perilaku Pemakaian APD Berdasarkan Faktor Resiko.....	46
5.2.1 Distribusi perilaku pemakaian APD berdasarkan jenis kelamin.....	46
5.2.2 Distribusi perilaku pemakaian APD berdasarkan lama kerja.....	46
5.2.3 Distribusi perilaku pemakaian APD berdasarkan usia.....	47
5.2.4 Distribusi perilaku pemakaian APD berdasarkan pengetahuan.....	47
5.2.5 Distribusi perilaku pemakaian APD berdasarkan akumulasi paparan yang diterima.....	48
5.2.6 Distribusi perilaku pemakaian APD berdasarkan ketersediaan APD.....	48
5.2.7 Distribusi perilaku pemakaian APD berdasarkan peraturan pemakaian APD.....	49
5.2.8 Distribusi perilaku pemakaian APD berdasarkan pengawasan pemakaian APD.....	49

5.2.9 Distribusi pengetahuan berdasarkan pengawasan pemakaian APD.....	50
BAB VI PEMBAHASAN.....	51
BAB VII SIMPULAN DAN SARAN.....	60
7.1 Simpulan.....	60
7.2 Saran.....	61
DAFTAR PUSTAKA.....	63
LAMPIRAN.....	69

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Skor frekuensi pemakaian APD.....	38
Tabel 4.2. Skor tata cara pemakaian APD.....	38
Tabel 5.1. Distribusi frekuensi subyek penelitian berdasarkan jenis kelamin.....	42
Tabel 5.2. Distribusi frekuensi subyek penelitian berdasarkan usia.....	43
Tabel 5.3. Distribusi frekuensi subyek penelitian berdasarkan lama bekerja.....	43
Tabel 5.4 Distribusi frekuensi subyek penelitian berdasarkan pengetahuan.....	43
Tabel 5.5 Distribusi subyek penelitian berdasarkan jumlah produk yang dihasilkan per hari.....	44
Tabel 5.6. Distribusi subyek penelitian berdasarkan ketersediaan APD.....	44
Tabel 5.7. Distribusi subyek penelitian berdasarkan peraturan pemakaian APD.....	45
Tabel 5.8. Distribusi subyek penelitian berdasarkan pengawasan pemakaian APD.....	45
Tabel 5.9. Distribusi subyek penelitian berdasarkan perilaku pemakaian APD..	46
Tabel 5.10. Distribusi frekuensi subyek penelitian antara jenis kelamin dan skor perilaku pemakaian APD.....	46
Tabel 5.11. Distribusi frekuensi subyek penelitian antara lama kerja dan skor perilaku pemakaian APD.....	46
Tabel 5.12. Distribusi frekuensi subyek penelitian antara usia dan skor perilaku pemakaian APD.....	47
Tabel 5.13. Distribusi frekuensi subyek penelitian antara pengetahuan dan skor perilaku pemakaian APD.....	47
Tabel 5.14. Distribusi frekuensi subyek penelitian antara jumlah produk dan skor perilaku pemakaian APD.....	48
Tabel 5.15. Distribusi frekuensi subyek penelitian antara ketersediaan APD dan skor perilaku pemakaian APD.....	48

Tabel 5.16. Distribusi frekuensi subyek penelitian antara peraturan pemakaian APD dan skor perilaku pemakaian APD.....	49
Tabel 5.17. Distribusi frekuensi subyek penelitian antara pengawasan pemakaian APD dan skor perilaku pemakaian APD.....	49
Tabel 5.18. Distribusi frekuensi subyek penelitian antara pengetahuan dan pengawasan pemakaian APD.....	50

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Konsep teori H.L Blum.....	14
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kelaiakan etik.....	69
Lampiran 2. Lembar Persetujuan.....	70
Lampiran 3. Pedoman Wawancara dan Observasi.....	71
Lampiran 4. Pemakaian pembobotan dalam penilaian perilaku.....	77
Lampiran 5. Hasil uji validitas pedoman wawancara tentang pengetahuan.....	80
Lampiran 6. Hasil uji SPSS.....	81
Lampiran 7. Dokumentasi penelitian.....	90

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 372/MENKES/SK/III/2007, teknisi gigi merupakan profesi khusus individu yang mengabdikan diri dalam pembuatan protesa, alat orthodonti, dan maksilofasial, memiliki pengetahuan dan keterampilan sesuai dengan kompetensi yang diperoleh melalui jenjang pendidikan formal dan berguna untuk kesejahteraan manusia sesuai dengan kode etik serta bermitra dengan dokter gigi dan dokter gigi spesialis (Kepmenkes, 2007).

Teknisi gigi, dalam melakukan pekerjaannya, berada di sebuah tempat kerja yang disebut sebagai *dental laboratorium* dengan rata-rata durasi kerja selama 40 jam dalam satu minggu (Torbica & Krstev, 2006). Teknisi gigi selama bekerja tidak dapat dipisahkan dengan paparan bahan kimia yang dapat berupa logam, monomer akrilik, bubuk gips, dan partikel silika bebas (Sivakumar et al, 2012).

Studi yang dilakukan oleh Tuengerthal dkk (1993) pada 134 teknisi gigi di Prancis, hasilnya 110 (82,1%) diantaranya terpapar *alloy* nikel-kromium dan 72 (53,7%) diantaranya terpapar *alloy* kobalt-kromium (Radi et al, 2002). Hasil penelitian tersebut selaras dengan penelitian Hariyani et al, (2015) yang menggambarkan konsentrasi bahan kimia logam *alloy* di laboratorium gigi Surabaya. Rata-rata konsentrasi logam *alloy* nikel, kromium, dan kobalt

berturut-turut sebesar 36,76 µg/L, 116,84µ/L, 27,16µg/L. Sedangkan konsentrasi logam tersebut yang diperbolehkan dalam darah hanya sebesar 4,18 µg/L, 0,2 µg/L, dan 0,64 µg/L.

Setiap paparan bahan kimia dilingkungan kerja teknisi gigi memiliki efek samping yang dapat mempengaruhi status kesehatan teknisi gigi (Al-Hournai et al, 2013). Penelitian *cohort* yang dilakukan Luippold dkk (2004), mengevaluasi 482 pekerja yang terpapar logam kromium di industri penghasil kromat di Painesville, Ohio menunjukkan hasil bahwa 51 dari 304 kematian disebabkan karena kanker paru.

Penelitian Sulotto, dkk (2008) yang mengobservasi 68 teknisi gigi di Italia menunjukkan hasil bahwa 66% dari 15 teknisi gigi yang mengerjakan protesa *alloy* menderita pneumokoniosis. Penelitian lain di Swedia yang dilakukan pada 37 teknisi gigi yang setidaknya lima tahun terkena paparan debu dari *alloy* kromium kobalt molibdenum. Fungsi paru secara signifikan lebih rendah dari normal serta ditemukan prevalensi pneumokoniosis sebesar 16,2% (Salden, 2004).

Kota Surabaya merupakan kota terbesar di Jawa Timur yang memiliki jumlah dokter gigi tertinggi kedua setelah Jawa Barat (Kemenkes RI, 2015). Hal tersebut menunjukkan tingginya *demand* (permintaan) pembuatan protesa maupun alat orthodonti di laboratorium gigi Surabaya. Disisi lain, berdasarkan uraian diatas, bahaya dari paparan bahan kimia di laboratorium gigi tidak bisa dianggap ringan terlebih bahan kimia tersebut selalu dibutuhkan untuk membuat protesa maupun

alat orthodonti. Guna meminimalisir efek samping paparan bahan kimia tersebut, teknisi gigi yang bekerja di laboratorium perlu mempertimbangkan perilaku pemakaian alat pelindung diri (APD) yang sesuai. Hal tersebut selaras dengan teori *determinant of health* yang dikemukakan oleh H.L. Blum dimana faktor lingkungan dan perilaku merupakan faktor determinan yang paling mempengaruhi status kesehatan seseorang (Notoatmodjo, 2007). Perilaku teknisi gigi ditempat kerja yang dipengaruhi oleh tiga faktor yakni faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor penguat akan menentukan respon teknisi gigi ketika dihadapkan pada lingkungan kerja dengan paparan bahan kimia yang tinggi. Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian mengenai perilaku pemakaian APD pada teknisi gigi akibat paparan bahan kimia di laboratorium gigi Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran perilaku pemakaian APD pada teknisi gigi terhadap paparan bahan kimia di laboratorium gigi Surabaya?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum :

Untuk mengetahui gambaran perilaku pemakaian APD pada teknisi gigi terhadap paparan bahan kimia di laboratorium gigi Surabaya.

1.3.2 Tujuan khusus :

1. Mengetahui tindakan pemakaian APD pada teknisi gigi yang terpapar bahan kimia di laboratorium gigi Surabaya.

2. Mengetahui perilaku pemakaian APD subyek penelitian berdasarkan tingkat pengetahuan subyek.
3. Mengetahui perilaku pemakaian APD subyek penelitian berdasarkan jenis kelamin subyek.
4. Mengetahui perilaku pemakaian APD subyek penelitian berdasarkan usia subyek.
5. Mengetahui perilaku pemakaian APD subyek penelitian berdasarkan lama kerja subyek.
6. Mengetahui perilaku pemakaian APD subyek penelitian berdasarkan akumulasi paparan yang diterima.
7. Mengetahui perilaku pemakaian APD subyek penelitian berdasarkan ketersediaan fasilitas.
8. Mengetahui perilaku pemakaian APD subyek penelitian berdasarkan peraturan pemakaian APD.
9. Mengetahui perilaku pemakaian APD subyek penelitian berdasarkan pengawasan pemakaian APD.

1.4 Manfaat

1. Sebagai pencegahan dini bagi teknisi dalam bekerja dan mewaspadaai lebih awal bahaya paparan bahan kimia ditempat kerja.
2. Sebagai sarana edukasi teknisi gigi ketika kontak dengan bahan kimia.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Bahan Kimia pada Laboratorium Gigi

Bahan kimia di laboratorium gigi merupakan paparan ditempat kerja yang non-infeksius namun tetap bisa memberikan efek merugikan bagi kesehatan teknisi gigi. Paparan bahan kimia berasal dari bahan material yang paling sering digunakan di laboratorium gigi antara lain logam (nikel, kromium, dan kobalt), monomer akrilik, bubuk gipsu, dan partikel silika bebas (Sivakumar, 2012).

2.1.1 Nikel

Nikel merupakan salah satu sumber utama dalam proses pembuatan protesa gigi. Paparan logam nikel yang berlebihan dan dalam jangka waktu yang lama dapat menimbulkan gangguan kesehatan (Sudarmaji, 2006). Studi yang dilakukan oleh Tuengerthal dkk (1993) pada 134 teknisi gigi di Prancis, hasilnya 110 (82,1%) diantaranya terpapar *alloy* nikel-kromium (Radi et al, 2002). *Dental prosthesis laboratory of the CPAM* di Lyons melaporkan adanya 29 dari 34 teknisi gigi yang menderita pneumokoniosis dengan kadar nikel dalam darahnya mencapai $>0,00023$ g/cc (melebihi batas normal nikel dalam darah tubuh). Pada tahun 2001 EO-OSHA menemukan 8 dari 15 teknisi gigi di Philadelphia mengalami rhinitis karena terpapar *alloy* nikel-kromium (Watson, 2003). Dr. Thomas Levy, M.D meneliti menggunakan antigen spesifik LST-test menemukan 87% teknisi gigi positif memiliki kadar nikel tinggi pada darahnya (Windham, 2008).

Bahaya yang berhubungan dengan paparan terhadap nikel di lingkungan kerja telah mengakibatkan gangguan fungsi tubuh terutama yang berasal dari inhalasi. Rute paparan nikel utama para pekerja secara tidak langsung berasal dari konsumsi air minum dan makanan, dan melalui kontak kulit (Grimsrud et al, 2002).

Nikel dapat masuk ke tubuh melalui *inhalasi*, *oral*, dan *dermal exposure*. *Inhalasi exposure* adalah paparan logam nikel melalui saluran pernapasan. *Inhalasi exposure* menjadi rute utama masuknya nikel ke dalam tubuh manusia. Paparan nikel melalui inhalasi dapat berbentuk debu senyawa nikel yang relatif tidak larut (nikel partikulat), aerosol yang berasal dari larutan nikel atau bentuk gas yang mengandung nikel seperti nikel karbonil (Costa, 2002).

Oral exposure adalah penyerapan nikel dari saluran pencernaan yang terjadi setelah konsumsi makanan, minuman, atau air minum. Kebersihan pribadi yang buruk dan kondisi tempat kerja dapat berkontribusi dalam *oral exposure* (Kasprzak et al, 2003). Sedangkan, *dermal exposure* adalah penyerapan nikel melalui kulit secara kuantitatif, dalam patogenesis dermatitis kontak yang disebabkan oleh hipersensitivitas nikel (Lyons, 1990).

Paparan nikel dalam tubuh dapat memberikan efek samping bagi kesehatan. Kulit dan saluran pernafasan adalah organ target utama pada paparan nikel dalam pekerjaan. Kulit adalah bagian tubuh yang memiliki potensi sensitisasi yang kuat yang dimanifestasikan berupa iritasi, eksim, dan dermatitis kontak alergi. Asupan

dosis rendah nikel dapat menimbulkan dermatitis alergi pada individu yang peka (Mengesha, 1998).

2.1.2 Kromium

Dalam bidang kedokteran gigi, kromium termasuk dalam golongan *base metal alloy* bersama dengan beberapa logam lain. Kromium digunakan sebagai salah satu bahan untuk membuat *fixed dental restoration* dan *porcelain bonding*. Kromium termasuk logam yang kuat. Dalam penggunaannya, kromium dikombinasikan dengan kobalt (McCabe, 2008).

Dalam bidang prostodonsia, kromium digunakan sebagai bahan pembuat restorasi *full cast*, *metal ceramic*, dan juga *removable partial denture framework* (Reclaru et al, 2004). Bahan yang sering digunakan adalah *chromium-cobalt alloy* (Radi et al, 2002). *Alloy cobalt-chromium* merupakan bahan yang sangat keras sehingga tahan lama dan tahan terhadap goresan (McCabe, 2008). Namun, bahan *base metal alloy* memiliki kekurangan yakni toksisitasnya yang tinggi (Widowati, 2008).

Salden dkk (2004) melakukan studi di Swedia pada 37 teknisi gigi yang setidaknya lima tahun terkena paparan debu dari *alloy* kromium kobalt molibdenum. Fungsi paru secara signifikan lebih rendah dari normal serta ditemukan prevalensi pneumokoniosis sebesar 16,2%.

Kromium dapat diabsorpsi oleh tubuh melalui inhalasi debu kromium. Deposisi partikel seperti debu kromium pada saluran pernafasan dan paru

dipengaruhi oleh konsentrasi debu, ukuran debu, waktu paparan, frekuensi pernafasan, dan volume tidal (Susanto, 2011).

Kromium memberikan efek pada kulit manusia, yakni memberikan efek ruam kulit sebagai reaksi alergi. Kromium dapat menyebabkan dermatitis berat disertai ulkus pada kulit (Yuniarti, 2012). Kromium juga dapat menyebabkan kanker. Ion Cr (VI) dalam proses metabolisme tubuh akan menghalangi atau menghambat kerja enzim benzopiren hidrolakse. Penghambatan enzim tersebut mengakibatkan perubahan kemampuan pertumbuhan sel sehingga pertumbuhan sel menjadi tidak terkontrol dan hal ini dikenal sebagai kanker. Kromium juga dapat menyebabkan sesak napas dan asma. Hal tersebut lebih banyak disebabkan akibat ion Cr (VI) (Palar, 2004).

2.1.3 Kobalt

Kobalt merupakan bahan yang jarang ditemukan, namun terdistribusi secara luas dilingkungan. Dengan titik leleh yang tinggi dan resistensinya terhadap oksidasi, logam *alloys* digunakan dibanyak industri manufaktur terutama untuk pembuatan *artificial joint prothesis* (De Smet K et al, 2008).

Hasil penelitian Al-Hourani et al (2013) yang membandingkan antara kadar kobalt dalam darah teknisi gigi dan teknisi medis menunjukkan perbedaan yang signifikan. Kadar kobalt dalam darah teknisi gigi menunjukkan hasil 2.23 $\mu\text{g/dL}$ sedangkan dalam teknisi medis adalah 0.20 $\mu\text{g/dL}$.

Konsentrasi kobalt yang lebih besar dari satu atau sama dengan 1,0 µg/ml mengindikasikan adanya kemungkinan paparan lingkungan atau tempat kerja. Dosis besar kobalt dalam tubuh dapat mengakibatkan manifestasi klinis yang parah (Keagen, 2008). Organ pertama yang akan terkena dampak dari paparan logam berat ditempat kerja teknisi gigi adalah paru-paru. Selama proses *grinding* logam untuk pembuatan protesa tetap dan protesa sebagian berbahan logam, partikel-partikel kecil dari *precious alloys* maupun *non-precious alloys* tersebar di udara sehingga partikel-partikel tersebut dapat terhirup melalui inhalasi. Logam *cobalt* termasuk dalam salah satu *non-precious alloys*. Paparan berlebihan terhadap kobalt dapat mengakibatkan pneumokoniosis, silikosis paru, fibrosis paru, kanker paru, kanker sinus paranasal, dan kanker tenggorokan. Selain organ paru, alergi kontak dermatitis telah menjadi salah satu yang paling sering terjadi akibat kontak dengan material ditempat kerja yang mengakibatkan gangguan kesehatan terutama pada teknisi gigi yang bersinggungan langsung dengan bahan material tersebut (Puškar et al, 2011).

2.1.4 Monomer akrilik

Resin akrilik adalah salah satu bahan material yang sering digunakan pada kedokteran gigi, terutama bidang prostodonsia. Resin akrilik mulai diperkenalkan sejak tahun 1935 sebagai bahan dasar untuk basis gigi tiruan, baik gigi tiruan lengkap maupun gigi tiruan sebagian lepasan (Anusavice, 2013). Hingga saat ini, bahan resin akrilik masih menjadi pilihan karena warnanya menyerupai *gingiva*,

mudah diproses, perubahan dimensi kecil, serta harga relatif terjangkau (Noort, 2007).

Resin akrilik terbentuk dari bubuk polimer *poly methyl methacrylate* (PMMA) yang bercampur dengan monomer *liquid* metil metakrilat (MMA) serta beberapa bahan tambahan lain seperti *cross-linking agent*, inhibitor, aktivator, *initiator*, dan pigmen (McCabe, 2008). Salah satu kandungan resin akrilik yakni MMA memiliki karakteristik mudah menguap di udara sehingga dapat masuk kedalam tubuh melalui udara atau adanya cairan dipermukaan kulit. Hasil pengukuran yang dilakukan disebuah laboratorium gigi di Serbia mengungkapkan konsentrasi MMA pada tempat tersebut menunjukkan angka 2,4 kali lebih tinggi dari MAC, yaitu 410 mg/m³ (Torbica & Krstev, 2006).

MMA yang merupakan monomer tidak berwarna dan berbau akan menyebabkan berbagai efek lokal maupun sistemik jika konsentrasi dalam darah berlebihan dan termasuk kategori sitotoksik (Dahl *et al*, 1994). Marez, *et al* (1993) melakukan penelitian prevalensi batuk kronis dengan subyek delapan pekerja yang terpapar MMA dalam kurun waktu 5-10 tahun dan 32 pekerja yang terpapar MMA lebih dari 10 tahun. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa 20% subyek tersebut mengalami batuk kronis (*Health Council of the Netherlands*, 2011).

Penelitian lain dari Jedrychowski (1982) menunjukkan hasil bahwa pekerja yang terpapar MMA secara terus menerus memiliki resiko obstruksi paru dua kali

lebih besar dibanding dengan kelompok kontrol yang tidak terekspos bahan kimia tersebut. Fungsi paru pada kelompok pekerja tersebut juga menunjukkan penurunan. Hal tersebut akan semakin parah jika para pekerja merupakan seorang perokok (WHO, 1998).

2.1.5 Bubuk gipsum

Gipsum merupakan bahan material kedokteran gigi yang kandungan utamanya adalah kalsium sulfat dihidrat ($\text{CaSO}_4 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$). Gipsum digunakan untuk membuat model studi pada rongga mulut dan maksilofasial serta perangkat penting untuk pekerjaan laboratorium kedokteran gigi dalam hal pembuatan protesa (Anusavice, 2013). Gipsum terbentuk ketika bubuk kalsium sulfat dicampur dengan air. Intoksikasi bubuk gipsum diakibatkan oleh reaksi eksotermik selama proses manipulasi bubuk dan air. Paparan terhadap debu kalsium sulfat yang berkelanjutan (konsentrasi maksimum 5000 g/m^3) dapat menyebabkan iritasi mata, kulit, hidung, dan saluran pernafasan atas (Brun et al, 2013).

Paparan debu kalsium sulfat dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan gangguan saluran pernafasan pada teknisi gigi, meliputi rinorea, atau bahkan pneumokoniosis (Ireland et al, 2011). Hasil penelitian dari Nandi, et al (2009) menunjukkan bahwa paparan gipsum yang terus menerus menyebabkan angka morbiditas yang tinggi. Penurunan fungsi paru menunjukkan angka yang signifikan lebih tinggi pada pekerja yang merokok. 22,6% responden mengalami

hipertensi dengan tekanan darah diatas 140/90 (Nandi et al, 2009).

2.1.6 Partikel silika bebas

Paparan silika dalam laboratorium gigi dapat terjadi saat proses *casting*, *sandblasting*, dan *grinding* porselen. Pada saat proses *casting*, paparan silika dapat terjadi ketika pencampuran bahan tanam yang mengandung kristobalit dalam jumlah tinggi. Kristobalit merupakan bentuk toksik dari kristal silika. Pada saat *sandblasting* juga dapat menyebabkan paparan silika dalam jumlah besar. *Sandblasting* merupakan salah satu tahapan dalam proses *casting*. Paparan juga dapat terjadi ketika kotak *blasting* mengalami kebocoran. Proses *grinding* porselain juga dapat menyebabkan paparan silika saat mencampur bubuk porselain atau saat *grinding* dan *polishing* material porselain karena porselain mengandung silika dalam jumlah yang bervariasi (Dahlgren et al, 2010).

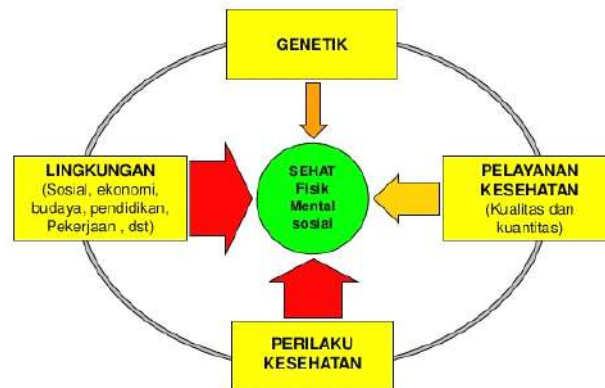
Paparan silika ditempat kerja berhubungan dengan angka kejadian silikosis. Inhalasi dari debu yang mengandung silika bebas atau partikel silika dioksida pada laboratorium gigi dapat mengakibatkan silikosis (Sivakumar, 2012). Silikosis merupakan suatu penyakit parenkim paru berupa fibrosis paru difus akibat inhalasi, retensi dan reaksi parenkim paru terhadap debu atau kristal silika (SiO_2) (Sudoyo dkk, 2006). Fibrosis yang progresif membuat jaringan elastis pada paru menjadi lebih kaku sehingga menyebabkan penurunan fungsi paru-paru. Proses tersebut mungkin berjalan lambat, namun apabila gejala muncul dapat berupa batuk, mengi dan sesak napas (Shum et al, 2011).

Sebuah studi mengenai prevalensi pneumokoniosis dengan melakukan pemeriksaan foto thoraks dan pemeriksaan spirometri pada teknisi laboratorium gigi yang dilakukan di Provinsi Sivas, Turki menunjukkan bahwa 5 (13,8%) dari 36 teknisi yang diteliti terbukti mengalami pneumokoniosis (Dogan et al, 2010).

2.2 Konsep Dasar Perilaku

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2007), perilaku adalah tanggapan atau reaksi individu terhadap rangsangan atau lingkungan. Perilaku manusia merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain, perilaku merupakan respon/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Respon ini dapat bersifat pasif (tanpa tindakan: berpikir, berpendapat, bersikap) maupun aktif (melakukan tindakan) (Sarwono, 2004).

Menurut teori dari H.L Blum, dari keempat faktor determinan timbulnya masalah kesehatan, perilaku manusia merupakan faktor determinan yang paling mempengaruhi status kesehatan seseorang setelah faktor lingkungan (Notoatmodjo, 2007). Gambar 2.1 menjelaskan konsep H.L Blum tentang konsep *determinant of health* yang dipengaruhi oleh empat faktor :



Gambar 2.1 Konsep teori H.L Blum (Arvianti, 2009)

2.2.1 Proses Adaptasi Perilaku

Penelitian Rodgers (dalam Notoatmodjo, 2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

1. *Awareness* (kesadaran) dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek).
2. *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau obyek tersebut.
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik tidaknya stimulus tersebut.
4. *Trial* (mencoba) dimana subyek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki stimulus.
5. *Adoption*: orang tersebut telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

2.2.2 Determinan Perilaku

Istilah perilaku kesehatan di Indonesia sudah lama dikenal dalam 15 tahun terakhir. Akhir-akhir ini, konsep-konsep di bidang perilaku yang berkaitan dengan

kesehatan sedang berkembang dengan pesatnya, khususnya dibidang kesehatan masyarakat. Istilah ini dapat memberikan pengertian bahwa perilaku kesehatan merupakan perilaku yang secara sengaja dilakukan dalam kaitanya dengan kesehatan. Fakta menunjukkan bahwa banyak sekali perilaku yang dapat mempengaruhi kondisi kesehatan seseorang (Lukluk & Bandiyah, 2008).

Teori yang dikembangkan oleh Lawrence Green pada tahun 1980, menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Perilaku sehat seseorang dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yakni perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior causes*). Perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pendukung (*enabling factors*) dan faktor penguat (*reinforcing factors*) (Noorkasiani et al, 2009).

Faktor predisposisi dapat diartikan sebagai faktor yang ada pada diri individu (Noorkasiani *et al*, 2009). Faktor predisposisi yang dapat mempengaruhi perilaku pemakaian alat pelindung diri pada teknisi gigi meliputi jenis kelamin, pengetahuan, sikap (*attitude*), dan lama kerja.

Faktor pendukung merupakan faktor yang memudahkan atau memungkinkan individu untuk merubah perilakunya, seperti ketersediaan alat pelindung diri ditempat kerja teknisi gigi (Green, 1980; Noorkasiani *et al*, 2009; Lapau, 2012).

Menurut Notoatmodjo (2005), faktor penguat adalah faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Faktor penguat meliputi sikap dan perilaku kelompok referensi dalam masyarakat (Noorkasiani et al, 2009).

2.3 Perilaku Pemakaian APD pada Teknisi Gigi

Menurut ILO (2013), bahaya bahan kimia yang digunakan di tempat kerja mempengaruhi kesehatan secara perlahan atau mungkin membutuhkan waktu bertahun-tahun untuk berkembang. Para pekerja perlu mencegah atau mengurangi paparan bahan tersebut dengan memperhatikan penggunaan APD yang tepat selama berada di lingkungan kerja.

Perilaku pemakaian APD pada teknisi gigi terhadap paparan bahan kimia merupakan praktik atau tindakan pemakaian APD selama teknisi gigi bekerja di laboratorium gigi sebagai upaya untuk mencegah atau meminimalisir paparan bahan kimia yang dapat masuk ke tubuh. Hal tersebut perlu diperhatikan mengingat teknisi gigi bekerja dengan berbagai bahan dalam menggantikan struktur gigi yang hilang atau rusak. Bahan-bahan tersebut seperti malam, *alloy*, porselain, keramik, dan komposit (ADA, 1998). Oleh karena itu, teknisi gigi tidak boleh mengabaikan keselamatan kerjanya. Perlindungan yang memadai dan efisien harus dipertimbangkan untuk mencegah penyakit akibat paparan di lingkungan kerja. Jika teknisi gigi tidak menggunakan perlindungan yang tepat, bagian dari logam, debu keramik, akrilik dan kotoran lainnya, yang ada di udara laboratorium gigi selama pembuatan protesa dapat mengganggu kesehatan mereka (Puškar et al, 2011; Petrovic et al, 2013; Hariyani et al, 2015).

2.3.1 Komponen APD pada Teknisi Gigi

Teknisi gigi harus menghindarkan diri untuk menghirup debu yang berasal dari logam dengan cara memakai alat pelindung diri, seperti seragam kerja, masker pelindung, sarung tangan pelindung, kacamata pelindung, dan melakukan proses *grinding* di tempat yang memiliki ventilasi yang baik atau menggunakan sistem *general exhaust ventilation* (GEV), dan sistem *local exhaust ventilation* (LEV) (Ferracane, 2001). Ketika ventilasi, gas buang, dan fasilitas filtrasi baik dan memadai, paparan bahan kimia di udara dapat berkurang ke level yang dianggap aman (Anusavice, 2013). Teknisi gigi juga harus rutin menjalani pemeriksaan darah agar kadar paparan logam berat dalam tubuhnya dapat dipantau secara rutin (Petrovic et al, 2013).

Berdasarkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, standar alat keselamatan kerja teknisi gigi dilaboratorium diantaranya APD seperti baju praktik, sarung tangan, masker, kaca mata pelindung, alas kaki; alat pemadam kebakaran (APAR) berikut petunjuk penggunaan; perlengkapan P3K; dan sarana instalasi pengolahan limbah. Sedangkan, aturan yang perlu diketahui dan ditaati diantaranya teknisi gigi yang terlibat dalam kegiatan laboratorium harus mengetahui letak keran air, dan saklar utama listrik; mengetahui letak alat-alat pemadam kebakaran, seperti tabung pemadam kebakaran, selimut tahan api, dan pasir untuk memadamkan api; menggunakan APD yang baik dan benar; mentaati peraturan perlakuan terhadap bahan kimia yang mudah terbakar dan berbahaya

lainnya; tidak meletakkan bahan kimia/reagen ditempat yang langsung terkena cahaya matahari; mengenakan jas/baju praktik yang tidak longgar; tidak makan dan minum didalam laboratorium; tidak menggunakan perhiasan selama praktik di laboratorium/bengkel kerja; tidak menggunakan sandal atau sepatu terbuka atau sepatu hak tinggi selama di laboratorium; tumpahan bahan kimia apapun termasuk air, harus segera dibersihkan karena dapat menimbulkan kecelakaan; serta bila kulit terkena bahan kimia, segera cuci dengan air sampai bersih dan tidak digaruk agar zat tersebut tidak menyebar atau masuk kedalam badan melalui kulit (Kemenkes RI, 2010).

Berdasarkan uraian diatas, alat pelindung diri yang wajib digunakan oleh teknisi gigi selama bekerja antara lain:

1. Masker

Salah satu standar keselamatan kerja pada laboratorium adalah penggunaan masker yang sesuai. Masker digunakan untuk meminimalisir paparan bahan kimia agar tidak masuk ke saluran pernafasan. Berdasarkan berat paparan bahan kimia yang didapat, hasil penelitian menunjukkan bahwa efisiensi masker wajah yang sesuai untuk mengurangi paparan bahan kimia yang terhirup mencapai 70%-95% (Kundie et al, 2010). Selain itu, hasil penelitian menunjukkan bahwa angka kejadian pneumokoniosis lebih tinggi 10% pada teknisi gigi yang jarang menggunakan masker (Yurdasal et al, 2015).

2. Sarung tangan

Sarung tangan merupakan salah satu APD yang paling umum digunakan dengan tujuan untuk mencegah paparan bahan kimia yang dapat masuk melalui kulit. Pemilihan jenis sarung tangan yang tepat perlu diperhatikan guna mendapatkan fungsi proteksi yang maksimal (Packham, 2006). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sarung tangan *latex disposable* yang umumnya digunakan dikedokteran gigi dua kali lipat dapat menghambat penetrasi bahan kimia melalui kulit (Phalen et al, 2014).

Selain mencegah dari paparan bahan kimia, berdasarkan hasil penelitian, lebih dari 60% protesa yang dikirim ke *dental laboratorium* terkontaminasi oleh mikroorganisme patogen yang berasal dari rongga mulut pasien maupun dari bahan *polishing* dan *finishing* (pumis). Penelitian lain menunjukkan bahwa 67% cetakan alginat yang dikirim ke dental laboratorium telah terkontaminasi bakteri *Enterobacter cloacae*, *Escherichia coli*, dan *Klebsiella oxytoca*. Hasil penemuan tersebut menunjukkan bahwa teknisi gigi diwajibkan memakai sarung tangan selama melakukan pekerjaan di *dental laboratorium* (Al-Dwairi, 2007).

3. Kaca mata pelindung

Lingkungan kerja yang berdebu seperti di *dental laboratorium* sering menimbulkan gangguan kesehatan yang melibatkan organ mata. Berdasarkan hasil penelitian, 35% teknisi gigi mengalami gangguan mata dan teknisi gigi

yang memakai kaca mata pelindung mengalami insiden gangguan mata 7% lebih rendah dibanding yang tidak memakai kaca mata pelindung (Yurdasal et al, 2015).

4. Baju pelindung

Prosedur kerja teknisi gigi sering menggunakan mesin berkecepatan tinggi atau alat ultrasonik yang dapat menimpulkan erosol bakteri maupun bahan kimia yang dapat melekat pada baju teknisi gigi dan menyebar ke lingkungan disekitarnya (Tran, 2015). Oleh karena itu, penggunaan baju pelindung harus diwajibkan untuk meminimalisir penyebaran paparan bahan kimia (Khalil, 2015).

5. Sepatu

Selama bekerja, pekerja di laboratorium wajib menggunakan sepatu yang menutupi kakinya, tidak memiliki hak tinggi dan tidak licin agar terhindar dari kecelakaan kerja yang dapat terjadi. Penggunaan sepatu yang benar juga bertujuan untuk melindungi kaki ketika ada bahan kimia yang tidak sengaja tumpah (Sunarto, 2008).

2.4 Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Pemakaian APD pada Teknisi Gigi

2.4.1 Jenis kelamin

Pria dan wanita memiliki karakteristik yang berbeda. Wanita memiliki karakteristik untuk berpartisipasi dalam kehidupan sosial masyarakat. Dalam kehidupan sosial masyarakat, wanita berinteraksi atau berkomunikasi satu sama

lain sehingga dapat berpengaruh terhadap perilaku kesehatannya. Namun, perlu diingat bahwa jenis kelamin bukan penentu tunggal perilaku kesehatan seseorang (Vlassoff, 2007).

Berdasarkan hasil penelitian pada pekerja di Osun, Nigeria, penggunaan masker, pelindung mata, dan mencuci tangan dengan benar antara pria dan wanita menunjukkan perbedaan yang signifikan. Wanita lebih patuh terhadap praktik pengendalian kontrol infeksi sedangkan pria lebih memikirkan tentang pengeluaran keuangan yang dibutuhkan dalam pengendalian kontrol infeksi. (Peters et al, 2012).

MacCarthy *et al* (1996), melakukan penelitian penggunaan alat pelindung diri pada pekerja di Kanada, melaporkan bahwa wanita lebih patuh terhadap praktik penggunaan alat pelindung diri dibanding pria dimungkinkan karena wanita memiliki karakteristik untuk menjaga kondisi tubuhnya terutama bagian wajah.

2.4.2 Lama Kerja

Lama kerja seorang pekerja dapat dihubungkan dengan pengalaman yang diperoleh ditempat kerja, semakin lama bekerja seseorang maka pengalaman yang diperoleh selama bekerja akan lebih banyak. Lama kerja adalah salah satu faktor predisposisi yang mempermudah seseorang berperilaku. Semakin lama masa kerja seseorang maka pengalaman yang akan diperoleh sewaktu bekerja akan lebih banyak. Dalam hal keselamatan dan kesehatan kerja pengalaman dalam memakai berbagai macam alat kerja secara aman tentunya akan semakin banyak pula

(Green, 1980).

Menurut ILO (1989) menyatakan bahwa hasil studi di Amerika menemukan kecelakaan kerja yang terjadi selain disebabkan oleh faktor manusia, juga disebabkan oleh pekerja yang masih baru dan kurang pengalaman kerja (Sitorus, 2011).

2.4.3 Usia

Menurut Gibson (1987) dalam Hidayat A (2007), faktor usia merupakan variabel individu, secara prinsip bahwa seseorang bertambah usianya akan bertambah kedewasaannya dan semakin banyak menyerap informasi yang akan mempengaruhi perilakunya.

Usia merupakan salah satu faktor karakteristik pekerja. Suma'mur (1989) menyatakan dalam statistik terlihat bahwa dengan usia muda sering mengalami kecelakaan kerja bila dibandingkan dengan usia yang lebih tua. Secara umum diketahui bahwa kapasitas fisik manusia seperti penglihatan dan kecepatan reaksi menurun setelah usia 30 tahun atau lebih. Sebaliknya mereka pada usia tersebut mungkin akan lebih berhati-hati, lebih dapat dipercaya dan lebih menyadari akan bahaya, dibandingkan dengan pekerja yang berusia muda.

2.4.4 Jenis Pekerjaan

Jenis pekerjaan mempunyai pengaruh besar terhadap risiko terjadinya kecelakaan akibat kerja. Jumlah dan macam kecelakaan akibat kerja berbeda-beda bergantung bidang pekerjaan yang dilakukan. Kepatuhan menggunakan APD pada

seseorang umumnya tergantung dari jenis pekerjaan yang dilakukan dan melihat dari resiko yang dapat ditimbulkan dari pekerjaan tersebut (Suma'mur, 1996).

Berdasarkan hasil penelitian penggunaan APD masker pada pengrajin kayu, kepatuhan penggunaan APD masker paling tinggi terdapat pada bidang kerja pengamplas dan pengecat dimana bidang kerja tersebut memang memiliki resiko bahaya kerja berupa polusi yang tinggi (Pangestika & Ariastuti, 2015).

2.4.5 Jumlah produk yang dihasilkan

Perkembangan industri yang begitu pesat telah mendorong semakin meningkatnya penggunaan mesin, peralatan kerja dan bahan-bahan kimia dalam proses produksi dengan disertai penerapan teknik dan teknologi dari berbagai tingkat di segenap sektor kegiatan. Hal ini berarti pula dapat menimbulkan peningkatan resiko kecelakaan akibat kerja yang lebih tinggi dan juga terjadi peningkatan jumlah intensitas sumber bahaya di tempat kerja. Peningkatan penggunaan bahan kimia dalam lingkungan pekerjaan akibat peningkatan produk yang dihasilkan menyebabkan peningkatan pula paparan bahan kimia pada para pekerja sehingga para pekerja dalam kondisi tersebut cenderung lebih patuh terhadap pemakaian APD (Suma'mur, 1996).

2.4.6 Pengetahuan

Tingkat pengetahuan dapat dipengaruhi oleh pendidikan yang didapatkan (Trisiani et al, 2012). Tingkat pendidikan yang dicerminkan dari lamanya seseorang menempuh jalur pendidikan formal telah memberikan sumbangan

terhadap penguasaan atas ilmu pengetahuan teknologi. Dengan demikian, tingkat pendidikan secara tidak langsung akan membentuk perilaku masyarakat. Karena dukungan pengetahuan yang memadai, seseorang mampu menghindarkan diri dari perilaku-perilaku yang kontra produktif terhadap kesehatan pribadi dan lingkungannya (Budhiarti, 2011).

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*). Berdasarkan hasil penelitian, perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng (*long lasting*) daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2003). Hasil penelitian pada pekerja disebuah perusahaan, peningkatan pengetahuan dan wawasan akan menyadarkan tentang pentingnya penggunaan alat pelindung diri, sehingga efektif dan benar dalam penggunaannya (Budiono, 2003).

2.4.7 Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap stimulus atau objek. Sikap tidak dibawa sejak lahir, akan tetapi dipelajari dan dibentuk berdasarkan pengalaman individu sepanjang perkembangan selama hidupnya. Pada dasarnya manusia adalah makhluk sosial, pembentukan sikap juga tidak terlepas dari pengaruh orang lain (Basri & Erniatin, 2015).

Teori yang mendukung tentang sikap menurut Alport dalam Notoatmodjo (2003), dijelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok yaitu: kepercayaan atau keyakinan, kehidupan emosional, dan kecenderungan untuk

bertindak (*trend to behave*). Ketiga komponen tersebut bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Jika diimplementasikan dalam lingkungan kerja, pengetahuan akan membawa pekerja untuk berpikir dan berusaha supaya tidak terkena penyakit akibat kerja. Ketika berpikir, komponen emosi dan keyakinan ikut bekerja sehingga pekerja tersebut berniat akan menerapkan upaya kesehatan kerja seperti memakai alat pelindung diri, sehingga pekerja mempunyai sikap tertentu terhadap objek yang berupa penyakit akibat kerja tersebut (Notoatmodjo, 2003).

2.4.8 Ketersediaan APD

APD didefinisikan sebagai alat yang mempunyai kemampuan untuk melindungi seseorang yang fungsinya mengisolasi sebagian atau seluruh tubuh dari potensi bahaya ditempat kerja. Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Pudjowati (1998) dikatakan bahwa secara statistik ada hubungan yang bermakna antara proporsi perilaku pemakaian alat pelindung diri pada tempat kerja yang menyediakan fasilitas tersedia dan cukup dengan yang kurang atau tidak menyediakan fasilitas alat pelindung diri. Hal ini menunjukkan bahwa ketersediaan alat pelindung yang cukup menjadi salah satu faktor yang memudahkan untuk terbentuknya perilaku menggunakan alat pelindung diri (Wibowo, 2010).

Sedangkan, menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Sumbung (2000) bahwa secara statistik menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara fasilitas dengan penggunaan APD. Menurut pernyataan sebagian besar pekerja bahwa fasilitas APD yang telah disediakan perusahaan telah mencukupi namun masih terdapat beberapa jenis alat pelindung diri yang kurang nyaman pada saat dipakai. Sehingga memungkinkan pekerja tidak disiplin dalam menggunakannya. Hal ini sesuai dengan Suma'mur (1996) yang menyatakan bahwa salah satu persyaratan memilih alat pelindung diri dalam hal kenyamanan yaitu alat pelindung diri harus nyaman untuk digunakan, hal ini akan dapat memotivasi pekerja untuk menggunakannya dengan lebih baik. Kenyamanan alat pelindung diri dapat diketahui berupa enak dipakai, desain sesuai dengan tubuh pekerja, dan tidak membatasi ruang gerak pekerja (Walifah, 2010).

2.4.9 Peraturan dan Pengawasan Pemakaian APD

Menurut Notoatmodjo (2005), faktor penguat adalah faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Faktor penguat meliputi sikap dan perilaku kelompok referensi dalam masyarakat (Noorkasiani et al, 2009). Faktor penguat dalam hal pemakaian APD adalah adanya peraturan dan pengawasan pemakaian APD oleh pimpinan laboratorium. Kadang-kadang seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku tetapi tidak melakukannya karena tidak adanya dukungan dari orang sekitar. Dalam lingkungan kerja, dukungan tersebut bisa berasal dari rekan kerja dan juga pimpinan perusahaan.

Hasil penelitian dari Atmanto (2011) menunjukkan hasil bahwa perilaku penggunaan alat pelindung diri (APD) yang tidak dilaksanakan dengan baik diperusahaan salah satunya dikarenakan perusahaan tidak menerapkan peraturan yang mewajibkan penggunaan alat pelindung dan tidak ada tindakan tegas dan pengawasan yang ketat dari pimpinan (Atmanto, 2011).

Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa faktor dilakukan pengawasan dapat memberikan motivasi bagi pekerja untuk meningkatkan kepatuhan dalam menggunakan alat pelindung diri secara konsisten. Fungsi pengawasan yang baik akan mendukung terhadap kesadaran diri pekerja mengenai pentingnya menjaga keselamatan diri selama bekerja dan juga memberikan rasa aman dan nyaman secara psikologis tanpa adanya perasaan terpaksa maupun takut terhadap *supervisor* yang menegur apabila melakukan kelalaian dalam penggunaan alat pelindung diri sehingga akan menjadi kebiasaan yang positif bagi pekerja dan mampu menurunkan angka kejadian kecelakaan kerja pada pekerja di tempat kerjanya. Pengawasan yang dilakukan secara intensif dan konsisten terhadap pegawai yang mengharuskan alat pelindung diri saat bekerja menjadi salah satu faktor yang harus dipenuhi oleh setiap institusi pekerjaan (Atmanto, 2011).

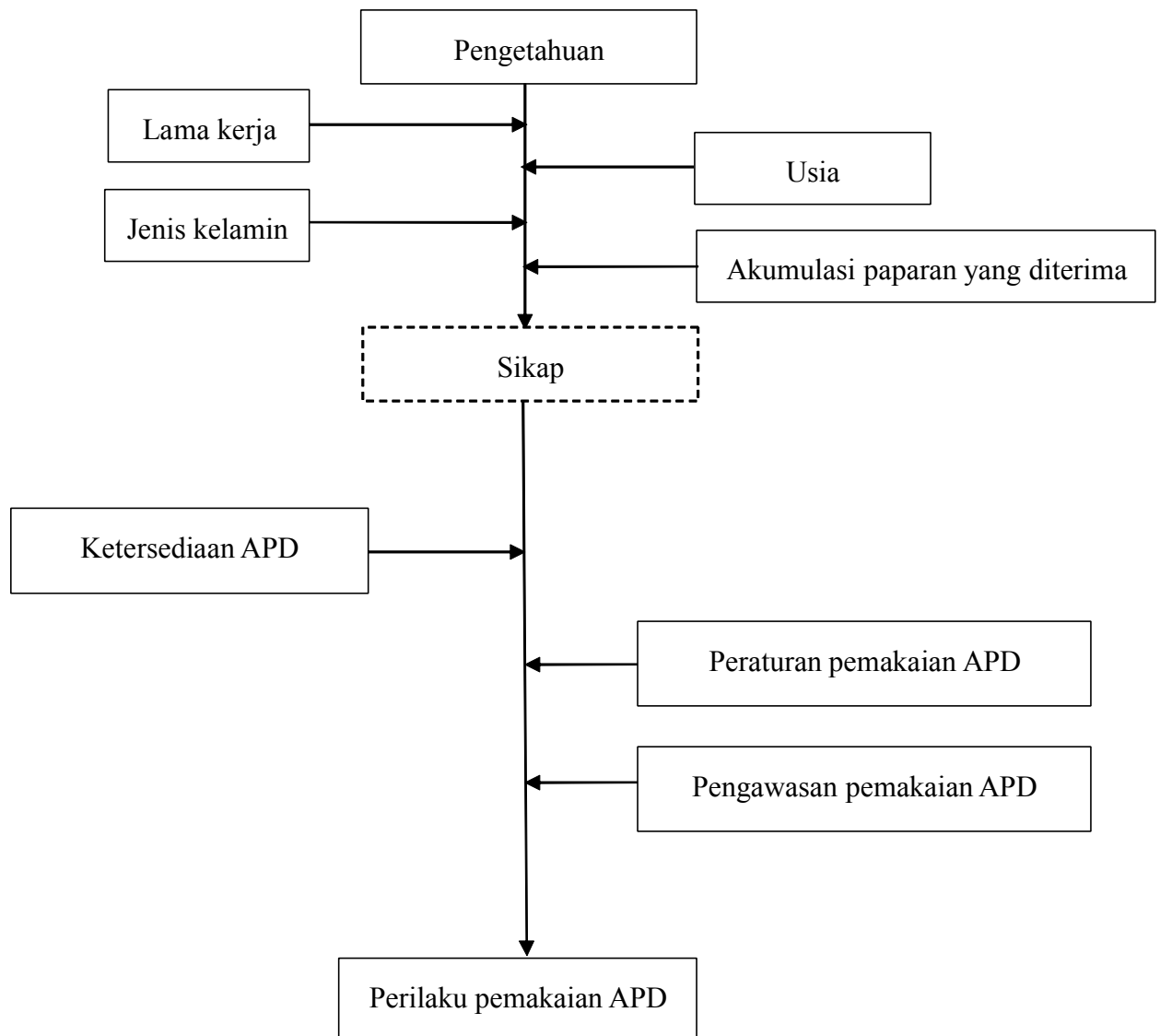
Berdasarkan hasil penelitian Noviandry (2013), bahwa pengawasan yang baik oleh pihak pengelola/manajemen akan memengaruhi kepatuhan pada pekerja dalam menggunakan alat pelindung diri. Penerapan pengawasan yang ketat termasuk juga penerapan sanksi hukuman bagi yang tidak menggunakan alat

pelindung diri menjadikan bentuk motivasi eksternal yang mampu meningkatkan kepatuhan tersebut (Wibowo, 2010).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Keterangan :

: dilakukan observasi

: tidak dilakukan observasi

Keselamatan kerja teknisi gigi merupakan hal yang sangat penting untuk diperhatikan, mengingat lingkungan kerja teknisi gigi tidak bisa dipisahkan dari paparan zat berbahaya termasuk zat kimia. Tingkat keselamatan pada teknisi gigi perlu memandang prosedur standar keselamatan dan kesehatan kerja, seperti pemakaian APD yang meliputi seragam kerja, masker, sarung tangan, kaca mata pelindung, dan sepatu. Perilaku pemakaian APD tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya faktor predisposisi yang meliputi pengetahuan, sikap, lama kerja, jenis kelamin, dan usia; faktor pendukung berupa ketersediaan APD; serta faktor pendorong yang meliputi penegakan peraturan dan pengawasan pemakaian APD.

Pengetahuan merupakan faktor yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Teknisi gigi akan melakukan praktik pemakaian APD apabila ia tahu tujuan dan manfaat dari masing-masing APD yang harus dipakai. Pengetahuan yang telah dimiliki oleh teknisi gigi dapat membentuk sikap dengan cara teknisi gigi menilai atau bersikap positif/negatif terhadap praktik pemakaian APD tersebut. Proses pembentukan sikap tersebut dapat dipengaruhi oleh jenis kelamin, usia, lama kerja, dan akumulasi paparan yang diterima oleh teknisi gigi.

Teknisi gigi yang telah memiliki pengetahuan dan sikap, kemudian akan mempraktikkan perilaku pemakaian APD dengan baik apabila didukung oleh ketersediaan APD yang memadai dan didorong oleh penegakan peraturan dan pengawasan pemakaian APD selama teknisi gigi bekerja.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional deskriptif, karena dalam pelaksanaannya peneliti akan melakukan observasi tanpa memberikan intervensi pada variabel yang akan diteliti. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* dimana pengambilan data dari variabel dilakukan pada sekali waktu. Artinya, tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja pada saat pemeriksaan. Namun, hal ini tidak berarti bahwa semua subjek penelitian diamati pada waktu yang sama.

4.2 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah teknisi gigi yang bekerja di laboratorium gigi Surabaya. Berdasarkan hasil *survey* pendahuluan, jumlah populasi sebanyak 158 orang.

4.3 Sampel

Penentuan sampel dilakukan secara *random sampling*. Besar populasi dihitung dengan rumus berikut: (Krejcie dan Morgan dalam Mantra, 2004)

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)N}{d^2(N-1) + z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}$$
$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,5(1-0,5) \cdot 158}{(0,10)^2 (158-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5(1-0,5)}$$
$$n = \frac{151,68}{2,06} = 73,63 \rightarrow \text{dibulatkan menjadi } 74$$

Keterangan :

- n : besar sampel
- N : jumlah populasi
- $Z_{1-\alpha/2}$: nilai Z pada derajat kemaknaan (biasanya 95% = 1,96)
- p : proporsi suatu kasus tertentu terhadap populasi, bila tidak diketahui proporsinya, ditetapkan 50% (0,50).
- d : kesalahan (absolut) yang dapat ditolerir (10% = 0,1)

Maka, jumlah sampel yang dilakukan observasi sebanyak 74 orang.

4.4 Kriteria Sampel

1. Kriteria inklusi

1. Teknisi gigi yang bekerja di laboratorium yang telah ditentukan.
2. Teknisi gigi bersedia menjadi subyek penelitian.
3. Teknisi gigi bersedia mengisi *informed consent* dengan lengkap.
4. Teknisi gigi bersedia dilakukan wawancara dan observasi oleh peneliti.

2. Kriteria eksklusi

1. Teknisi gigi yang bekerja diluar laboratorium yang telah ditentukan.
2. Teknisi gigi dengan kesadarannya sendiri tidak bersedia menjadi subyek penelitian.
3. Teknisi gigi tidak bersedia mengisi *informed consent*.
4. Teknisi gigi tidak bersedia dilakukan wawancara dan observasi oleh

peneliti.

4.5 Variabel Penelitian

1. Pengetahuan teknisi gigi
2. Jenis kelamin teknisi gigi
3. Lama kerja teknisi gigi
4. Usia teknisi gigi
5. Akumulasi paparan yang diterima
6. Ketersediaan APD
7. Peraturan pemakaian APD
8. Pengawasan pemakaian APD
9. Perilaku pemakaian APD

4.6 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil ukur	Skala data
1.	Pengetahuan teknisi gigi	Jawaban subyek penelitian mengenai kemampuannya dalam hal mengetahui dan memahami fungsi dan manfaat pemakaian APD saat berkontak dengan bahan kimia ditempat kerja.	Pedoman Wawancara	1. skor lebih dari rata-rata 2. skor kurang dari sama dengan rata-rata	Ordinal
2.	Jenis kelamin teknisi gigi	<i>Gender</i> yang dibawa subyek penelitian sejak lahir.	Kartu Tanda Penduduk	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3.	Lama kerja teknisi gigi	Jawaban subyek penelitian tentang lama waktu yang telah dilalui sejak pertama	Pedoman Wawancara	Berapa tahun (..... tahun) 1. Baru (kurang dari 5 tahun)	Ordinal

		kali bekerja sebagai sumber daya laboratorium hingga waktu dilakukannya penelitian		2. Lama (lebih dari sama dengan 5 tahun)	
4.	Usia teknisi gigi	Jawaban subyek penelitian mengenai waktu sejak ia dilahirkan hingga waktu dilakukannya penelitian.	Kartu Tanda Penduduk	1. ≤ 30 tahun 2. > 30 tahun	Ordinal
5.	Akumulasi paparan yang diterima	Hasil perhitungan dari perkalian antara jumlah produk yang dihasilkan per hari, lama kerja dalam sehari, dan lama kerja sebagai teknisi gigi.	Pedoman wawancara	1. \leq rata-rata 2. $>$ rata-rata	Ordinal
6.	Ketersediaan APD	APD (masker, sarung tangan, kaca mata pelindung, jas lab) yang disediakan oleh pihak laboratorium gigi dan layak digunakan.	Lembar Observasi	1. Tidak ada 2. Ada, tidak lengkap 3. Ada, lengkap	Nominal
7.	Peraturan pemakaian APD	Jawaban subyek penelitian mengenai penegakan dan sosialisasi peraturan pemakaian APD oleh pimpinan laboratorium	Pedoman Wawancara	15. Ada 16. Tidak ada	Nominal
8.	Pengawasan pemakaian APD	Jawaban subyek penelitian mengenai teguran atau hukuman yang diberlakukan oleh pimpinan laboratorium apabila subyek penelitian tidak memakai APD seperti seharusnya.	Pedoman Wawancara	1. Ada 2. Tidak ada	Nominal
9.	Perilaku pemakaian	Jawaban yang dikemukakan oleh	Pedoman Wawancara	1. $>$ skor rata-rata	Ordinal

	APD	teknisi gigi mengenai tindakan pemakaian APD yang telah disediakan oleh laboratorium		2. \leq skor rata-rata	
--	-----	--	--	--------------------------	--

4.7 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian menggunakan pedoman wawancara yang digunakan peneliti dalam melakukan wawancara kepada subyek penelitian. Adapun kriteria penilaian tiap variabel tersebut sebagai berikut:

1. Pengetahuan teknisi gigi

Penilaian yang digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan teknisi gigi menggunakan skala Gutman. Pertanyaan yang akan diajukan kepada subyek penelitian dibagi menjadi dua yakni berhubungan dengan fungsi dan manfaat menggunakan APD di *dental laboratorium*. Jumlah pertanyaan sebanyak 12. Setiap jawaban yang dikemukakan oleh teknisi gigi dibagi menjadi dua kriteria yakni jawaban benar dan salah dengan masing-masing skor yang dijelaskan pada tabel berikut:

Jawaban	Skor
Benar	1
Salah	0

Kemudian, semua skor hasil subyek penelitian dijumlahkan dan dihitung rata-ratanya. Setelah itu, hasil data dibedakan antara kurang dari sama dengan rata-rata dan lebih dari rata-rata.

2. Jenis kelamin, lama kerja, dan usia teknisi gigi

Jenis kelamin, lama kerja, usia, dan jumlah produk yang dihasilkan oleh teknisi gigi dalam satu hari didapatkan dari proses wawancara langsung kepada subyek penelitian.

3. Akumulasi paparan yang diterima

Perhitungan tingkat akumulasi dihitung dengan cara mengkalikan jumlah produk yang dihasilkan per hari, lama kerja dalam sehari, dan lama kerja sebagai teknisi gigi. Kemudian, seluruh hasil perkalian akan dijumlahkan dan dihitung rata-ratanya. Data dibedakan menjadi kurang dari sama dengan rata-rata dan lebih dari rata-rata.

4. Ketersediaan APD

APD dikatakan tersedia apabila APD memang disediakan oleh pihak laboratorium, jumlah APD sesuai dengan jumlah teknisi gigi, serta layak untuk digunakan. Skor yang dapat diraih dalam item ini sebesar empat dengan rincian sebagai berikut:

APD	Skor	
	Tersedia	Tidak tersedia
Masker	1	0
Sarung tangan	1	0
Kaca mata pelindung	1	0
Jas lab	1	0

Hasil penelitian ketersediaan APD berupa ada dan lengkap, ada tetapi tidak lengkap, dan tidak ada. Kriteria masing-masing penelitian tersebut sebagai berikut:

1. Ada dan lengkap, jika skor yang didapatkan sebesar empat.
2. Ada tetapi tidak lengkap, jika skor yang didapatkan lebih dari sama dengan satu dan kurang dari empat.
3. Tidak ada, jika skor yang didapatkan adalah 0.

5. Peraturan pemakaian APD

Hasil penelitian untuk variabel penegakan dan sosialisasi peraturan pemakaian APD oleh pimpinan laboratorium berupa ada dan tidak ada, dengan kriteria masing-masing sebagai berikut:

Hasil	Peraturan	Sosialisasi peraturan
Ada	√	√
Tidak Ada	√	-
	-	√
	-	-

6. Pengawasan pemakaian APD

Pengawasan pemakaian APD diketahui melalui wawancara langsung oleh peneliti kepada subyek penelitian. Hasil penelitian untuk variabel tersebut berupa ada dan tidak ada.

7. Perilaku pemakaian APD

Perilaku pemakaian APD yang diobservasi adalah tindakan dan tata cara pemakaian masker, sarung tangan, kaca mata pelindung, jas lab, dan sepatu oleh teknisi gigi. Penilaian perilaku dengan sistem pembobotan yang secara berturut-turut sebesar 30%, 25%, 20%, 15%, dan 10%.

Frekuensi pemakaian APD dibagi menjadi tiga, yakni selalu, jarang, dan tidak pernah. Sedangkan, tata cara pemakaian APD dibagi menjadi benar, tidak selalu

benar, dan tidak benar. Kemudian, kriteria penilaian untuk masing-masing kemungkinan pola frekuensi dan cara pemakaian APD sebagai berikut:

Tabel 4.1 Skor frekuensi pemakaian APD

Frekuensi Pemakaian APD	Skor
Selalu	100
Jarang	50
Tidak pernah	0

Tabel 4.2 Skor tata cara pemakaian APD

Tata Cara Pemakaian APD	Skor
Benar	100
Tidak selalu benar	50
Salah	0

Setelah itu, hasil penelitian dikalikan sesuai dengan prosentase tiap APD dan dijumlahkan. Hasil akhir dari perilaku pemakaian APD berupa skor. Skor tersebut dibagi menjadi dua, yakni lebih dari rata-rata atau kurang dari sama dengan rata-rata.

4.8 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di laboratorium gigi Surabaya, antara lain :

1. Laboratorium teknisi gigi Abadi
Jalan Kedung Sroko VI/22.
2. Laboratorium teknisi gigi Wawan
Jalan Jojoran I/54.
3. Laboratorium teknisi gigi Alami
Jalan Kedung Tarukan Baru 4c/17.
4. Laboratorium teknisi gigi Kurnia
Jalan Medokan Baru I No. 15.

5. Laboratorium teknisi gigi Perdana
Jalan Manyar Rejo I No. 26.
6. Laboratorium teknisi gigi Mini
Jalan Gubeng Timur Blok SGO No. 44.
7. Laboratorium teknisi gigi Wardah
Jalan Gubeng Kertajaya 4c tengah no. 15.
8. Laboratorium teknisi gigi Radian
Jalan Wonokromo Tangkis no. 52.
9. Laboratorium teknisi gigi Sahabat
Jalan Mojo III F/34.
10. Laboratorium teknisi gigi Alya
Jalan Manyar Sambongan no. 44

Sedangkan waktu penelitian dilaksanakan sekitar bulan September - Oktober 2016.

4.9 Alat dan Bahan Penelitian

1. Alat tulis
2. Pedoman wawancara dan observasi

4.10 Prosedur Pengumpulan Data

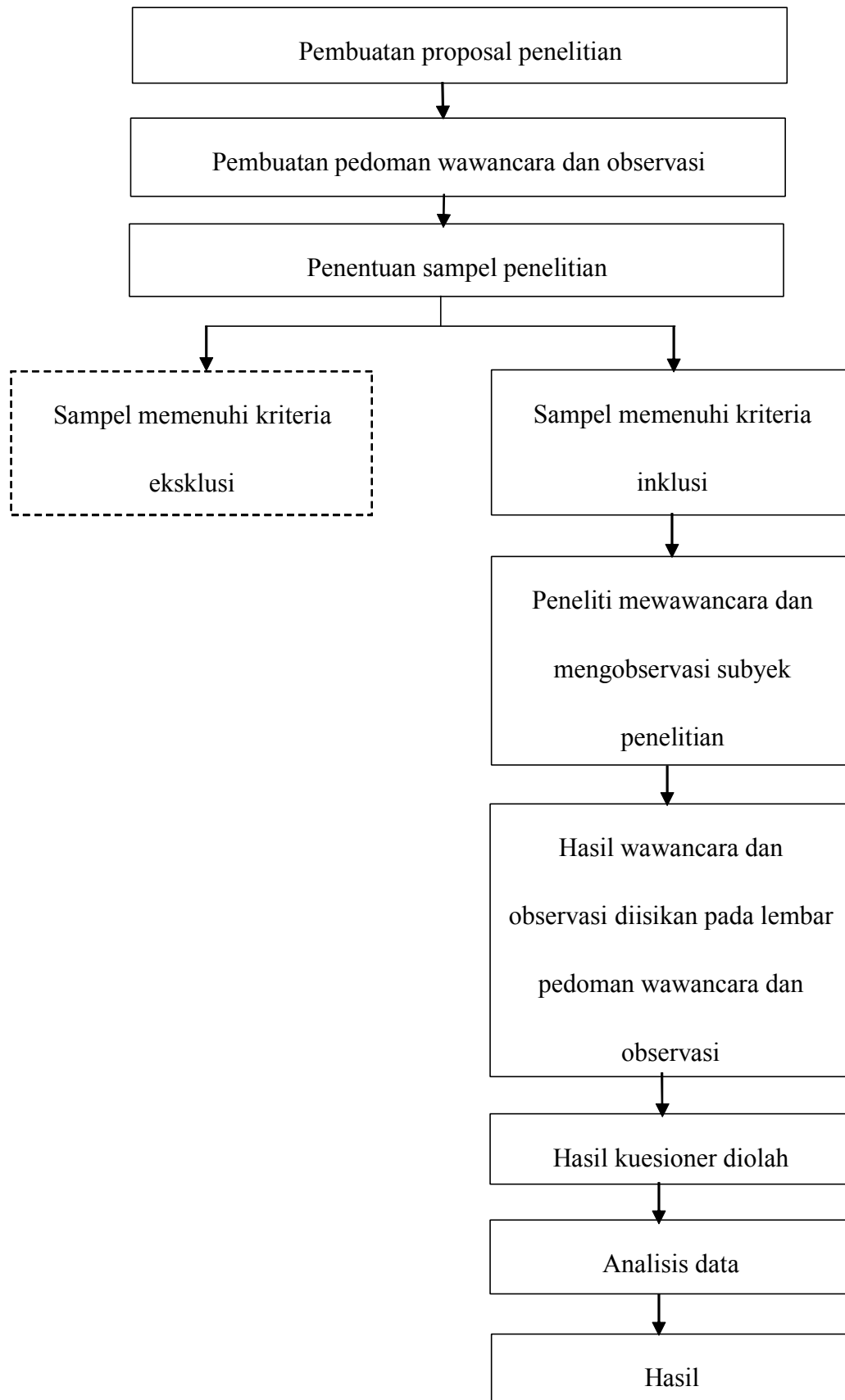
Subyek penelitian yang telah ditentukan diminta menandatangani persetujuan untuk menjadi sampel dalam penelitian pada *informed consent*. Kemudian, peneliti akan melakukan wawancara kepada subyek penelitian dengan daftar

pertanyaan sesuai pedoman wawancara. Peneliti akan mengisi pedoman wawancara sesuai dengan jawaban subyek penelitian untuk mengetahui gambaran dan faktor yang mempengaruhi perilaku pemakaian APD pada teknisi gigi. Selain wawancara, peneliti juga akan melakukan observasi untuk mengetahui ketersediaan APD di *dental laboratorium*.

4.11 Pengolahan dan Analisis Data

Setelah proses pengumpulan data selesai, data yang diperoleh akan dilakukan analisa menggunakan perhitungan yang sesuai. Dalam penelitian ini, terdapat sembilan item yang harus dijawab oleh subyek penelitian, meliputi pengetahuan, jenis kelamin, lama kerja, usia, akumulasi paparan yang diterima, ketersediaan APD, peraturan dan pengawasan pemakaian APD, serta perilaku pemakaian APD. Setelah interpretasi tiap variabel tersebut selesai, data kemudian dianalisa lebih lanjut menggunakan *software* SPSS dengan metode tabulasi silang (*crosstab*) untuk menggambarkan keterkaitan antar variabel pengetahuan, jenis kelamin, lama kerja, usia, ketersediaan APD, peraturan dan pengawasan pemakaian APD dengan perilaku pemakaian APD pada teknisi gigi.

4.12 Alur Penelitian



BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Data Penelitian

Data yang didapatkan peneliti menunjukkan bahwa terdapat 15 laboratorium gigi di Surabaya. Dari 15 laboratorium gigi tersebut, hanya 10 laboratorium yang bersedia untuk menjadi tempat penelitian. Penelitian ini dilaksanakan selama satu bulan, terhitung dari tanggal 6 September 2016 sampai 5 Oktober 2016 dengan total jumlah subyek penelitian sebanyak 74 orang.

Semua tahap wawancara pada penelitian dilakukan sendiri oleh peneliti, sedangkan untuk dokumentasi, peneliti dibantu oleh dua mahasiswa FKG UNAIR. Semua subyek penelitian tidak merasa keberatan dilakukan wawancara walaupun ada beberapa subyek yang meminta dilakukan wawancara saat jam istirahat berlangsung agar tidak mengganggu pekerjaan yang sedang dilakukan. Semua subyek penelitian telah menyatakan persetujuannya untuk dilakukan wawancara, observasi dan diambil gambarnya saat mereka sedang bekerja.

5.1.1 Karakteristik subyek penelitian Penelitian

Tabel 5.1. Distribusi frekuensi subyek penelitian berdasarkan jenis kelamin.

Jenis Kelamin	Jumlah	Persen (%)
Laki-laki	52	70,3
Perempuan	22	29,7
Jumlah	74	100,0

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi subyek penelitian berdasarkan jenis kelamin, 70,3% subyek penelitian berjenis kelamin laki-laki.

Tabel 5.2. Distribusi frekuensi subyek penelitian berdasarkan usia.

Usia	Jumlah	Persen (%)
≤ 30 tahun	53	71,6
> 30 tahun	21	28,4
Jumlah	74	100,0

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi subyek penelitian berdasarkan usia, 71,6% subyek penelitian masih berusia kurang dari sama dengan 30 tahun.

Tabel 5.3. Distribusi frekuensi subyek penelitian berdasarkan lama bekerja.

Usia	Jumlah	Persen (%)
Baru (< 5 tahun)	52	70,3
Lama (≥ 5 tahun)	22	29,7
Jumlah	74	100,0

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi subyek penelitian berdasarkan lama bekerja, 70,3% subyek penelitian bekerja kurang dari lima tahun.

5.1.2 Pengetahuan teknisi gigi

Tingkat pengetahuan subyek penelitian penelitian didapatkan dari jawaban pertanyaan mengenai fungsi dan manfaat pemakaian APD. Jumlah pertanyaan sebanyak 12 buah. Dari 12 buah pertanyaan tersebut, nilai maksimal yang didapatkan subyek penelitian adalah 12, dan nilai minimum yang didapatkan subyek penelitian sebesar 0. Rata-rata skor pengetahuan subyek penelitian sebesar 6.85, kemudian data dikelompokkan menjadi lebih dari rata-rata dan kurang dari sama dengan rata-rata.

Tabel 5.4. Distribusi frekuensi subyek penelitian berdasarkan pengetahuan

Pengetahuan	Jumlah	Persen (%)
> 6,85	38	51,4
≤ 6,85	36	48,6
Total	74	100

Berdasarkan tabel 5.2, dapat dilihat bahwa sebagian subyek penelitian yang memiliki pengetahuan lebih dari rata-rata sebanyak 38 orang (51,4%).

5.1.3 Akumulasi Paparan yang Diterima

Berdasarkan hasil penelitian, akumulasi paparan yang diterima oleh subyek penelitian paling banyak 2880, paling sedikit 24, dan rata-rata sebesar 473,8. Selanjutnya, dilakukan pengelompokan data berupa kurang dari sama dengan rata-rata dan lebih dari rata-rata.

Tabel 5.5. Distribusi subyek penelitian berdasarkan akumulasi paparan yang diterima

Akumulasi Paparan yang Diterima	Jumlah	Persen (%)
≤ 473,8	49	66,2
> 473,8	25	33,8
Total	74	100

Dari tabel diatas, dapat dilihat bahwa 66,2% subyek penelitian menerima paparan bahan kimia kurang dari sama dengan rata-rata.

5.1.4 Ketersediaan APD

Ketersediaan APD yang diobservasi meliputi masker, sarung tangan, kaca mata pelindung, jas lab, dan sepatu. APD dikatakan ada apabila jumlahnya sesuai dengan jumlah teknisi gigi dilaboratorium tersebut dan keadaan APD memadai.

Tabel 5.6. Distribusi frekuensi subyek penelitian berdasarkan ketersediaan APD

Ketersediaan APD	Jumlah	Persen (%)
Ada dan lengkap	17	23,0
Ada dan tidak lengkap	57	77,0
Total	74	100

Berdasarkan tabel diatas, 77% subyek penelitian bekerja di laboratorium gigi yang menyediakan APD namun tidak lengkap.

5.1.5 Peraturan pemakaian APD

Tabel 5.7 Distribusi frekuensi subyek penelitian berdasarkan peraturan pemakaian APD

Peraturan	Jumlah	Persen (%)
Ada	32	43,2
Tidak ada	42	56,8
Total	74	100

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat bahwa prosentase subyek penelitian yang tidak memiliki peraturan pemakaian APD sebesar 56,8%.

5.1.6 Pengawasan pemakaian APD

Tabel 5.8. Distribusi subyek penelitian berdasarkan pengawasan pemakaian APD

Pengawasan	Jumlah	Persen (%)
Ada	10	13,5
Tidak ada	64	86,5
Total	74	100

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat bahwa 86,5% subyek penelitian tidak diawasi dalam hal pemakaian APD.

5.1.7 Perilaku pemakaian APD

Perilaku pemakaian APD dihitung dengan menggunakan metode pembobotan dengan prosentase pembobotan masker, sarung tangan, kaca mata pelindung, jas lab, dan sepatu berturut-turut adalah 30%, 25%, 20%, 15%, dan 10%. Berdasarkan hasil penelitian, nilai skor paling tinggi yang didapat oleh subyek penelitian adalah 157.5 dan nilai skor paling rendah yang didapat oleh subyek penelitian adalah 0. Perhitungan rata-rata skor perilaku pemakaian APD sebesar 74.8. Selanjutnya, dilakukan pengelompokan data hasil perilaku pemakaian APD berupa skor lebih dari rata-rata atau kurang dari sama dengan rata-rata.

Tabel 5.9. Distribusi subyek penelitian berdasarkan perilaku pemakaian APD

Skor Perilaku	Jumlah	Persen (%)
> 74.8	38	51.4
≤ 74.8	36	48,6
Total	74	100

Dari tabel diatas, dapat dilihat bahwa 51,4% subyek penelitian mendapatkan skor perilaku pemakaian APD diatas rata-rata.

5.2 Tabulasi Silang Perilaku Pemakaian APD Berdasarkan Faktor Resiko

5.2.1 Distribusi perilaku pemakaian APD berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5.10. Distribusi frekuensi subyek penelitian antara jenis kelamin dan skor perilaku pemakaian APD

		Skor perilaku APD		Total
		$> \bar{x}$	$\leq \bar{x}$	
Jenis kelamin	Laki-laki	26 (50.0%)	26 (50.0%)	52 (100%)
	Perempuan	12 (54.5%)	10 (45.5%)	22 (100%)
Total		38 (51.4%)	36 (48.6%)	74 (100%)

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat bahwa 54,5% subyek penelitian mendapatkan skor pemakaian APD diatas rata-rata.

5.2.2 Distribusi perilaku pemakaian APD berdasarkan lama kerja

Tabel 5.11. Distribusi frekuensi subyek penelitian antara lama kerja dan skor perilaku pemakaian APD

		Skor perilaku APD		Total
		$> \bar{x}$	$\leq \bar{x}$	
Lama kerja	Baru (< 5 tahun)	27 (51.9%)	25 (48.1%)	52 (100%)
	Lama (≥ 5 tahun)	11 (50.0%)	11 (50.0%)	22 (100%)
Total		38 (51.4%)	36 (48.6%)	74 (100%)

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat bahwa tidak ada perbedaan prosentase subyek penelitian yang bekerja lebih dari sama dengan 5 tahun dan mendapatkan skor perilaku pemakaian APD lebih dari rata-rata serta kurang dari sama dengan rata-rata.

5.2.3 Distribusi perilaku pemakaian APD berdasarkan usia

Tabel 5.12. Distribusi frekuensi subyek penelitian antara usia dan skor perilaku pemakaian APD

		Skor perilaku APD		Total
		$\bar{x} >$	$\bar{x} \leq$	
Usia	≤ 30 tahun	31 (58.5%)	22 (41.5%)	53 (100%)
	> 30 tahun	7 (33.3%)	14 (66.7%)	21 (100%)
Total	Count	38 (51.4%)	36 (48.6%)	74 (100%)

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat bahwa 66,7% subyek penelitian yang berusia lebih dari 30 tahun mendapatkan skor perilaku pemakaian APD kurang dari sama dengan rata-rata.

5.2.4 Distribusi perilaku pemakaian APD berdasarkan pengetahuan

Tabel 5.13. Distribusi frekuensi subyek penelitian antara pengetahuan dan skor perilaku pemakaian APD

		Skor perilaku APD		Total
		$\bar{x} >$	$\bar{x} \leq$	
Pengetahuan	$> \bar{x}$	23 (60.5%)	15 (39.5%)	38 (100%)
	$\leq \bar{x}$	15 (41.7%)	21 (58.3%)	36 (100%)
Total		38 (51.4%)	36 (48.6%)	74 (100%)

Berdasarkan tabel 5.11, dapat dilihat bahwa 60,5% subyek penelitian yang memiliki pengetahuan lebih dari rata-rata mendapatkan skor perilaku pemakaian APD diatas rata-rata.

5.2.5 Distribusi perilaku pemakaian APD berdasarkan akumulasi paparan yang diterima

Tabel 5.14. Distribusi frekuensi subyek penelitian antara akumulasi paparan dan skor perilaku pemakaian APD

		Skor perilaku APD		Total
		$> \bar{x}$	$\leq \bar{x}$	
Akumulasi paparan	$> \bar{x}$	8 (32.0%)	17 (58.0%)	25 (100%)
	$\leq \bar{x}$	30 (61.2%)	19 (38.8%)	49 (100%)
Total		38 (51.4%)	36 (48.6%)	74 (100%)

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat bahwa 61.2% subyek penelitian dengan akumulasi paparan kurang dari sama dengan rata-rata mendapatkan skor pemakaian APD diatas rata-rata.

5.2.6 Distribusi perilaku pemakaian APD berdasarkan ketersediaan APD

Tabel 5.15. Distribusi frekuensi subyek penelitian antara ketersediaan APD dan skor perilaku pemakaian APD

		Skor perilaku APD		Total
		$> \bar{x}$	$\leq \bar{x}$	
Ketersediaan APD	Ada, lengkap	12 (70.6%)	5 (29.4%)	17 (100%)
	Ada, tidak lengkap	26 (45.6%)	31 (54.4%)	57 (100%)
Total		38 (51.4%)	36 (48.6%)	74 (100%)

Berdasarkan tabel 5.12, dapat dilihat bahwa 70,6% subyek penelitian dengan ketersediaan APD lengkap mendapatkan skor perilaku pemakaian APD diatas rata-rata.

5.2.7 Distribusi perilaku pemakaian APD berdasarkan peraturan pemakaian APD

Tabel 5.16. Distribusi frekuensi subyek penelitian antara peraturan pemakaian APD dan skor perilaku pemakaian APD

		Skor perilaku APD		Total
		$> \bar{x}$	$\leq \bar{x}$	
Peraturan pemakaian APD	Ada	21 (65.6%)	11 (34.4%)	32 (100%)
	Tidak ada	17 (40.5%)	25 (59.5%)	42 (100%)
Total		38 (51.4%)	36 (48.6%)	74 (100%)

Dari tabel diatas, dapat dilihat bahwa 65.6% subyek penelitian yang ditempat kerjanya berlaku peraturan pemakaian APD mendapat skor perilaku pemakaian APD lebih dari rata-rata.

5.2.8 Distribusi perilaku pemakaian APD berdasarkan pengawasan pemakaian APD

Tabel 5.17. Distribusi frekuensi subyek penelitian antara pengawasan pemakaian APD dan skor perilaku pemakaian APD

		Skor perilaku APD		Total
		$> \bar{x}$	$\leq \bar{x}$	
Pengawasan pemakaian APD	Ada	7 (70.0%)	3 (30.0%)	10 (100%)
	Tidak ada	31 (48.4%)	33 (51.6%)	64 (100%)
Total		38 (51.4%)	36 (48.6%)	74 (100%)

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa 70% subyek penelitian dengan tempat kerja memiliki pengawasan pemakaian APD mendapatkan skor perilaku pemakaian APD diatas rata-rata (70.0%).

5.2.9 Distribusi pengetahuan berdasarkan pengawasan pemakaian APD

Tabel 5.18. Distribusi frekuensi subyek penelitian antara pengetahuan dan pengawasan pemakaian APD

		Skor Pengetahuan		Total
		$> \bar{x}$	$\leq \bar{x}$	
Pengawasan pemakaian APD	Ada	2 (20%)	8 (80%)	10 (100%)
	Tidak ada	36 (56.3%)	28 (43.8%)	64 (100%)
Total		38 (51.4%)	36 (48.6%)	74 (100%)

Berdasarkan tabel 5.15, tampak 80% subyek penelitian yang memiliki tempat kerja dengan pengawasan pemakaian APD mendapatkan skor pengetahuan kurang dari rata-rata.

BAB 6

PEMBAHASAN

Pemakaian APD yang memadai dan efisien pada teknisi gigi harus dipertimbangkan untuk mencegah penyakit akibat paparan di lingkungan kerja. Mengingat teknisi gigi bekerja dengan berbagai bahan kimia dalam menggantikan struktur gigi yang hilang atau rusak. Bahan kimia dapat menimbulkan gangguan kerja dan dapat mempengaruhi berfungsinya berbagai jaringan tubuh yang akhirnya menurunkan daya kerja. Bahan kimia tersebut dapat berupa gas, uap, asap, dan debu. Jika teknisi gigi tidak menggunakan perlindungan yang tepat, bagian dari logam, debu keramik, akrilik dan kotoran lainnya, yang ada di udara laboratorium gigi selama pembuatan protesa dapat masuk ke dalam tubuh dan mengganggu kesehatan mereka (Puškar et al, 2011).

Berdasarkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, standar alat keselamatan kerja teknisi gigi di laboratorium diantaranya masker, sarung tangan, kaca mata pelindung, jas lab, dan sepatu. Dari hasil wawancara yang telah dilakukan pada teknisi gigi di Surabaya, hasilnya 51,4% teknisi gigi mendapatkan skor perilaku pemakaian APD di atas rata-rata.

Green (1980) menganalisis perilaku manusia dibentuk atau ditentukan oleh tiga faktor, yakni faktor predisposisi (*predisposing factors*) yaitu faktor yang ada pada diri individu, antara lain pengetahuan, sikap, lama kerja, dan lainnya, faktor pendukung (*enabling factors*) yaitu faktor yang memudahkan atau memungkinkan

individu untuk merubah perilakunya, seperti ketersediaan APD, dan faktor penguat (*reinforcing factors*) yaitu faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku, seperti peraturan dan pengawasan pemakaian APD (Noorkasiani et al, 2009).

Dalam penelitian ini, faktor predisposisi yang dilakukan penelitian adalah pengetahuan dan lama kerja. Pengetahuan yang diamati dalam penelitian ini meliputi fungsi dan manfaat pemakaian APD. Berdasarkan hasil wawancara tersebut, sebanyak 51,4% teknisi gigi mendapatkan skor pengetahuan diatas rata-rata. Kemudian, berdasarkan hasil tabulasi silang, 60,5% teknisi gigi yang mendapatkan skor pengetahuan diatas rata-rata memiliki skor perilaku pemakaian APD juga diatas rata-rata. Hasil tersebut sejalan dengan hasil penelitian Nugroho (2015) dimana pekerja yang memiliki pengetahuan yang baik cenderung melakukan tindakan pemakaian APD.

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*). Berdasarkan hasil penelitian, perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng (*long lasting*) daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2003). Hasil penelitian pada pekerja disebuah perusahaan, peningkatan pengetahuan dan wawasan akan menyadarkan tentang pentingnya penggunaan APD, sehingga efektif dan benar dalam penggunaannya. Pekerja dengan pengetahuan baik cenderung mempertimbangkan tindakan atau kepatuhannya terhadap peraturan karena

mengetahui atau memahami dan dapat menilai seberapa besar resiko yang dapat terjadi apabila pekerja tersebut tidak menggunakan APD pada saat melakukan pekerjaan. Sebaliknya, pekerja yang pengetahuannya rendah akan cenderung meremehkan kondisi dan risiko atau bahaya yang ada, sehingga cenderung tidak patuh dalam menggunakan APD (Budiono, 2003).

Pengetahuan memang merupakan salah satu faktor yang berperan dalam terbentuknya perilaku. Namun, berdasarkan hasil penelitian, dari 38 subyek yang memiliki pengetahuan lebih dari rata-rata, masih ada 15 subyek yang memiliki skor perilaku kurang dari sama dengan rata-rata. Hal tersebut dimungkinkan karena tidak adanya ketersediaan APD yang lengkap di laboratorium dan tidak adanya pengawasan oleh pimpinan dalam hal pemakaian APD.

Selain pengetahuan, faktor predisposisi yang menjadi variabel penelitian adalah lama kerja. Berdasarkan tabel 5.10, tampak tidak ada perbedaan prosentase teknisi gigi yang bekerja lebih dari sama dengan 5 tahun dan mendapatkan skor perilaku pemakaian APD lebih dari rata-rata serta kurang dari sama dengan rata-rata. Hal tersebut dapat dikarenakan semakin lama teknisi bekerja maka hanya berdampak terhadap pengalamannya dalam membuat produk yang dikerjakan bukan dengan kebiasaan selalu menggunakan APD dengan lengkap dan kondisi baik pada waktu bekerja. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan semakin lama kerja seseorang, maka semakin besar kecakatan dan ketepatan serta hasil kerja yang baik dalam setiap melakukan tindakan dalam

pekerjaannya bukan berkenaan dengan kebiasaan menggunakan APD (Mulyanti, 2008).

Karakteristik responden dapat mempengaruhi perilaku pemakaian APD. Dalam penelitian ini, karakteristik responden yang menjadi faktor terkait meliputi jenis kelamin, dan usia.

Berdasarkan tabel 5.9, tampak bahwa 54.5% subyek penelitian perempuan mendapatkan skor perilaku pemakaian APD diatas rata-rata. Hal tersebut menunjukkan bahwa subyek penelitian perempuan yang mendapatkan skor perilaku pemakaian APD diatas rata-rata lebih banyak dibanding yang mendapatkan skor perilaku pemakaian APD kurang dari sama dengan rata-rata. Kondisi tersebut selaras dengan hasil penelitian pada pekerja di Osun, Nigeria, dimana praktik pengendalian kontrol infeksi antara pria dan wanita menunjukkan bahwa wanita lebih patuh terhadap praktik pengendalian kontrol infeksi (Peters *et al*, 2012). Begitu juga dengan hasil penelitian MacCarthy *et al* (1996) yang melakukan penelitian penggunaan APD pada pekerja di Kanada, melaporkan bahwa wanita lebih patuh terhadap praktik penggunaan APD dibanding pria dimungkinkan karena wanita memiliki karakteristik untuk menjaga kondisi tubuhnya terutama bagian wajah.

Menurut Panji (2011), wanita berperilaku atas dasar perasaan sehingga wanita bersikap lebih waspada terhadap paparan penyakit pada lingkungan di tempat ia bekerja sehingga menjadikan wanita lebih memperhatikan dan peduli pada

kesehatan mereka dengan mematuhi peraturan yang ada. Sedangkan, pria pada umumnya lebih banyak melakukan pekerjaan atas dasar pertimbangan rasional, sehingga kepekaan sikap waspada berkurang dan cenderung mengindahkan peraturan.

Berdasarkan tabel 5.11, dapat dilihat bahwa 66,7% teknisi gigi yang berusia lebih dari 30 tahun memiliki skor perilaku pemakaian APD kurang dari sama dengan rata-rata. Hal tersebut selaras dengan hasil penelitian Paskarini & Harla (2014) dimana semakin tua usia petugas laboratorium maka akan semakin buruk perilaku penggunaan APDnya. Hal tersebut dapat dikarenakan petugas laboratorium yang masih muda umumnya merupakan pekerja baru dengan masa kerja rendah. Petugas laboratorium baru umumnya masih menunjukkan perilaku yang baik dengan harapan apabila perilaku dan kinerjanya baik, maka pihak manajemen Rumah Sakit akan memperpanjang kontrak kerjanya. Adapun kecenderungan perilaku penggunaan APD buruk pada petugas laboratorium dengan usia lebih tua, kemungkinan disebabkan karena adanya perasaan “aman” karena dalam kurun waktu tertentu pihak manajemen rumah sakit selalu menggunakan jasanya sebagai petugas laboratorium rumah sakit tersebut (Paskarini & Harla, 2014).

Berdasarkan tabel 5.14, dapat dilihat bahwa 61.2% subyek penelitian dengan akumulasi paparan kurang dari sama dengan rata-rata mendapatkan skor pemakaian APD diatas rata-rata. Kemudian, berdasarkan hasil analisa pada *master*

tabel, tampak bahwa subyek penelitian dengan akumulasi paparan kurang dari sama dengan rata-rata merupakan subyek penelitian yang menghasilkan produk kurang dari sama dengan rata-rata dan memiliki masa kerja yang masih tergolong baru, yakni kurang dari 5 tahun. Para pekerja yang masa kerjanya masih tergolong baru memiliki karakteristik untuk patuh terhadap peraturan yang ada, termasuk peraturan pemakaian APD, dengan harapan pimpinan ditempat kerjanya akan memperpanjang kontrak kerjanya (Paskarini & Harla, 2014).

Dalam penelitian ini, faktor pendukung yang diobservasi adalah ketersediaan APD. Berdasarkan hasil penelitian di laboratorium gigi Surabaya, dapat diketahui bahwa dari 74 subyek penelitian, hanya 17 orang (23%) yang mengatakan bahwa laboratorium gigi tempat ia bekerja menyediakan APD secara lengkap. Kemudian, berdasarkan hasil tabulasi silang, 70,6% subyek penelitian yang tempat kerjanya menyediakan APD secara lengkap mendapatkan skor perilaku pemakaian APD lebih dari rata-rata. Hasil tersebut selaras dengan hasil penelitian Sitorus (2011) dimana ketersediaan APD lengkap untuk selalu menggunakan APD sebesar 69,2%.

Ketersediaan fasilitas dimana dalam hal ini adalah ketersediaan APD merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terbentuknya kepatuhan dan termasuk faktor pendukung dalam pembentukan perilaku (Notoatmodjo, 2010). Ketika laboratorium gigi tidak menyediakan APD secara lengkap, tidak mencukupi kebutuhan, atau kondisi APD tidak layak, kemungkinan yang terjadi

adalah para teknisi gigi tidak menggunakan APD sesuai ketentuan yang seharusnya (Nugroho, 2015). Dilain sisi, berdasarkan hasil penelitian, walaupun ketersediaan APD sudah lengkap, namun nyatanya masih ada subyek yang mendapatkan skor perilaku kurang dari sama dengan rata-rata. Hal tersebut dapat dikarenakan pengetahuan subyek yang kurang dan tidak adanya pengawasan oleh pimpinan.

Dalam penelitian ini, faktor penguat yang dilakukan penelitian adalah peraturan dan pengawasan pemakaian APD. Peraturan pemakaian APD dinilai berdasarkan hasil wawancara kepada teknisi gigi yang menjadi subyek penelitian tentang ada atau tidaknya peraturan tertulis serta sosialisasi peraturan pemakaian APD di laboratorium gigi Surabaya. Hasil penelitian menunjukkan 56,8% subyek penelitian mengatakan laboratorium gigi tempatnya bekerja tidak menerapkan peraturan pemakaian APD. Kemudian, hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa 65,6% subyek penelitian yang ditempat kerjanya berlaku peraturan pemakaian APD mendapat skor perilaku pemakaian APD lebih dari rata-rata. Hal tersebut selaras dengan hasil penelitian Nugroho (2015) yang menyatakan bahwa 54,8% subyek penelitian yang ditempat kerjanya berlaku peraturan APD memiliki kepatuhan terhadap pemakaian APD.

Peraturan pemakaian APD dapat menjadi suatu dorongan bagi para teknisi gigi untuk menerapkan pemakaian APD secara benar. Peraturan pemakaian APD yang mewajibkan pekerja untuk menggunakan APD secara tepat dapat

behubungan dengan sikap pekerja terhadap kewajiban penggunaan APD. Secara tidak langsung, peraturan tersebut tetap harus dipatuhi pekerja. Ditambah lagi jika peraturan tersebut memberikan sanksi yang sangat tegas, maka hal tersebut akan memberikan efek jera kepada pelanggar sehingga peraturan tersebut memaksa orang atau anggota didalamnya untuk mematuhi dan mendukung (Nugroho, 2015).

Adanya peraturan tidak serta merta dapat membentuk perilaku seseorang. Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan dari 32 subyek yang terdapat peraturan pemakaian APD ditempat kerjanya, masih ada 11 subyek yang mendapatkan skor perilaku kurang dari sama dengan rata-rata. Hal tersebut dapat dikarenakan tidak adanya pengawasan oleh pimpinan dalam hal pemakaian APD sehingga peraturan yang ditetapkan tidak dipatuhi.

Faktor penguat lain dalam terbentuknya perilaku pemakaian APD adalah pengawasan oleh pimpinan laboratorium. Berdasarkan hasil penelitian, dari 74 orang subyek penelitian, hanya 10 orang (13.5%) yang menyatakan bahwa laboratorium gigi tempat mereka bekerja melakukan pengawasan dalam hal pemakaian APD. Bentuk pengawasan tersebut berupa pimpinan laboratorium datang secara tiba-tiba dan berkala, kemudian menegur para teknisi gigi yang tidak memakai APD seperti seharusnya. Kemudian, berdasarkan hasil tabulasi silang, 70% subyek penelitian yang dilakukan pengawasan mendapatkan skor perilaku pemakaian APD lebih dari rata-rata. Hal tersebut selaras dengan hasil

penelitian Noviandry (2013) yang menyatakan bahwa 76,5% subyek penelitian yang dilakukan pengawasan memiliki kepatuhan dalam pemakaian APD.

Pengawasan dapat memberikan motivasi bagi pekerja untuk meningkatkan kepatuhan dalam menggunakan APD secara konsisten. Fungsi pengawasan yang baik akan mendukung terhadap kesadaran diri pekerja mengenai pentingnya menjaga keselamatan diri selama bekerja dan juga memberikan rasa aman dan nyaman secara psikologis tanpa adanya perasaan terpaksa maupun takut terhadap *supervisor* yang menegur apabila melakukan kelalaian dalam penggunaan APD sehingga akan menjadi kebiasaan yang positif bagi pekerja dan mampu menurunkan angka kejadian kecelakaan kerja pada pekerja di tempat kerjanya. Pengawasan yang dilakukan secara intensif dan konsisten terhadap pegawai yang mengharuskan APD saat bekerja menjadi salah satu faktor yang harus dipenuhi oleh setiap institusi pekerjaan (Wibowo, 2010)

Pengawasan oleh pimpinan laboratorium dapat menjadi suatu faktor penguat dalam terbentuknya perilaku. Tampak pada hasil tabel 5.16 yang menyatakan bahwa walaupun pengetahuan subyek kurang dari sama dengan rata-rata, namun karena adanya pengawasan oleh pimpinan laboratorium, maka hal tersebut menyebabkan subyek mendapatkan skor perilaku diatas rata-rata.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang perilaku pemakaian alat pelindung diri pada teknisi gigi terhadap paparan bahan kimia di laboratorium gigi Surabaya, maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Rata-rata skor perilaku pemakaian APD adalah 74,8 dan masuk dalam kategori buruk, dengan skor minimal sebesar 0, skor maksimal sebesar 157,5, dan simpangan baku sebesar 32.3.
2. Prosentase subyek penelitian yang mendapatkan skor perilaku pemakaian APD lebih dari rata-rata sebesar 51,4%.
3. Jika perilaku pemakaian APD diuraikan berdasarkan tingkat pengetahuan, 60,5% subyek penelitian mendapatkan skor pengetahuan dan perilaku pemakaian APD lebih dari rata-rata.
4. Jika perilaku pemakaian APD diuraikan berdasarkan jenis kelamin, 54,5% subyek penelitian perempuan mendapatkan skor perilaku pemakaian APD lebih dari rata-rata.
5. Jika perilaku pemakaian APD diuraikan berdasarkan lama kerja, tidak ada perbedaan prosentase skor perilaku pemakaian APD pada subyek penelitian yang telah bekerja lebih dari sama dengan 5 tahun.
6. Jika perilaku pemakaian APD diuraikan berdasarkan usia, 66,7% subyek

penelitian yang berusia lebih dari 30 tahun mendapatkan skor perilaku pemakaian APD kurang dari sama dengan rata-rata.

7. Jika perilaku pemakaian APD diuraikan berdasarkan akumulasi paparan yang diterima, 61.2% subyek penelitian dengan akumulasi paparan bahan kimia kurang dari sama dengan rata-rata mendapatkan skor pemakaian APD diatas rata-rata.
8. Jika perilaku pemakaian APD diuraikan berdasarkan ketersediaan APD, 70,6% subyek penelitian yang ketersediaan APD lengkap mendapatkan skor perilaku pemakaian APD lebih dari rata-rata.
9. Jika perilaku pemakaian APD diuraikan berdasarkan peraturan pemakaian APD, 65,6% subyek penelitian memiliki peraturan pemakaian APD mendapatkan skor perilaku lebih dari rata-rata.
10. Jika perilaku pemakaian APD diuraikan berdasarkan pengawasan pemakaian APD, 70% subyek penelitian memiliki pengawasan pemakaian APD mendapatkan skor perilaku lebih dari rata-rata.

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka saran yang dapat diberikan antara lain:

1. Bagi pihak laboratorium
 - a. Pihak laboratorium gigi perlu melakukan perbaikan dalam sistem penyediaan APD.

- b. Perlu adanya peraturan tertulis di seluruh laboratorium gigi tentang pemakaian APD saat bekerja.
 - c. Memberikan pengawasan yang baik pada para teknisi gigi terutama dalam hal pemakaian APD.
2. Bagi teknisi gigi
- a. Mematuhi semua peraturan yang telah ditetapkan oleh pihak laboratorium.
 - b. Merawat dan memanfaatkan APD yang telah disediakan.
 - c. Meningkatkan pengetahuan mengenai pentingnya pemakaian APD, baik melalui pelatihan, seminar, ataupun melalui media, seperti internet, buku, dan majalah.
3. Bagi penelitian selanjutnya
- a. Perlu adanya penelitian lanjutan mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan pemakaian APD di laboratorium gigi Surabaya.
 - b. Perlu adanya penelitian lanjutan mengenai faktor-faktor terkait yang lebih rinci dan lebih luas cakupannya.
 - c. Perlu adanya penelitian lanjutan mengenai keluhan kesehatan sebagai dampak dari perilaku pemakaian APD yang tidak sesuai prosedur.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Dwairi, ZN. 2007. *Infection Control Procedures in Commercial Dental Laboratories in Jordan*. Journal of Dental Education. 71(9). pp. 1223-1227.
- Al-Hourani, Z. Al-Sarhani, M. Al-Khatib, A. 2013. *Chromium and Cobalt Levels Among Dental Technicians in The Northern Jordan*. European Scientific Journal. 9(21). p. 130.
- American Dental Association*. 1998. *Careers in the Dental Profession Word of Mouth Dental Laboratory Technology*. Virginia: Laboratory Section ADTA. p. 4.
- Anusavice. 2013. *Phillips' Science of Dental Materials*. 12th Ed. Missouri: Elsevier. p. 8.
- Ariastuti, NP. Pangestika, NP. 2015. *Perilaku Penggunaan Alat Pelindung Diri Terkait Keselamatan dan Kesehatan Kerja pada Pengrajin Patung Kayu di Wilayah Kerja Puskesmas Ubud I Gianyar Bali*. Bali: Universitas Udayana. Hal. 1-10.
- Arvianti, K. 2009. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Gaya Hidup Sehat*. Jakarta: Universitas Indonesia. Hal. 2.
- Atmanto, IS. 2011. *Behavioral Determinants Workers in the Use of PPE Based on Hazard Assessment in Foundry Company Ceper Klaten*. Semarang: Fakultas Teknik UNDIP. Hal. 24-29.
- Basri, KS. Erniatin, S. 2015. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Kesehatan Kerja dengan Penyakit Akibat Kerja Pada Pekerja Batu Bata*. Jurnal Kesehatan Masyarakat. 1(2). Hal. 1-6.
- Brun, P. Kunz, A. Funke, M. 2013. *Buried Under Gypsum Powder - A Rare Respiratory Complication*. Respiratory Medicine Case Reports. pp. 36-39.
- Budhiarti. 2011. *Hubungan Antara Kondisi Sosial Ekonomi, Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan Tentang Pengelolaan Lingkungan Dengan Perilaku Hidup Sehat Masyarakat Di Kota Surakarta*. Jurnal Ekosains. 3(2). Hal. 52-59.
- Costa, M. 2002. *Molecular mechanism of nickel carcinogenesis*. Biol Chem. 383(6). pp. 69-75.
- Dahl, OE. Garvik, LJ. Lyberg, T. 1994. *Toxic effects of methylmethacrylate monomer on leukocytes and endothelial cells in vitro*. Acta orthop Scand. 65(2). p. 147.
- Dahlgren, J. Wardenburg, M. Peckham, T. 2010. *Goodpasture's Syndrome and Silica: A Case Report and Literature Review*. USA: Hindawi Publishing Corporation. p. 1.

De Smet K. De Hann R. Calistry A, et al. 2008. *Metal Ion Measurement as a Diagnostic Tool to Identify Problem in Metal-on-metal Hip Resurfacing*. J Bone Joint Surg Am: pp. 202-208.

Dogan, OD. Ozdemir, AK. Polat, NT. Dal, U. Gumus, C. Akkurt, I. 2010. *Prevalence of Respiratory Abnormalities and Penumoconiosis in Dental Laboratory Technicians*. Tuberk Toraks. 58(2). p. 135.

Ferracane, JL. 2001. *Materials in Principles and Applications Dentistry*. 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Green, WL. 1980. *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. California: Mayfield Publishing Company.

Hariyani, N. Berniyanti, T. Setyowati, D. 2015. *Effects of Occupational Environmental Controls on the Level of Co, Ni and Cr among Dental Technicians*. International Journal of Environmental Science and Development. 6(9). pp. 643-644.

Health Council of the Netherlands. 2011. *Methyl Methacrylate, Health-based recommended occupational exposure limit*. Netherlands: Health Council of the Netherlands. p. 92.

Hidayat, AAA. 2007. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.

International Labor Organization. 2013. *Keselamatan dan Kesehatan Kerja: Sarana untuk Produktivitas, Pedoman Pelatihan untuk Manajer dan Pekerja*. Ed. 5. Jakarta: ILO. Hal. 14.

Ireland, AJ. Wilson, AA. Blythe, L. Johnston, NJ. Price, R. Sandy, JR. 2011. *Particulate production during orthodontic production laboratory procedures*. Journal of Exposure Science and Environmental Epidemiology. Vol. 21. pp. 536-540.

Kasprzak, KS. Sunderman, JFW. Salnikow, K. 2003. *Nickel Carcinogenesis*. Mutat Res. 533: 67-97.

Keagen, GM. 2008. *A systematic comparison of the actual, potential, and theoretical health effects of cobalt and chromium exposures from industry and surgical implants*. Crit Rev Toxicol. 38(8). pp. 645-674.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Data dan Informasi Tahun 2014 (Profil Kesehatan Indonesia)*. Jakarta: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kemenkes RI. Hal. 47.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2010. *Standar Laboratorium Teknik*

Gigi Pendidikan Tenaga Kesehatan. Jakarta: Badan PPSDM Kesehatan Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan. Hal. 16.

Kepmenkes. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor : 372/MENKES/SK/III/2007*. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Hal. 3.

Khalil, E. 2015. A Technical Overview on Protective Clothing against Chemical Hazards. *AASCIT Journal of Chemistry*. 2(3). pp. 67-76.

Kundie, FAM. Mohamed, SH. Issaid, MA. Omran, A. 2010. *Evaluation of dental technicians awareness of health and safety rule in dental laboratories at some cities in libya*. *International Journal of Engineering*. 7(2). P. 126.

Lapau, B. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan: Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis, dan Disertasi*. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia. Hal. 130.

Lukluk, ZA. Bandiyah, S. 2008. *Psikologi Kesehatan*. Jogjakarta: Mitra Cendika Pres.

Luippold, RS. Mundt, KA. Wijngaarden, EV. 2004. *Evaluation of the Exposure-Response Relationship of Lung Cancer Mortality and Occupational Exposure to Hexavalent Chromium Based on Published Epidemiological Data*. *Nonlinearity Biol Toxicol Med*. 2(1). pp. 27-34.

Lyons. 1990. *Badan Internasional untuk Penelitian Kanker (IARC) (1990) Kromium, Nikel, dan Welding*. Vol. 49. hal. 9-12.

McCabe, JF. Walls, A. 2008. *Applied Dental Materials*. 9th Ed. Singapore: Blackwell Publishing. pp. 101-123.

McCarthy, GM. MacDonald, JK. 1996. *Gender differences in characteristics, infection control practices, knowledge and attitudes related to HIV among Ontario dentists*. *Community Dent Oral Epidemiol*. 24(6). pp. 412-415.

Mengesha, YA. Bekele. 1998. *A Relative Chronic Effects of Different Occupational Dust on Respirator Indexes and Health Of Workers in Three Ethiopian Factories*. In *Jour Ind Med*, 34: 373-380.

Mulyanti, D. 2008. *Faktor Predisposing, Enabling, Reinforcing Terhadap Penggunaan Alat Pelindung Diri dalam Asuhan Persalinan Normal di Rumah Sakit Meuraxa Banda Aceh Tahun 2008*. Thesis. Medan: Universitas Sumatera Utara.

Nandi, SS. Dhattrak, SV. Chatterjee, DM. Dhunme, UL. 2009. *Health Survey in Gypsum Mines in India*. *Indian J Community Med*. 34(4). pp. 343-345.

Noorkasiani. Ismail, R. Heryati. 2009. *Sosiologi Keperawatan*. Jakarta: EGC. Hal. 28.

- Noort, RV. 2007. *Introduction to Dental Materials*. 3rd Ed. United Kingdom: Elsevier. p. 211.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Bandung: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*. Bandung: Penerbit Rineka Cipta.
- Nugroho, SA. 2015. *Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan dalam Penggunaan APD (APD) pada Pekerja Proyek Konstruksi*. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Packham, C. 2006. Gloves as Chemical Protection—Can They Really Work?. *Ann. Occup. Hyg.* 50(6). pp. 545–548.
- Palar, H. 2004. *Pencemaran dan Toksikologi Logam Berat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pandji, A, 2001. *Psikologi Kerja*. Yogyakarta: Penerbit Liberty. Hal 131.
- Paskarini, I. Harla, AN. 2014. Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Penggunaan APD pada Petugas Laboratorium Rumah Sakit PHC Surabaya. *The Indonesian Journal of Occupational Safety, Health and Environment*. 1(1). HAL. 107-119.
- Peters, NO. Azodo, CC. Ehizele, AO. Obuekwe, ON. 2012. *Gender differences in characteristics, occupational exposure, and infection control practices among dental professionals in Edo State, Nigeria*. *South Afr J Epidemiol Infect.* 27(2). pp. 61-65.
- Petrovic, D. Kronic, N. Kostic, M. 2013. *Risk factors and preventive measures for occupational diseases in dental technicians*. *Vojnosanitetski Pregled.* 70(10). pp. 959-963.
- Phalen, RN. Le, T. Wong, WK. 2014. Changes in Chemical Permeation of Disposable Latex, Nitrile and Vinyl Gloves Exposed to Simulated Movement. *J Occup Environ Hyg.* 11(11). pp. 716–721
- Puškar, T. Ilić, M. Budak, I. Vukelić, D. Trifković, B. Hodolić, J. 2011. *Environmental and Occupational Health Risks in Dental Laboratories*. 5th International Quality Conference. Serbia: University of Kragujevac. pp. 595-596.
- Radi, S. Dalphin, JC. Manzoni, P. Pernet, D. Leboube, MP. Viel, JF. 2002. *Respiratory Morbidity in a Population of French Dental Technicians*. *Occupational Environmental Med.* 59th Ed. pp. 398-404.
- Reclaru, L. Lüthy, H. Eschler, PY. Blatter, A. Loeffel, O. Zurcher, MH. 2004. *Cobalt-Chromium Dental Alloys Enriched with Precious Metals*. European Cells

and Materials. 7(2). pp. 51-52.

Sarwono, S. 2004. *Sosiologi Kesehatan, Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya*. Ed 3. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Shum, AK. 2011. *Pearls of Wisdom for Pulmonary Fibrosis*. Science Translational Medicine. 3(86). pp. 86-88.

Sitorus, EM. 2011. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Penggunaan APD pada Bidan Desa saat Melakukan Pertolongan Persalinan di Wilayah Kerja Kabupaten Toba Samosir Tahun 2011*. Skripsi Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Sivakumar, I. Arunachalam, KS. Solomon, E. 2012. *Occupational Health Hazards in a Prosthodontic Practice: Review of Risk Factors and Management Strategies*. J adv prosthodont. 4 (65). p. 259.

Sudarmaji. 2006. *Heavy Metal Toxicity tuburose*. Diakses pada 5 April 2016.

Sudoyo, AW. Setiyohadi, B. Alwi, I, dkk. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Ed. 5. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. Hal. 2279-2298.

Suma'mur, PK. 1996. *Hygiene Perusahaan dan Keselamatan Kerja*. Ed. 2. Jakarta: CV. Haji Mas Agung.

Sunarto. 2008. *Keselamatan dan Kesehatan Kerja Laboratorium Kimia*. Yogyakarta: FMIPA UNY. Hal. 3

Susanto, DA. 2011. *Pnumokoniosis*. J. Indon Med Assoc. 61(12). Hal. 503-507.

Tran, TAD. Arnold, M. Schacher, L. Adolphe, DC. Reys, G. 2015. *Development of Personal Protection Equipment for Medical Staff: Case of Dental Surgeon*. AUTEX Research Journal. 15(4). pp. 280-287.

Trisiani, D. Nurhasanah, R. Amalia, AS. 2012. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Pekerja terhadap Penggunaan APD di Departemen Engineering PT. Kertas Timitra Mandiri Bojongsong Kabupaten Bandung Tahun 2012*. Bandung: Stikes Bhakti Kencana. Hal. 264-268.

Torbica, N. Krstev, S. 2006. *World at work: Dental laboratory technicians*. Occup Environ Med. 63(10). pp. 145-148.

Walifah, E. 2010. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan APD pada Pekerja didapur Unit Gizi RSPAD Gatot Soebroto Depkes Tahun 2010*. Skripsi Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Watson, WA. Litovitz, TL. Klein, SW. Rodgers, JR. Youniss, J. Reid, N. Rouse, WG. Rembert, S. Borys, D. 2003. *Annual Report of The American Association of*

Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System. American Journal of Emergency Medicine. 21(5). pp. 353-421.

Wibowo, A. 2010. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Penggunaan APD di Areal Pertambangan PT Antam TBK Unit Bisnis Pertambangan Emas Pongkor Kabupaten Bogor*. Skripsi. Jakarta: UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. Hal. 30.

Widowati, W. 2008. *Efek Toksik Logam*. Ed. 1. Yogyakarta: Andi Offset. Hal. 183-204.

Windham, B. 2008. *Mercury Exposure Levels from Amalgam Dental Fillings; Documentation of Mechanisms by Which Mercury Causes over 30 Chronic Health Conditions; Results of Replacement of Amalgam Fillings; and Occupational Effects on Dental Staff*. Tallahassee: Whitehouse Road. p. 28.

World Health Organization. 1998. *Methyl Methacrylate*. Geneva: United Nation Environment. p. 20.

Yurdasal, B. Bozkurt, N. Bozkurt, AI. Yilmaz, O. 2015. *The evaluation of the dust-related occupational respiratory disorders of dental laboratory technicians working in Denizli Province*. Annals of Thoracic Medicine. 10(4). pp. 249-255.

Yuniarti, SI. 2012. *Seleksi Tumbuhan Remediator Logam Kromium di Daerah Industri Sekaregang Garut*. Bandung: Universitas Pendidikan Indonesia.

Lampiran 1. Kelayakan etik



**KOMISI KELAIKAN ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KKEPK)
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS AIRLANGGA**

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")**

Nomor : 136/KKEPK.FKG/VII/2016

Komisi Kelayakan Etik Penelitian Kesehatan (KKEPK) Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga, telah mengkaji secara seksama rancangan penelitian yang diusulkan, maka dengan ini menyatakan bahwa penelitian berjudul :

**"PERILAKU PEMAKAIAN ALAT PELINDUNG DIRI PADA TEKNISI GIGI
TERHADAP PAPAN BAHAN KIMIA DI LABORATORIUM GIGI
SURABAYA"**

Peneliti Utama : **Adina Risdayanti**
Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : - Laboratorium Gigi Surabaya

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 27 Juli 2016
Ketua,




Prof. Dr. M. Rubianto, drg., MS., Sp. Perio (K)
NIP.195009081978021001

Lampiran 3. Pedoman Wawancara dan Observasi

PEDOMAN WAWANCARA DAN OBSERVASI**"Perilaku Pemakaian Alat Pelindung Diri Pada Teknisi Gigi Terhadap
Paparan Bahan Kimia di Laboratorium Gigi Surabaya"**

No. subyek penelitian :
Jenis Kelamin : Laki-laki / perempuan (coret salah satu)
Usia :
Alamat :
Alamat tempat kerja :
Tahun awal kerja sebagai teknisi gigi :
Jenis pekerjaan yang paling sering dilakukan : Logam / non-logam

I. PENGETAHUAN

No.	Pertanyaan	Jawaban	Kriteria Jawaban	
			Benar	Salah
1.	Apakah anda mengetahui fungsi pemakaian masker saat bekerja?	Masker dipakai untuk melindungi mulut dan hidung dari paparan bahan kimia di laboratorium gigi.		
2.	Apakah anda mengetahui fungsi pemakaian sarung tangan saat bekerja?	Sarung tangan dipakai untuk melindungi kulit dari paparan bahan kimia dilaboratorium gigi.		
3.	Apakah anda mengetahui fungsi pemakaian sarung tangan saat bekerja?	Sarung tangan dipakai untuk melindungi telapak tangan dari paparan bahan kimia di laboratorium gigi.		
4.	Apakah anda mengetahui fungsi pemakaian kaca mata pelindung saat bekerja?	Kaca mata pelindung dipakai untuk melindungi organ mata dari paparan bahan kimia dilaboratorium gigi.		
5.	Apakah anda mengetahui fungsi pemakaian jas lab saat bekerja?	Jas lab dipakai untuk menghindari endapan bahan kimia yang dapat menempel dipakaian subyek penelitian.		
6.	Apakah anda mengetahui fungsi pemakaian sepatu saat bekerja?	Sepatu dipakai untuk melindungi kaki saat ada bahan kimia atau larutan kimia yang tumpah.		
7.	Apakah anda mengetahui manfaat pemakaian masker saat bekerja?	Masker bermanfaat untuk meminimalisir resiko gejala penyakit sesak nafas, asma, batuk, dan bronkitis.		
8.	Apakah anda mengetahui	Sarung tangan bermanfaat untuk		

	manfaat pemakaian sarung tangan saat bekerja?	meminimalisir resiko timbulnya kemerahan pada kulit, iritasi kulit, gatal-gatal, alergi.		
9.	Apakah anda mengetahui manfaat pemakaian sarung tangan saat bekerja?	Sarung tangan bermanfaat untuk meminimalisir resiko timbulnya tremor akibat gangguan saraf perifer pada tangan.		
10.	Apakah anda mengetahui manfaat pemakaian kaca mata pelindung saat bekerja?	Kaca mata pelindung bermanfaat untuk meminimalisir resiko terjadinya dan perih ketika terpapar bahan kimia di laboratorium gigi.		
11.	Apakah anda mengetahui manfaat pemakaian jas lab saat bekerja?	Jas lab bermanfaat untuk meminimalisir resiko penyebaran paparan bahan kimia diluar lingkungan laboratorium gigi.		
12.	Apakah anda mengetahui manfaat pemakaian sepatu saat bekerja?	Sepatu bermanfaat untuk meminimalisir resiko penyakit yang dapat timbul ketika bahan atau larutan kimia di laboratorium gigi tumpah.		

Sistem penilaian

Jawaban benar : 1

Jawaban salah : 0

II. KETERSEDIAAN APD

APD (Sesuai dengan jumlah teknisi gigi dan layak digunakan)	Hasil observasi	
	Tersedia	Tidak tersedia
Masker		
Sarung tangan		
Kaca mata pelindung		
Jas lab		

III. PERATURAN DAN PENGAWASAN PEMAKAIAN APD

1. Selama anda bekerja sebagai teknisi gigi di laboratorium ini, apakah pemilik laboratorium mengadakan standar operasional prosedur (SOP) mengenai pemakaian alat pelindung diri?
 - a. Ada
 - b. Tidak ada
2. Pada saat anda pertama kali diterima sebagai teknisi gigi di laboratorium ini, apakah pemilik laboratorium menjelaskan tentang SOP yang berlaku tersebut?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Selama anda bekerja sebagai teknisi gigi dilaboratorium ini, apakah pemilik laboratorium melakukan pengawasan dalam hal pemakaian APD?
 - a. Ya
 - b. Tidak

IV. PERILAKU PEMAKAIAN APD

4.1 Frekuensi pemakaian

APD	Selalu	Jarang	Tidak pernah
Masker			
Sarung tangan			
Kaca mata pelindung			
Jas lab			
Sepatu			

4.2 Cara pemakaian

APD	Benar	Tidak selalu benar	Salah
Masker			
Sarung tangan			
Kaca mata pelindung			
Jas lab			
Sepatu			

SISTEM PENILAIAN PERILAKU

1. Skor penilaian perilaku

Frekuensi pemakaian APD	Skor
Selalu	100
Jarang	50
Tidak pernah	0

Cara pemakaian APD	Skor
Benar	100
Tidak selalu benar	50
Salah	0

2. Bobot persentase perilaku pemakaian APD

- a. Masker : 30%
- b. Sarung tangan : 25%
- c. Kaca mata pelindung : 20%
- d. Jas lab : 15%
- e. Sepatu : 10%

Lampiran 4. Pemakaian pembobotan dalam penilaian perilaku

Perilaku pemakaian APD pada teknisi gigi yang sehari-hari bekerja dengan bahan kimia di laboratorium gigi Surabaya dinilai berdasarkan frekuensi pemakaian APD dan tata cara pemakaian APD. Adapun APD yang digunakan terdiri dari masker, sarung tangan, kaca mata pelindung, jas lab, dan sepatu.

Ketika ada seseorang memakai 3 APD seperti masker, sarung tangan, dan jas lab sedangkan seseorang yang lain juga memakai 3 APD namun jenis APDnya berbeda, seperti masker, kaca mata pelindung, dan sepatu. Maka, dari dua orang tersebut, manakah yang memiliki perilaku pemakaian APD lebih baik? Tentu hal tersebut tidak bisa ditentukan karena dua orang tersebut sama-sama memakai 3 jenis APD. Oleh karena itu, digunakan metode pembobotan untuk menilai perilaku pemakaian APD. Adapun bobot prosentase pemakaian APD masker, sarung tangan, kaca mata pelindung, jas lab, dan sepatu secara berturut-turut sebesar 30%, 25%, 20%, 15%, dan 10% sehingga prosentase tersebut jika dijumlahkan menghasilkan angka 100%.

Masker dan sarung tangan berturut-turut memiliki prosentase paling tinggi mengingat bahan kimia dikedokteran gigi masuk ketubuh melalui tiga jalur utama, yakni saluran pernafasan, *oral*, dan kulit (Costa, 2002). Oleh karena itu, masker memiliki prosentase paling tinggi karena penggunaan masker yang sesuai dapat mencegah masuknya paparan bahan kimia melalui saluran pernafasan sekaligus melalui *oral*. Menurut Kundi et al (2010), efisiensi penggunaan masker yang

sesuai juga dapat mengurangi paparan bahan kimia yang terhirup mencapai 70%-95%. Sedangkan, sarung tangan memiliki prosentase terbesar kedua karena penggunaan sarung tangan dapat mencegah paparan bahan kimia yang masuk melalui *dermal exposure*.

Selanjutnya, prosentase tertinggi ketiga ditempati oleh kaca mata pelindung. Hal tersebut dikarenakan selama teknisi gigi bekerja dengan bahan kimia, organ mata merupakan salah satu organ diwajah yang memiliki jarak paling dekat dengan suatu produk yang sedang dikerjakan. Walaupun organ mata bukan merupakan salah satu rute awal bahan kimia dapat masuk ke tubuh namun berdasarkan hasil penelitian, 35% teknisi gigi mengalami gangguan mata dan teknisi yang memakai kaca mata pelindung mengalami insiden gangguan mata 7% lebih rendah dibanding yang tidak menggunakan kaca mata pelindung (Yurdasal et al, 2015).

Kemudian, prosentase tertinggi keempat ditempati oleh baju pelindung (jas lab). Jas lab digunakan dengan tujuan untuk mencegah endapan paparan bahan kimia yang dapat menempel di baju teknisi gigi. Dan yang terakhir, prosentase terendah ditempati oleh sepatu. Penggunaan sepatu bertujuan untuk melindungi kaki apabila ada bahan kimia cair yang tumpah.

Adapun frekuensi pemakaian APD terdiri dari selalu, jarang, dan tidak pernah dengan masing-masing skor sebesar 100, 50, dan 0. Besar nilai tersebut dikarenakan semakin tinggi frekuensi pemakaian APD, maka hal tersebut semakin

baik. Begitu pula dengan tata cara pemakaian APD yang terdiri dari benar, tidak selalu benar, dan salah. Masing-masing skor tersebut sebesar 100, 50, dan 0. Nantinya, skor frekuensi pemakaian masing-masing APD dijumlahkan dengan skor tata cara pemakaian masing-masing APD. Hasil skor tersebut dikalikan dengan masing-masing prosentase APD. Seluruh skor yang didapatkan oleh subyek penelitian dijumlahkan dan dihitung rata-ratanya untuk kemudian skor tersebut dibagi menjadi dua, yakni lebih dari rata-rata atau kurang dari sama dengan rata-rata.

Lampiran 5. Hasil uji validitas pedoman wawancara tentang pengetahuan

Scale: ALL VARIABLES**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.913	12

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	6.9667	13.413	.405	.915
VAR00002	7.1333	11.913	.755	.900
VAR00003	7.1000	11.817	.821	.897
VAR00004	7.0000	12.966	.531	.910
VAR00005	7.1000	12.162	.699	.903
VAR00006	7.4333	11.840	.720	.902
VAR00007	6.9667	13.275	.462	.913
VAR00008	7.1333	11.844	.778	.899
VAR00009	7.5333	12.464	.570	.909
VAR00010	7.0667	12.823	.503	.912
VAR00011	7.3000	11.666	.760	.900
VAR00012	7.4333	11.771	.742	.901

Lampiran 6. Hasil uji SPSS

1. Jenis kelamin dan perilaku pemakaian APD

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
jeniskelamin * perilakuAPD	74	100.0%	0	.0%	74	100.0%

jeniskelamin * perilakuAPD Crosstabulation					
			perilakuAPD		Total
			> rata-rata	<= rata-rata	
jeniskelamin	laki-laki	Count	26	26	52
		% within jeniskelamin	50.0%	50.0%	100.0%
	perempuan	Count	12	10	22
		% within jeniskelamin	54.5%	45.5%	100.0%
Total		Count	38	36	74
		% within jeniskelamin	51.4%	48.6%	100.0%

2. Lama kerja dan perilaku pemakaian APD

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Lamakerja * SkorperilakuAPD	74	100.0%	0	.0%	74	100.0%

Lamakerja * SkorperilakuAPD Crosstabulation					
			SkorperilakuAPD		Total
			> rata-rata	<= rata-rata	
Lamakerja	baru	Count	27	25	52
		% within Lamakerja	51.9%	48.1%	100.0%
	lama	Count	11	11	22
		% within Lamakerja	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Count	38	36	74
		% within Lamakerja	51.4%	48.6%	100.0%

3. Usia dan perilaku pemakaian APD

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
usia * SkorperilakuAPD	74	100.0%	0	.0%	74	100.0%

usia * SkorperilakuAPD Crosstabulation					
			SkorperilakuAPD		Total
			> rata-rata	<= rata-rata	
usia	<= 30 tahun	Count	31	22	53
		% within usia	58.5%	41.5%	100.0%
	> 30 tahun	Count	7	14	21
		% within usia	33.3%	66.7%	100.0%
Total		Count	38	36	74
		% within usia	51.4%	48.6%	100.0%

4. Pengetahuan dan perilaku pemakaian APD

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan * skorperilakuAPD	74	100.0%	0	.0%	74	100.0%

pengetahuan * skorperilakuAPD Crosstabulation					
			skorperilakuAPD		Total
			> rata-rata	<= rata-rata	
pengetahuan	> rata-rata	Count	23	15	38
		% within pengetahuan	60.5%	39.5%	100.0%
	<= rata-rata	Count	15	21	36
		% within pengetahuan	41.7%	58.3%	100.0%
Total		Count	38	36	74
		% within pengetahuan	51.4%	48.6%	100.0%

5. Akumulasi paparan dan perilaku pemakaian APD

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
AkumulasiPaparan * Perilaku	74	100.0%	0	.0%	74	100.0%

AkumulasiPaparan * Perilaku Crosstabulation					
			Perilaku		Total
			> rata-rata	<= rata-rata	
AkumulasiPaparan	> rata-rata	Count	8	17	25
		% within AkumulasiPaparan	32.0%	68.0%	100.0%
	<= rata-rata	Count	30	19	49
		% within AkumulasiPaparan	61.2%	38.8%	100.0%
Total		Count	38	36	74
		% within AkumulasiPaparan	51.4%	48.6%	100.0%

6. Ketersediaan APD dan perilaku pemakaian APD

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ketersediaanAPD *	74	100.0%	0	.0%	74	100.0%
skorperilakuAPD						

ketersediaanAPD * skorperilakuAPD Crosstabulation					
			skorperilakuAPD		Total
			> rata-rata	<= rata-rata	
ketersediaanAPD	ada, lengkap	Count	12	5	17
		% within ketersediaanAPD	70.6%	29.4%	100.0%
	ada, tidak lengkap	Count	26	31	57
		% within ketersediaanAPD	45.6%	54.4%	100.0%
Total		Count	38	36	74
		% within ketersediaanAPD	51.4%	48.6%	100.0%

7. Peraturan pemakaian APD dan perilaku pemakaian APD

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
peraturanpemakaianAPD * skorperilakuAPD	74	100.0%	0	.0%	74	100.0%

peraturanpemakaianAPD * skorperilakuAPD Crosstabulation					
			skorperilakuAPD		Total
			> rata-rata	<= rata-rata	
peraturanpemakaianAPD	ada	Count	21	11	32
		% within peraturanpemakaianAPD	65.6%	34.4%	100.0%
	tidak ada	Count	17	25	42
		% within peraturanpemakaianAPD	40.5%	59.5%	100.0%
Total	Count	38	36	74	
	% within peraturanpemakaianAPD	51.4%	48.6%	100.0%	

8. Pengawasan pemakaian APD dan perilaku pemakaian APD

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
oengawasanAPD * skorperilakuAPD	74	100.0%	0	.0%	74	100.0%

oengawasanAPD * skorperilakuAPD Crosstabulation					
			skorperilakuAPD		Total
			> rata-rata	<= rata-rata	
oengawasanAPD	ada	Count	7	3	10
		% within oengawasanAPD	70.0%	30.0%	100.0%
	tidak ada	Count	31	33	64
		% within oengawasanAPD	48.4%	51.6%	100.0%
Total		Count	38	36	74
		% within oengawasanAPD	51.4%	48.6%	100.0%

9. Pengawasan Pemakaian APD dan Pengetahuan

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengawasanAPD * pengetahuan	74	100.0%	0	.0%	74	100.0%

pengawasanAPD * pengetahuan Crosstabulation					
			pengetahuan		Total
			baik	buruk	
pengawasanAPD	ada	Count	2	8	10
		% within pengawasanAPD	20.0%	80.0%	100.0%
	tidak ada	Count	36	28	64
		% within pengawasanAPD	56.3%	43.8%	100.0%
Total		Count	38	36	74
		% within pengawasanAPD	51.4%	48.6%	100.0%

Lampiran 7. Dokumentasi penelitian



Wawancara pada subyek penelitian



Wawancara pada subyek penelitian



Subyek penelitian tanpa APD



Subyek penelitian dengan pemakaian APD kurang lengkap dan tidak benar



Subyek penelitian dengan pemakaian APD kurang lengkap



Subyek penelitian dengan pemakaian APD kurang lengkap

**DISTRIBUSI KUALITAS HIDUP YANG BERKAITAN
DENGAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA
SISWA USIA 12 TAHUN SDN MOJO III-222
SURABAYA MENURUT TINGKAT KEPARAHAN
KARIES**

SKRIPSI



Oleh:

SARAH FITRIA ROMADHONI

NIM: 021311133161

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2016**

**DISTRIBUSI KUALITAS HIDUP YANG BERKAITAN
DENGAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA
SISWA USIA 12 TAHUN SDN MOJO III-222
SURABAYA MENURUT TINGKAT KEPARAHAN
KARIES**

SKRIPSI



Oleh:

SARAH FITRIA ROMADHONI

NIM: 021311133161

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2016**

LEMBAR PENGESAHAN

**DISTRIBUSI KUALITAS HIDUP YANG BERKAITAN
DENGAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA
SISWA USIA 12 TAHUN SDN MOJO III-222
SURABAYA MENURUT TINGKAT KEPARAHAN
KARIES
SKRIPSI**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi Di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas
Airlangga Surabaya**

Oleh :

SARAH FITRIA ROMADHONI

NIM: 021311133161

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes

NIP. 1971121120081210003

Pembimbing Serta



Dr. R Darmawan Setijanto, drg., M.Kes

NIP.196110051988031003

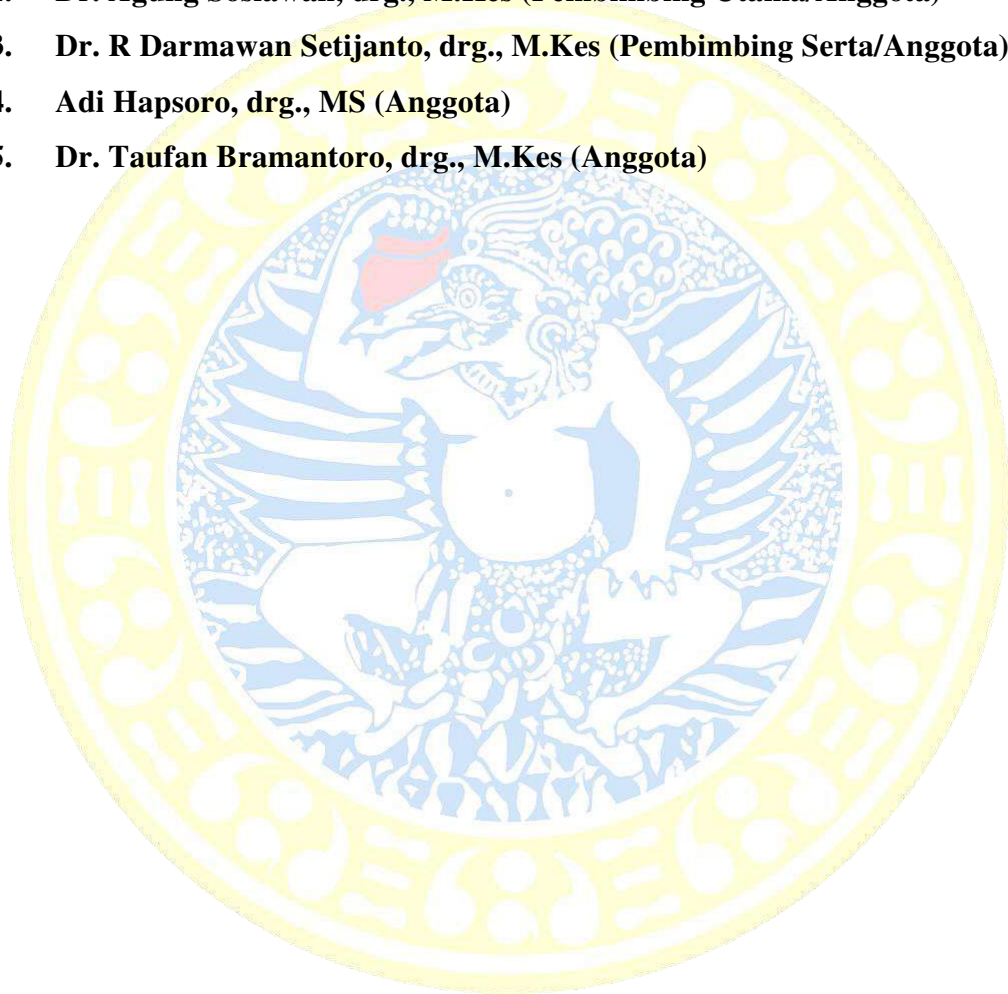
**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2016**

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal 21 Desember 2016

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Roesanto Heroesoebekti, drg., SU (Ketua Penguji)**
- 2. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes (Pembimbing Utama/Anggota)**
- 3. Dr. R Darmawan Setijanto, drg., M.Kes (Pembimbing Serta/Anggota)**
- 4. Adi Hapsoro, drg., MS (Anggota)**
- 5. Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes (Anggota)**



SURAT PERNYATAAN TENTANG ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Sarah Fitria Romadhoni
NIM : 021311133161
Program Studi : Pendidikan Dokter Gigi
Fakultas : Kedokteran Gigi
Jenjang : Sarjana (S1)

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

**DISTRIBUSI KUALITAS HIDUP YANG BERKAITAN DENGAN KESEHATAN
GIGI DAN MULUT PADA SISWA USIA 12 TAHUN SDN MOJO III-222
SURABAYA MENURUT TINGKAT KEPARAHAN KARIES**

Apabila pada suatu saat nanti terbukti melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Surabaya, 28 Desember 2016



Sarah Fitria Romadhoni

NIM. 021311133161

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur terucap kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karuniaNya sehingga skripsi yang berjudul **“Distribusi Kualitas Hidup yang Berkaitan dengan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Siswa Usia 12 Tahun SDN Mojo III-222 Surabaya Menurut Tingkat Keparahan Karies”** dapat diselesaikan sebaik-baiknya. Dalam mengerjakan skripsi ini tentu banyak pihak yang telah memberikan kontribusi berarti kepada penulis, untuk itu perkenankan penulis mengucapkan terima kasih kepada :

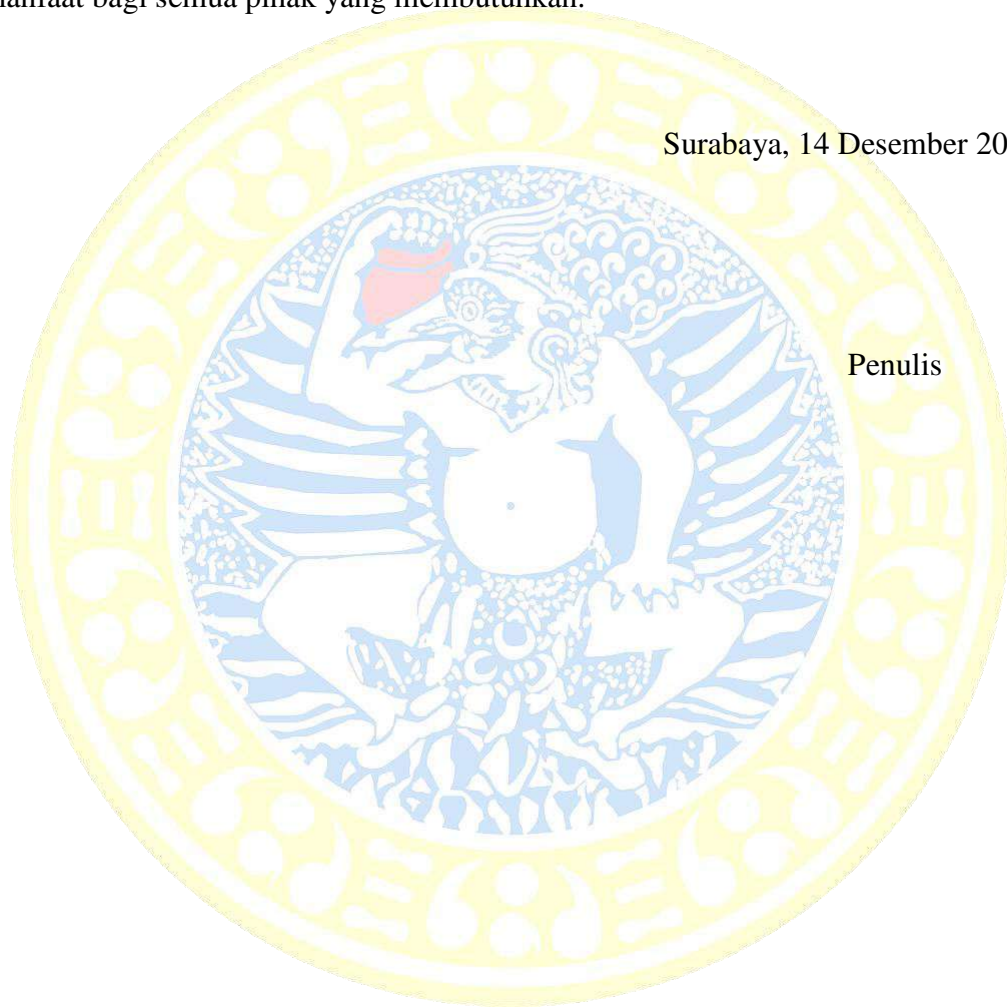
1. Dr. R Darmawan Setijanto, drg., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga sekaligus sebagai Pembimbing Serta yang telah memberi kesempatan untuk menempuh pendidikan di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga serta memberikan bimbingan, waktu, serta masukan dalam pembuatan skripsi.
2. Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes selaku Kepala Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat sekaligus sebagai Penguji yang telah memberikan bimbingan, waktu, serta masukan dalam pembuatan skripsi.
3. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, waktu, serta masukan dalam pembuatan skripsi.
4. Dosen – dosen penguji yang telah memberikan koreksi dan kritik yang membangun demi mencapai hasil skripsi yang baik.
5. Kepala sekolah, guru, serta siswa kelas VI SDN Mojo III-222 Surabaya yang telah memberikan waktu, kesempatan, serta tempat untuk penelitian demi selesainya skripsi ini.

6. Seluruh teman angkatan 2013, yang telah memberikan motivasi dan bantuan dalam penelitian untuk penyelesaian skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari sempurna sehingga dengan segala kerendahan hati, penulis mengharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan skripsi ini. Penulis berharap skripsi ini dapat memberi manfaat bagi semua pihak yang membutuhkan.

Surabaya, 14 Desember 2016

Penulis



***DISTRIBUTION OF ORAL HELTH RELATED QUALITY OF LIFE
ACCORDING TO CARIES SEVERITY IN MOJO III-222 SURABAYA
ELEMENTARY SCHOOL'S STUDENT AGE 12***

ABSTRACT

Background: *Untreated caries will cause symptoms such as pain, discomfort, swelling, as well as acute and chronic infections. Children's ability to perform their daily activities will also decrease, such as eating and sleep disorders; even severe caries can also increase the risk of children's abcense from school and will affect the learning process and the child's achievement in school. Measuring the effect of caries in children's daily performances can be done by using the Child Oral Impact in Daily Performances Questioinnaire COIDP)* **Purpose:** *Knowing the distribution of Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL) according to caries in children aged 12 years in Mojo III-222 Elemantary School Surabaya.* **Method:** *This type of research is an descriptive observational study conducted by cross sectional in an Elementary School in Surabaya with a total sample of 53 children age 12. Measurement of the severity of caries using PUFA Index, while the measurement of children oral health related quality of life using questionnaires COIDP. Analysis of the data is using precentage and median score of each variable.* **Results:** *The results showed that children with untreated caries is having less OHRQol score than children with no untreated caries.* **Conclusion:** *Poor condition of the oral cavity, which found the state of untreated caries within the oral cavity reduce the level of quality of life for children aged 12 years in SDN Mojo III-222 Surabaya.*

Key words : *Untrated caries, OHRQoL, COIDP, PUFA*

**DISTRIBUSI KUALITAS HIDUP YANG BERKAITAN DENGAN
KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA SISWA USIA 12 TAHUN SDN
MOJO III-222 SURABAYA MENURUT TINGKAT KEPARAHAN
KARIES**

ABSTRAK

Latar Belakang: Karies yang tidak dirawat dapat menimbulkan gejala berupa timbulnya rasa nyeri, rasa tidak nyaman, pembengkakan, serta infeksi akut maupun kronis. Kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari juga akan menurun, seperti aktivitas makan dan aktivitas tidur. Bahkan karies yang parah juga dapat meningkatkan resiko anak usia sekolah tidak hadir dalam kegiatan pembelajaran di sekolah, sehingga akan memengaruhi proses pembelajaran serta prestasi anak tersebut di sekolah. Untuk mengobservasi dampak karies terhadap aktivitas anak sehari-hari dapat menggunakan kuisioner *Child Oral Impact in Daily Performances* (COIDP). **Tujuan:** Untuk mengetahui distribusi kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan gigi dan mulut/*Oral Health Related Quality of Life* (OHRQoL) pada anak usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya menurut tingkat keparahan karies. **Metode:** penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif dengan desain penelitian *cross-sectional study*. Penelitian di lakukan di SDN Mojo III-222 Surabaya dengan total sampel berjumlah 53 siswa berusia 12 tahun. Pengukuran keparahan karies menggunakan indeks PUFA, sedangkan pengukuran OHRQoL menggunakan kuisioner COIDP. Data disajikan dalam bentuk prosentase dan dianalisa menggunakan nilai median dari masing-masing variabel. **Hasil:** Hasil menunjukkan bahwa siswa dengan karies yang tidak terawat memiliki tingkat kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan siswa yang tidak memiliki karies yang tidak terawat daam rongga mulutnya. **Simpulan:** Kesehatan rongga mulut yang buruk, dimana ditemukan karies yang tidak terawat menurunkan tingkat kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan rongga mulut siswa usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya.

Kata kunci : Karies yang tidak terawat, OHRQoL, COIDP, PUFA

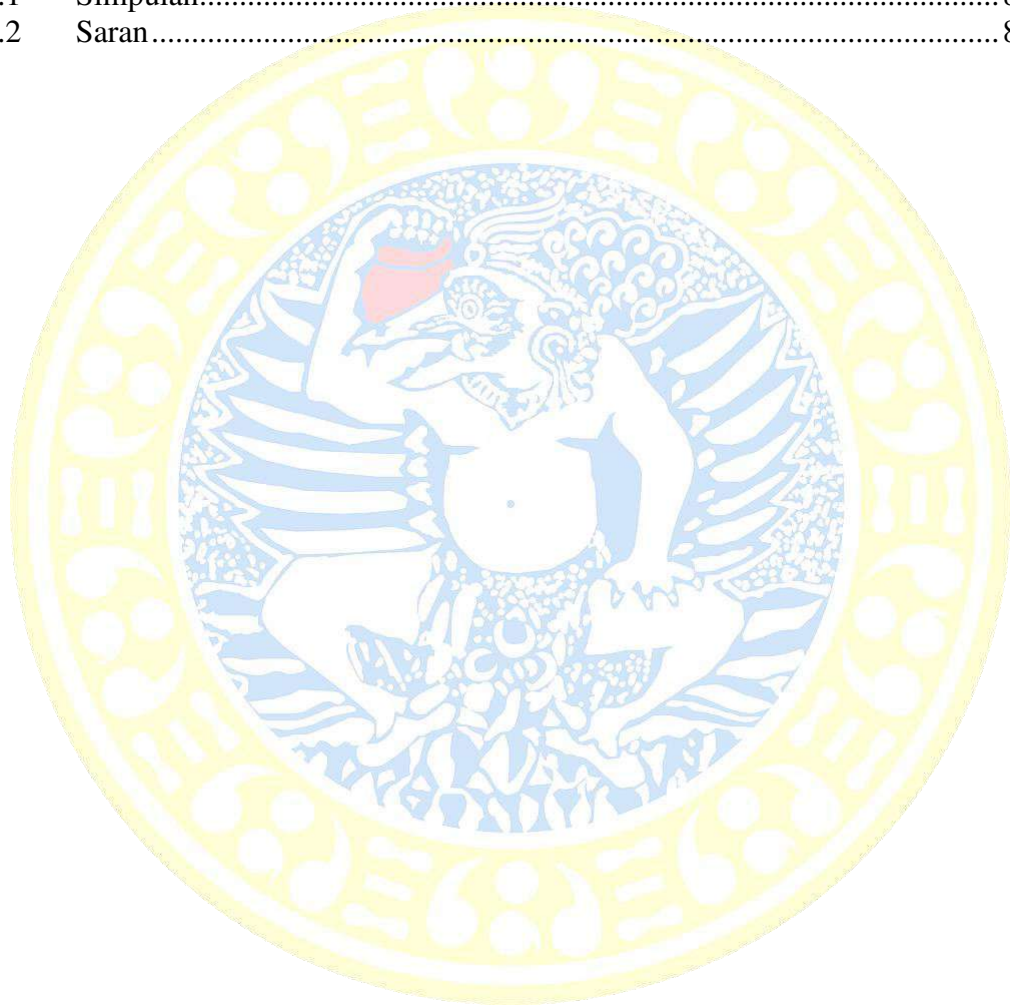
DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
Lembar Pengesahan	iii
Penetapan Panitia Penguji	iv
Ucapan Terima Kasih	v
Abstrak	vii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Kesehatan Gigi dan Mulut	6
2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Kesehatan Gigi dan Mulut	7
2.3 Indeks PUFA	11
2.4 Konsep Sehat-Sakit	12
2.4.1 Persepsi Tentang Sehat dan Sakit	12
2.4.2 Perilaku Sakit	13
2.4.3 Peran Sakit	14
2.5 Kualitas Hidup Yang Berkaitan Dengan Kesehatan Rongga Mulut/ <i>Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL)</i>	16
2.6 Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Anak	20
2.7 Pengukuran OHRQoL Pada Anak	20
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL	24
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian	24
BAB 4 METODE PENELITIAN	27
4.1 Jenis Penelitian	27
4.2 Populasi Penelitian	27
4.3 Sampel Penelitian	27
4.4 Besar Sampel	27
4.5 Teknik Sampling	27
4.6 Variabel Penelitian	28
4.7 Instrumen Penelitian.....	31
4.8 Uji Validitas dan Reabilitas Kuisisioner Penelitian.....	31
4.9 Lokasi dan Waktu Penelitian	33
4.10 Alat dan Bahan	33
4.11 Cara Kerja	34
4.12 Alur Penelitian	34

4.13	Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data	34
4.14	Pengolahan dan Analisis Data.....	35
BAB 5 HASIL DAN ANALISIS DATA		36
5.1	Karakteristik Responden	36
5.1.1	Jenis Kelamin	36
5.1.2	Tingkat Pendidikan Orang Tua	37
5.1.3	Tingkat Penghasilan Orang Tua	38
5.1.4	Jenis Pekerjaan Orang Tua	38
5.1.5	Perilaku Kebiasaan Menyikat Gigi	39
5.1.5.1	Frekuensi Menyikat Gigi	39
5.1.5.2	Rutinitas Menyikat Gigi	40
5.1.6	Perilaku Mengakses Layanan Kesehatan Gigi dan Mulut	41
5.1.6.1	Riwayat Mengakses Layanan Kesehatan Gigi dan Mulut	41
5.1.6.2	Pengalaman dengan Tindakan di Bidang Kedokteran Gigi	42
5.1.7	Pengetahuan Responden Mengenai Kesehatan Gigi dan Mulut	42
5.1.7.1	Pengetahuan Responden Mengenai Tanda Klinis Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk	43
5.1.7.2	Pengetahuan Responden Mengenai Penyebab Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk	43
5.1.7.3	Pengetahuan Responden Mengenai Cara Menjaga Kesehatan Gigi dan Mulut	44
5.1.8	Perilaku Kebiasaan Konsumsi Makanan Manis Responden	44
5.2	Karies	45
5.2.1	Jumlah Karies Aktif	45
5.2.2	Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat.....	46
5.3	Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Karakteristik Responden	48
5.3.1	Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Jenis Kelamin	48
5.3.2	Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Tingkat Pendidikan Orang Tua.....	48
5.3.3	Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Tingkat Penghasilan Orang Tua.....	49
5.3.4	Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Jenis Pekerjaan Orang Tua.....	51
5.3.5	Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Perilaku Kebiasaan Menyikat Gigi	50
5.3.5.1	Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Frekuensi Menyikat Gigi.....	50
5.3.5.2	Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Rutinitas Menyikat Gigi.....	51
5.3.6	Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Perilaku Mengakses Layanan Kesehatan Gigi dan Mulut.....	51
5.3.6.1	Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Riwayat Mengakses Layanan Kesehatan Gigi dan Mulut.....	52
5.3.6.2	Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Pengalaman dengan Tindakan di Bidang Kedokteran Gigi	52

5.3.7	Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Kesehatan Gigi dan Mulut	53
5.3.7.1	Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Tanda Klinis Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk.....	53
5.3.7.2	Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Penyebab Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk	54
5.3.7.3	Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Cara Menjaga Kesehatan Gigi dan Mulut.....	54
5.3.8	Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Perilaku Kebiasaan Mengonsumsi Makanan Manis	55
5.4	Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut ...	55
5.4.1	Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Jenis Kelamin	58
5.4.2	Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Tingkat Pendidikan Orang tua	58
5.4.3	Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Tingkat Penghasilan Orang Tua	59
5.4.4	Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Perilaku Kebiasaan Menyikat Gigi	59
5.4.5	Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Perilaku Kebiasaan Mengakses Layanan Kesehatan Gigi dan Mulut	60
5.4.6	Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Tanda Klinis Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk	61
5.4.7	Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Penyebab Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk	61
5.4.8	Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Cara Menjaga Kesehatan Gigi dan Mulut	62
5.4.9	Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Kebiasaan Konsumsi Makanan Manis	62
5.4.10	Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Jumlah Karies Aktif.....	63
5.4.11	Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat.....	64
BAB 6 PEMBAHASAN		65
6.1	Kesehatan gigi dan mulut siswa usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya	67
6.2	Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan gigi dan mulut/ <i>Oral Health Related Quality of Life</i> (OHRQoL) siswa usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya	69
6.3	OHRQoL siswa usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya Menurut Faktor-faktor Resiko	71
6.3.1	Jenis Kelamin	71
6.3.2	Pendapatan Orang Tua	72

6.3.3	Pendidikan Orang Tua	73
6.3.4	Perilaku Kebiasaan Menyikat Gigi	74
6.3.5	Pengetahuan Mengenai Kesehatan Gigi dan Mulut	76
6.3.6	Perilaku Kebiasaan Mengakses layanan Kesehatan Gigi dan Mulut	78
6.3.7	Perilaku Kebiasaan Konsumsi Makanan Manis	79
6.3.8	Karies	79
6.3.8.1	Jumlah Karies Aktif (Indeks DMF-T)	80
6.3.8.2	Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat (Indeks PUFA).....	81
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN		83
7.1	Simpulan.....	83
7.2	Saran.....	84



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Karakteristik Beberapa Instrumen Untuk Menilai OHRQoL pada Anak	22
Tabel 5.1. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	42
Tabel 5.2. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Orang Tua.....	42
Tabel 5.3. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Penghasilan Orang Tua	43
Tabel 5.4. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan OrangTua	43
Tabel 5.5. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Frekuensi Menyikat Gigi	44
Tabel 5.6. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Rutinitas Menyikat Gigi	55
Tabel 5.7. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Mengakses Layanan Kesehatan Gigi dan Mulut.....	55
Tabel 5.8. Distribusi karakteristik responden Berdasarkan Pengalaman dengan Tindakan di Bidang Kedokteran Gigi	55
Tabel 5.9. Distribusi Pengetahuan Responden Mengenai Tanda Klinis Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk	43
Tabel 5.10. Distribusi Pengetahuan Responden Mengenai Penyebab Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk	43
Tabel 5.11. Distribusi Pengetahuan Responden Mengenai Cara Menjaga Kesehatan Gigi dan Mulut.....	44
Tabel 5.12. Distribusi Perilaku Kebiasaan Konsumsi Makanan Manis Responden	44
Tabel 5.13. Distribusi Jumlah Karies Aktif.....	45
Tabel 5.14. Distribusi Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat.....	46
Tabel 5.15. Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Karakteristik Responden	48
Tabel 5.16. Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Jenis Kelamin	48

Tabel 5.17. Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Tingkat Pendidikan Orang Tua.....	48
Tabel 5.18. Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Tingkat Penghasilan Orang Tua	49
Tabel 5.19. Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Jenis Pekerjaan Orang Tua.....	51
Tabel 5.20. Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Perilaku Kebiasaan Menyikat Gigi.....	50
Tabel 5.21. Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Frekuensi Menyikat Gigi	50
Tabel 5.22. Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Rutinitas Menyikat Gigi	51
Tabel 5.23. Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Perilaku Mengakses Layanan Kesehatan Gigi dan Mulut.....	51
Tabel 5.24. Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Riwayat Mengakses Layanan Kesehatan Gigi dan Mulut.....	52
Tabel 5.25. Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Pengalaman dengan Tindakan di Bidang Kedokteran Gigi.....	52
Tabel 5.26. Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Kesehatan Gigi dan Mulut	53
Tabel 5.27. Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Tanda Klinis Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk.....	53
Tabel 5.28. Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Penyebab Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk.....	54
Tabel 5.29. Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Cara Menjaga Kesehatan Gigi dan Mulut.....	54
Tabel 5.30. Distribusi Tingkat Keparahan Karies Berdasarkan Perilaku Kebiasaan Mengonsumsi Makanan Manis.....	55
Tabel 5.31. Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut	55
Tabel 5.32. Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Jenis Kelamin	58

Tabel 5.33. Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Tingkat Pendidikan Orang tua	58
Tabel 5.34. Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Tingkat Penghasilan Orang Tua	59
Tabel 5.35. Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Perilaku Kebiasaan Menyikat Gigi	59
Tabel 5.36. Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Perilaku Kebiasaan Mengakses Layanan Kesehatan Gigi dan Mulut	60
Tabel 5.37. Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Tanda Klinis Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk.....	61
Tabel 5.38. Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Penyebab Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk	61
Tabel 5.39. Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Cara Menjaga Kesehatan Gigi dan Mulut.....	62
Tabel 5.40. Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Kebiasaan Konsumsi Makanan Manis	62
Tabel 5.41. Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Jumlah Karies Aktif.....	63
Tabel 5.42. Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat.	64

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anak adalah mereka yang berusia 1-12 tahun. Menurut Titin (2003), anak adalah generasi yang akan menjadi penerus bangsa sehingga mereka harus dipersiapkan dan diarahkan sejak dini agar dapat tumbuh dan berkembang menjadi anak yang sehat jasmani dan rohani, maju, mandiri dan sejahtera menjadi sumber daya yang berkualitas dan dapat menghadapi tantangan dimasa datang (Titin, 2003).

Masalah kesehatan utama dalam rongga mulut anak adalah karies gigi. Di Negara-negara maju prevalensi karies gigi terus menurun sedangkan di negara-negara berkembang termasuk Indonesia, ada kecenderungan kenaikan prevalensi penyakit tersebut. Dalam Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun 2001 didapatkan data bahwa terdapat 76,2 persen anak Indonesia pada kelompok usia 12 tahun (kira-kira 8 dari 10 anak) mengalami gigi berlubang (Rahardjo, 2007).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, indeks DMFT Indonesia pada usia 12 tahun menunjukkan hasil sebesar 1,4 dengan nilai masing-masing D-T=1,02; M-T=0,34; F-T=0,04; dan DF-T=0,02 (Depkes RI, 2013).

Angka *filling* yang rendah di Indonesia menunjukkan bahwa dari keseluruhan angka karies (*decay*), hanya sedikit yang mendapatkan perawatan berupa tumpatan (*filling*). Hal ini dapat menyebabkan permasalahan lain di rongga mulut, karena proses karies yang tidak dirawat akan terus berlanjut hingga mencapai dentin dan pulpa dan dapat menimbulkan berbagai masalah seperti

pulpitis (P/p), ulserasi (U/u), fistula (F/f) dan abses (A/a). Untuk menilai adanya kondisi rongga mulut akibat karies gigi yang tidak dirawat, dapat digunakan Indeks PUFA (Pratiwi dan Mutmainnah, 2011).

Dari hasil survey pendahuluan yang dilakukan pada anak usia 12 tahun kelas VI di SDN Mojo III-222 Surabaya (Juni 2016), didapatkan data DMFT sebesar 1,7 dengan D (*Decay*) sebesar 77 dan F (*Filling*) sebesar 4. Data ini menunjukkan tidak sebangunnya angka karies dengan angka tumpatan, sehingga menunjukkan banyaknya karies yang tidak mendapatkan perawatan pada populasi anak usia 12 tahun di SDN tersebut.

Karies yang tidak dirawat akan terus berlanjut sampai ke lapisan dentin dan pulpa gigi, apabila sudah mencapai pulpa gigi biasanya penderita mengeluh giginya terasa sakit. Jika tidak dilakukan perawatan, akan menyebabkan kematian pulpa, serta proses radang berlanjut sampai ke tulang alveolar. Beberapa masalah akan timbul pada karies yang tidak terawat apabila dibiarkan seperti pulpitis, ulserasi, fistula dan abses. Untuk mengukur tingkat keparahan karies yang tidak dirawat dapat menggunakan suatu indeks, yaitu PUFA. Menurut Palenstein, ada empat kondisi oral akibat karies gigi yang tidak dirawat yang digunakan untuk pengukuran indeks PUFA yaitu pulpitis, ulserasi, fistula dan abses (Monse *et al*, 2010).

Menurut Bauman (1965), seseorang menggunakan tiga kriteria dalam menentukan apakah dirinya sakit atau tidak, yaitu : adanya gejala (seperti nyeri dan kenaikan suhu tubuh), persepsi tentang bagaimana mereka merasakan (baik, buruk, sakit), serta kemampuan mereka untuk melakukan aktivitas sehari-hari (bekerja, sekolah, dan belajar). Apabila seseorang telah menyatakan bahwa

dirinya sakit, maka dapat terjadi perubahan perilaku dalam diri orang tersebut selama dia sakit. Karies yang tidak dirawat akan berperan dalam memberikan gejala berupa nyeri, ketidaknyamanan, profil wajah yang tidak harmonis dengan adanya pembengkakan, serta infeksi akut serta kronik. Kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas juga akan menurun, seperti gangguan makan dan tidur; bahkan karies yang parah juga dapat meningkatkan risiko anak tidak hadir ke sekolah dan dapat mempengaruhi proses pembelajaran serta pencapaian prestasi anak tersebut di sekolah (Harun, 2010).

Analisis yang dilakukan di Amerika Serikat menyatakan bahwa ketidakhadiran siswa memberikan dampak pada nilai NAEP (*National Assessment for Educational Progress*). Siswa dengan tingkat kehadiran sekolah yang lebih rendah memiliki nilai NAEP yang lebih rendah bila dibandingkan mereka yang memiliki tingkat kehadiran sekolah yang tinggi (Ginsburg *et al*, 2014).

Selain itu, tingginya ketidakhadiran siswa dari sekolah kemungkinan akan berkorelasi dengan hilangnya hari kerja bagi para orang tua yang harus izin untuk keperluan merawat anak-anak mereka yang menderita sakit gigi atau membawa mereka untuk pengobatan (Sameer *et al*, 2015).

Menurut WHO (2013), usia 12 tahun sangat penting karena usia ini adalah usia dimana anak-anak secara umum akan meninggalkan sekolah dasar, sehingga pada banyak negara, usia ini banyak digunakan sebagai sampel yang dapat dengan mudah diperoleh melalui sistem sekolah. Pada usia ini biasanya semua gigi permanen telah tumbuh kecuali gigi molar ketiga. Alasan inilah yang menyebabkan usia 12 tahun menjadi indikator global untuk perbandingan internasional dan survei terhadap tren penyakit. Pada usia 12 tahun anak lebih

mudah diajak berkomunikasi serta mampu menjawab pertanyaan sesuai persepsinya sendiri (Warni, 2013).

Berdasarkan latar belakang permasalahan tersebut, maka penulis ingin melakukan penelitian mengenai distribusi dan kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan gigi dan mulut / *Oral Health Related Quality of life* (OHRQoL) menurut tingkat keparahan karies pada anak usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana distribusi kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan gigi dan mulut/*Oral Health Related Quality of Life* (OHRQoL) menurut tingkat keparahan karies pada anak usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum :

Mengetahui distribusi kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan gigi dan mulut/*Oral Health Related Quality of Life* (OHRQoL) pada anak usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya menurut tingkat keparahan karies.

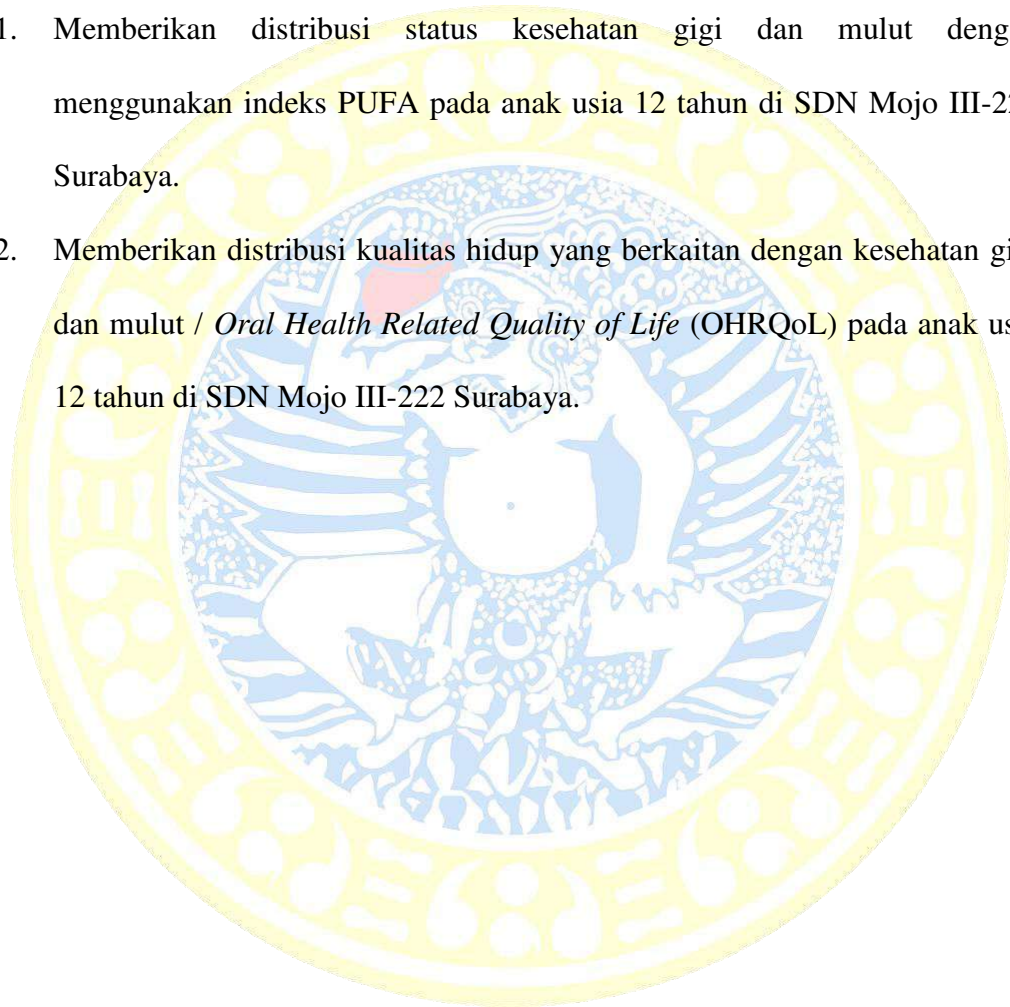
1.3.2 Tujuan Khusus :

1. Mengetahui distribusi kesehatan gigi dan mulut dengan menggunakan indeks PUFA pada anak usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya.
2. Mengetahui distribusi kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan gigi dan mulut / *Oral Health Related Quality of Life* (OHRQoL) pada anak usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya.

3. Mengetahui distribusi kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan gigi dan mulut / *Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL)* pada anak usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya menurut indeks PUFA.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Memberikan distribusi status kesehatan gigi dan mulut dengan menggunakan indeks PUFA pada anak usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya.
2. Memberikan distribusi kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan gigi dan mulut / *Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL)* pada anak usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kesehatan gigi dan Mulut

Kesehatan gigi dan mulut adalah keadaan kesejahteraan rongga mulut, termasuk gigi geligi dan struktur serta jaringan-jaringan pendukungnya bebas dari penyakit dan rasa sakit, dan dapat berfungsi secara optimal (Sriyono, 2009).

Menurut *World Health Organization* (WHO), kesehatan gigi dan mulut memiliki arti bebas dari nyeri kronik pada rongga mulut dan wajah, kanker rongga mulut dan tenggorokan, luka pada rongga mulut, kelainan kongenital seperti bibir atau palatum sumbing, penyakit periodontal, kerusakan dan kehilangan gigi, dan penyakit atau gangguan lainnya yang mempengaruhi rongga mulut (Manurung, 2012).

Kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian integral dari kesehatan tubuh secara keseluruhan yang tidak dapat dipisahkan dari kesehatan tubuh secara umum (Herijulianti, 2001).

Di dalam rongga mulut terdapat berbagai macam mikroorganisme meskipun bersifat komensal, pada keadaan tertentu dapat bersifat patogen apabila respon penjamu terganggu. Hal ini menyebabkan kesehatan gigi dan mulut memiliki peranan penting dalam menjaga kesehatan diri seseorang secara keseluruhan (Riyanti, 2005).

Hingga saat ini, karies gigi dan penyakit periodontal adalah penyakit rongga mulut yang dengan prevalensi tinggi sehingga menjadikan keduanya sebagai masalah utama kesehatan gigi dan mulut saat ini. Penyakit oral seperti karies

memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup seseorang, tidak hanya berpengaruh terhadap fisik, namun juga pada berbagai aspek kehidupan, seperti fungsi oral, penampilan, dan hubungan interpersonal (Naito *et al*, 2006).

2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Status Kesehatan Gigi

Berdasarkan teori Blum, status kesehatan gigi dan mulut seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor penting yaitu keturunan, lingkungan (fisik maupun sosial budaya), perilaku, dan pelayanan kesehatan. Dari keempat faktor tersebut, perilaku memegang peranan yang penting dalam mempengaruhi status kesehatan gigi dan mulut, khususnya perilaku menjaga kesehatan gigi dan mulut. Di samping mempengaruhi status kesehatan gigi dan mulut secara langsung, perilaku dapat juga mempengaruhi faktor lingkungan dan pelayanan kesehatan (Silvia dan Endang, 2005).

1) Perilaku

Perilaku juga memegang peranan penting dalam mempengaruhi status kesehatan gigi dan mulut. Hofsteadt dan Stillerman dalam penelitiannya menemukan adanya perbedaan perilaku kesehatan gigi antara anak yang tinggal di daerah rural dan urban. Persentase anak di daerah rural dan urban yang menyikat gigi dua kali sehari 10% dan 24%, sekali dalam sehari 10% dan 30%, dan yang menyikat gigi hanya sekali dalam seminggu/sesekali 40% dan 20% (Hofstedt dan Stillerman, 2008).

Perilaku yang berbeda antara anak-anak yang tinggal di daerah rural dan urban dijumpai oleh Kosovic, Nilsson, dan Anderson dalam hal mengonsumsi permen/makanan manis dan minuman ringan. Persentase anak usia 12 tahun yang tinggal di daerah urban dengan sosial ekonomi

tinggi dan anak-anak di daerah rural dengan sosial ekonomi rendah yang tinggi mengonsumsi permen atau makanan manis adalah 40% dan 26%. Tingkat mengonsumsi permen/makanan manis lebih tinggi ditunjukkan pada anak-anak yang tinggal di daerah urban dibandingkan anak-anak di daerah rural. Walaupun demikian, frekuensi menyikat gigi lebih baik pada anak-anak yang tinggal di daerah urban dengan sosial ekonomi tinggi dibandingkan anak-anak di daerah rural dengan sosial ekonomi rendah. Tujuh puluh lima persen anak yang tinggal di daerah urban dengan sosial ekonomi tinggi memiliki frekuensi menyikat gigi yang baik, sedangkan pada anak yang tinggal di daerah rural dengan sosial ekonomi rendah hanya 37% yang memiliki frekuensi menyikat gigi yang baik (Kosovic *et al.*, 2003).

Perilaku mempunyai peranan yang sangat besar terhadap status kesehatan individu, kelompok, maupun masyarakat. Selain itu, perilaku juga dipengaruhi oleh lingkungan yang dihadapi. Manusia bertindak laku tertentu karena didorong oleh keinginan untuk mencapai tujuan yang berguna baginya atau adanya motivasi. Motivasi manusia untuk berperilaku tertentu dipengaruhi oleh faktor internal (dari dalam diri) dan faktor eksternal (dari luar diri/lingkungan). Orang tua merupakan salah satu faktor eksternal yang dapat mempengaruhi anak untuk berperilaku. Orang tua terutama ibu merupakan kunci dalam keluarga karena berperan penting dalam pendidikan dan perilaku kesehatan keluarga yang sangat mempengaruhi kesehatan dirinya dan seluruh keluarga. Pendidikan merupakan faktor kedua terbesar dari faktor sosial ekonomi yang

mempengaruhi status kesehatan. Tingkat pendidikan sangat berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap, dan perilaku hidup sehat. Seseorang dengan tingkat pendidikan tinggi akan memiliki pengetahuan dan sikap yang lebih baik tentang kesehatan yang akan mempengaruhi perilakunya untuk hidup sehat. Oleh karena besarnya pengaruh pendidikan terhadap status kesehatan manusia, maka pendidikan ibu sebagai orang yang sangat menentukan kesehatan keluarga, tentunya dapat menjadi faktor penting dalam mempengaruhi perilaku hidup sehat dalam keluarga (Pintauli dan Melur, 2004).

2) Lingkungan

Lingkungan merupakan faktor eksternal yang cukup mempengaruhi bagaimana seseorang mempersepsikan kesehatan rongga mulutnya. Salah satunya adalah dukungan sosial yaitu konsep yang intuitif yang bersumber dari orang lain dimana akan menghasilkan hubungan interpersonal, atau menurut Lin *et al* (1979), adalah akses dukungan yang diperoleh seseorang melalui ikatan sosial antar individu, kelompok, atau komunitas yang lebih besar. Dukungan dari orang terdekat dapat mempengaruhi seseorang dalam bertindak, termasuk dalam pertimbangan tindakan kesehatan (Gupta, 2014).

Penelitian yang dilakukan Fan, *et al.* pada anak usia 3, 5, 6, 12, dan 15 tahun di Deyang, Sichuan, Provinsi China menunjukkan anak usia 12 tahun yang tinggal di daerah urban (kota) memiliki rata-rata DMF-T yang lebih tinggi sebesar 0,90 dibandingkan di daerah sub urban sebesar 0,54 dan di daerah rural (desa) 0,57. Walaupun demikian, rata-rata OHI-S pada

anak usia 12 dan 15 tahun tertinggi dijumpai di daerah rural yaitu 2,62 dan 2,38, diikuti daerah sub urban 1,95 dan 2,09 (Fan *et al.*, 2004).

3) Fasilitas Kesehatan Gigi dan Mulut

Kunjungan ke dokter gigi sebaiknya dilakukan setiap enam bulan sekali meskipun tidak ada keluhan. Hal ini dilakukan untuk memeriksa apakah terdapat gigi yang beresiko berlubang, atau gigi lain ada yang berlubang selain yang telah ditambal, sehingga dapat dilakukan perawatan sedini mungkin. Selain itu untuk melihat apakah terdapat kembali karang gigi yang dapat dibersihkan (kontrol plak) dan kelainan-kelainan lainnya yang mungkin ada. Masih banyak yang tidak mengetahui tujuan kontrol plak dengan kunjungan rutin ke dokter gigi dapat membuang plak dan kalkulus yang telah menumpuk sebelum menyebabkan hal yang lebih parah seperti gingivitis dan periodontitis (Sutjipto *et al.*, 2013).

Pada penelitian Sheiham *et al* (1985), didapatkan hubungan antara kunjungan rutin ke fasilitas kesehatan gigi (untuk *relief of pain* ataupun pemeriksaan rutin) dengan jumlah gigi yang karies dan ditumpat. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa frekuensi kunjungan ke fasilitas kesehatan gigi membantu dalam penundaan kehilangan gigi dan mempertahankan fungsi gigi. Individu yang mengunjungi dokter gigi hanya saat merasa kesakitan pada gigi atau masalah lain cenderung merasakan OHRQoL yang lebih buruk di aspek fisik dan psikologis dibanding pada individu yang memiliki kunjungan rutin ke fasilitas kesehatan gigi tanpa menunggu adanya keluhan (Brennan *et al.*, 2007).

2.3 Indeks PUFA

Indeks PUFA digunakan untuk menilai keadaan rongga mulut akibat karies yang tidak terawat. Indeks ini memiliki empat acuan untuk penilaian, yaitu keadaan pulpa yang terlibat pada proses karies gigi (pulpitis), ulserasi dari mukosa, fistula, dan abses. Lesi disekeliling karies yang tidak berhubungan dengan keterlibatan pulpa sebagai akibat karies tidak dicatat (Monse *et al*, 2010).

Pengukuran dilakukan secara visual dan tidak menggunakan alat khusus. Hanya satu skor mewakili tiap gigi. Apabila terdapat keraguan dalam menentukan tingkat infeksi odontogenik, maka diberikan skor dasar. Jika gigi susu dan gigi permanen penggantinya sudah mulai tumbuh dan keduanya sudah infeksi, maka keduanya akan diukur. Penulisan indeks dengan huruf besar digunakan untuk pengukuran gigi permanen dengan rentang skor 0-20 dan huruf kecil digunakan untuk gigi susu dengan rentang skor 0-32. Kode dan kriteria untuk indeks PUFA adalah sebagai berikut (Monse *et al*, 2010) (Mehta, 2010) :

1. Keterlibatan pulpa (p) dicatat apabila kamar pulpa telah terbuka dan kelihatan atau struktur korona gigi telah hancur akibat proses karies gigi dan hanya akar atau fragmen akar yang tertinggal.
2. Ulserasi (u) dicatat jika sisi tajam gigi dengan keterlibatan pulpa atau sisa akar menyebabkan ulser traumatik pada jaringan lunak seperti lidah atau mukosa bukal.
3. Fistula (f) dicatat jika ada saluran pus yang berhubungan dengan keterlibatan pulpa.
4. Abses (a) merupakan pembengkakan dan mengandung pus yang berhubungan dengan gigi dengan keterlibatan pulpa.

Skor PUFA per orang dihitung secara kumulatif sama seperti DMF-T dan mewakili jumlah gigi yang memenuhi kriteria diagnostik PUFA. Indeks PUFA dihitung dengan menjumlah P-U-F-A. Pengalaman PUFA untuk suatu populasi diperhitungkan sebagai suatu rata-rata dan memiliki nilai desimal (Monse *et al*, 2010).

2.4 Konsep Sehat-Sakit

2.4.1 Persepsi Tentang Sehat dan Sakit

Secara ilmiah, penyakit (*disease*) diartikan sebagai gangguan fungsi fisiologis dari suatu organisme sebagai akibat dari infeksi atau tekanan dari lingkungan. Jadi, penyakit itu bersifat obyektif. Sebaliknya, sakit (*illness*) adalah penilaian individu terhadap pengalaman menderita suatu penyakit. Di negara-negara maju, banyak orang yang sangat tinggi kesadarannya akan kesehatan dan takut terkena penyakit sehingga jika dirasakan sedikit saja kelainan pada tubuhnya, maka dia akan langsung pergi ke dokter, padahal ternyata tidak terdapat gangguan fisik yang nyata (*hypochondriacal*). Keluhan psikosomatis seperti ini lebih banyak ditemukan di negara maju daripada di kalangan masyarakat tradisional. Umumnya masyarakat tradisional memandang seseorang mengalami sakit apabila orang itu kehilangan nafsu makannya atau gairah kerjanya, tidak dapat lagi menjalankan tugasnya sehari-hari secara optimal atau kehilangan kekuatan sehingga harus tinggal di tempat tidur (Sudarti, 1998).

Selama seseorang masih mampu melaksanakan fungsinya seperti biasa maka orang itu masih dikatakan sehat. Batasan “sehat” yang diberikan WHO adalah :

“*A state of complete physical, mental and social wellbeing*”. Dari batasan ini jelas terlihat bahwa sehat itu tidak hanya menyangkut kondisi fisik, melainkan juga kondisi mental dan sosial seseorang. Konsep sehat-sakit ini berbeda-beda antara kelompok masyarakat. Oleh sebab itu, petugas kesehatan perlu menyelidiki persepsi masyarakat setempat tentang sehat dan sakit, mencoba mengerti mengapa persepsi tersebut sampai berkembang sedemikian rupa dan setelah itu mengusahakan mengubah persepsi tersebut agar mendekati konsep yang lebih obyektif. Dengan cara ini, penggunaan sarana kesehatan diharapkan dapat lebih ditingkatkan.

2.4.2 Perilaku Sakit

Seorang ahli sosiologi dan psikologi sosial yang lain, Mechanic, mengembangkan teori tentang perilaku sakit yang dinamakannya teori respon bertahan (*coping response theory*) (Notoatmodjo dan Sarwono, 1986).

Menurut Mechanic, perilaku sakit adalah reaksi optimal dari individu jika dia terkena suatu penyakit. Dan reaksi ini sangatlah ditentukan oleh sistem sosialnya. Perilaku sakit erat hubungannya dengan konsep diri, penghayatan situasi yang dihadapi pengaruh petugas kesehatan, serta pengaruh birokrasi. Misalnya karyawan yang mendapat jaminan perawatan kesehatan yang baik akan cenderung lebih cepat merasa sakit daripada mereka yang justru kehilangan nafkah hariannya jika tidak masuk kerja karena sakit. Ada dua faktor utama yang menentukan perilaku sakit: persepsi atau defenisi individu tentang suatu situasi/penyakit, serta kemampuan individu untuk melawan serangan penyakit tersebut. Dengan demikian dapatlah dimengerti mengapa ada orang yang dapat mengatasi gangguan kesehatan yang cukup berat, sedangkan orang lain yang

gangguannya lebih ringan malah memperoleh berbagai masalah, bukan saja fisik, melainkan masalah psikis dan sosial. Banyak faktor yang menyebabkan orang bereaksi terhadap penyakit, antara lain sebagai berikut :

- 1) Dikenalnya atau dirasakannya gejala-gejala/tanda-tanda yang menyimpang dari keadaan biasa.
- 2) Banyaknya gejala yang dianggap serius dan diperkirakan menimbulkan bahaya.
- 3) Dampak gejala itu terhadap hubungan dengan keluarga serta hubungan kerja dalam kegiatan sosial lainnya.
- 4) Frekuensi dari gejala dan tanda-tanda yang tampak, serta persistensinya.
- 5) Nilai ambang dari mereka yang terkena suatu gejala (*susceptibility* atau kemungkinan individu untuk diserang suatu penyakit).
- 6) Informasi, pengetahuan, dan asumsi budaya tentang suatu penyakit.
- 7) Perbedaan interpretasi terhadap gejala yang dikenal oleh individu.
- 8) Adanya kebutuhan untuk bertindak/berperilaku mengatasi suatu gejala sakit.
- 9) Tersedianya sarana kesehatan, kemudahan mencapai sarana tersebut, tersedianya biaya dan kemampuan untuk mengatasi stigma serta jarak sosial (rasa malu, takut, dsb).

2.4.3 Peran Sakit

Peran adalah satu pola tingkah laku, kepercayaan, nilai, dan sikap yang di harapkan oleh masyarakat. Pada kondisi tertentu seseorang dapat mengalami sakit yang menyebabkan dirinya tidak dapat melakukan kegiatan sosial dalam kondisi ini seseorang tersebut dikatakan sedang

melakukan peran sakit. Sebagian orang memanfaatkan peran sakit untuk mengurangi konflik antara kebutuhan pribadi dan tuntutan peran sosial, contoh orang sakit akan diberi makan yang enak tanpa harus bekerja. Peran sakit dikatakan sebagai bentuk penyimpangan terhadap ketegangan dalam sistem sosial yang dapat di terima masyarakat. Empat peran sakit menurut Talcott Parsons adalah :

- 1) Orang sakit dibebaskan dari peran sosial normatif. Pembebasan ini sebenarnya relatif, tergantung pada sifat dan tingkat keparahan keadaan sakit tersebut.
- 2) Orang sakit tidak bertanggung jawab atas keadaannya. Keadaan sakit seseorang dianggap di luar kendali.
- 3) Orang sakit harus berusaha untuk sembuh
- 4) Orang sakit harus mencari pengobatan dan pekerja sama dengannya (NAKES) selama proses penyembuhan.

Enam peran sakit menurut sudibyo supardi adalah :

- 1) Sakit sebagai upaya untuk menghindari tekanan, kondisi sakit dapat menghindarkan konflik atau ketegangan
- 2) Sakit sebagai upaya untuk mendapatkan perhatian anggapan masyarakat bahwa sakit harus mendapatkan perhatian khusus.
- 3) Sakit sebagai kesempatan untuk istirahat sakit dapat mengurangi ketegangan dalam pekerjaan
- 4) Sakit sebagai alasan kegagalan pribadi sakit dapat dijadikan pembenaran diri dari tanggung jawab sehingga mendapat pemakluman.

- 5) Sakit sebagai penghapus dosa anggapan bahwa sakit merupakan hukuman tuhan dan penghapus dosa.
- 6) Sakit untuk mendapatkan alat tukar seseorang yang memiliki asuransi kesehatan akan memilih dirawat lebih lama

2.5 Oral Health-Related Quality of Life/OHRQoL (Kualitas Hidup terkait Kesehatan Gigi dan Mulut)

Konsep sehat menurut WHO adalah keadaan lengkap dan baik secara fisik, mental, dan sosial, tidak hanya ketiadaan penyakit. Konsep ini meluaskan pandangan terhadap kesehatan pada dimensi psikologis dan sosial. Demikian pula konsep promosi kesehatan WHO (1986) yang merujuk pada, bahwa individu atau masyarakat harus dapat mengidentifikasi kebutuhannya sendiri dan dapat mengubah atau menyesuaikan diri dengan lingkungan untuk mencapai tujuan sehat yang meliputi fisik, mental, dan kesejahteraan sosial. Dari sinilah, kesehatan dipandang sebagai sumber atau aset yang dapat membantu seseorang untuk menjalani kehidupan sehari-hari dengan normal. Ide ini kemudian menjadi sumber konsep dari *Health-related Quality of Life (HRQoL)* atau kualitas hidup terkait kesehatan, yang merupakan kemampuan individu untuk menjalankan *performance*, baik dari segi fungsi, fisik, emosi, sosial, dan memberikan kepuasan secara umum yang dirasakan pada kehidupannya sehari-hari. Pengukuran HRQoL dilakukan dengan melibatkan dimensi subjektif dan objektif dari dampak perawatan kesehatan. Dimensi objektif HRQoL adalah pengukuran langsung atau tidak langsung pada keadaan tubuh, yang mempengaruhi diagnosa, pilihan perawatan, dan prognosis perawatan kesehatan. Dimensi subjektif berdasarkan pada penilaian personal dan kepercayaan individu berdasarkan pembelajaran atau

pengalaman; hal ini menggambarkan pentingnya nilai dari setiap elemen kualitas hidup pada tiap individu yang berbeda setiap waktu (Jette, 1993).

Kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut (OHRQoL) memiliki banyak definisi, dari definisi simpel hingga kompleks. Pengertian OHRQoL dikembangkan sehingga dapat memberikan pengertian yang lebih baik pada konsep tersebut. Locker (1989) mendefinisikan OHRQoL sebagai fungsional rongga mulut dan individu secara kesatuan yang disertai dengan gejala subjektif seperti rasa sakit dan ketidaknyamanan. Kressin (1997) mendefinisikan OHRQoL sebagai dampak dari kondisi oral pada fungsinya di kehidupan sehari-hari.

Menurut Slade *et al* (1998) kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut merupakan evaluasi keadaan kesehatan secara khusus mengenai kesehatan gigi dan mulut dengan menganalisis dampak fungsional, sosial, dan psikologis serta ketidaknyamanan terkait masalah kesehatan gigi dan mulut. Locker *et al* (2000) memberikan definisi yang lebih simpel tetapi komprehensif tentang OHRQoL sebagai keadaan rongga mulut yang dapat mempengaruhi fungsional dan psikologis kehidupan sehari-hari individu (Gupta, 2014).

Naito *et al* (2006) mendefinisikan OHRQoL sebagai penilaian individu terhadap dirinya sendiri tentang kondisi fungsional, psikologis, dan sosiologis yang dipengaruhi oleh keadaan gigi dan mulutnya (Naito *et al*, 2006).

Definisi mengenai OHRQoL yang paling umum digunakan kini adalah OHRQoL sebagai dampak dari keadaan dan kelainan rongga mulut pada aspek kehidupan sehari-hari yang berdasarkan pada penilaian seseorang, yang tergantung dari frekuensi, seberapa sering atau lamanya mempengaruhi

pengalaman dan persepsi individu dalam hidupnya secara keseluruhan (Locker dan Allen, 2007).

Hal ini memberikan perspektif baru dalam bidang kedokteran gigi bahwa tujuan utama perawatan gigi tidak hanya terbebasnya gigi dan mulut dari karies atau penyakit periodontal maupun penyakit rongga mulut lainnya, tetapi juga kondisi kesehatan secara mental dan sosial yang dipengaruhinya. Sejak akhir tahun 1980, kesehatan mulut yang berkaitan dengan kualitas hidup sudah mulai menjadi prioritas para spesialis dan mereka memusatkan pada evaluasi konsekuensi penyakit mulut dalam kehidupan individu dan pendirian langkah-langkah yang tepat untuk mencegah efek negatif penyakit mulut terhadap kualitas hidup. Telah banyak penelitian yang melihat adanya hubungan antara kesehatan rongga mulut terhadap kualitas hidup, sehingga diperoleh beberapa unsur yang yang mempengaruhi OHRQoL ini yang nantinya akan mendasari penilaian OHRQoL, antara lain (Dwidjayanti, 2012):

1. Dimensi Fisik

Dimensi fisik atau faktor-faktor fungsional yang merupakan bagian dari penilaian OHRQoL. Dimensi fisik meliputi faktor-faktor fungsional rongga mulut yang dirasakan sebagai dampak dari keadaan atau kesehatan rongga mulut individu, seperti kemampuan mengunyah, menggigit, menelan, berbicara, dan merasakan makanan.

2. Dimensi Psikologis

Dimensi psikologis meliputi faktor-faktor psikologis yang dipengaruhi oleh keadaan atau kesehatan gigi dan mulut individu, seperti tentang

penampilan seseorang, senyuman, dan harga diri (penghargaan terhadap diri sendiri).

3. Dimensi Sosial

Dimensi sosial meliputi persepsi individu mengenai keadaan gigi dan mulutnya yang mempengaruhi interaksi atau hubungan mereka dengan orang lain. Penilaian tersebut mencakup antara lain seperti pengaruh dari keadaan atau kesehatan gigi dan mulutnya dalam berhubungan, berinteraksi, atau berbicara di depan orang lain serta pengalaman rasa sakit atau tidak nyaman yang mempengaruhi interaksi dengan orang di lingkungannya.

4. Dimensi Ekonomi

Dimensi ekonomi meliputi persepsi individu terhadap kesehatan gigi dan mulutnya yang mempengaruhi aspek ekonomi pada kehidupannya. Pada dimensi ini dapat dilihat sejauh mana individu mengetahui atau merasakan dampak dari kesehatan gigi dan mulutnya terhadap hal yang terkait dengan perekonomiannya dalam kehidupan sehari-hari, baik dari segi kemampuannya bekerja maupun pengaruhnya pada aspek kesehatannya secara umum.

Kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut (OHRQoL) adalah penilaian subjektif seseorang yang dapat dipengaruhi oleh berbagai macam kondisi individu, lingkup sosiokultur, dan pengalaman masing-masing individu. Hal ini menyebabkan seorang yang memiliki beberapa masalah pada rongga mulutnya dapat saja memiliki kualitas hidup yang baik, karena kualitas hidup sendiri

merupakan multidimensial yang menunjukkan variasi dari waktu ke waktu pada tiap individu yang berbeda (Hernandez *et al*, 2015).

Menurut penelitian Chusing *et al* (1986), jumlah gigi yang karies memiliki hubungan positif dengan OHRQoL pada segi psikologis berupa ketidakpuasan penampilan gigi. Gigi hilang adalah salah satu dari masalah kesehatan oral yang terburuk karena dapat mempengaruhi estetika dan masalah fungsional (Hernandez, 2015).

2.6 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Anak

Kualitas hidup anak secara umum dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain (Lindstrom, 1995) :

1. Kondisi global, meliputi lingkungan makro yang berupa kebijakan pemerintah dan asas-asas dalam masyarakat yang memberikan perlindungan anak.
2. Kondisi eksternal, meliputi lingkungan tempat tinggal (cuaca, musim, polusi, kepadatan penduduk), status sosial ekonomi, pelayanan kesehatan dan pendidikan orang tua.
3. Kondisi interpersonal, meliputi hubungan sosial dalam keluarga (orang tua, saudara kandung, saudara lain serumah dan teman sebaya).
4. Kondisi personal, meliputi dimensi fisik, mental dan spiritual pada diri anak sendiri, yaitu genetik, umur, kelamin, ras, gizi, hormonal, stress, motivasi belajar dan pendidikan anak serta pengajaran agama.

2.7 Pengukuran OHRQoL pada Anak

Ada beberapa macam kuesioner yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup antara lain (Piovesan *et al.*, 2009) :

1) *Child Oral Impacts on Daily Performances (C-C-OIDP)*

Guerunpong mengadaptasi C-OIDP yang terdiri atas 8 item untuk anak usia 11- 12 tahun yang bertujuan mengevaluasi dampak kesehatan mulut pada kemampuan anak untuk melakukan aktivitas sehari-hari, termasuk pengukuran dimensi fisik, psikologis dan sosial. Skor dari dampak masalah kesehatan rongga mulut terhadap beberapa aktivitas di ukur dari skor keparahan dan frekuensi. Hasil skor untuk satu dampak intensitas berkisar 0-9.

Ukuran skor dampak intensitas:

1. Sangat parah: Jumlah skor 9 (keparahan skor 3 x frekuensi skor 3)
2. Parah : Jumlah skor 6 (keparahan skor 2 x frekuensi skor 3 / keparahan skor 3 x frekuensi 2)
3. Cukup : Jumlah skor 3-4 (keparahan skor 2 x frekuensi skor 2 / keparahan skor 3 x frekuensi skor 1)
4. Rendah: Jumlah skor 2 (keparahan skor 2 x frekuensi skor 1)
5. Sangat rendah: Jumlah skor 1 (keparahan skor 1x frekuensi skor 1).

2) *The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS).*

Locker menggunakan indeks ECOHIS untuk mengukur penyakit, kecacatan, keterbatasan fungsional dan kerugian sosial yang saling berhubungan tetapi dapat dimodifikasi oleh kondisi psikologis dan sosial yang berbeda-beda.

3) *The Child Perceptions Questionnaire (CPQ 11-14).*

Foster menggunakan indeks untuk mengukur sejauh mana dampak kesehatan rongga mulut terhadap kualitas hidup yang dilaporkan pada

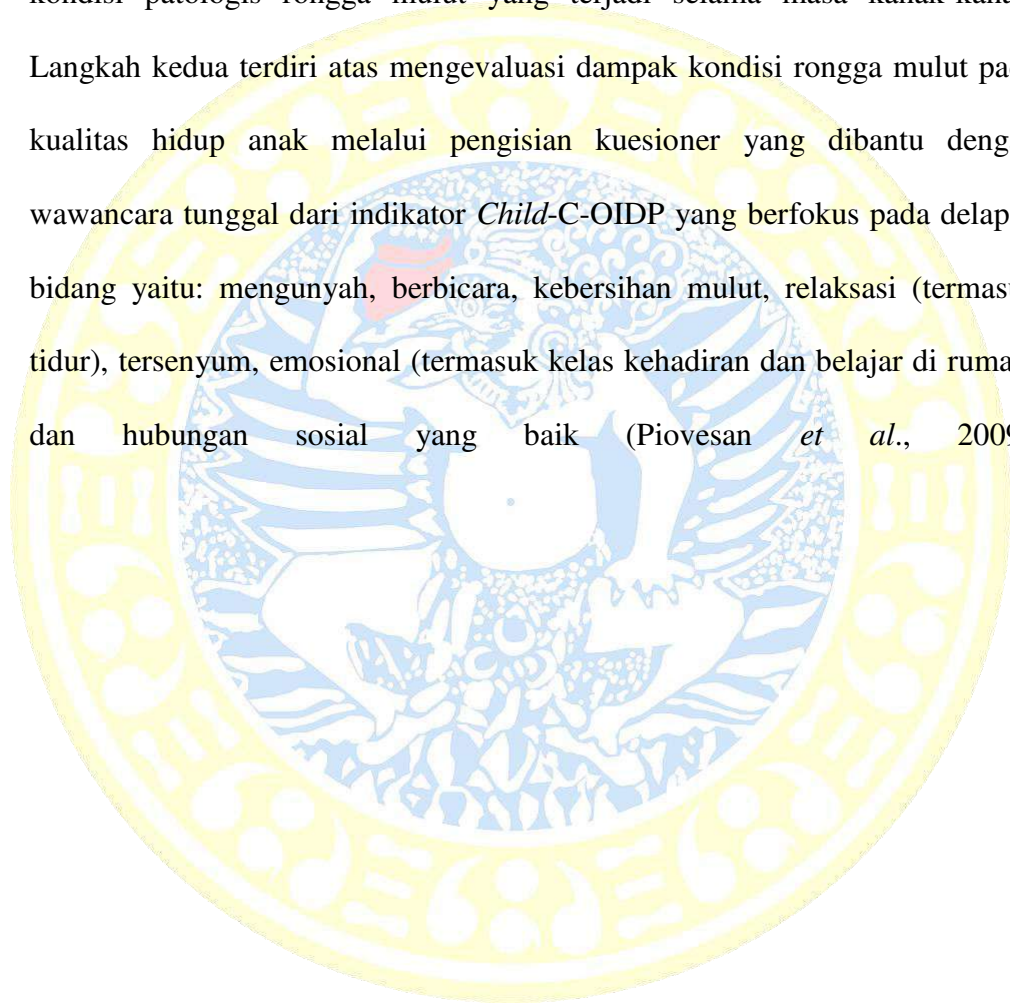
anak-anak. Indeks ini terdiri atas 37 pertanyaan yang di kategorikan atas 4 kelompok, yaitu : gejala oral, keterbatasan fungsional, kesejahteraan emosional dan sosial yang baik.

Tabel 2.1. Karakteristik beberapa instrumen untuk menilai dampak kesehatan mulut pada kualitas hidup anak-anak (Ebrahim *et al.*, 2009).

Penelitian	Kota	Indeks	Usia (tahun)	Jumlah Item	Dimensi Kualitas Hidup
Broder <i>et al.</i> , 2005	USA	COHIP	8-14	34	Gejala oral, fungsi kesejahteraan, emosional, harga diri, dan harapan
Guerunpong <i>et al.</i> , 2004	Thailand	Child-C-OIDP	11-12	8	Kegiatan sehari-hari yang berkaitan dengan kinerja, psikologi, fisik, dan sosial.
Jokovic <i>et al.</i> , 2002	Canada	COH-QOL	6-14	14	Kegiatan keluarga, keuangan, konflik dalam keluarga, dan emosi dari orang tua
Fosterpage <i>et al.</i> , 2005	New Zealand	CPQ 11-14	11-14	37	Gejala oral, keterbatasan fungsional, kesejahteraan emosional, sosial dan kesejahteraan
Talekar <i>et al.</i> , 2005	USA	ECOHIS	2-5	Orang tua 4, anak 9	Fungsional, psikologis, dan kondisi sosial

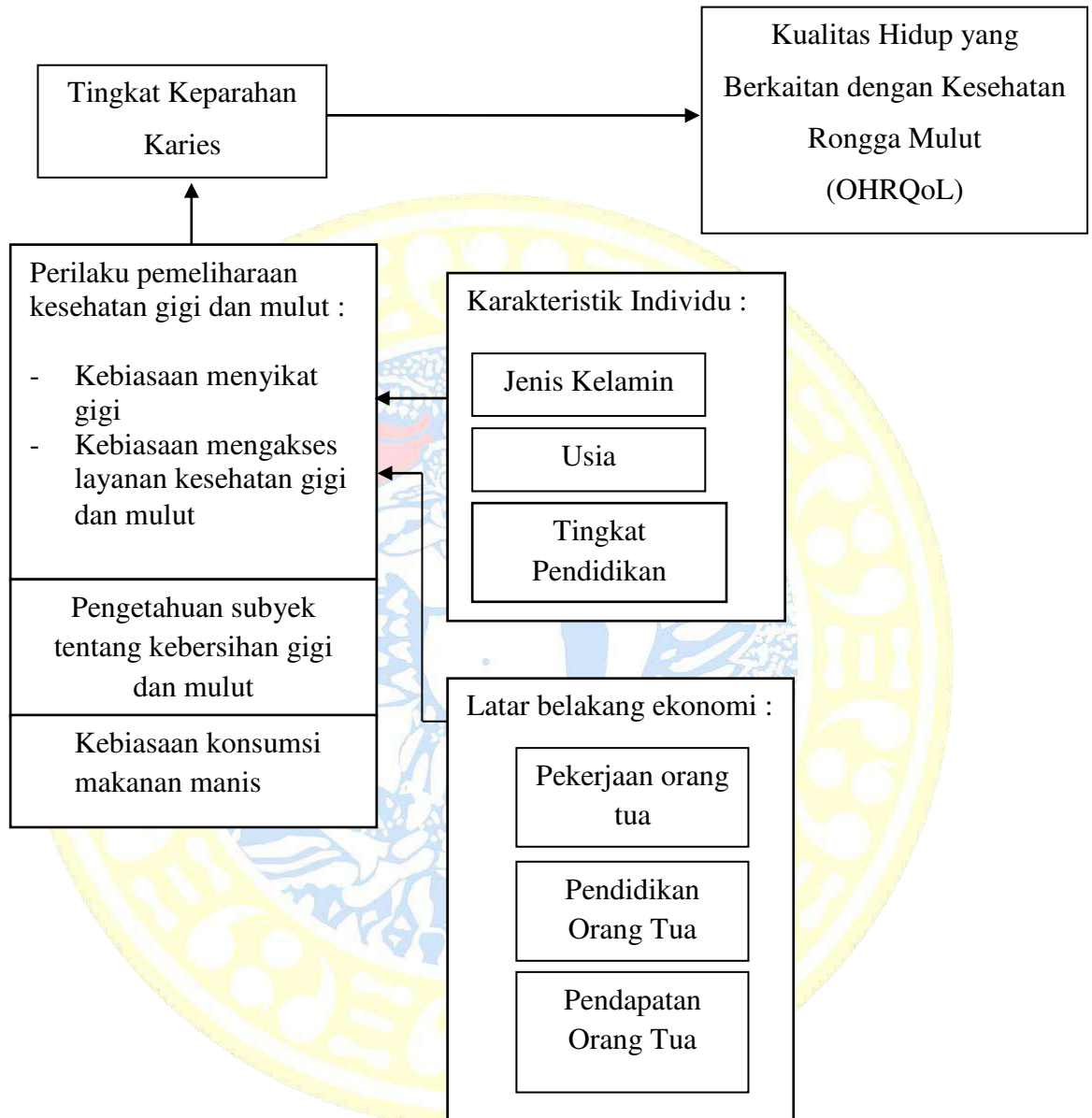
Berbagai indeks digunakan untuk menentukan hubungan kualitas hidup dengan kesehatan mulut. *Oral Health Impact Performance* (OHIP) dan *Oral Impact on Daily Performance* (C-OIDP) diadaptasi untuk digunakan pada

anak-anak. *Child-C-OIDP (Child-Oral Impact on daily Performance)* digunakan untuk perencanaan masyarakat didukung program penyuluhan kesehatan untuk anak-anak. Indikator ini menggunakan dua langkah: Langkah pertama terdiri atas menentukan masalah kesehatan rongga mulut yang diikuti dengan menjawab daftar pertanyaan yang berisi sebagian besar tentang kondisi patologis rongga mulut yang terjadi selama masa kanak-kanak. Langkah kedua terdiri atas mengevaluasi dampak kondisi rongga mulut pada kualitas hidup anak melalui pengisian kuesioner yang dibantu dengan wawancara tunggal dari indikator *Child-C-OIDP* yang berfokus pada delapan bidang yaitu: mengunyah, berbicara, kebersihan mulut, relaksasi (termasuk tidur), tersenyum, emosional (termasuk kelas kehadiran dan belajar di rumah) dan hubungan sosial yang baik (Piovesan *et al.*, 2009).



BAB 3

KERANGKA KONSEP



Penjelasan kerangka konsep :

Kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut/*Oral Health Related Quality of Life* (OHRQoL) merupakan penilaian individu terhadap bagaimana seseorang dapat menjalankan *performance*, dari segi fungsional, sosial, dan psikologis, dalam kehidupannya sehari-hari yang dipengaruhi oleh keadaan gigi dan mulutnya untuk mencapai kepuasan hidup. OHRQoL anak dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti faktor sosioekonomi, keluarga atau lingkungan, serta tingkat kesehatan gigi dan mulut.

Tingkat kesehatan gigi dan mulut merupakan faktor resiko yang secara langsung dapat mempengaruhi kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut (OHRQoL) seseorang. Tingkat kesehatan gigi seseorang dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, yaitu perilaku pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut, pengetahuan tentang kesehatan gigi dan mulut, serta kebiasaan konsumsi makanan manis.

Pada anak-anak, karies yang parah dapat mengurangi kualitas hidup mereka: mereka dapat mengalami rasa sakit, ketidaknyamanan, keterbatasan beraktivitas, infeksi akut dan kronis, gangguan makan dan tidur, biaya pengobatan yang tinggi, dan kehilangan hari sekolah yang dapat menyebabkan penurunan kemampuan akademik akibat berkurangnya waktu untuk belajar. Karies juga memengaruhi gizi, pertumbuhan, dan berat badan anak. Masalah kesehatan gigi dan mulut juga menjadi perhatian yang sangat penting dalam pembangunan kesehatan, khususnya anak usia sekolah dasar. Usia sekolah merupakan masa untuk meletakkan landasan kokoh bagi terwujudnya manusia yang berkualitas dan

kesehatan merupakan faktor penting yang menentukan kualitas sumber daya manusia.

Pemilihan anak usia 12 tahun sebagai populasi penelitian karena usia ini digunakan untuk memantau penyakit karies gigi secara global (*global caries monitoring age*) untuk dibandingkan secara internasional serta untuk memantau perkembangan dari penyakit gigi (Depkes RI, 1994).

Menurut WHO (2013), usia 12 tahun sangat penting karena usia ini adalah usia dimana anak-anak secara umum akan meninggalkan sekolah dasar, sehingga pada banyak negara, usia ini banyak digunakan sebagai sampel yang dapat dengan mudah diperoleh melalui sistem sekolah. Pada usia ini biasanya semua gigi permanen telah tumbuh kecuali gigi molar ketiga. Alasan inilah yang menyebabkan usia 12 tahun menjadi indikator global untuk perbandingan internasional dan survei terhadap tren penyakit.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian observasional deskriptif dengan desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional study*.

4.2 Populasi

Populasi penelitian ini adalah siswa kelas VI SDN Mojo III-222, Surabaya yang telah memasuki usia 12 tahun saat penelitian dilakukan.

4.3 Sampel

1. Kriteria Inklusi Sampel :

- a. Siswa kelas VI SDN Mojo III-222 Surabaya yang telah memasuki usia 12 tahun saat penelitian dilakukan
- b. Mengikuti pelajaran saat penelitian
- c. Bersedia menjadi sampel

2. Kriteria Eksklusi Sampel :

- a. Berusia kurang dari 12 tahun saat penelitian dilakukan
- b. Tidak masuk sekolah saat penelitian dilakukan
- c. Tidak bersedia menjadi sampel

4.4 Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini adalah sebesar 53 anak.

4.5 Teknik Sampling

Pengambilan sampel dengan menggunakan metode *total sampling*.

4.6 Variabel Penelitian

No.	Variabel	Definisi Operasional	Metode Ukur	Alat Ukur	Hasil dan Skala Pengukuran
1.	Karies	Jumlah lubang di permukaan gigi akibat proses demineralisasi enamel gigi oleh bakteri. Bila di satu gigi terdapat >1 karies, dihitung satu karies.	Observasi Langsung	Menggunakan instrumen kaca mulut dan sonde untuk melihat ada tidaknya karies secara klinis. Setelah itu hasil pemeriksaan dicatat dalam form indeks DMF-T untuk menilai jumlah karies aktif serta form indeks PUFA untuk menilai jumlah karies yang telah berkembang menjadi keadaan yang lebih parah, yaitu ; pulpitis, ulserasi, fistula, dan abses.	Rasio, dengan skala 0-32
2.	Frekuensi Menyikat Gigi	Dilihat dari frekuensi/ seberapa sering responden menyikat giginya dalam sehari	Wawancara	1 item pada kuisioner mengenai frekuensi menyikat gigi dalam sehari.	Nominal 1 kali sehari=1 2 kali sehari=2
3.	Rutinitas Menyikat Gigi	Dilihat dari rutinitas responden dalam menyikat giginya sehari-hari. Apakah responden rutin menyikat gigi setiap hari ataukah terkadang lupa untuk menyikat gigi dalam sehari.	Wawancara	1 item pada kuisioner mengenai rutinitas menyikat gigi dalam sehari.	Nominal Rutin Tidak Rutin
4.	Kebiasaan mengakses layanan kesehatan gigi dan mulut	Perilaku subjek dalam mengakses layanan kesehatan gigi dan mulut yang ditinjau dari riwayat mengakses layanan kesgilut, pengalaman subjek dengan perawatan di bidang kedokteran gigi	Wawancara	1 item pada kuisioner tentang riwayat kunjungan ke layanan kesgilut, pengalaman dengan perawatan di bidang kedokteran gigi, serta alasan individu mengakses layanan kesgilut.	Nominal -Riwayat kunjungan : (Pernah atau Tidak Pernah) -Pengalaman dengan perawatan di bidang

		ketika subjek mengakses layanan kesgilut, serta alasan subjek untuk mengakses layanan kesgilut ; apakah karena subjek merasakan sakit di rongga mulutnya atau karena subjek memberikan perhatian mengenai kesgilutnya sehingga mengakses layanan kesgilut tanpa menunggu timbulnya rasa sakit di rongga mulut subjek.			kedokteran gigi : (Pencabutan atau Selain Pencabutan) Alasan Individu mengakses layanan kesgilut : (Ketika sedang mengalami sakit gigi atau tanpa ada rasa sakit di gigi)
5.	Pengetahuan subyek tentang kebersihan gigi dan mulut	Hal yang diketahui oleh subyek mengenai tanda fisik kebersihan gigi dan mulut yang baik dan buruk, cara mencegahnya serta penyebab kebersihan gigi dan mulut itu bisa buruk	Wawancara	1 item pada kuisioner Tentang pengetahuan menjaga kebersihan gigi dan mulut yang terdiri dari 3 pertanyaan mengenai tanda klinis kesehatan gigi yang bururk, penyebab kesehatan gigi yang bururk, serta cara menjaga kesehatan gigi.	Nominal Cukup atau Kurang
6.	Jenis Kelamin	Jenis kelamin subyek yang diperoleh dari catatan data siswa yang diperoleh di sekolah.	Observasi data	1 item di lembar form penelitian tentang jenis kelamin	Nominal Laki-laki atau perempuan
7.	Usia	Usia subjek yang dihitung dari tanggal lahir subjek hingga tanggal dilakukan penelitian .	Observasi data	1 item di lembar form penelitian tentang tanggal lahir subjek.	
8.	Tingkat Pendidikan	Pendidikan terakhir yang telah dienyam oleh subjek.	Observasi data	1 item di lembar form penelitian tentang jenis kelamin	

9.	Pekerjaan orang tua	Data mengenai pekerjaan orang tua subyek meliputi pekerjaan di bidang medis (dokter, perawat, bidan, apoteker) atau non medis (guru, petani, pedagang, dll).	Observasi data	1 item di lembar form penelitian tentang pekerjaan orang tua	Nominal Medis atau Non Medis
10.	Pendidikan Orang Tua	Latar belakang pendidikan formal tertinggi yang pernah diselesaikan oleh orang tua responden ditandai dengan ijazah atau legalitas yang sejenisnya.	Kuisisioner	1 item pada kuisisioner tentang tingkat pendidikan	Nominal Sekolah atau Sarjana
11.	Pendapatan Orang Tua	Pendapatan orang tua yang didapatkan melalui penghasilan/gaji yang didapat oleh orang tua (ayah dan ibu) individu setiap bulannya.	Kuisisioner	1 item di lembar form penelitian tentang jumlah penghasilan orang tua individu setiap bulannya.	Interval, kemudian diolah menjadi data nominal : $< \text{Rp } 3.045.000 = 1$ $\geq \text{Rp } 3.045.000 = 2$
12.	Kualitas Hidup yang Berkaitan dengan Kesehatan Rongga Mulut	Penilaian individu terhadap dirinya sendiri tentang kondisi fungsional, fisik, psikologis, sosiologis, berdasarkan kepuasan terhadap kesehatannya yang dipengaruhi oleh keadaan oral.	Wawancara	Pengisian kuisisioner COIDP sejumlah 8 pertanyaan yang dilakukan dengan wawancara langsung. Skor tiap item pertanyaan memiliki bobot yang dikalikan dengan skala <i>likert</i> pada tiap item pertanyaan, yaitu: 1= sering, 2= kadang kadang, 3= sangat jarang, 4= tidak pernah, Kemudian skala likert tiap pertanyaan dikalikan	Rasio, dengan skala 0-72

				dengan bobot keparahan yang tersedia pada tiap pertanyaan lalu dijumlah dari total semua pertanyaan. Semakin kecil jumlah skor menunjukkan dampak yang kecil sehingga kualitas hidup semakin baik.	
--	--	--	--	--	--

4.7 Instrumen Penelitian

1. Form kuesioner untuk mengetahui nama dan usia responden.
2. Form indeks PUFA untuk mengetahui status kesehatan gigi dan mulut responden.
3. Form kuesioner *Child Oral Impacts on Daily Performances (C-OIDP)* untuk mengetahui tingkat kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut pada anak usia 12 tahun. Indeks C-OIDP terdiri dari delapan pertanyaan yang bertujuan melihat persepsi anak terhadap aktivitasnya sehari-hari yang dipengaruhi oleh kesehatan rongga mulutnya.

4.8 Uji Validitas dan Reabilitas Kuisisioner

Kuisisioner yang digunakan dalam penelitian ini merupakan kuisisioner yang berasal dari bahasa asing, sehingga perlu dilakukan proses translasi/penerjemahan. Proses translasi dilakukan dengan cara menerjemahkan kuisisioner dari bahasa asing, yaitu Inggris ke dalam bahasa Indonesia oleh seorang yang fasih berbahasa Indonesia namun telah lama menetap di negara yang menggunakan bahasa Inggris. Kemudian ditranslasikan kembali ke bahasa Inggris oleh seorang yang

fasih dalam bahasa Inggris namun telah menetap lama di Indonesia.. Tujuan dari proses translasi tersebut adalah tercapainya kuisisioner yang secara bahasa dapat dipahami oleh subjek penelitian. Setelah dilakukan proses translasi, maka harus dilakukan proses *cross-culture* untuk menguji apakah kuisisioner tersebut dapat digunakan di negara yang bersangkutan. Hal tersebut perlu dilakukan karena adanya perbedaan keudayaan antara negara asal kuisisioner dengan negara tempat dilakukan penelitian. Namun dalam penelitian ini proses *cross-culture* tidak dilakukan.

Menurut Riyanto (2010), ada dua syarat penting yang berlaku pada sebuah kuisisioner yaitu keharusan sebuah kuisisioner untuk valid (sah) dan reliabel (handal). Kuisisioner dikatakan valid apabila pertanyaan pada kuisisioner mampu mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuisisioner tersebut. Suatu kuisisioner dikatakan reliabel jika jawaban seseorang terhadap pertanyaan tersebut konsisten atau stabil dari waktu ke waktu. Untuk mengetahui reliabilitas kuisisioner, dapat digunakan perhitungan dengan aplikasi program SPSS. Jika hasil *Cronbach's Alpha* dari kuisisioner tersebut bernilai positif dan lebih besar dari 0,6 atau lebih besar dari r pada tabel, kuisisioner tersebut dianggap reliabel.

Uji validitas dilakukan dengan cara mencari korelasi antar skor tiap pertanyaan (r hasil) dengan nilai r pada tabel. Uji validitas dilakukan dua kali sampai didapatkan semua pertanyaan yang dianggap valid. Setiap pertanyaan dinyatakan valid jika r hasil memiliki nilai positif dan r hasil $> r$ tabel, yaitu pada tingkat kemaknaan 5% Untuk $n = x$ maka nilai r

tabel = x . Untuk dinyatakan valid semua pertanyaan harus memiliki nilai r hasil yang positif dan bernilai $> x$. Hasil validitas menunjukkan seluruh butir pertanyaan valid.

Setelah dilakukan uji validitas, kemudian dilakukan uji reliabilitas. Suatu instrumen dinyatakan reliabel jika koefisien alfa (*Cronbach's Alpha*) memiliki nilai positif dan r koefisien alfa (*Cronbach's Alpha*) bernilai positif dan $> r$ tabel atau lebih besar dari 0,6. Dalam penelitian ini r tabel yang digunakan adalah x . Berdasarkan hasil uji reliabilitas dengan menggunakan program SPSS tersebut, maka didapatkan bahwa nilai r koefisien alfa (*Cronbach's Alpha*) = x , di mana hasil tersebut positif dan $> x$. Hal ini menyatakan bahwa kuisioner tersebut valid dan reliabel.

4.9 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini direncanakan akan dilaksanakan di SDN Mojo III-222, Surabaya pada bulan Agustus-September 2016.

4.10 Alat dan Bahan

a. Alat :

1. Alat diagnostik kit
2. Nier Bekken
3. Alat tulis menulis
4. Gelas plastik
5. Indeks PUFA
6. Kuesioner C-OIDP

b. Bahan :

1. Tissue / kapas
2. Alkohol 70 %

4.11 Cara Kerja

- 1 Tahap persiapan dimulai dengan pembuatan kuisisioner dan penentuan skor untuk masing-masing pilihan jawaban
- 2 Selanjutnya dilakukan *trial* penelitian untuk menguji kuisisioner yang ada untuk selanjutnya dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas kuisisioner.

4.12 Alur Penelitian

Penjelasan kepada responden mengenai prosedur pengambilan data

↓
Informed consent

↓
Pengambilan informasi biodata

↓
Pengisian kuisisioner C-OIDP tahap satu

↓
Pemeriksaan rongga mulut

↓
Pengisian kuisisioner C-OIDP tahap dua

↓
Analisis data

4.13 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

1. Subjek yang memenuhi kriteria sampel diberikan penjelasan mengenai penelitian yang akan dilakukan (*informed consent*).
2. Apabila setuju untuk menjadi subjek penelitian, selanjutnya subjek diminta menandatangani pernyataan kesediaan berpartisipasi dalam penelitian, dalam hal ini diwakilkan oleh wali kelas atau orang tua wali siswa tersebut.

3. Peneliti memberikan penjelasan mengenai cara pengisian kuisisioner serta menjelaskan maksud dari masing-masing pertanyaan dalam kuisisioner dengan bahasa yang komunikatif sesuai dengan usia subjek, supaya subjek mudah memahami dan mampu mengisi kuisisioner sesuai persepsi yang sesungguhnya.
4. Pengisian kuisisioner C-OIDP tahap pertama dan pemeriksaan kondisi rongga mulut subjek dengan menggunakan indeks PUFA guna mendapatkan status kesehatan subjek.
5. Pengisian kuisisioner C-OIDP tahap kedua
6. Poin 1-4 dilakukan pada kunjungan pertama, poin ke-5 dilakukan pada kunjungan kedua.

4.14 Pengolahan dan Analisis Data

Metode analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif, perhitungan data disajikan dalam bentuk persentase dengan nilai median yang dihitung menggunakan software (SPSS 16.0).

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS DATA

Penelitian ini dilaksanakan selama 4 hari, yaitu pada tanggal 16, 17, 21, dan 24 september 2016 dimulai dari pukul 07.00-11.00 WIB di SDN Mojo III-222 Surabaya. Penelitian dilakukan pada sela waktu istirahat responden, sehingga responden diharapkan merasa nyaman dan tidak merasa terganggu aktivitas belajarnya saat dilakukan pemeriksaan dan wawancara untuk mendapatkan hasil yang maksimal. Dari penelitian yang dilakukan selama 4 hari tersebut, peneliti berhasil memeriksa 53 orang dari total 57 orang anggota populasi yang dijadikan sampel pada penelitian ini. Empat orang tidak dapat menjadi responden dikarenakan tidak masuk ke dalam inklusi sampel.

5.1 Karakteristik Responden

Adapun karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi jenis kelamin responden, latar belakang orang tua responden yaitu jenis pekerjaan orang tua responden, tingkat pendidikan orang tua responden, tingkat penghasilan orang tua responden, serta perilaku pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut responden.

5.1.1 Jenis Kelamin

Tabel 5.1 Distribusi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin.

Jenis Kelamin	Jumlah	Persen
Laki laki	36	67.92 %
Perempuan	17	32.07 %
Total	53	100%

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui bahwa dari keseluruhan sampel penelitian, di dapatkan bahwa siswa yang diteliti terbanyak adalah pada jenis kelamin laki-laki dengan presentase sebesar 67,92% atau sebanyak 36 siswa. Sisanya merupakan siswi perempuan sebanyak 17 siswa dari total 53 sampel.

5.1.2 Tingkat Pendidikan Orang Tua

Subyek penelitian didapatkan memiliki tingkat pendidikan yang cukup beragam dari tamatan Sekolah Dasar hingga tingkat Sarjana, sehingga dalam penelitian ini distribusi subyek menurut tingkat pendidikan dibagi menjadi tingkat sekolah (SD, SMP, SMA) dan tingkat Sarjana (S1, S2, S3).

Tabel 5.2 Distribusi karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan orang tua.

Tingkat Pendidikan Orang Tua Responden	Jumlah	Persen
Sekolah (SD, SMP, SMA)	46	86,7 %
Sarjana (S1, S2, S3)	7	13,2 %
Total	53	100%

Berdasarkan tabel 5.2 diketahui bahwa dari keseluruhan sampel penelitian, didapatkan bahwa responden yang diteliti terbanyak memiliki latar belakang pendidikan orang tua yang hanya tamat sekolah dasar hingga menengah, yaitu sebanyak 86,7%. Sisanya sebanyak 13,2% siswa memiliki orang tua dengan latar belakang pendidikan sarjana. Perbedaan latar belakang pendidikan orang tua memberikan perbedaan pada aspek pengetahuan responden terhadap kesehatan gigi dan mulutnya. Responden dengan orang tua yang memiliki latar belakang pendidikan tinggi diharapkan memiliki pengetahuan tentang kesehatan gigi dan mulut yang baik.

5.1.3 Tingkat Penghasilan Orang Tua

Tingkat penghasilan yang dimaksud di sini adalah total penghasilan orang tua subyek (ayah dan ibu) yang rata-rata didapatkan dalam sebulan. Distribusi subyek menurut tingkat penghasilan dibagi menjadi dua kelompok (lebih dari dan kurang dari) berdasarkan nilai upah minimum daerah Surabaya, yaitu Rp 3.045.000.

Tabel 5.3 Distribusi karakteristik responden berdasarkan tingkat penghasilan orang tua.

Penghasilan Orang Tua Responden	Jumlah	Persen
< Rp 3.045.000	42	79,2 %
≥ Rp 3.045.000	11	20,7 %
Total	53	100%

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui bahwa dari keseluruhan sampel penelitian, didapatkan bahwa responden yang diteliti terbanyak memiliki latar belakang ekonomi rendah, dimana sebanyak 79,2% responden memiliki orang tua dengan penghasilan dibawah UMR. Perbedaan latar belakang ekonomi memberikan perbedaan pada aspek perilaku mengakses layanan kesehatan gigi dan mulut responden. Pada responden dengan kelompok penghasilan orang tua yang diatas UMR dinilai mampu untuk mengakses pelayanan kesehatan lebih baik dibandingkan dengan kelompok orang tua dengan pendapatan menengah kebawah.

5.1.4 Jenis Pekerjaan Orang Tua

Jenis pekerjaan yang dimaksud disini adalah jenis pekerjaan yang berkaitan dengan bidang kesehatan (dokter, dokter gigi, bidan, perawat, dll) dan pekerjaan yang tidak berkaitan dengan bidang kesehatan (guru, sopir, pedagang, dll).

Distribusi subyek berdasarkan jenis pekerjaan orang tua dibagi menjadi dua kelompok yaitu medis dan non medis.

Tabel 5.4 Distribusi karakteristik responden berdasarkan jenis pekerjaan orang tua.

Pekerjaan Orang Tua	Jumlah	Persen
Non Medis	52	98,1%
Medis	1	1,9%
Total	53	100%

Dari tabel 5.4 diketahui bahwa jenis pekerjaan orang tua responden yang menjadi subyek penelitian adalah jenis pekerjaan yang tidak berhubungan dengan dunia kesehatan. Responden yang memiliki latar belakang orang tua dengan pekerjaan yang berhubungan dengan kesehatan hanya satu orang dari total keseluruhan sampel.

5.1.5 Perilaku Kebiasaan Menyikat Gigi

Perilaku kebiasaan menyikat gigi responden pada penelitian ini adalah perilaku kebiasaan menyikat gigi yang diobservasi berdasarkan rutinitas dan frekuensi menyikat gigi subyek dalam sehari yang dapat dilihat pada tabel berikut.

5.1.5.1 Frekuensi Menyikat Gigi

Tabel 5.5 Distribusi karakteristik responden berdasarkan frekuensi menyikat gigi.

Frekuensi Menyikat Gigi	Jumlah	Persen
1x sehari	15	28,3 %
≥2x sehari	38	71,6 %
Total	53	100%

Pada tabel 5.5 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden penelitian mengaku telah menerapkan frekuensi menyikat gigi sesuai anjuran yang benar

yaitu sebanyak dua kali sehari dengan persentase sebesar 71,6% atau sebanyak 38 responden dari total responden penelitian. Sisanya sebanyak 28,3% hanya menyikat gigi sekali dalam sehari. Pada penelitian ini hanya didasarkan pada pertanyaan yang diajukan kepada responden tanpa melihat langsung penerapan perilaku responden, sehingga jawaban yang diberikan responden belum tentu dapat mewakili keadaan sebenarnya. Dengan kebiasaan responden menyikat gigi sesuai anjuran yakni 2 kali sehari diharapkan responden tersebut memiliki keadaan intra oral yang baik sehingga didapatkan OHRQoL yang baik pula.

5.1.5.2 Rutinitas Menyikat Gigi

Tabel 5.6 Distribusi karakteristik responden berdasarkan rutinitas menyikat gigi.

Rutinitas Menyikat Gigi	Jumlah	Persen
Rutin	29	53,7 %
Tidak Rutin	24	45,2 %
Total	53	100%

Pada tabel 5.6 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden penelitian mengaku telah menerapkan perilaku menyikat gigi yang rutin dengan persentase sebesar 53,7% atau sebanyak 29 responden dari total responden penelitian. Sisanya sebanyak 45,2% menyikat gigi dengan tidak rutin atau kadang-kadang lupa untuk menyikat gigi dalam sehari. Pada penelitian ini hanya didasarkan pada pertanyaan yang diajukan kepada responden tanpa melihat langsung penerapan perilaku responden, sehingga jawaban yang diberikan responden belum tentu dapat mewakili keadaan sebenarnya. Dengan kebiasaan responden menyikat gigi dengan teratur diharapkan responden memiliki kesehatan rongga mulut yang baik sehingga didapatkan OHRQoL yang baik pula.

5.1.6 Perilaku Mengakses Layanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Dalam penelitian ini frekuensi mengakses fasilitas kesehatan gigi dibagi dalam tiga kelompok yaitu responden yang tidak memiliki riwayat mengakses layanan kesgilut sebelumnya, responden yang mengakses layanan kesehatan ketika mengalami sakit pada rongga mulutnya, serta responden yang mengakses layanan kesgilut dengan tujuan *check up* atau mendapatkan perawatan tanpa menunggu adanya rasa sakit / kelainan dalam rongga mulutnya 5.7 dan tabel 5.8 berikut :

5.1.6.1 Riwayat Mengakses Layanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Tabel 5.7 Distribusi karakteristik responden berdasarkan riwayat mengakses layanan kesehatan gigi dan mulut.

Riwayat Mengakses Layanan Kesgilut	Jumlah	Persen
Tidak pernah	29	53,7 %
Saat sakit saja	19	35,8 %
<i>Check up</i>	5	9,4 %
Total	53	100%

Berdasarkan tabel 5.7 diketahui bahwa responden penelitian sebagian besar tidak memiliki riwayat mengakses fasilitas kesehatan gigi yakni sebesar 53,7%. Sisanya sebanyak 35,8% mengaku mengakses layanan kesgilut ketika merasakan ada keluhan pada rongga mulutnya dan hanya sebanyak 9,4% saja yang memiliki riwayat mengakses layanan kesgilut tanpa adanya keluhan dalam rongga mulutnya.

5.1.6.2 Pengalaman dengan Tindakan Kedokteran Gigi

Tabel 5.8 Distribusi karakteristik responden berdasarkan pengalaman dengan tindakan di bidang kedokteran gigi.

Pengalaman Dengan Perawatan Kedokteran Gigi	Jumlah	Persen
Pencabutan	13	24,5%
Selain Pencabutan	10	19 %
Tidak Ada Pengalaman	30	56,6 %
Total	53	100%

Berdasarkan tabel 5.8 didapatkan bahwa responden penelitian sebagian besar tidak memiliki pengalaman dengan tindakan di bidang kedokteran gigi yakni sebesar 56,6%. Sisanya sebanyak 24,5% mengaku memiliki pengalaman tindakan pencabutan, dan hanya sebanyak 19% saja yang memiliki pengalaman dengan tindakan di bidang kedokteran gigi selain tindakan pencabutan gigi.

5.1.7 Pengetahuan Mengenai Kesehatan Gigi dan Mulut

Pengetahuan mengenai cara menjaga kesehatan gigi dan mulut memberikan pengaruh terhadap kondisi rongga mulut seseorang, seseorang dengan pengetahuan yang cukup akan lebih *aware* pada kondisi rongga mulutnya dan lebih sadar untuk menjaga kondisi mulutnya tetap dalam kondisi baik. Kondisi rongga mulut yang baik akan memberikan pengaruh terhadap kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan rongga mulut / *Oral Health Related Quality of Life* (OHRQoL).

5.1.7.1 Pengetahuan Mengenai Tanda Klinis Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk

Tabel 5.9 Distribusi karakteristik responden berdasarkan pengetahuan mengenai tanda klinis kesehatan gigi dan mulut yang buruk.

Pengetahuan Mengenai Tanda Klinis Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk	Jumlah	Persen
Benar	32	60,3 %
Salah	21	39,6 %
Total	53	100%

Berdasarkan tabel 5.9 diketahui bahwa dari keseluruhan sampel penelitian, didapatkan bahwa sebagian besar responden penelitian memiliki pengetahuan yang cukup mengenai tanda klinis dari kesehatan gigi dan mulut yang buruk, yaitu sebesar 60,3% atau sebanyak 32 orang dari total 53 sampel.

5.1.7.2 Pengetahuan Mengenai Penyebab dari Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk

Tabel 5.10 Distribusi karakteristik responden berdasarkan pengetahuan mengenai penyebab kesehatan gigi dan mulut yang buruk.

Pengetahuan Mengenai Penyebab Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk	Jumlah	Persen
Benar	40	75,4 %
Salah	13	24,5 %
Total	53	100%

Berdasarkan tabel 5.10 diketahui bahwa dari keseluruhan sampel penelitian, didapatkan bahwa sebagian besar responden penelitian memiliki pengetahuan yang cukup mengenai penyebab dari kesehatan gigi dan mulut yang buruk, yaitu sebesar 75,4% atau sebanyak 40 orang dari total 53 sampel.

5.1.7.3 Pengetahuan Mengenai Cara Menjaga Kesehatan Gigi dan Mulut

Tabel 5.11 Distribusi karakteristik responden berdasarkan pengetahuan mengenai cara menjaga kesehatan gigi dan mulut.

Pengetahuan Mengenai Cara Menjaga Kesehatan Gigi dan Mulut	Jumlah	Persen
Benar	37	69,8 %
Salah	16	30,2 %
Total	53	100%

Berdasarkan tabel 5.11 diketahui bahwa dari keseluruhan sampel penelitian, didapatkan bahwa sebagian besar responden penelitian memiliki pengetahuan yang cukup mengenai kesehatan gigi dan mulut, yaitu sebesar 69,8% atau sebanyak 37 orang dari total 53 sampel.

5.1.8 Perilaku Kebiasaan Mengonsumsi Makanan Manis

Tabel 5.12 Distribusi karakteristik responden berdasarkan perilaku kebiasaan konsumsi makanan manis.

Kebiasaan Mengonsumsi Makanan Manis	Jumlah	Persen
Terbiasa	12	22,6 %
Tidak Terbiasa	41	77,3 %
Total	53	100%

Berdasarkan tabel 5.12 diketahui bahwa dari keseluruhan sampel penelitian, didapatkan bahwa sebagian besar responden penelitian mengaku tidak memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan manis. Responden yang memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan manis hanya sebesar 22,6% atau sebanyak 12 responden dari keseluruhan sampel. Kebiasaan konsumsi makanan manis yang sifatnya kariogenik akan berdampak pada tingkat kesehatan rongga mulut responden. Responden yang terbiasa mengonsumsi makanan kariogenik akan memiliki nilai

DMF-T dan PUFA yang lebih tinggi yang nantinya dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup responden yang bersangkutan.

5.2 Karies

Pada penelitian ini digunakan indeks DMF-T untuk menilai ada tidaknya karies aktif pada responden, kemudian dilanjutkan dengan pengukuran menggunakan indeks PUFA untuk menilai keadaan rongga mulut akibat adanya karies yang tidak terawat. Hasil pengukuran disajikan dalam tabel berikut:

5.2.1 Jumlah Karies Aktif

Tabel 5.13 Distribusi jumlah karies aktif responden yang diukur menggunakan indeks DMF-T.

Nilai Total DMFT	Jumlah Responden (n)
0	15
1	13
2	10
3	10
4	3
5	1
6	0
7	1
Rata-rata DMFT = 1,71	Total = 53

Tabel 5.14 Distribusi masing-masing komponen dari indeks DMF-T, yaitu D (*decay*), M (*missing*), F (*filling*).

Nilai DMF-T	Jumlah Gigi	Jumlah Responden (n)
D	77	38
M	10	7
F	4	2
Total	91	47

Berdasarkan tabel 5.13 dan tabel 5.14 diketahui bahwa nilai rata-rata *DMF-T* populasi penelitian didominasi oleh nilai *D (decay)* sebesar 77. Dari keseluruhan jumlah karies aktif, hanya didapatkan sebesar 4 responden yang memiliki tumpatan (*filling*) di giginya. Hal ini menunjukkan bahwa pada responden penelitian banyak didapatkan karies aktif yang tidak mendapatkan perawatan. Banyaknya karies yang tidak dirawat ini akan menimbulkan berbagai dampak di rongga mulut, seperti timbulnya pulpitis, ulserasi, fistula, dan abses pada rongga mulut. Dari total 77 karies aktif yang ditemukan, sebesar 37,6% telah berkembang menjadi keadaan yang lebih buruk akibat tidak dilakukan perawatan terhadap karies tersebut. Untuk mengukur dampak dari karies yang tidak dirawat, peneliti menggunakan indeks PUFA yang hasilnya disajikan dalam tabel berikut:

5.2.2 Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat

Tingkat keparahan karies yang tidak dirawat diukur menggunakan indeks PUFA. Indeks ini melihat keadaan akibat karies yang tidak terawat yang telah menimbulkan peradangan pada daerah pulpa, timbulnya nanah/pus yang menimbulkan pembengkakan (abses), dan menimbulkan adanya suatu lubang jalan keluar pus tersebut (fistula), serta adanya ulserasi akibat tepi karies yang tajam yang melukai jaringan lunak sekitarnya. PUFA hanya diobservasi pada individu yang memiliki karies aktif di rongga mulutnya, dengan kata lain individu tersebut memiliki nilai *D (decay)* dari hasil pengukuran indeks DMF-T.

Tabel 5.15 Distribusi tingkat keparahan karies berdasarkan jumlah nilai PUFA responden.

Nilai PUFA	Jumlah Gigi	Jumlah Responden
P	28	21
U	0	0
F	0	0
A	1	1
Total	29	22

Tabel 5.16 Distribusi tingkat keparahan karies berdasarkan indeks PUFA yang diuraikan tiap-tiap komponen pengukuran, yaitu P (pulpitis), U (ulserasi), F (fistula), dan A (abses).

Nilai Total PUFA	Jumlah Responden (n)
0	9
1	15
2	4
3	2
TOTAL = 38	

Berdasarkan tabel 5.15 dan 5.16 diketahui bahwa dari keseluruhan jumlah responden yang memiliki karies di rongga mulutnya, yaitu sebesar 38 anak, didapatkan 22 anak diantaranya juga memiliki nilai PUFA. Nilai PUFA tersebut didominasi oleh nilai P (Pulpitis) sebesar 28 dan 1 nilai A (Abses). Nilai PUFA ini menunjukkan akibat dari karies yang tidak dilakukan perawatan, yang ditandai dengan timbulnya keadaan radang pulpa (pulpitis), adanya ulser akibat tepi karies yang tajam yang melukai jaringan lunak di sekitar karies (ulserasi), adanya nanah/pus yang menimbulkan pembengkakan baik intraoral maupun ekstraoral (abses), serta adanya jalan keluar dari pus yang timbul (fistula).

5.3 Distribusi Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat Berdasarkan Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini adalah jenis kelamin, latar belakang pendidikan orang tua, latar belakang penghasilan orang tua, jenis pekerjaan orang tua, perilaku kebiasaan menyikat gigi, perilaku kebiasaan mengakses layanan kesehatan gigi dan mulut, pengetahuan mengenai kesehatan gigi dan mulut, serta perilaku konsumsi makanan manis.

5.3.1 Distribusi Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.17 Distribusi tingkat keparahan karies yang tidak terawat berdasarkan jenis kelamin.

Jenis Kelamin	Jumlah	Rata-rata PUFA
Laki laki	36	0,5
Perempuan	17	0,647059
Total	53	

Berdasarkan tabel 5.17 diketahui bahwa subjek dengan jenis kelamin perempuan memiliki nilai rata-rata PUFA lebih tinggi bila dibandingkan dengan subjek dengan jenis kelamin laki-laki.

5.3.2 Distribusi Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat Berdasarkan Tingkat Pendidikan Orang Tua

Tabel 5.18 Distribusi tingkat keparahan karies yang tidak terawat berdasarkan tingkat pendidikan orang tua.

Tingkat Pendidikan Orang Tua	Jumlah	Rata-rata PUFA
Sekolah (SD, SMP, SMA)	46	0,571429
Sarjana (S1, S2, S3)	7	0,543478
Total	53	

Berdasarkan tabel 5.18 diketahui bahwa subjek yang memiliki orang tua dengan latar belakang pendidikan sekolah (SD,SMP,SMA) memiliki nilai rata-rata PUFA lebih tinggi bila dibandingkan dengan subjek yang memiliki orang tua dengan latar belakang pendidikan sarjana.

5.3.3 Distribusi Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat Berdasarkan Tingkat Penghasilan Orang Tua

Tabel 5.19 Distribusi tingkat keparahan karies yang tidak terawat berdasarkan tingkat penghasilan orang tua.

Pendapatan Orang Tua	Jumlah	Rata-rata PUFA
< Rp 3.045.000	42	0,571429
≥ Rp 3.045.000	11	0,454545
Total	53	

Berdasarkan tabel 5.19 diketahui bahwa subjek yang memiliki orang tua dengan pendapatan lebih rendah dari UMR memiliki nilai rata-rata PUFA lebih tinggi bila dibandingkan dengan subjek yang memiliki orang tua dengan penghasilan diatas UMR.

5.3.4 Distribusi Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat Berdasarkan Jenis Pekerjaan Orang Tua

Tabel 5.20 Distribusi tingkat keparahan karies yang tidak terawat berdasarkan jenis pekerjaan orang tua.

Pekerjaan Orang Tua	Jumlah	Rata-rata PUFA
Non Medis	52	0,557692
Medis	1	0
Total	53	

Berdasarkan tabel 5.20 diketahui bahwa subjek yang memiliki orang tua dengan latar belakang pekerjaan di bidang kesehatan memiliki nilai rata-rata PUFA lebih rendah bila dibandingkan dengan subjek dengan orang tua yang bekerja di bidang non medis.

5.3.5 Distribusi Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat Berdasarkan Perilaku Kebiasaan Menyikat Gigi

Perilaku kebiasaan menyikat gigi diobservasi berdasarkan frekuensi individu menyikat gigi dalam satu hari dan berdasarkan rutinitas individu dalam menyikat gigi sehari-hari. Apahar rutin atau terkadang lupa dalam menyikat gigi setiap hari.

5.3.5.1 Distribusi Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat Berdasarkan Frekuensi Menyikat Gigi

Tabel 5.21 Distribusi tingkat keparahan karies yang tidak terawat berdasarkan frekuensi menyikat gigi.

Frekuensi Menyikat Gigi	Jumlah	Rata-rata PUFA
1x sehari	15	1,066666667
≥2x sehari	38	0,342105263
Total	53	

Berdasarkan tabel 5.21 diketahui bahwa subjek yang memiliki kebiasaan menyikat gigi satu kali sehari memiliki nilai rata-rata PUFA lebih tinggi bila dibandingkan dengan subjek yang memiliki kebiasaan menyikat gigi dua kali sehari.

5.3.5.2 Distribusi Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat Berdasarkan Rutinitas Menyikat Gigi

Tabel 5.22 Distribusi tingkat keparahan karies yang tidak terawat berdasarkan rutinitas menyikat gigi.

Rutinitas Menyikat Gigi	Jumlah	Rata-rata PUFA
Rutin	29	0,413793103
Terkadang Lupa	24	0,708333333
Total	53	

Berdasarkan tabel 5.22 diketahui bahwa subjek yang memiliki kebiasaan menyikat gigi secara rutin setiap hari memiliki nilai rata-rata PUFA lebih rendah bila dibandingkan dengan subjek yang memiliki kebiasaan menyikat gigi yang tidak rutin atau terkadang lupa dalam menyikat gigi dalam sehari.

5.3.6 Distribusi Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat Berdasarkan Perilaku Mengakses Layanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Perilaku mengakses layanan kesehatan gigi dan mulut diobservasi berdasarkan riwayat individu dalam mengakses layanan kesehatan gigi dan mulut (pernah saat sakit saja, tidak pernah, dan pernah untuk keperluan *check up*). Selain itu, diobservasi juga berdasarkan pengalaman individu dengan perawatan di bidang kedokteran gigi (pencabutan, selain pencabutan, dan tidak ada pengalaman).

5.3.6.1 Distribusi Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat Berdasarkan Riwayat Mengakses Layanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Tabel 5.23 Distribusi tingkat keparahan karies yang tidak terawat berdasarkan riwayat mengakses layanan kesehatan.

Riwayat Mengakses Layanan Kesgilut	Jumlah	Rata-rata PUFA
Tidak pernah	29	0,724137931
Saat sakit saja	19	0,368421053
<i>Check up</i>	5	0,2
Total	53	

Berdasarkan tabel 5.23 diketahui bahwa subjek yang memiliki kebiasaan mengakses layanan kesehatan gigi dan mulut tanpa menunggu adanya keluhan atau dengan tujuan check up memiliki rata-rata nilai PUFA paling rendah bila dibandingkan dengan subjek yang mengakses layanan kesgilut ketika sudah merasakan adanya rasa sakit dalam rongga mulutnya juga apabila dibandingkan dengan subjek yang tidak pernah mengakses layanan kesgilut sebelumnya.

5.3.6.2 Distribusi Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat Berdasarkan Pengalaman dengan Tindakan Kedokteran Gigi

Tabel 5.24 Distribusi tingkat keparahan karies yang tidak terawat berdasarkan pengalaman dengan tindakan di bidang kedokteran gigi.

Pengalaman Dengan Perawatan Kedokteran Gigi	Jumlah	Rata-rata PUFA
Pencabutan	13	0,222222222
Selain Pencabutan	10	0,307692308
Tidak Ada Pengalaman	30	0,741935484
Total	53	

Berdasarkan tabel 5.24 diketahui bahwa subjek yang memiliki pengalaman dengan perawatan di bidang kedokteran gigi berupa pencabutan memiliki nilai rata-rata PUFA lebih rendah dibandingkan dengan kelompok subjek yang memiliki pengalaman di bidang kedokteran gigi selain pencabutan. Sedangkan, kelompok subjek yang tidak memiliki pengalaman dengan perawatan di bidang kedokteran gigi memiliki nilai rata-rata PUFA yang paling tinggi diantara ketiga kelompok responden tersebut.

5.3.7 Distribusi Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Kesehatan Gigi dan Mulut

Pengetahuan mengenai kesehatan gigi dan mulut dalam penelitian ini adalah pengetahuan mengenai tanda klinis kesehatan gigi dan mulut yang buruk, pengetahuan mengenai penyebab kesehatan gigi dan mulut yang buruk, serta cara menjaga kesehatan gigi dan mulut.

5.3.7.1 Distribusi Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Tanda Klinis Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk

Tabel 5.25 Distribusi tingkat keparahan karies yang tidak terawat berdasarkan pengetahuan mengenai tanda klinis kesehatan gigi dan mulut yang buruk.

Pengetahuan Mengenai Tanda Klinis dari Karies yang Buruk	Jumlah	Rata-rata PUFA
Benar	32	0,5
Salah	21	0,619047619
Total	53	

Berdasarkan tabel 5.25 diketahui bahwa subjek yang memiliki pengetahuan mengenai tanda klinis dari kesehatan gigi dan mulut yang buruk memiliki nilai rata-rata PUFA yang lebih rendah bila dibandingkan dengan subjek yang tidak

memiliki pengetahuan mengenai tanda klinis kesehatan gigi dan mulut yang buruk.

5.3.7.2 Distribusi Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Penyebab Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk

Tabel 5.26 Distribusi tingkat keparahan karies yang tidak terawat berdasarkan pengetahuan mengenai penyebab dari kesehatan gigi dan mulut yang buruk.

Pengetahuan Mengenai Penyebab dari Keshgilit yang Buruk	Jumlah	Rata-rata PUFA
Benar	40	0,538461538
Salah	13	0,55
Total	53	

Berdasarkan tabel 5.26 diketahui bahwa subjek yang memiliki pengetahuan mengenai penyebab dari kesehatan gigi dan mulut yang buruk memiliki nilai rata-rata PUFA yang lebih rendah bila dibandingkan dengan subjek yang tidak memiliki pengetahuan mengenai penyebab dari kesehatan gigi dan mulut yang buruk.

5.3.7.3 Distribusi Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Cara Menjaga Kesehatan Gigi dan Mulut

Tabel 5.27 Distribusi tingkat keparahan karies yang tidak terawat berdasarkan pengetahuan mengenai cara menjaga kesehatan gigi dan mulut.

Pengetahuan Mengenai Cara Menjaga Keshgilit	Jumlah	Rata-rata PUFA
Benar	37	0,540540541
Salah	16	0,5625
Total	53	

Berdasarkan tabel 5.27 diketahui bahwa subjek yang memiliki pengetahuan mengenai cara menjaga kesehatan gigi dan mulut memiliki nilai rata-rata PUFA yang lebih rendah bila dibandingkan dengan subjek yang tidak memiliki pengetahuan mengenai cara menjaga kesehatan gigi dan mulut yang buruk.

5.3.8 Distribusi Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat Berdasarkan Perilaku Kebiasaan Mengonsumsi Makanan Manis

Tabel 5.28 Distribusi tingkat keparahan karies yang tidak terawat berdasarkan perilaku kebiasaan mengonsumsi makanan manis.

Kebiasaan Mengonsumsi Makanan Manis	Jumlah	Rata-rata PUFA
Terbiasa	12	0,595238
Tidak Terbiasa	41	0,363636
Total	53	

Berdasarkan tabel 5.28 diketahui bahwa subjek yang terbiasa mengonsumsi makanan manis memiliki nilai rata-rata PUFA yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan subjek yang tidak terbiasa mengonsumsi makanan manis.

5.4 Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut

OHRQoL anak diukur menggunakan kuisioner *C-OIDP* yang telah diuji validasi. Responden diwawancarai untuk mengidentifikasi berbagai macam kesulitan yang berkaitan dengan delapan aktivitas sehari-hari (makan, berbicara, membersihkan gigi, tidur, tersenyum, stabilitas emosional, dan kontak sosial) yang dapat dikaitkan dengan masalah yang terjadi pada mulut atau gigi responden. apabila responden melaporkan adanya dampak terhadap aktivitas sehari-hari mereka, frekuensi dari dampak tersebut (skala 1 untuk rentang 1-2 kali dalam 1 bulan, skala 2 untuk rentang 1-2 kali dalam 1 minggu, dan skala 3 untuk rentang ≥ 3 kali

dalam 1 minggu). Sedangkan skala keparahan dari dampak tersebut dibagi menjadi tiga, yaitu 1 untuk keparahan yang sifatnya ringan, 2 untuk skala cukup berat, serta 3 untuk skala sangat berat. Apabila tidak didapatkan adanya dampak, maka diberi skor 0. Dampak dari masing-masing aktivitas kemudian dikalkulasikan dengan cara mengkalikan skor frekuensi dengan skor keparahan. Skor C-OIDP keseluruhan merupakan akumulasi dari skor yang didapat dari masing-masing kedelapan aktivitas yang berkisar dari 0-72, dikalikan dengan 100 dibagi dengan 72. Kemudian, prevalensi dampak kondisi rongga mulut terhadap aktivitas sehari-hari dihitung sebagai suatu presentase responden yang memiliki skor lebih dari 0. Kemudian, intensitas dampak dari masing-masing aktivitas (skala 1-9) diklasifikasikan menjadi 6 tingkatan : tidak ada dampak (skor 0), sangat kecil (1), kecil (2), sedang (3-4), berat (5-6), sangat berat (7-9).

Tabel 5.29 Distribusi dampak kondisi rongga mulut yang buruk terhadap aktivitas sehari-hari.

Aktivitas Sehari-Hari	Tidak Merasakan Dampak		Merasakan Dampak	
	n	%	n	%
Makan	14	26,4	39	73,6
Berbicara	36	67,9	17	32,1
Membersihkan Gigi	20	37,7	33	62,3
Tidur/Istirahat	30	56,6	23	43,4
Kestabilan Emosi	31	58,4	22	41,6
Tersenyum	35	66,0	18	34,0
Belajar/Sekolah	42	79,2	11	20,8
Aktivitas sosial/Bermain	41	77,3	12	22,7

Dari tabel 5.29 dapat diketahui bahwa pada subyek penelitian, yaitu siswa usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya, aktivitas makan (73,6%), membersihkan gigi (62,3%), aktivitas tidur/istirahat (43,4%), serta kestabilan emosi (41,6%)

merupakan aktivitas sehari-hari yang paling sering terkena dampak akibat kondisi rongga mulut. Semakin besar dampak tersebut dirasakan oleh responden, maka akan semakin turun tingkat kualitas hidup responden tersebut. Besarnya dampak yang dirasakan oleh responden pada masing-masing item dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.30 Distribusi dampak kondisi rongga mulut yang buruk terhadap aktivitas sehari-hari yang diuraikan berdasarkan intensitas keparahan dari dampak yang dirasakan.

Aktivitas Sehari-Hari	Sangat Ringan		Ringan		Sedang		Berat		Sangat Berat	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Makan	8	20,5	10	25,6	11	28,1	9	22,8	1	2,5
Berbicara	5	29,4	2	11,8	6	34,7	2	11,5	2	11,3
Membersihkan Gigi	8	22,2	8	22,2	4	11,0	2	5,5	14	38,3
Tidur/Istirahat	3	13,0	10	43,5	3	13,0	4	17,0	3	12,7
Kestabilan Emosi	4	18,2	2	9,1	6	27,0	5	22,4	5	22,2
Tersenyum	5	27,8	1	5,6	6	32,8	6	32,7	0	0
Belajar/Sekolah	2	18,2	3	27,3	4	35,8	2	17,5	0	0
Aktivitas sosial/Bermain	3	25,0	3	25,0	4	32,7	2	16,0	0	0

Dari tabel 5.30 dapat diketahui bahwa pada subyek penelitian, yaitu siswa usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya, diketahui bahwa dampak dari karies yang tidak terawat paling besar dirasakan pada aktivitas membersihkan gigi, yaitu sebesar 38,3%. Sedangkan dampak paling ringan dirasakan pada aktivitas tidur/istirahat, yaitu sebesar 13%.

5.4.1. Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.31 Distribusi tingkat kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut berdasarkan jenis kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah	Dampak Terhadap Kualitas Hidup		
		Dimensi Fungsional (Nilai Median)	Dimensi Psikologis (Nilai Median)	Dimensi Sosial (Nilai Median)
Laki-laki	36	1.0	0.0	0.0
Perempuan	17	1.0	0.0	0.0

Berdasarkan tabel 5.31 diketahui bahwa tidak ada perbedaan antara kelompok responden dengan jenis kelamin laki-laki ataupun perempuan mengenai dampak yang dirasakan akibat kondisi rongga mulutnya terhadap kualitas hidup responden.

5.4.2 Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Tingkat Pendidikan Orang Tua

Tabel 5.32 Distribusi tingkat kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut berdasarkan tingkat pendidikan orang tua.

Tingkat Pendidikan Orang Tua	Jumlah	Dampak Terhadap Kualitas Hidup		
		Dimensi Fungsional (Nilai Median)	Dimensi Psikologis (Nilai Median)	Dimensi Sosial (Nilai Median)
Sekolah (SD, SMP, SMA)	7	2.0	3.0	0.5
Sarjana (S1,S2,S3)	46	1.0	0.0	0.0

Berdasarkan tabel 5.32 diketahui bahwa ada perbedaan antara kelompok responden dengan latar belakang pendidikan orang tua yang rendah dan kelompok responden dengan latar belakang pendidikan orang tua yang cukup mengenai dampak yang dirasakan akibat kondisi rongga mulut responden terhadap kualitas hidup responden. Kelompok responden yang memiliki latar belakang orang tua dengan pendidikan rendah merasakan dampak pada ketiga dimensi kualitas hidup.

Sedangkan kelompok responden yang memiliki orang tua dengan latar belakang pendidikan tinggi merasakan dampak pada dimensi fungsional dengan nilai yang lebih kecil dibandingkan dengan kelompok responden yang memiliki latar belakang orang tua berpendidikan tinggi.

5.4.3 Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Tingkat Penghasilan Orang Tua

Tabel 5.33 Distribusi tingkat kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut berdasarkan tingkat penghasilan orang tua.

Tingkat Penghasilan Orang Tua	Jumlah	Dampak Terhadap Kualitas Hidup		
		Dimensi Fungsional (Nilai Median)	Dimensi Psikologis (Nilai Median)	Dimensi Sosial (Nilai Median)
≥ 3.045.000	11	1.0	0.0	0.0
< 3.045.000	42	1.0	0.0	0.0

Berdasarkan tabel 5.33 diketahui bahwa tidak ada perbedaan antara kelompok responden dengan latar belakang ekonomi yang rendah ataupun latar belakang ekonomi yang cukup mengenai dampak yang dirasakan akibat kondisi rongga mulut responden terhadap kualitas hidup responden.

5.4.4 Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Perilaku Kebiasaan Menyikat Gigi

Tabel 5.34 Distribusi tingkat kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut berdasarkan perilaku kebiasaan menyikat gigi.

Perilaku Kebiasaan Menyikat Gigi	Jumlah	Dampak Terhadap Kualitas Hidup		
		Dimensi Fungsional (Nilai Median)	Dimensi Psikologis (Nilai Median)	Dimensi Sosial (Nilai Median)
Baik	15	1.0	0.0	0.0
Buruk	38	1.0	1.0	0.0

Berdasarkan tabel 5.34 diketahui bahwa ada perbedaan antara kelompok responden yang memiliki perilaku kebiasaan menyikat gigi yang baik (subjek yang menyikat gigi dua kali sehari secara rutin) dan kelompok responden yang memiliki perilaku kebiasaan menyikat gigi yang buruk. Pada kelompok responden yang memiliki perilaku menyikat gigi yang buruk merasakan dampak di aspek fungsional dan psikologis, sedangkan kelompok responden yang memiliki perilaku menyikat gigi yang baik hanya merasakan dampak pada aspek fungsional saja.

5.4.5 Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Perilaku Kebiasaan Mengakses Layanan Kesgilut

Tabel 5.35 Distribusi tingkat kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut berdasarkan perilaku kebiasaan mengakses layanan kesgilut.

Perilaku Kebiasaan Mengakses Layanan Kesgilut	Jumlah	Dampak Terhadap Kualitas Hidup		
		Dimensi Fungsional (Nilai Median)	Dimensi Psikologis (Nilai Median)	Dimensi Sosial (Nilai Median)
Ya	7	4.0	4.0	0.0
Tidak	46	1.0	0.0	0.0

Berdasarkan tabel 5.35 diketahui bahwa kelompok responden yang memiliki kebiasaan mengakses layanan kesehatan gigi dan mulut lebih mudah merasakan dampak akibat kondisi rongga mulutnya terhadap aktivitas sehari-hari dibandingkan dengan kelompok responden yang tidak terbiasa mengakses layanan kesgilut.

5.4.6 Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Tanda Klinis Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk

Tabel 5.36 Distribusi tingkat kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut berdasarkan pengetahuan mengenai tanda klinis dari kesehatan gigi dan mulut yang buruk.

Pengetahuan Mengenai Tanda Klinis Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk	Jumlah	Dampak Terhadap Kualitas Hidup		
		Dimensi Fungsional (Nilai Median)	Dimensi Psikologis (Nilai Median)	Dimensi Sosial (Nilai Median)
Benar	32	1.0	0.0	0.0
Salah	21	1.0	0.0	0.0

Berdasarkan tabel 5.36 diketahui bahwa tidak ada perbedaan tingkat kualitas hidup antara kelompok responden yang memiliki pengetahuan mengenai tanda klinis dari kesehatan gigi dan mulut dan kelompok responden yang tidak memiliki pengetahuan mengenai tanda klinis kesehatan gigi dan mulut yang buruk.

5.4.7 Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Penyebab Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk

Tabel 5.37 Distribusi tingkat kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut berdasarkan pengetahuan mengenai penyebab kesehatan gigi dan mulut yang buruk.

Pengetahuan Mengenai Penyebab Kesehatan Gigi dan Mulut yang Buruk	Jumlah	Dampak Terhadap Kualitas Hidup		
		Dimensi Fungsional (Nilai Median)	Dimensi Psikologis (Nilai Median)	Dimensi Sosial (Nilai Median)
Benar	40	1.0	0.0	0.0
Salah	13	1.0	0.0	0.0

Berdasarkan tabel 5.37 diketahui bahwa tidak ada perbedaan tingkat kualitas hidup antara kelompok responden yang memiliki pengetahuan mengenai

penyebab dari kesehatan gigi dan mulut dan kelompok responden yang tidak memiliki pengetahuan mengenai penyebab dari kesehatan gigi dan mulut yang buruk.

5.4.8 Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Pengetahuan Mengenai Cara Menjaga Kesehatan Gigi dan Mulut

Tabel 5.38 Distribusi tingkat kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut berdasarkan pengetahuan mengenai cara menjaga kesehatan gigi dan mulut.

		Dampak Terhadap Kualitas Hidup		
Pengetahuan Mengenai Cara Menjaga Kesehatan Gigi dan Mulut	Jumlah	Dimensi Fungsional (Nilai Median)	Dimensi Psikologis (Nilai Median)	Dimensi Sosial (Nilai Median)
Benar	37	1.0	0.0	0.0
Salah	16	1.0	0.0	0.0

Berdasarkan tabel 5.38 diketahui bahwa tidak ada perbedaan tingkat kualitas hidup antara kelompok responden yang memiliki pengetahuan mengenai cara menjaga kesehatan gigi dan mulut dan kelompok responden yang tidak memiliki pengetahuan mengenai cara menjaga kesehatan gigi dan mulut.

5.4.9 Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Perilaku Konsumsi Makanan Manis

Tabel 5.39 Distribusi tingkat kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut berdasarkan perilaku konsumsi makanan manis.

		Dampak Terhadap Kualitas Hidup		
Perilaku Kebiasaan Mengonsumsi Makanan Manis	Jumlah	Dimensi Fungsional (Nilai Median)	Dimensi Psikologis (Nilai Median)	Dimensi Sosial (Nilai Median)
Terbiasa	11	2.0	0.0	0.0
Tidak Terbiasa	42	1.0	0.0	0.0

Berdasarkan tabel 5.39 diketahui bahwa ada perbedaan dampak yang dirasakan pada dimensi fungsional antara kelompok responden yang memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan manis dan kelompok responden yang tidak memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan manis. Kelompok responden yang memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan manis merasakan dampak dari kondisi rongga mulutnya yang lebih besar pada aspek fungsional kualitas hidup dibandingkan dengan kelompok responden yang tidak memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan manis.

5.4.10 Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Jumlah Karies Aktif

Tabel 5.40 Distribusi tingkat kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut berdasarkan jumlah karies aktif.

Dampak Terhadap Kualitas Hidup				
Jumlah Karies Aktif	Jumlah	Dimensi Fungsional (Nilai Median)	Dimensi Psikologis (Nilai Median)	Dimensi Sosial (Nilai Median)
0	15	0.0	0.0	0.0
1	13	1.0	0.0	0.0
2	10	1.0	0.0	0.0
3	10	3.0	0.5	0.0
4	3	2.0	0.0	0.0
5	1	9.0	9.0	2.0
6	0	-	-	-
7	1	3.0	1	1.5

Tabel 5.40 menunjukkan bahwa dari keseluruhan responden, dampak dari keadaan rongga mulut yang buruk terhadap aktivitas sehari-hari paling besar dirasakan oleh responden dengan skor DMF-T 5. Responden dengan skor DMF-T 5 merasakan dampak yang cukup besar pada ketiga aspek kualitas hidup.

Sedangkan kelompok responden dengan skor DMF-T 0 mengaku tidak merasakan dampak akibat keadaan rongga mulutnya terhadap aktivitas responden sehari-hari. Dari ketiga dimensi yang diamati di penelitian ini, didapatkan bahwa keadaan rongga mulut paling berpengaruh terhadap aspek fungsional responden. Dimana responden dengan skor DMF-T minimal yaitu satu (1) sudah merasakan dampak pada aspek fungsional responden tersebut.

5.4.11 Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut Berdasarkan Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat

Tabel 5.41 Distribusi tingkat kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut berdasarkan tingkat keparahan karies yang tidak terawat.

Dampak Terhadap Kualitas Hidup				
Total Nilai PUFA	Jumlah	Dimensi Fungsional (Nilai Median)	Dimensi Psikologis (Nilai Median)	Dimensi Sosial (Nilai Median)
0	32	0.0	0.0	0.0
1	15	2.0	0.0	0.0
2	4	2.5	1.0	1.0
3	2	7.5	4.5	1.0

Tabel 5.41 menunjukkan bahwa dampak yang dirasakan akibat keadaan rongga mulut yang buruk yang paling banyak dirasakan oleh kelompok responden dengan skor PUFA 3. Sedangkan kelompok responden dengan skor PUFA 0 mengaku tidak merasakan dampak akibat keadaan rongga mulutnya terhadap aktivitas responden sehari-hari. Dari ketiga dimensi yang diamati di penelitian ini, didapatkan bahwa keadaan rongga mulut paling berpengaruh terhadap aspek fungsional responden.

BAB 6

PEMBAHASAN

Kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut adalah persepsi individu mengenai dampak kesehatan mulut terhadap fungsi dan kesejahteraan individu. Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan rongga mulut (*Oral Health-Related Quality of Life/OHRQoL*) menggambarkan pandangan individu tentang tingkat kesehatan individu tersebut setelah mengalami suatu penyakit di daerah rongga mulutnya. OHRQoL menggambarkan komponen sehat multidimensi seperti fisik, emosi, mental, sosial, dan perilaku yang dipersepsikan oleh pasien atau orang lain di sekitar pasien (orang tua atau pengasuh). Tingkat OHRQoL secara langsung dapat dipengaruhi oleh kesehatan gigi dan mulut karena OHRQoL merupakan dampak dari keadaan dan kelainan rongga mulut yang dirasakan pada aspek kehidupan sehari-hari individu (Ridley, 2002).

Pengukuran kualitas hidup pada anak mempunyai manfaat yaitu sebagai perbandingan beberapa alternatif pengelolaan, data penelitian klinis, penilaian manfaat suatu intervensi klinis dalam mengidentifikasi anak-anak dengan kesulitan tertentu dan membutuhkan tindakan perbaikan secara medis ataupun bantuan konseling, juga dapat dipakai untuk pengenalan dini, sehingga dapat diberikan intervensi tambahan (non medis yang diperlukan) maupun prediktor untuk memperkirakan biaya perawatan kesehatan (Varni dan Kurtin, 1999).

OHRQoL anak diukur menggunakan kuisioner C-OIDP yang telah diuji validasi. *Child Oral Impact on Daily Performances/C-OIDP* merupakan kuisioner yang berfungsi untuk melihat dampak yang ditimbulkan oleh kondisi rongga

mulut yang buruk terhadap aktivitas sehari-hari anak. Responden diwawancarai untuk mengidentifikasi berbagai macam kesulitan yang berkaitan dengan delapan aktivitas sehari-hari (makan, berbicara, membersihkan gigi, tidur, tersenyum, stabilitas emosional, dan kontak sosial) yang dapat dikaitkan dengan masalah yang terjadi pada mulut atau gigi responden. Apabila responden melaporkan adanya dampak terhadap aktivitas sehari-hari mereka, frekuensi dari dampak tersebut (skala 1 untuk rentang 1-2 kali dalam 1 bulan, skala 2 untuk rentang 1-2 kali dalam 1 minggu, dan skala 3 untuk rentang ≥ 3 kali dalam 1 minggu). Sedangkan skala keparahan dari dampak tersebut dibagi menjadi tiga, yaitu 1 untuk keparahan yang sifatnya ringan, 2 untuk skala cukup berat, serta 3 untuk skala sangat berat. Apabila tidak didapatkan adanya dampak, maka diberi skor 0. Dampak dari masing-masing aktivitas kemudian dijumlahkan dengan cara mengkalikan skor frekuensi dengan skor keparahan (Astrom, 2003).

Skor C-OIDP keseluruhan merupakan akumulasi dari skor yang didapat dari masing-masing kedelapan aktivitas. Yang berkisar dari 0-72, dikalikan dengan 100 dibagi dengan 72. Kemudian, prevalensi dampak kondisi rongga mulut terhadap aktivitas sehari-hari dihitung sebagai suatu presentase responden yang memiliki skor lebih dari 0. Kemudian, intensitas dampak dari masing-masing aktivitas (skala 1-9) diklasifikasikan menjadi 6 tingkatan: tidak ada dampak (skor 0), sangat kecil (1), kecil (2), sedang (3-4), berat (5-6), sangat berat (7-9) (McGrath dan Wilson, 2004).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir seluruh siswa usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya merasakan adanya dampak yang ditimbulkan oleh kondisi rongga mulutnya terhadap aktivitas siswa tersebut sehari-hari. Dampak

yang dirasakan masing-masing individu memiliki intensitas yang berbeda-beda tergantung dari faktor yang memengaruhi individu tersebut. Semakin besar dampak yang dirasakan akibat kondisi rongga mulut terhadap aktivitas sehari-hari, maka semakin turun tingkat kualitas hidup individu tersebut. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kesehatan gigi dan mulut, tingkat kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan rongga mulut, serta faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup siswa SDN Mojo III-222 Surabaya.

6.1 Kesehatan gigi dan mulut siswa usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya.

Kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian dari kesehatan tubuh yang ikut berperan dalam menentukan status kesehatan seseorang. Menjaga kesehatan gigi berarti turut berpartisipasi dalam peningkatan kualitas hidup dan produktifitas sumber daya manusia, namun kesehatan gigi dan mulut di Indonesia sampai saat ini masih memprihatinkan dengan masalah utama kesehatan gigi dan mulut adalah karies gigi dan penyakit periodontal. Karies gigi adalah suatu penyakit kronis yang merusak jaringan keras gigi disebabkan oleh produk asam hasil fermentasi bakteri terhadap karbohidrat. Proses ini ditandai dengan demineralisasi pada jaringan keras gigi dan biasanya dimulai karena adanya biofilm (plak gigi) yang menutupi permukaan gigi (Selwitz et al, 2007).

Karies gigi timbul jika terjadi interaksi dari empat faktor seperti adanya mikroorganisme, substrat, host (permukaan gigi dan saliva) dan waktu sebagai faktor tambahan (Marya, 2011). Karies merupakan penyakit yang paling umum dan menyerang lebih dari 80% anak-anak di negara maju dan berkembang (Sriyono, 2009).

Anak usia sekolah khususnya anak sekolah dasar merupakan satu kelompok yang rentan terhadap penyakit gigi dan mulut karena umumnya anak-anak tersebut masih mempunyai perilaku atau kebiasaan diri yang kurang menunjang terhadap kesehatan gigi (Pontonuwu *et al*, 2013).

Indikator status kesehatan gigi untuk menilai karies dapat menggunakan indeks DMF-T. Indeks DMF-T merupakan indeks yang digunakan untuk menilai kerusakan gigi pada seseorang baik berupa gigi berlubang, dicabut dan ditumpat karena karies. Indeks ini masih dipakai untuk mengukur prevalensi karies gigi karena mudah pengaplikasiannya, valid dan dapat dipercaya (Sriyono, 2009).

Selain indeks DMF-T, telah dikembangkan suatu indeks lain yaitu indeks PUFA yang berfungsi untuk menilai kondisi mulut akibat karies yang tidak dirawat. Seperti keterlibatan pulpa (pulpitis), ulserasi, fistula dan abses. Indeks ini menyediakan informasi tentang keadaan karies yang tidak dirawat yang dapat menyebabkan rasa sakit pada rongga mulut (Monse *et al*, 2010).

Berdasarkan hasil pemeriksaan menggunakan indeks DMF-T didapatkan bahwa dari keseluruhan jumlah karies aktif pada siswa usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya, hanya sebagian kecil saja yang mendapatkan perawatan. Dan berdasarkan hasil pemeriksaan menggunakan indeks PUFA, didapatkan bahwa sebagian dari karies tersebut telah berkembang menjadi keadaan yang lebih parah, yaitu telah melibatkan pulpa (pulpitis) serta menimbulkan abses di rongga mulut.

6.2 Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan gigi dan mulut / *Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL)* siswa usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya.

Dari delapan item yang mewakili empat dimensi kualitas hidup pada anak, didapatkan bahwa pada siswa usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya dampak kondisi rongga mulut paling besar dirasakan pada dimensi fungsional individu, khususnya pada aktivitas makan, diikuti dengan gangguan pada aktivitas membersihkan gigi.

Pada dimensi fungsional, Gangguan pada aktivitas makan atau fungsi kunyah akibat kondisi rongga mulut yang buruk, dapat membuat seseorang tidak maksimal dalam merasakan makanan sehingga menyebabkan penurunan nafsu makan. Lebih lanjut hal ini berakibat pada menurunnya asupan makanan sehingga menurunkan status gizi anak (Larasati, 2012).

Sedangkan gangguan pada aktivitas membersihkan gigi akan menimbulkan kondisi rongga mulut yang buruk, sisa makanan yang tidak dihilangkan dapat menimbulkan aktivitas demineralisasi oleh bakteri yang akan memicu timbulnya karies atau penyakit mulut lain.

Pada dimensi psikologis, kondisi rongga mulut diketahui cukup berdampak terhadap kestabilan emosi dan aktivitas tidur/istirahat siswa.

Apabila kestabilan emosi seseorang terganggu, maka kemampuan seseorang tersebut dalam melakukan aktivitas juga akan menurun, seperti gangguan makan dan tidur, bahkan dapat juga meningkatkan risiko anak tidak hadir ke sekolah sehingga lebih lanjut dapat mempengaruhi proses pembelajaran serta pencapaian prestasi anak tersebut di sekolah (Harun, 2010).

Sedangkan, pada dimensi sosial, sebagian besar responden menyatakan bahwa kondisi rongga mulut tidak berdampak terhadap aktivitas sosial mereka seperti berangkat ke sekolah ataupun bermain dengan teman-temannya.

Dimensi sosial kualitas hidup anak disini adalah bagaimana keadaan atau kesehatan gigi dan mulut subyek berpengaruh dalam berhubungan, berinteraksi, atau berbicara di depan orang lain serta pengalaman rasa sakit atau tidak nyaman yang mempengaruhi interaksi dengan orang di lingkungannya (Dwidjayanti, 2012).

Anak-anak sekolah yang mengalami trauma pada gigi anterior dan tidak dirawat, akan mengalami dampak sosial yang lebih tinggi pada kehidupan sehari-hari mereka daripada anak-anak tanpa traumatik pada gigi anterior. Dampak negatif pada anak yang mengalami fraktur gigi anterior mengalami kesulitan makan, membersihkan gigi, tersenyum, tertawa tanpa malu, mempertahankan keadaan emosional yang stabil, dan ketidaknyamanan berinteraksi sosial dibandingkan dengan anak-anak yg tidak memiliki cedera traumatik anterior. Keterampilan sosial dan kemampuan penyesuaian diri menjadi semakin penting manakala anak sudah menginjak masa remaja. Hal ini disebabkan karena pada masa remaja individu sudah memasuki dunia pergaulan yang lebih luas dimana pengaruh teman-teman dan lingkungan sosial akan sangat menentukan (Cortes *et al*, 2002).

Namun, dalam penelitian ini tidak didapatkan subyek dengan fraktur pada gigi anterior. Selain itu, kasus karies pada penelitian ini dominan ditemukan pada gigi posterior, sehingga tidak memberikan dampak sosial pada individu yang bersangkutan. Responden pada penelitian ini pun masih merupakan siswa usia 12

tahun yang masih duduk di bangku sekolah dasar, dimana mereka belum memasuki fase remaja, sehingga lingkungan sosial belum terlalu berpengaruh dalam tindakan mereka.

6.3 (Ohrqol) Siswa Usia 12 Tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya Menurut Faktor-Faktor Resiko

Setiap anak memiliki intensitas gangguan terhadap kualitas hidup yang bervariasi, hal tersebut ditentukan oleh faktor sosiodemografi serta faktor resiko yang dapat memengaruhi tingkat kualitas hidup anak tersebut. Diantaranya yaitu jenis kelamin, latar belakang ekonomi keluarga, tingkat kesehatan gigi dan mulut, serta perilaku dan kebiasaan yang berhubungan dengan gigi dan mulut individu sehari-hari.

6.3.1 Jenis Kelamin

Jenis kelamin diketahui dapat mempengaruhi OHRQoL seseorang. Dalam kondisi klinis kesehatan gigi dan mulut yang sama dengan pria, wanita ditemukan lebih banyak merasa tidak puas terhadap estetika dari kondisi gigi dan mulutnya. Wanita cenderung memiliki keluhan lebih tinggi pada rasa sakit, kemampuan mengunyah makanan, dan rasa cemas terhadap kesehatan gigi dan mulutnya dibanding pria (Klages, 2004).

Wanita cenderung merasakan gangguan OHRQoL pada dimensi psikologis dan sosial (Carneiro *et al*, 2011). Perbedaan persepsi OHRQoL berdasarkan jenis kelamin dapat dikarenakan adanya perbedaan konsep subjektif mengenai standar estetik personal yang dipengaruhi juga oleh tuntutan sosial dan kebutuhan personal yang berbeda pada setiap populasi (Carneiro *et al*, 2011; Hernandez, 2015).

Namun, terdapat satu teori yang dikemukakan oleh Robbins (2008), yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang konsisten antara pria dan wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas, ataupun kemampuan belajar. (Putra dan Yuliarini, 2010).

Hal tersebut selaras dengan hasil penelitian ini dimana tidak didapatkan adanya perbedaan antara kelompok responden dengan jenis kelamin laki-laki ataupun perempuan mengenai dampak yang dirasakan akibat kondisi rongga mulutnya terhadap kualitas hidup responden.

Ditinjau dari dimensi psikologis dan sosial, hal ini dapat disebabkan karena, siswa yang menjadi subyek penelitian ini adalah siswa berusia 12 tahun dan masih duduk di bangku sekolah dasar. Pada usia tersebut, seorang anak perempuan masih belum memerhatikan kondisi estetik dari tubuhnya sehingga tidak didapatkan perbedaan konsep subjektif mengenai standar estetik personal yang dipengaruhi juga oleh tuntutan sosial dan kebutuhan personal yang berbeda pada setiap jenis kelamin.

6.3.2 Pendapatn Orang Tua

Pendapatan orang tua juga dapat mempengaruhi perilaku kesehatan anak. Individu dengan kelas ekonomi rendah memiliki hambatan untuk mengakses layanan kesehatan gigi ketika mereka merasa kesehatan oralnya kurang baik, akibatnya kesehatan gigi dan mulut mereka akan memburuk. Hal inilah yang menyebabkan mereka lebih mudah merasakan pengaruh yang buruk dari kesehatan gigi dan mulut mereka terhadap kehidupannya. Pada kelompok orang tua dengan pendapatan diatas rata-rata maka mereka

mampu untuk mengakses pelayanan kesehatan lebih baik dibandingkan dengan kelompok orang tua dengan pendapatan menengah kebawah. Sehingga status kebersihan gigi dan mulut anak dengan orang tua diatas rata-rata bisa lebih baik, hal ini dikarenakan kelompok orang tua tersebut sudah mampu memenuhi kebutuhan yang sifatnya lebih tinggi seperti pemeliharaan kondisi kesehatan (Kieser dan Groeneveld, 1995).

Namun, dalam penelitian ini tidak didapatkan perbedaan tingkat kualitas hidup antara kelompok responden yang memiliki latar belakang orang tua dengan penghasilan diatas rata-rata dibandingkan dengan kelompok responden yang memiliki latar belakang orang tua dengan penghasilan dibawah rata-rata. Hal ini dapat terjadi karena adanya faktor lain seperti lingkungan sosial yang ikut andil dalam mempengaruhi tingkat OHRQoL. Dukungan dari orang terdekat dapat mempengaruhi seseorang dalam bertindak, termasuk dalam pertimbangan tindakan kesehatan. Apabila dukungan terhadap kesehatan gigi dan mulut baik, maka OHRQoL akan cenderung ikut meningkat (Gupta, 2014).

6.3.3 Pendidikan Orang Tua

Anak-anak umumnya tidak tahu dan belum mampu untuk menjaga kesehatan rongga mulut mereka, oleh karena itu orang tualah yang bertanggung jawab untuk mendidik anak mereka dengan benar, sehingga faktor tingkat pendidikan orang tua sangat berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap, dan perilaku hidup sehat. Orangtua dengan tingkat pendidikan yang tinggi, didapati anak mereka mempunyai prevalensi penyakit gigi dan mulut yang rendah dikarenakan lebih sadar dan peduli

mengenai kesehatan gigi. Seperti contohnya melakukan kunjungan ke dokter gigi secara berkala serta menerapkan perilaku kesehatan gigi anak yang lebih baik dalam hal menyikat gigi, waktu menyikat gigi, serta perilaku konsumsi makanan manis pada anak. Namun pada anak-anak yang orang tuanya tidak memahami pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut, seringkali orang tua tersebut menyediakan makanan dengan tingkat karbohidrat tinggi seperti coklat dan permen. Orang tua pun kurang memiliki kepedulian akan kebiasaan menyikat gigi serta kegiatan rutin ke dokter gigi, sehingga prevalensi penyakit gigi dan mulut pada anak akan lebih tinggi dibanding anak dengan orang tua yang memiliki pengetahuan tinggi (Mbawalla *et al*, 2010).

Adanya penyakit gigi dan mulut akan berpengaruh terhadap kualitas hidup anak. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini, dimana diketahui bahwa kelompok responden yang memiliki latar belakang orang tua dengan pendidikan tingkat sekolah (SD,SMP,SMA) memiliki tingkat kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan kelompok responden yang memiliki orang tua dengan latar belakang pendidikan sarjana (S1,S2,S3).

6.3.4 Perilaku Kebiasaan Menyikat Gigi

Berdasarkan teori Blum, status kesehatan gigi dan mulut seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor penting yaitu keturunan, lingkungan (fisik maupun sosial budaya), perilaku, dan pelayanan kesehatan. Dari keempat faktor tersebut, perilaku memegang peranan yang penting dalam mempengaruhi status kesehatan gigi dan mulut, khususnya

perilaku menjaga kesehatan gigi dan mulut. Di samping mempengaruhi status kesehatan gigi dan mulut secara langsung, perilaku dapat juga mempengaruhi faktor lingkungan dan pelayanan kesehatan (Silvia dan Endang, 2005).

Faktor resiko tingkat keparahan karies yang tinggi menunjukkan perilaku yang kurang baik dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut seseorang. Salah satunya adalah perilaku kebiasaan menyikat gigi. Menyikat gigi adalah suatu bentuk tindakan pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut yang dapat mengurangi resiko terjadinya karies, asal dilakukan dengan benar. Menyikat gigi secara rutin kurang dari dua menit setiap hari saja dapat mengurangi plak sebesar 40%, oleh karena itu, dengan frekuensi menyikat gigi dua kali sehari dapat meningkatkan kesehatan jaringan periodontal dan mencegah akumulasi plak penyebab karies (Sutjipto *et al*, 2013).

Hasil analisa Tince (2010), antara kebiasaan sikat gigi dengan status pengalaman karies (DMF-T) diperoleh bahwa persentase yang mengalami kerusakan gigi pada kelompok responden yang menyikat gigi satu kali sehari, saat setelah makan pagi beresiko 1,90 kali lebih tinggi untuk terjadinya kerusakan gigi dibandingkan responden yang memiliki kebiasaan menyikat gigi secara benar (dua kali sehari). Nilai DMF-T yang lebih tinggi dapat mempengaruhi OHRQoL, karena jumlah gigi yang karies, gigi hilang, dan tumpatan yang didapat dapat memberikan dampak pada fungsi, sosial, maupun ketidakpuasan dalam penampilan individu.

Pada penelitian Mbawalla *et al* (2010), kurangnya frekuensi menyikat gigi berkaitan dengan rendahnya *oral hygiene* yang mempengaruhi paling sedikitnya satu dari dimensi pengukuran OHRQoL.

Hal tersebut selaras dengan apa yang ditemukan dalam penelitian ini. Dalam penelitian ini didapatkan bahwa kelompok responden yang memiliki kebiasaan menyikat gigi satu kali menunjukkan tingkat kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan kelompok responden yang memiliki kebiasaan menyikat gigi dua kali sehari atau lebih.

6.3.5 Pengetahuan Mengenai Kesehatan Gigi dan Mulut

Pada usia Sekolah Dasar, tingkat pengetahuan anak tentang kebersihan gigi dan mulut dipengaruhi oleh peran orang tua dan guru di sekolah sebagai *role model* anak dan pemberi informasi primer pada anak-anak. Tingkat pengetahuan menjaga kebersihan gigi dan mulut orang tua dan guru mempengaruhi cara berpikir anak dalam berperilaku menjaga kebersihan gigi dan mulutnya. Kebanyakan anak-anak yang kurang memahami pengetahuan dasar kebersihan gigi dan mulut, seperti ciri *oral hygiene* yang baik dan buruk, efek yang ditimbulkan bila memiliki *oral hygiene* yang buruk, serta memiliki kebiasaan menjaga kesehatan gigi yang buruk juga, berakibat memiliki tingkat keparahan penyakit gigi dan mulut yang parah. Hal tersebut disebabkan ketidaktahuan subyek terhadap hal-hal yang dapat membahayakan kesehatan gigi dan mulutnya, sehingga subyek merasa tidak memiliki tanggung jawab untuk menjaganya (Sabrina, 2015).

Namun dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan tingkat kualitas hidup antara kelompok responden yang memiliki

pengetahuan cukup dan kelompok responden yang memiliki pengetahuan kurang mengenai kesehatan gigi dan mulut. Hal ini dapat terjadi karena kelompok responden yang sudah memiliki pengetahuan yang baik mengenai cara menjaga kesgilut belum menerapkan pengetahuan tersebut dalam kesehariannya sehingga tetap timbul penyakit di rongga mulut subyek yang kemudian memengaruhi tingkat kualitas hidup subyek. Sehingga, subyek dengan pengetahuan yang cukup pun tetap bisa merasakan dampak akibat kondisi rongga mulutnya terhadap aktivitas subyek sehari-hari.

Sebaliknya, terkadang seorang individu sudah memiliki perilaku kebiasaan menjaga kesgilut yang baik padahal individu tersebut tidak memiliki pengetahuan tentang kesgilut yang baik. hal tersebut bisa dapat disebabkan pengaruh kondisi eksternal yang meliputi lingkungan tempat tinggal, status sosial ekonomi, pelayanan kesehatan dan pendidikan orang tua, serta kondisi interpersonal yang meliputi hubungan sosial individu tersebut dalam keluarga (orangtua, saudara kandung, saudara lain serumah dan teman sebaya).

Hal tersebut selaras dengan konsep perilaku dikatakan bahwa perilaku tidak selalu mengikuti urutan tertentu, sehingga terbentuknya perilaku positif tidak selalu dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap positif. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku dengan kekhasan uniknya dipengaruhi oleh banyak variasi (Maulana, 2009).

6.3.6 Perilaku Kebiasaan Mengakses Layanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Pada penelitian Sheiham (2005), didapatkan hubungan antara kunjungan rutin ke fasilitas kesehatan gigi (untuk *relief of pain* ataupun pemeriksaan rutin) dengan jumlah gigi yang karies dan ditumpat. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa frekuensi kunjungan ke fasilitas kesehatan gigi membantu dalam penundaan kehilangan gigi dan mempertahankan fungsi gigi. Individu yang mengunjungi dokter gigi hanya saat merasa kesakitan pada gigi atau masalah lain cenderung merasakan OHRQoL yang lebih buruk di aspek fisik dan psikologis dibanding pada individu yang memiliki kunjungan rutin ke fasilitas kesehatan gigi tanpa menunggu adanya keluhan (Brennan *et al*, 2007).

Namun, pada penelitian ini kelompok responden yang memiliki kebiasaan mengakses layanan kesgilut justru memiliki tingkat kualitas hidup yang lebih rendah bila dibandingkan dengan kelompok responden yang tidak memiliki kebiasaan mengakses layanan kesgilut. Hal ini bisa disebabkan karena kelompok responden yang memiliki kebiasaan mengakses layanan kesehatan gigi dan mulut lebih memperhatikan kondisi kesehatan rongga mulutnya, sehingga lebih mudah merasakan dampak akibat kondisi rongga mulutnya terhadap aktivitas sehari-hari dibandingkan dengan kelompok responden yang tidak terbiasa mengakses layanan kesgilut.

6.3.7 Perilaku Kebiasaan Konsumsi Makanan Manis

Berdasarkan kebiasaan konsumsi makanan manis, diketahui bahwa kelompok responden yang memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan manis memiliki tingkat kualitas hidup yang lebih rendah pada dimensi fungsional. Hal ini disebabkan karena makanan manis yang sifatnya kariogenik dapat menyebabkan suasana asam di dalam mulut dan mengubah pH mulut menjadi sangat rendah (4,5). Suasana mulut yang asam memudahkan proses demineralisasi atau penghancuran email semakin cepat sehingga gigi mudah mengalami karies (Hongini dan Aditiawarman, 2012).

Anak usia sekolah dasar semakin mandiri sehingga mereka lebih sering mengonsumsi snack dan makanan ringan lainnya di luar rumah (Brown, 2005).

Makanan ringan tersebut cenderung bersifat kariogenik. Makanan kariogenik seringkali meninggalkan sisa di sela-sela gigi. Sisa makanan yang lama tertinggal menyebabkan resiko terjadinya karies gigi menjadi besar. Gigi yang tidak segera dibersihkan berpengaruh pada produksi bakteri di dalam mulut. Bakteri akan memecah makanan tersebut dan menciptakan suasana asam di dalam mulut hanya dalam waktu 13-20 detik. Suasana asam menyebabkan pengikisan email gigi yang semakin sering sehingga gigi menjadi karies (Hongini dan Aditiawarman, 2012).

6.3.8 Karies

Karies adalah penyakit gigi dan mulut yang paling sering ditemui pada masyarakat Indonesia karena kurang baiknya individu dalam

memelihara kesehatan gigi dan mulutnya. Dengan adanya karies yang diderita subyek ditambah penanganan yang tidak tepat akan menyebabkan banyak masalah jika dibiarkan berkepanjangan. Karies parah yang melibatkan pulpa akan menghasilkan pulpitis sehingga timbulah rasa nyeri. Rasa nyeri ini dapat mengganggu tidur, mengganggu fungsi mengunyah, bahkan mempengaruhi anak dalam aktivitas belajar sehingga dapat berpengaruh terhadap prestasi anak tersebut (Harun, 2010).

6.3.8.1 Jumlah Karies Aktif (Indeks DMF-T)

Hingga saat ini, karies gigi dan penyakit periodontal adalah penyakit rongga mulut yang dengan prevalensi tinggi sehingga menjadikan keduanya sebagai masalah utama kesehatan gigi dan mulut saat ini. Penyakit oral seperti karies memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup seseorang, tidak hanya berpengaruh terhadap fisik, namun juga pada berbagai aspek kehidupan, seperti fungsi oral, penampilan, dan hubungan interpersonal (Naito *et al*, 2006).

Berdasarkan indeks DMF-T, diketahui bahwa siswa SDN Mojo III-222 Surabaya yang memiliki skor DMF-T >0 mengaku merasakan dampak dari kondisi rongga mulutnya terhadap aktivitas siswa tersebut sehari-hari, baik aktivitas yang sifatnya fungsional, psikologis, maupun sosial. Sedangkan siswa yang memiliki nilai skor DMF-T 0 tidak merasakan adanya dampak kondisi rongga mulutnya terhadap aktivitas sehari-hari.

Hal ini menunjukkan bahwa siswa yang memiliki skor DMF-T memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan siswa yang tidak memiliki skor DMF-T. Dan tingkat kualitas hidup siswa tersebut semakin menurun seiring dengan meningkatnya skor DMF-T siswa tersebut.

6.3.8.2 Tingkat Keparahan Karies yang Tidak Terawat (Indeks PUFA)

Karies yang parah akan mempengaruhi kualitas hidup anak-anak karena mereka merasakan sakit, ketidaknyamanan, profil wajah yang tidak harmonis, infeksi akut serta kronis, gangguan makan dan tidur, bahkan karies yang parah juga dapat meningkatkan risiko rawat inap sehingga anak tidak hadir ke sekolah dan dapat mempengaruhi proses pembelajaran anak (Sheiham, 2005).

Baginska dkk (2013) juga menyatakan hal yang serupa bahwa karies yang sudah lanjut dapat mempengaruhi kesehatan dan kualitas hidup seseorang yang menyebabkan rasa sakit, sulit tidur dan makan, menurunnya indeks massa tubuh, tidak masuk sekolah bahkan rawat inap serta biaya yang dikeluarkan untuk pengobatan karies yang parah lebih tinggi daripada kasus lesi yang awal. Keadaan mulut yang buruk, misalnya banyaknya gigi hilang sebagai akibat gigi rusak atau trauma yang tidak dirawat, akan mengganggu fungsi dan aktivitas rongga mulut sehingga akan mempengaruhi status gizi serta akan mempunyai dampak pada kualitas hidup. Pada masa anak-anak, kondisi tersebut akan mempunyai dampak pada

tumbuh kembang dan kesejahteraan anak serta secara signifikan akan berdampak pada kehidupan mereka kelak (Sheiham, 2005; WHO, 2007).

Indeks pufa adalah indeks yang digunakan untuk menilai kondisi mulut akibat karies yang tidak dirawat seperti keterlibatan pulpa, ulserasi, fistula dan abses. Indeks ini menyediakan informasi tentang keadaan karies yang tidak dirawat seperti keterlibatan pulpa dan abses yang menyebabkan rasa sakit pada rongga mulut sehingga lebih berpengaruh terhadap kualitas hidup seseorang dibandingkan dmft dan DMFT (Monse *et al*, 2010).

Berdasarkan indeks PUFA, diketahui bahwa siswa SDN Mojo III-222 Surabaya yang memiliki skor PUFA >0 mengaku merasakan dampak dari kondisi rongga mulutnya terhadap aktivitas siswa tersebut sehari-hari, baik aktivitas yang sifatnya fungsional, psikologis, maupun sosial. Sedangkan siswa yang memiliki nilai skor PUFA 0 tidak merasakan adanya dampak kondisi rongga mulutnya terhadap aktivitas sehari-hari.

Hal ini menunjukkan bahwa siswa yang memiliki skor PUFA memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan siswa yang tidak memiliki skor PUFA. Dan tingkat kualitas hidup siswa tersebut semakin menurun seiring dengan meningkatnya skor PUFA siswa tersebut.

BAB 7**KESIMPULAN DAN SARAN****7.1 Kesimpulan**

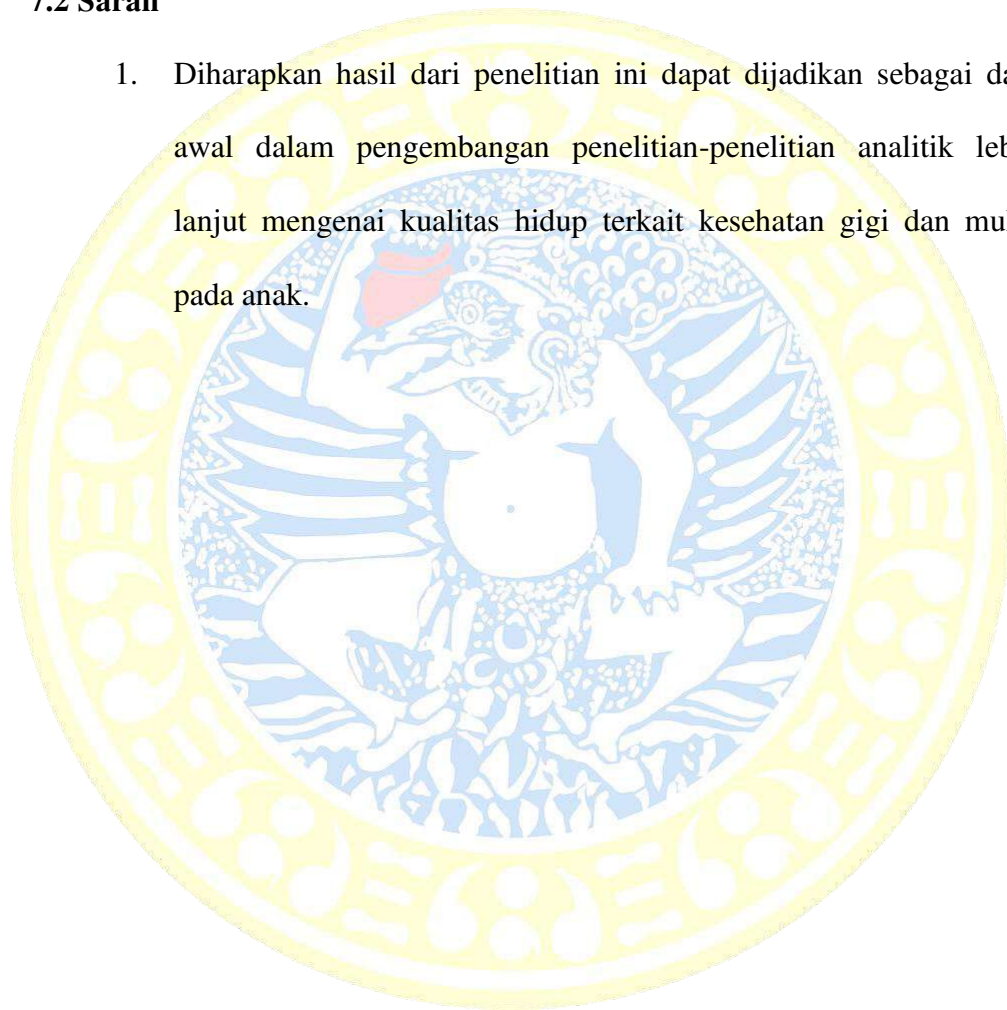
Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan kesimpulan bahwa kondisi rongga mulut yang buruk, dimana didapatkan karies parah dan tidak dilakukan perawatan, yang kemudian menimbulkan keadaan pulpitis dan abses dalam rongga mulut, dapat menurunkan tingkat kualitas hidup anak usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya, dengan uraian sebagai berikut:

1. Berdasarkan hasil pemeriksaan menggunakan indeks DMF-T didapatkan bahwa dari keseluruhan jumlah karies aktif, hanya sebagian kecil saja yang mendapatkan perawatan. Berdasarkan hasil pemeriksaan menggunakan indeks PUFA, didapatkan bahwa sebagian dari karies tersebut telah berkembang menjadi keadaan yang lebih parah, yaitu telah melibatkan pulpa (pulpitis) serta menimbulkan abses di rongga mulut.
2. Dari delapan item yang mewakili empat dimensi kualitas hidup pada anak, didapatkan bahwa pada siswa usia 12 tahun di SDN Mojo III-222 Surabaya dampak kondisi rongga mulut dirasakan pada keempat dimensi. Jika diuraikan per dimensi, dimensi fungsional paling besar dirasakan pada aktivitas makan dan membersihkan gigi. pada dimensi psikologis paling besar dirasakan pada kestabilan emosi, dan pada dimensi sosial paling besar dirasakan pada aktivitas kontak sosial.

3. Berdasarkan Indeks PUFA, didapatkan bahwa responden yang memiliki skor PUFA merasakan dampak kondisi rongga mulutnya pada kualitas hidup responden. Sedangkan responden yang tidak memiliki skor PUFA tidak merasakan adanya dampak akibat kondisi rongga mulut terhadap kualitas hidup responden.

7.2 Saran

1. Diharapkan hasil dari penelitian ini dapat dijadikan sebagai data awal dalam pengembangan penelitian-penelitian analitik lebih lanjut mengenai kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut pada anak.



DAFTAR PUSTAKA

- Anitasari Silvia & Endang Rahayu. 2005. *Hubungan Frekuensi Menyikat Gigi Dengan Tingkat Kebersihan Gigi Dan Mulut Siswa Sekolah Dasar Negeri Di Kecamatan Palaran Kotamadya Samarinda Provinsi Kalimantan Timur*. Dental Jurnal. Volume 38. P 88- 90.
- Astrom N.A. 2003. *Validity and Reliability of The Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) Frequency Scale: a Cross-sectional Study of Adolescent in Uganda*. BMC Oral Health, 3(5).
- Baginska, J., Rodakowska, E., Wilczynska-Borawska, M., dan Jamiolkowski, J., 2013. *Index of Clinical Consequences of Untreated Dental Caries (pufa) in Primary Dentition of Children From North-East Poland*. Medical University of Bialystok, 58(2).
- Brennan, DS, Spencer, AJ, Roberts, KF. 2007. *Caries Experience Among 45-54 Years Olds in Adelaide, South Australia*, Australian Dental Journal, vol. 52: (2), pp.122-127.
- Carneiro, FC, Santos, RS, Rebelo, MA. 2011. *Quality of Life Related to Oral Health: Contribution from Social Factors*, Journal Sci Flo Public Health, Vol. 16, pp. 13-21.
- Cortes MI, Marcenes W, Sheiham A. 2002. *Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old children*. Community Dent Oral Epidemiol. Vol. 30(3):193-8.
- Depkes RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Dwidjayanti, S.C. 2012. *Hubungan Antara Permintaan (Demand) Gigi Tiruan dan Kualitas Hidup Lansia*, Thesis, Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia. Diakses pada 15 Mei 2015.
- Ebrahim S, Reza A, Shabani M, Ahmad S. 2009: *Changes in Children's Oral Health Related Quality of Life Following Dental Treatment under General Anesthesia*. Dental Research Journal 2009; 6(1): 13-16
- Fan X, Hu D, Liu H. 2004. *Oral health status of children and adolescents in China*. International Dent J : 53(5); 289-98.
- Ginsburg A., Jordan, P., & Chang, H. 2014. *Absences add up: How school attendance influences student success*. Retrieved from http://www.attendanceworks.org/wordpress/wpcontent/uploads/2014/09/Absences-Add-Up_090114-1-1.pdf
- Gupta, E. 2014. *'The Determinant of Oral Health Related Quality of Life in Adults'*, PhD Thesis, Academic Unit of Dental Public Health School of

- Clinical Dentistry University of Sheffield, Diakses pada 2 Juni 2015, pp 1-110.
- Harun. 2010. *Efek Psikososial anak usia terhadap anak yang berusia 3-5 tahun yang memiliki karies tinggi dan rendah*. Skripsi. Medan: USU
- Herijulianti, E. 2001. *Pendidikan Kesehatan Gigi*. Jakarta: EGC.
- Hernandez, JF, Garcia, SS, Aguilar, FC. 2015. *Emerging Trends in Oral Health Sciences and Dentistry. Oral Health Related Quality of Life*, Rijeka: Intech Publisher.
- Hofstedt H, Stillerman E. 2008. *Oral health status knowledge and dietary habits among urban and rural 6-7 years old children in the Windhoek area, Namibia*.
- Hongini, Y. S., & Adityawarman, M. 2012. *Kesehatan Gigi dan Mulut*. Bandung: Pustaka Reka Cipta.
- Hurlock, E. B. 2007. *Perkembangan Anak*, Jilid 1, Jakarta: Erlangga.
- Jette, A M. 1993. *Clinical Perspective: Using Health-Related Quality of Life Measure in Physical Therapy Outcomes Research*, Physical Therapy Journal Vol. 73, Number 8.
- Kieser & H. T. Groeneveld. 1995. *Inequalities in the pattern of dental delivery in South Africa*, The Journal of the Dental Association of South Africa, vol. 50, no. 7, pp. 327-331.
- Klages, A. Bruckner, A. Zentner 2004. *Dental Aesthetics, Self-Awareness, and Oral Health-Related Quality of Life in Young Adults*, European Journal of Orthodontics, vol. 26, no. 5, pp. 507-514.
- Kosovic S, Nilsson A, Andersson. 2008. *A Survey of dental caries prevalence, dietary and oral hygiene habits among urban and rural 5 and 12 years old children in the Gambia*.
- Larasati, TA. 2012. *Kualitas Hidup Pasien Diabete Mellitus Tipe 2 di RS Abdul Moeloek Provinsi Lampung*. Volume 2, Februari 2012, Halaman 17 – 20
- Locker, D & Allen, F 2007, *What do measures of Oral health Related Quality of Life Measure?*, Community Dentistry and Oral Epidemiology, Vol. 35, pp. 401-411.
- Locker, D. 1998. *Issues and Measuring Change in Self-perceived Oral Health Status*. Community Dental Oral Epidemiology, Vol. 26, pp. 41-47.
- Manurung, A 2012. *Pengaruh Xerostomia terhadap Kesehatan Gigi dan Mulut terkait Kualitas Hidup pada Usila*. Laporan Akhir Hasil Penelitian Karya Tulis Ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

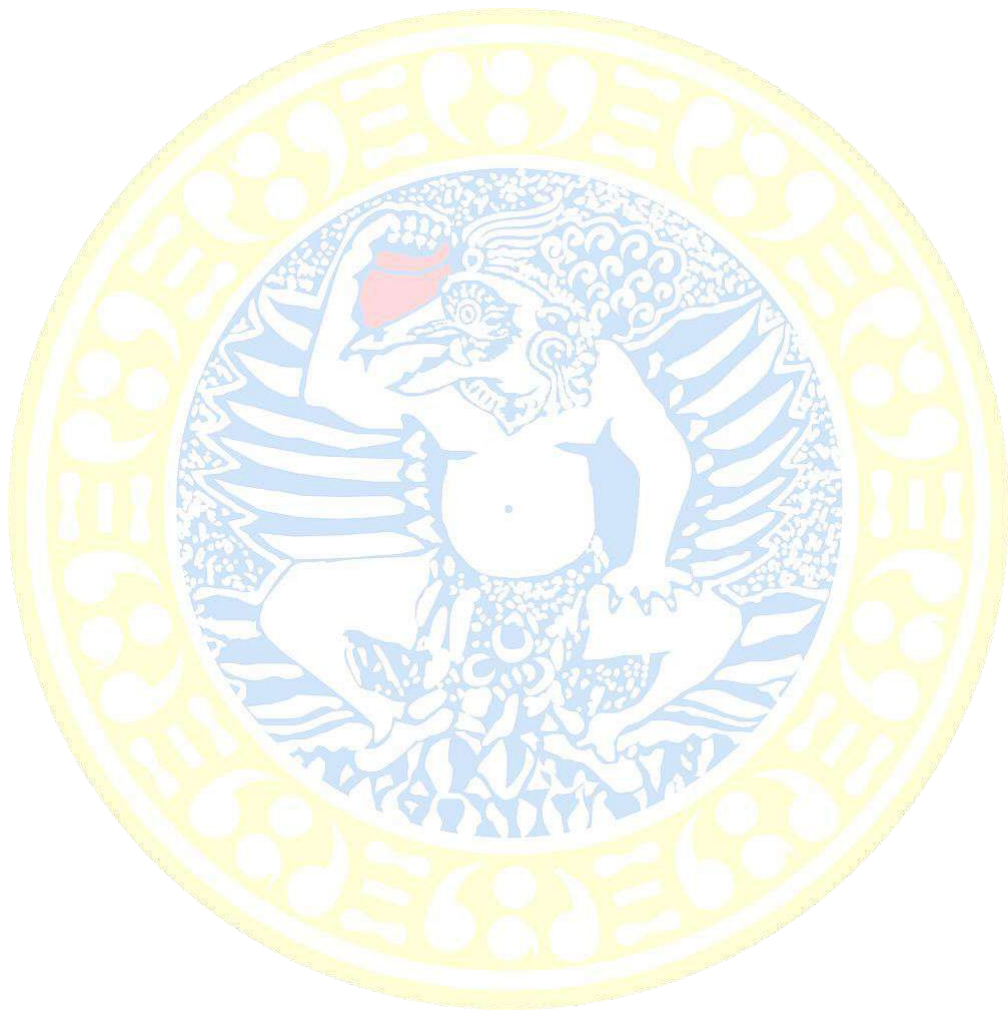
- Marya, C.M., 2011. *A Textbook of Public Health Dentistry*, Jaypee Brothers Medical Publishers, New Delhi.
- Maulana HDJ. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Mbawalla, H S, Masalu, JR. A N Astrom. 2010. *Socio-demographic and Behavioural Correlates of Oral Hygiene Status and Oral Health Related Quality of Life, the Limpopo-Arusha School Health Project (LASH): A Cross- Sectional Sudy*. Bio Medical Central Pediatrics Journal, Vol. 10, No.87.
- McGrath C BH, Wilson-Ganderson M. 2004. *Assessing The Impact Of Oral Health on The Life Quality Of Children; Implication for Research and Practice*. Community Dental Oral Epidemiology ;32:1147-57.
- Mehta A. 2012. *Comprehensive review of caries assessment systems developed over the last decade*. RSBO ; 9: 316-21.
- Monse B, Heinrich-Weltzien R, Benzian H, Holmgren C, van Palenstein HW. 2010. *PUFA – An index of clinical consequences of untreated dental caries*. Comm Dent Oral Epidemiol; 38: 77-82.
- Naito, Mariko, Yuasa, Hidemichi, Y. Nomura, T.Nakayama, N.Hamajima, N.Hanada. 2006. *Oral Health Status and Health-Related Quality of Life: a Sistematic Review*. Journal of Oral Science, Vol.48, No. 1, pp.1-7.
- Notoatmojo, Soekidjo. dan Solita Sarwono. 1996. *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta. Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Parsons Talcott. 1974. in Turner, J.H., *The Structur of Sociological Theory*: Homewood, Illonois, The Dorsey Press.
- Pintauli S, Melur T. 2004. *Hubungan pendidikan dan skor DMF-T pada ibu-ibu rumah tangga berusia 20-45 tahun di Kecamatan Medan Tuntungan*. Dentika dent J: 9(2); 78-83.
- Piovesan C, Batista A, ferreira F, Ardenghi T. 2009. *Oral health- realeted quality of life in children: Coceptual issues*. Dental Research Journal; 24(1): 81-85.
- Pontonuwu, J., Mariati, N. W., dan Wicaksono, D. A., 2013, *Gambaran Status Karies Anak Sekolah Dasar di Kelurahan Kinilow 1 Kecamatan Tomohon Utara*, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Sam Ratulangi, Manado.
- Pratiwi, A.S.P. 2007. *Gambaran pola karies gigi permanen ditinjau dari dental neglect siswa kelas 5-6 SDN Cikudayasa 2 kec. Cileunyi Kabupaten Bandung*. Kedokteran Gigi UNPAD. Bandung
- Rahardjo T.B.W. 2007. *Kelarutan email gigi dalam larutan buffer asetat pH 4 dengan dasar air PDAM Palembang serta kuah pempek: suatu studi*

laboratorik dengan pendekatan kimiawi dan mikroskopik elektron. Jakarta : ECG, 1-8.

- Ridley S YD. 2002. *Intensive care after care*. In: Griffiths RD JC, editor. *Classification and measurement problems of outcomes after intensive care*. Oxford Butterworth-Heinemann; p. 142-5.
- Rini Pratiwi, Ririn Mutmainnah. *Gambaran Keparahan Karies Pada Anak Usia 6, 9 Dan 12 Tahun Di Kabupaten Pinrang, Sulawesi Selatan Menggunakan Indeks PUFA / pufa*. Bagian Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat. Mahasiswa tahapan profesi Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin Makassar, Indonesia
- Riyanti, E. 2005. *Perbedaan kesehatan gigi dan mulut anak vegetarian dan non vegetarian di Vihara Maitreya Pusat Jakarta*. Fakultas kesehatan gigi. Universitas Padjajaran.
- Sameer Shaikh, Ammar Ahmed Siddiqui, Mohammad Aljanakh. 2015. *School Absenteeism due to Toothache among Secondary School Students Aged 16–18 Years in the Ha'il Region of Saudi Arabia*. Hindawi Publishing Corporation. Volume 2016, Article ID 7058390, 4 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2016/7058390>
- Sarwono Solita, 1999. *Sosiologi Kesehatan. Beberapa Konsep beserta aplikasinya*. Jogjakarta: Gajahmada University Press.
- Selwitz, R.H., Ismail, A.I., dan Pitts, N.B., 2007, *Dental Caries*, Lancet, 369:51-59.
- Sheiham, A., 2005, *Oral Health, General Health and Quality of Life*, *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (9):644-645.
- Slade, G & Spencer, AJ 1994, *Development and Evaluation of The Oral Health Impact Profile*. *Community Dental Health*, Vol.11, pp. 3-11.
- Sriyono, N. W. 2009. *Pencegahan Penyakit Gigi dan Mulut Guna Meningkatkan Kualitas Hidup*. Yogyakarta : FKG-UGM.
- Sutjipto ,Chrisdwianto Sutjipto., Vonny N.S Wowor, Wulan P.J Kaunang. 2013. *Gambaran Tindakan Pemeliharaan Kesehatan Gigi Dan Mulut Anak Usia 10 – 12 Tahun Di SD Kristen Eben Haezar 02 Manado*. *Jurnal e-Biomedik (eBM)*. Volume 1. Nomor 1. hlm 697-706. 2013.
- Titin. 2003. *Interaksi Sebagai Proses Belajar Mengajar*. (Online) (<http://anwarhdil.blogspot.com/2009/01/interaksi-edukatif-sebagai-proses-belajar.html>) diakses tanggal 4 oktober 2010.
- Varni JW SM, Kurtin PS. 1999. *Pediatric health-related quality of life measurement technology : A Guide for Health Care Decision Makers*. *JCOM*;6:33-40.

Warni L. 2009. *Hubungan perilaku murid SD kelas V dan VI pada kesehatan gigi dan mulut terhadap status karies gigi di wilayah Kecamatan Delitua Kabupaten Deli Serdang tahun 2009*. [seial online] [cited April 2013]. Available from URL: <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/7903/1/10E00470.pdf>

World Health Organization. 2013, *Oral Health Surveys Basic Methods, Fifth Edition*, Switzerland: WHO Press, Pp.47-50.



LAMPIRAN I

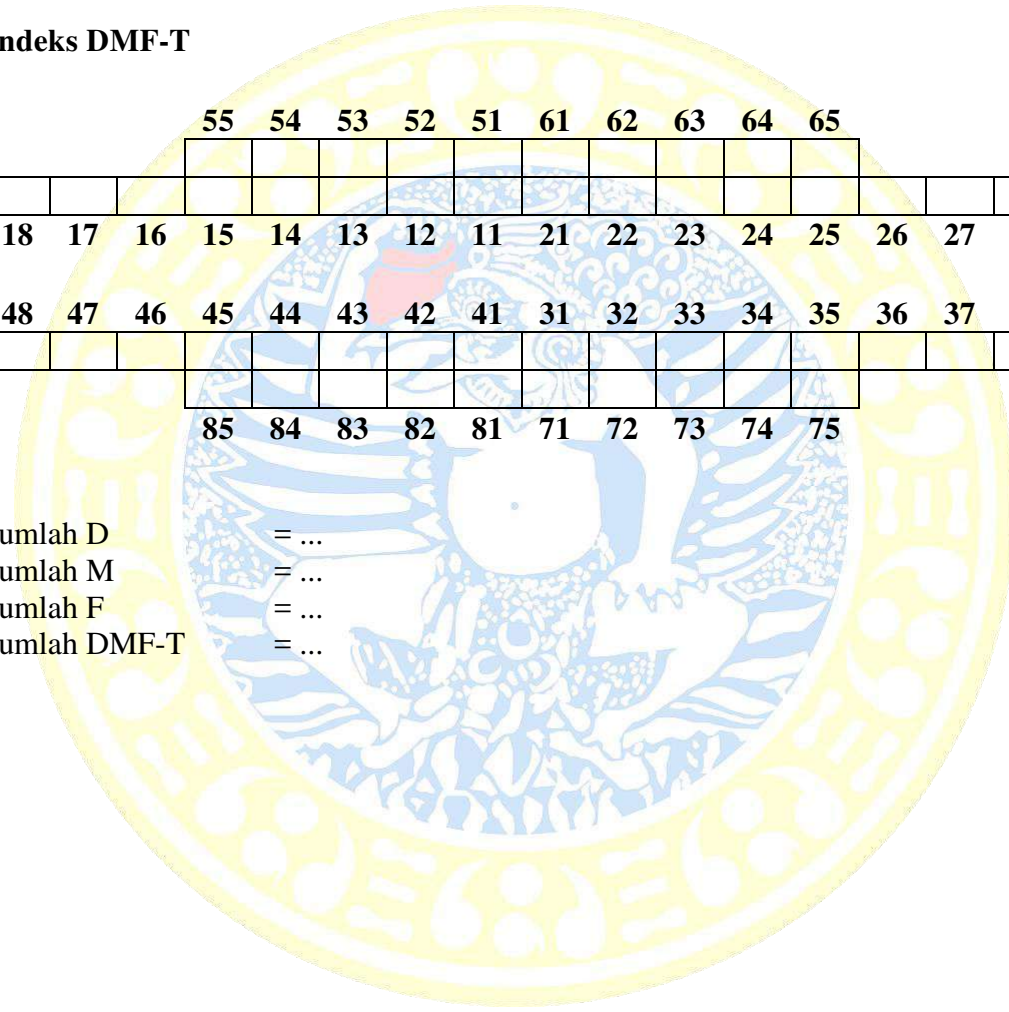
STATUS KESEHATAN GIGI DAN MULUT RESPONDEN (INDEKS DMF-T)

Nama :
 Alamat :
 Tanggal Lahir :
 Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (coret salah satu)
 Nama Pemeriksa :

Indeks DMF-T

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Jumlah D = ...
 Jumlah M = ...
 Jumlah F = ...
 Jumlah DMF-T = ...

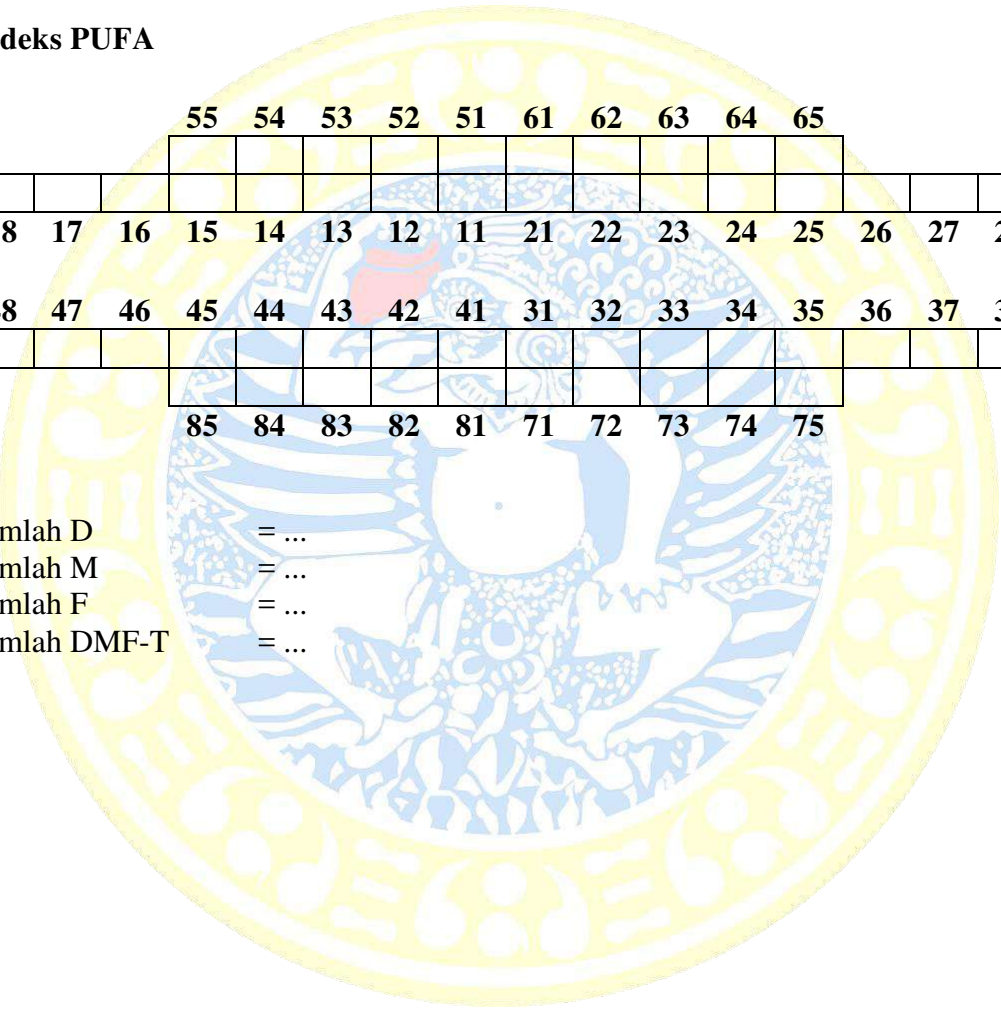


LAMPIRAN 2

STATUS KESEHATAN GIGI DAN MULUT RESPONDEN (INDEKS PUFA)

Nama :
 Alamat :
 Tanggal Lahir :
 Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (coret yang tidak perlu)
 Nama Pemeriksa :

Indeks PUFA



			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Jumlah D = ...
 Jumlah M = ...
 Jumlah F = ...
 Jumlah DMF-T = ...

LAMPIRAN 3

KUISIONER *CHILD ORAL IMPACT ON DAILY PERFORMANCES* (COIDP)

Pertanyaan No. 1	Apakah adik pernah mengalami sakit di dalam mulut (misal ; sakit gigi / sariawan / memiliki masalah lain pada gigi dan mulut) sampai adik kesulitan pada saat makan (misal ketika menggigit / mengunyah makanan)? Jika IYA, lanjut ke pertanyaan dibawah :			
Seberapa sering adik mengalami keadaan tersebut?	1-2 kali dalam 1 bulan	1-2 kali dalam 1 minggu	≥3 kali dalam 1 minggu	Centang kolom ini jika TIDAK
Seberapa parah keadaan yang adik alami saat itu?	Parah	Cukup parah	Sangat parah	
Menurut adik, apakah yang menyebabkan kesulitan tersebut?				
Pertanyaan No. 2	Apakah adik pernah mengalami sakit di dalam mulut (sakit gigi / sariawan / memiliki masalah lain pada gigi dan mulut) sampai adik kesulitan pada saat berbicara atau mengucapkan kata? (menjadi tidak jelas dalam berbicara atau mengucapkan kata karena ada luka di mulut / lidah / gusi) Jika IYA, lanjut ke pertanyaan dibawah :			
Seberapa sering adik mengalami keadaan tersebut?	1-2 kali dalam 1 bulan	1-2 kali dalam 1 minggu	≥3 kali dalam 1 minggu	Centang kolom ini jika TIDAK
Seberapa parah keadaan yang adik alami saat itu?	Parah	Cukup parah	Sangat parah	
Menurut adik, apakah yang menyebabkan kesulitan tersebut?				
Pertanyaan No. 3	Apakah adik pernah mengalami sakit di dalam mulut (sakit gigi / sariawan / memiliki masalah lain pada gigi dan mulut) sampai adik kesulitan pada saat menggosok gigi? Jika IYA, lanjut ke pertanyaan dibawah :			
Seberapa sering adik mengalami kesulitan tersebut?	1-2 kali dalam 1 bulan	1-2 kali dalam 1 minggu	≥3 kali dalam 1 minggu	Centang kolom ini jika TIDAK
Seberapa parah kesulitan yang adik alami saat itu?	Parah	Cukup parah	Sangat parah	
Menurut adik, apakah yang menyebabkan kesulitan tersebut?				
Pertanyaan No. 4	Apakah adik pernah mengalami sakit di dalam mulut (sakit gigi / sariawan / memiliki masalah lain pada gigi dan mulut) sampai adik tidak bisa tidur karena rasa sakit tersebut? Jika IYA, lanjut ke pertanyaan dibawah :			
Seberapa sering adik mengalami keadaan tersebut?	1-2 kali dalam 1 bulan	1-2 kali dalam 1 minggu	≥3 kali dalam 1 minggu	Centang kolom ini jika TIDAK

Seberapa parah keadaan yang adik alami saat itu?	Parah	Cukup parah	Sangat parah	
Menurut adik, apakah yang menyebabkan kesulitan tersebut?				
Pertanyaan No. 5	Apakah adik pernah merasa sakit / tidak nyaman karena masalah di gigi dan mulut adik? Jika IYA, lanjut ke pertanyaan dibawah :			
Seberapa sering adik mengalami sakit/gangguan tersebut?	1-2 kali dalam 1 bulan	1-2 kali dalam 1 minggu	≥3 kali dalam 1 minggu	Centang kolom ini jika TIDAK
Seberapa parah rasa sakit yang adik alami saat itu?	Parah	Cukup parah	Sangat parah	
Menurut adik, apakah yang menyebabkan rasa sakit/gangguan tersebut?				
Pertanyaan No. 6	Apakah adik pernah mengalami sakit di dalam mulut (sakit gigi / sariawan / memiliki masalah lain pada gigi dan mulut) sampai adik tidak ingin tersenyum atau memperlihatkan gigi adik pada orang lain? Jika IYA, lanjut ke pertanyaan dibawah :			
Seberapa sering adik mengalami keadaan tersebut?	1-2 kali dalam 1 bulan	1-2 kali dalam 1 minggu	≥3 kali dalam 1 minggu	Centang kolom ini jika TIDAK
Seberapa parah keadaan yang adik alami saat itu?	Parah	Cukup parah	Sangat parah	
Menurut adik, apakah yang menyebabkan kesulitan tersebut?				
Pertanyaan No. 7	Apakah adik pernah mengalami sakit di dalam mulut (sakit gigi / sariawan atau masalah mulut lainnya) sampai membuat adik kesulitan untuk masuk kelas atau sekolah (menghalangi adik untuk masuk kelas / sekolah)? Jika IYA, lanjut ke pertanyaan dibawah :			
Seberapa sering adik mengalami keadaan tersebut?	1-2 kali dalam 1 bulan	1-2 kali dalam 1 minggu	≥3 kali dalam 1 minggu	Centang kolom ini jika TIDAK
Seberapa parah keadaan yang adik alami saat itu?	Parah	Cukup parah	Sangat parah	
Menurut adik, apakah yang menyebabkan kesulitan tersebut?				
Pertanyaan No. 8	Apakah adik pernah mengalami sakit di mulut (sakit gigi / sariawan / masalah gigi dan mulut lainnya) sampai menghalangi adik untuk bertemu dengan teman2 adik (atau menghalangi adik untuk beraktivitas / bermain bersama teman2 adik)? Jika IYA, lanjut ke pertanyaan dibawah :			
Seberapa sering adik mengalami keadaan tersebut?	1-2 kali dalam 1 bulan	1-2 kali dalam 1 minggu	≥3 kali dalam 1 minggu	Centang kolom ini jika TIDAK
Seberapa parah keadaan yang adik alami saat itu?	Parah	Cukup parah	Sangat parah	
Menurut adik, apakah yang menyebabkan kesulitan tersebut?				

LAMPIRAN 4

PEDOMAN WAWANCARA SUBYEK

No. Responden :
 Nama :
 Tempat Tanggal Lahir :
 Kelas :
 Jenis Kelamin : L / P

1. Pedoman Wawancara Subyek mengenai Kebiasaan Menyikat Gigi

Apakah adik rutin menyikat gigi setiap hari?

- Rutin
 Terkadang lupa

Kapan waktu biasanya adik menyikat gigi?

- Mandi pagi
 Mandi sore
 Setelah makan pagi
 Sebelum tidur
 Lainnya, _____

Berapa kali sehari adik menyikat gigi dalam sehari?

- 1 kali
 2 kali

2. Pedoman Wawancara Subyek mengenai Pengetahuan Subyek mengenai Kebersihan Gigi dan Mulut

Coba ceritakan tentang:

1. Apakah kamu tahu apa saja tanda (klinis) dari kesehatan gigi dan mulut yang buruk?

2. Apakah kamu tahu penyebab kesehatan gigi dan mulut yang buruk?

3. Menurut kamu bagaimana cara menjaga kebersihan gigi dan mulut agar tetap sehat?

(bila sudah bisa menjelaskan mengenai tanda klinis *oral hygiene* yang buruk, penyebab status *oral hygiene* buruk, dan cara menjaga status *oral hygiene*, anak tersebut dianggap memiliki pengetahuan yang cukup)

3. Pedoman Wawancara Mengenai Kebiasaan Mengakses Layanan Kesehatan Gigi

Apakah adik pernah datang ke dokter gigi di rumah sakit/puskesmas/tempat praktik?

- Pernah
- Tidak pernah

Perawatan apa yg pernah adik dapat ketika mengunjungi dokter gigi?

- Pencabutan Gigi
- Lainnya

Apakah adik pernah datang ke dokter gigi di rumah sakit / puskesmas / meskipun gigi adik tidak sakit?

- Pernah
- Tidak pernah

5. Pedoman Wawancara Subjek mengenai Kebiasaan mengonsumsi makanan manis (kariogenik)

Dari pilihan makanan dibawah ini, makanan mana sajakah yang sering kamu makan?

*diperbolehkan memilih lebih dari satu

- Biskuit / wafer
- Coklat
- Es krim
- Soft drink (cocacola, fanta, sprite, pepsi)
- Permen
- Kue

Seberapa sering kamu memakan makanan2 manis tersebut?

- ≥ 3 kali dalam 1 minggu
- ≤ 3 kali dalam 1 minggu

LAMPIRAN 5

KUISIONER DATA ORANG TUA SUBYEK

1. Nama Orang Tua

- Ayah :
- Ibu :

2. Orang Tua dari :

3. Pekerjaan orang tua subyek (*cara mengisi adalah dengan mencetang salah satu pilihan*) :

Ayah :

- Medis (berhubungan dengan bidang kesehatan), sebutkan _____
- Non medis (tidak berhubungan dengan bidang kesehatan), sebutkan _____

Ibu :

- Medis (berhubungan dengan bidang kesehatan), sebutkan _____
- Non medis (tidak berhubungan dengan bidang kesehatan), sebutkan _____

4. Pendidikan terakhir orang tua subyek (*cara mengisi adalah dengan mencetang salah satu pilihan*):

Ayah :

- Sekolah (SD, SMP, SMA)
- Sarjana (S1, S2, S3)

Ibu :

- Sekolah (SD, SMP, SMA)
- Sarjana (S1, S2, S3)

5. Pendapatan Orang Tua (Ayah + Ibu) :

- lebih besar dari Rp. 3.045.000,00
- lebih kecil dari Rp. 3.045.000,00

Lampiran 6

DOKUMENTASI PENELITIAN



Lampiran 7 : Lembar Laik Etik



**KOMISI KELAIKAN ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KKEPK)
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS AIRLANGGA**

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")**

Nomor : 241/KKEPK.FKG/X/2016

Komisi Kelaikan Etik Penelitian Kesehatan (KKEPK) Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga, telah mengkaji secara seksama rancangan penelitian yang diusulkan, maka dengan ini menyatakan bahwa penelitian berjudul :

"DISTRIBUSI KUALITAS HIDUP YANG BERHUBUNGAN DENGAN KESEHATAN RONGGA MULUT (OHRQoL) MENURUT INDEKS PUFA PADA ANAK USIA 12 TAHUN DI SDN MOJO III-222 SURABAYA"

Peneliti Utama : **Sarah Fitria Romadhoni**
Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : - SDN Mojo III-222 Surabaya

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 12 Oktober 2016
Ketua,




Prof. Dr. M. Rubianto, drg., MS., Sp.Perio (K)
NIP.195009081978021001

LEMBAR PENGESAHAN
KEPARAHAN KARIES GIGI PADA ANAK USIA 3-5
TAHUN DENGAN RIWAYAT BERAT BADAN LAHIR
RENDAH DI PUSKESMAS PEMBANTU SELOTAMBAK
KECAMATAN KRATON KABUPATEN PASURUAN

SKRIPSI

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Sarjana Kedokteran Gigi di Fakultas Kedokteran
Gigi Universitas Airlangga

Oleh:

ZAHROTUL HIMMAH

NIM: 021211133002

Menyetujui

Pembimbing Utama



(Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes)
NIP. 197112112008121003

Pembimbing Serta



(Dr. R. Darmawan Setijanto, drg., MKes)
NIP. 196110051988031003

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2017

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal 30 Januari 2017

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Dr. Titiek Bernijanti, drg., M.Kes (Ketua Penguji)**
- 2. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes ((Pembimbing Utama)**
- 3. Dr. R. Darmawan Setijanto, drg., M.Kes (Pembimbing Serta)**
- 4. Dr. Retno Palupi, drg., M.Kes (Anggota Penguji)**
- 5. Gilang Rasuna Sabdho Wening, drg., M.Kes (Anggota Penguji)**

**PENGARUH ORAL HEALTH LITERACY
TERHADAP PERILAKU IBU TENTANG
KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA ANAK
PRASEKOLAH**

SKRIPSI



Oleh:

KARUNIA NURENSA
NIM: 021411133010

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2017**

LEMBAR PENGESAHAN
PENGARUH ORAL HEALTH LITERACY TERHADAP
PERILAKU IBU TENTANG KESEHATAN GIGI DAN
MULUT PADA ANAK PRASEKOLAH
SKRIPSI

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Sarjana Kedokteran Gigi di Fakultas Kedokteran
Gigi Universitas Airlangga

Oleh:

KARUNIA NURENSA
NIM: 021011113

Menyetujui

Pembimbing Utama



(Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes)
NIP. 197112112008121003

Pembimbing Serta



(Gilang Rasuna S.W. drg., M.Kes)
NIP. 198608182010121006

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2017

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal 22 Desember 2017

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes**
- 2. Gilang Rasuna Sabdho W, drg., M.Kes**
- 3. Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes**
- 4. Dr. Titiek Berniyanti, drg., M.Kes**
- 5. Dr. Retno Palupi, drg., M.Kes**

**HUBUNGAN ANTARA STATUS GIZI DAN
GINGIVITIS PADA ANAK USIA 5-6 TAHUN DAN
11-12 TAHUN DI KOTA SURABAYA**

SKRIPSI



Oleh:

Theresa Dian K.
NIM: 021411133029

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2017

LEMBAR PENGESAHAN
HUBUNGAN ANTARA STATUS GIZI DAN GINGIVITIS
PADA ANAK USIA 5-6 TAHUN DAN 11-12 TAHUN DI
KOTA SURABAYA

SKRIPSI

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Sarjana Kedokteran Gigi di Fakultas Kedokteran
Gigi Universitas Airlangga

Oleh:

THERESA DIAN K.
NIM: 021411133029

Menyetujui

Pembimbing Utama



(Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes)
NIP. 198406222008121004

Pembimbing Serta



(Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes)
NIP. 197112112008121003

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2017

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal 20 Desember 2017

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes**
- 2. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes**
- 3. Dr. Retno Palupi, drg., M.Kes**
- 4. Dr. Titiek Berniyanti, drg., M.Kes**
- 5. Gilang Rasuna Sabdho W, drg., M.Kes**

**PERILAKU IBU DALAM MEMBAWA ANAK
KE PELAYANAN KESEHATAN GIGI**

SKRIPSI



Oleh:

HAYYIN SABILA KANDAR

021511133062

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2018

**PERILAKU IBU DALAM MEMBAWA ANAK
KE PELAYANAN KESEHATAN GIGI**

SKRIPSI



Oleh:

HAYYIN SABILA KANDAR

021511133062

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2018

ii

LEMBAR PENGESAHAN
PERILAKU IBU
DALAM MEMBAWA ANAK
KE PELAYANAN KESEHATAN GIGI

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi Di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas
Airlangga Surabaya**

Oleh:

HAYYIN SABILA KANDAR
NIM : 021511133062

Menyetujui


Pembimbing Utama



Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes

NIP. 198406222008121004

Pembimbing Serta



Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes

NIP. 197112112008121003

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2018

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji tanggal 18 Desember 2018

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Dr. Titiek Berniyanti, drg., M.Kes (Ketua Penguji)**
- 2. Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes (Pembimbing Utama)**
- 3. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes (Pembimbing Serta)**
- 4. Dr. Retno Palupi, drg., M.Kes (Anggota Penguji)**
- 5. Sindy Cornelia, drg., Sp.KGA(K) (Anggota Penguji)**

LEMBAR PENGESAHAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Hayyin Sabila Kandar

NIM : 021511133062

Program Studi : Pendidikan Dokter Gigi

Fakultas : Kedokteran Gigi

Jenjang : Sarjana (S1)

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

PERILAKU IBU DALAM MEMBAWA ANAK KE PELAYANAN KESEHATAN GIGI

Apabila suatu saat nanti terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Surabaya, 18 Desember 2018



Hayyin Sabila Kandar

NIM. 021511133062

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunianya, sehingga skripsi yang berjudul “Perilaku Ibu Dalam Membawa Anak ke Pelayanan Kesehatan Gigi” ini dapat diselesaikan. Perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar - besarnya kepada :

1. Dr. R. Darmawan Setijanto, drg., M.Kes selaku dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga yang telah memberi kesempatan untuk menempuh pendidikan di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga.
2. Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes selaku Ketua Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat dan dosen pembimbing utama yang telah memberikan izin dalam pembuatan skripsi serta bimbingan, masukan, dan arahan, serta meluangkan waktu selama penyusunan skripsi.
3. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes selaku dosen pembimbing serta yang turut memberikan masukan, evaluasi, koreksi, dan meluangkan waktu selama penyusunan skripsi.
4. Dr. Titiek Berniyanti, drg., M.Kes , Dr. Retno Palupi, drg., M.Kes, dan Sindy Cornelia, drg., Sp.KGA(K) selaku dosen penguji yang memberikan tanggapan, saran, dan masukan yang membangun demi mencapai hasil skripsi yang baik.
5. Ayah (Dedhy Wahyudi Kandar), Ibu (Erna Setijaningrum), adik saya (Alif Hizrafi Kandar) atas doa, kasih sayang serta dukungan baik moral maupun material selama penyusunan skripsi ini.
6. Seluruh dosen dan staf Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat

Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga

7. Para guru serta staf dari TK Widyatama, TK Alvenver, TK Garuda, SDN Simokerto V, SD Adinda yang telah memberikan izin untuk melakukan penyuluhan dan penelitian di sekolah tersebut.
8. Amel, Astari, Alana, Nabilla, Okta, Wafda, Sasya, Sylvia, Rolanda, Puput, Dea, Cipir, Sintya, Dinda, Tata, Dita, Fabella dan teman – teman lain sebagai sahabat terbaik yang senantiasa memberikan motivasi, semangat, dan masukan yang membangun.
9. Teman teman skripsi Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat 2018 (Amel, Astila, Panji, Iddo, Cindy, Aisyah, Nanis, Syamsu, Iddo) serta teman teman satu angkatan OCCLUSAL 2015.
10. Pihak-pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu per satu terkait dalam pembuatan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih membutuhkan penyempurnaan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang memerlukan.

Surabaya, 15 Desember 2018

Penulis

MOTHER'S BEHAVIOR IN BRINGING CHILDREN TO DENTAL HEALTH SERVICES

ABSTRACT

Background: Dental and oral health is very important for individuals, one of them in children. Data from the 2013 Basic Health Research (Riskesdas) on the percentage of Indonesians who have oral and dental problems of 25.9% and 31.1% who receive care and treatment from dental medical personnel (dental nurses, dentists, or specialist dentists) The mother is the person closest to her child so that the social level and education level of the mother have a significant relationship with maintaining the health of their child's teeth and mouth. In Indonesian society itself, a visit to the dentist has not been a routine thing to do especially for children. A visit to the dentist is only done if there are complaints from the child regarding his teeth. Child's oral and dental health must get serious attention from parents, especially mothers, even though it is still in the period of primary teeth because it will determine the growth of permanent teeth. **Objective:** to find out the decision of the mother in the utilization of children's dental health services. **Methods:** observational analytic cross sectional approach with a total sample of 295 biological mothers of kindergarten and elementary school children in 5 regions of Surabaya. Data obtained using a questionnaire, consisting of 35 types of questions. **Results:** there was a significant relationship between the last education of the mother, family income, accessibility, reasons for visiting because of cheap, close access, and facilities with the behavior of the mother to bring her child to health services ($p < 0.05$). **Conclusion:** decision making, ease of access, good facilities, and comfortable facilities greatly influence the decision of the mother in utilizing children's dental health services.

Keywords: child, mother, behavior, visit to the dentist, decision of the mother to choose health services.

PERILAKU IBU DALAM MEMBAWA ANAK KE PELAYANAN KESEHATAN GIGI

ABSTRAK

Latar belakang: Kesehatan gigi dan mulut merupakan hal yang sangat penting bagi individu, salah satunya pada anak-anak. Data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 tentang persentase penduduk Indonesia yang mempunyai masalah gigi dan mulut sebesar 25,9% dan 31,1% yang menerima perawatan dan pengobatan dari tenaga medis gigi (perawat gigi, dokter gigi, atau dokter gigi spesialis). Ibu merupakan orang yang terdekat dengan anaknya sehingga tingkat sosial dan tingkat pendidikan Ibu memiliki hubungan yang signifikan dengan pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut anaknya. Pada masyarakat Indonesia sendiri, kunjungan ke dokter gigi belum menjadi hal yang rutin dilakukan terutama pada anak-anak. Kunjungan ke dokter gigi hanya dilakukan apabila terdapat keluhan dari anak terkait giginya. Kesehatan gigi dan mulut anak harus mendapatkan perhatian serius dari orang tua terutama ibu walaupun masih dalam masa periode gigi sulung karena akan menentukan pertumbuhan gigi permanennya. **Tujuan:** untuk mengetahui keputusan Ibu dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi anak. **Metode:** penelitian analitik observasional pendekatan cross sectional dengan jumlah sampel 295 Ibu kandung dari anak-anak Taman Kanak-Kanak dan Sekolah Dasar di 5 wilayah Surabaya. Data didapatkan dengan menggunakan kuesioner, terdiri dari 35 jenis pertanyaan. **Hasil:** ada hubungan yang signifikan antara pendidikan terakhir ibu, pendapatan keluarga, kemudahan akses, alasan berkunjung karena murah, akses dekat, dan fasilitas dengan perilaku ibu membawa anaknya ke pelayanan kesehatan ($p < 0,05$). **Kesimpulan:** pendidikan, pendapatan keluarga, tempat tinggal, pengambilan keputusan, kemudahan akses, fasilitas bagus, dan fasilitas nyaman sangat mempengaruhi keputusan Ibu dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi anak.

Kata kunci: anak, Ibu, perilaku, kunjungan ke dokter gigi, keputusan ibu memilih layanan kesehatan.

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Penetapan Panitia Penguji Skripsi.....	iv
Lembar Pengesahan Orisinalitas	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
<i>Abstract</i>	<i>viii</i>
Abstrak	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Lampiran.....	i
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 LATAR BELAKANG	1
1.2 RUMUSAN MASALAH.....	4
1.3 TUJUAN.....	4
1.4 MANFAAT.....	5
1.4.1 Manfaat Keilmuan.....	5
1.4.2 Manfaat Bagi Penulis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Sosial Demografi	6
2.1.1 Karakteristik Predisposisi (<i>Predisposing Characteristics</i>).....	6
2.1.2 Karakteristik Kemampuan (<i>Enabling Characteristics</i>).....	7
2.1.3 Karakteristik kebutuhan (<i>Need Characteristics</i>).....	7
2.3 Perilaku Kesehatan	8
2.5 Peran Ibu terhadap Kesehatan Gigi Anak.....	12
2.6 Kunjungan ke Dokter Gigi	16
2.7 Pelayanan Kesehatan	17
2.8 Determinan yang Mempengaruhi Keputusan Seseorang dalam Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	18
BAB 3 PETA KONSEP	20
3.1 Deskripsi Kerangka Konsep	21
3.2 Hipotesis.....	21
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	21
4.1 Jenis Penelitian.....	21
4.2 Lokasi Penelitian.....	21
4.3 Waktu Penelitian.....	21
4.4 Populasi Penelitian.....	21
4.5 Sampel Penelitian.....	21

4.5.1	Teknik Sampling	21
4.5.2	Besar Sampel	21
4.6	Variabel Penelitian	23
4.6.1	Variabel Bebas	23
4.6.2	Variabel Terikat	24
4.7	Definisi Operasional	24
4.8	Instrumen Pengukuran	28
4.9	Alat dan Bahan	29
4.10	Prosedur Penelitian	29
4.11	Pengolahan dan Analisis Data	30
4.12	Alur Penelitian	30
BAB 5 HASIL DAN ANALISIS DATA		32
5.1	Analisis Hasil Penelitian	32
5.1.1	Karakter Responden.....	31
5.1.2	Perilaku Ibu membawa Anak ke Layanan Kesehatan Gigi dan Mulut .	36
5.2	Distribusi Karakteristik Responden terhadap Perilaku Ibu Membawa Anak ke pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut	36
BAB 6 PEMBAHASAN		45
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN		66
7.1	Kesimpulan	66
7.2	Saran	66
DAFTAR PUSTAKA		52
LAMPIRAN		57

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1.1 Karakter Responden.....	32
Tabel 5.1.2 Prevalensi ibu membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut	36
Tabel 5.2 Distribusi Karakteristik Responden terhadap Perilaku Ibu Membawa Anak ke pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut.....	36

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Informed Consent</i> Subyek	57
Lampiran 2 Kuisisioner Penelitian	58
Lampiran 3 Data Distribusi Karakteristik	63
Lampiran 4 Uji Chi Square Test	68
Lampiran 5 Foto Kegiatan Penelitian	69

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Berdasarkan UU Kesehatan No 23 Tahun 1992, kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Salah satunya adalah kesehatan gigi dan mulut. Kesehatan gigi dan mulut merupakan hal yang sangat penting. Berdasarkan survei kesehatan rumah tangga tahun 1995, penyakit gigi dan mulut masih berkisar pada penyakit yang menyerang jaringan keras gigi, yaitu karies, dan penyakit jaringan periodontal. Sebanyak 63% penduduk Indonesia menderita kerusakan gigi yang aktif yaitu kerusakan gigi yang belum ditangani. Hal ini berarti masih banyak orang yang mengabaikan kesehatan gigi dan mulutnya padahal apabila terjadi gangguan maka dapat mengganggu penampilan dan kesehatan (Azwar, 2010).

Data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 tentang persentase penduduk Indonesia yang mempunyai masalah gigi dan mulut sebesar 25,9% dan 31,1% yang menerima perawatan dan pengobatan dari tenaga medis gigi (perawat gigi, dokter gigi, atau dokter gigi spesialis). Persentase menurut kelompok usia 5-9 tahun yang bermasalah dengan gigi dan mulut sebesar 28,9% dan yang menerima perawatan tenaga medis gigi sebesar 35,1%. Kelompok usia 10-12 tahun yang bermasalah dengan gigi dan mulut sebesar 25,2% dan yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi 28,3% (Riset Kesehatan Dasar Nasional, 2001).

Dalam melakukan perawatan gigi anak, terdapat tiga komponen yang harus bekerja sama. Komponen tersebut digambarkan dalam bentuk segitiga yang dikenal sebagai segitiga perawatan gigi anak. Pada segitiga tersebut, bagian sudut-sudutnya ditempati oleh dokter gigi, keluarga (terutama ibu) dan anak sebagai pasien terletak pada puncak segitiga. Segitiga tersebut saling berhubungan secara dinamik (Gharlipour, et al. 2016).

Orang tua terutama ibu, sangat berpengaruh dalam pemeliharaan kesehatan dan kebersihan gigi anak karena anak masih bergantung pada orang tua. Sikap dan perilaku ibu yang merupakan orang terdekat dengan anak memberikan pengaruh yang sangat signifikan terhadap sikap dan perilaku anak dalam pemeliharaan kesehatan. Peranan seorang ibu dalam kesehatan gigi anak-anaknya adalah sebagai motivator, edukator dan fasilitator. Persatuan dokter gigi Australia juga mengungkapkan bahwa ibu bertanggung jawab atas kesehatan gigi anaknya (Bozorgmehr, et al. 2013).

The American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) dan *American Dental Association (ADA)* merekomendasikan bahwa kunjungan awal ke dokter gigi pada anak seharusnya dimulai dalam waktu 6 bulan setelah erupsi gigi sulung yang pertama atau usia 1 tahun. Pada kunjungan ini, dokter gigi dapat mendeteksi tanda-tanda awal lesi karies, melakukan penilaian risiko karies, mengevaluasi perkembangan gigi, memberikan arahan dan penyuluhan diet serta memberikan motivasi kepada orang tua agar dapat mengadopsi perilaku pencegahan penyakit mulut (AAPD, 2014).

Pada masyarakat Indonesia sendiri, kunjungan ke dokter gigi belum menjadi hal yang rutin dilakukan terutama pada anak-anak. Kunjungan ke dokter

gigi hanya dilakukan apabila terdapat keluhan dari anak terkait giginya. Kesehatan gigi dan mulut anak harus mendapatkan perhatian serius dari orang tua terutama ibu walaupun masih dalam masa periode gigi sulung karena akan menentukan pertumbuhan gigi permanennya. Namun banyak orang tua beranggapan bahwa gigi susu hanya sementara dan akan digantikan oleh gigi geligi tetap sehingga seringkali mereka menganggap bahwa kerusakan pada gigi susu karena *oral hygiene* yang buruk bukan suatu masalah (Bozorgmehr, et al. 2013).

Rendahnya penggunaan fasilitas kesehatan sering disebabkan oleh faktor jarak antara fasilitas tersebut dengan masyarakat yang terlalu jauh (baik jarak secara fisik maupun sosial), tarif yang tinggi, pelayanan yang tidak memuaskan dan sebagainya (Mamik, 2010). Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagaimana dikemukakan oleh Swastha (2005) yaitu faktor yang berasal dari penyedia layanan kesehatan dan faktor dari masyarakat pengguna pelayanan kesehatan. Tiga faktor dari penyedia layanan kesehatan adalah fasilitas pelayanan, biaya pelayanan, dan jarak, sedangkan dua faktor dari masyarakat pengguna pelayanan kesehatan adalah faktor pendidikan dan status sosial ekonomi masyarakat (Situmorang, 2008).

Pelayanan kesehatan gigi telah mengalami peningkatan seiring dengan semakin berkembangnya pula tingkat pendidikan, keadaan sosial ekonomi, perkembangan teknologi serta kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan gigi dan mulut. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan gigi tidak dapat dilakukan sepenuhnya oleh pemerintah tetapi juga diperlukan partisipasi aktif sektor swasta,

baik dalam penyediaan fasilitas kesehatan maupun tenaga kesehatan (Kumala dkk, 2006).

Dental clinic atau klinik dokter gigi merupakan salah satu bentuk peran pihak swasta sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bidang gigi dan mulut. Berdasarkan pasal 1 Permenkes no. 028/ 2011 klinik secara umum diartikan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan atau spesialisik diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis yaitu, dokter umum, spesialis ataupun dokter gigi umum maupun dokter gigi spesialis. Namun banyak orang yang memilih untuk berobat selain ke dokter gigi umum maupun dokter gigi spesialis (Angela, 2014).

Berdasarkan fenomena yang terdapat pada latar belakang masalah tersebut, maka peneliti tertarik untuk menganalisis keputusan Ibu dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi anak.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Bagaimana perilaku Ibu dalam membawa anak ke pelayanan kesehatan gigi?

1.3 TUJUAN

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis katakteristik predisposisi, karakteristik kemampuan, dan karakteristik kebutuhan terhadap perilaku Ibu dalam memilih pelayanan kesehatan gigi.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Memahami perilaku Ibu dalam memilih pelayanan kesehatan gigi.
2. Memahami karakteristik predisposisi Ibu (usia, asal, pekerjaan, tempat tinggal, tingkat pendidikan, penghasilan).
3. Memahami karakteristik kemampuan Ibu (pengambilan keputusan keluarga, pengambilan keputusan tentang kesehatan anak, pilihan waktu kunjungan, pilihan hari kunjungan).
4. Memahami karakteristik kebutuhan Ibu (jaminan kesehatan, terakhir kali anak ke dokter gigi, alasan pilihan layanan kesehatan, alasan tidak membawa ke dokter gigi, pengalaman terhadap layanan kesehatan).
5. Memahami keputusan Ibu dalam membawa anak ke pelayanan kesehatan gigi.

1.4 MANFAAT

1.4.1 Manfaat Keilmuan

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khasanah ilmu pengetahuan serta dapat dijadikan salah satu bahan bacaan.
- b. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi sumber informasi bagi masyarakat akan pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut untuk anak dan dapat memilih pelayanan kesehatan yang tepat.

1.4.2 Manfaat Bagi Penulis

Merupakan proses belajar serta pengalaman dalam mengaplikasikan ilmu melalui penelitian.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Sosial Demografi

Demografi adalah ilmu yang memberikan gambaran secara statistik tentang penduduk. Faktor-faktor demografi yang mempengaruhi tinggi rendahnya statistik data penduduk, yaitu: fertilitas, mortalitas dan migrasi (Hanum, 2000)

Kesehatan Andersen dalam Notoatmodjo (2007) mendeskripsikan model sistem kesehatan merupakan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (behaviour model of health service utilization). Andersen mengelompokkan faktor determinan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ke dalam tiga kategori utama, yaitu Karakteristik Predisposisi (*Predisposing Characteristics*), Karakter Kemampuan (*Enabling Characteristics*) dan Karakteristik kebutuhan (*Need Characteristics*)

2.1.1 Karakteristik Predisposisi (*Predisposing Characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda yang disebabkan karena adanya ciri-ciri individu yang digolongkan ke dalam tiga kelompok (Ardansen, 2007):

- a. Ciri-ciri demografi, seperti : jenis kelamin, umur, dan status perkawinan.
- b. Struktur sosial, seperti : tingkat pendidikan, pekerjaan, hobi, ras, agama, dan sebagainya.
- c. Kepercayaan kesehatan (health belief), seperti pengetahuan dan sikap serta keyakinan penyembuhan penyakit.

2.1.2 Karakteristik Kemampuan (Enabling Characteristics)

Karakteristik kemampuan adalah sebagai keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan. Andersen membaginya ke dalam 2 golongan, yaitu (Ardansen, 2007):

- a. Sumber daya keluarga, seperti : penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa, dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. b. Sumber daya masyarakat, seperti : jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, dan lokasi pemukiman penduduk. Menurut Andersen semakin banyak sarana dan jumlah tenaga kesehatan maka tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan suatu masyarakat akan semakin bertambah.

2.1.3 Karakteristik kebutuhan (Need Characteristics)

Karakteristik kebutuhan merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Andersen dalam Notoatmodjo (2007) menggunakan istilah kesakitan untuk mewakili kebutuhan pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari kebutuhan. Penilaian individu ini dapat diperoleh dari dua sumber, yaitu :

- a. Penilaian individu (perceived need)

Merupakan penilaian keadaan kesehatan yang paling dirasakan oleh individu, besarnya ketakutan terhadap penyakit dan hebatnya rasa sakit yang diderita.

b. Penilaian klinik (evaluated need)

Merupakan penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya, yang tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter (Ilyas, 2003)

2.3 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan merupakan respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman, serta lingkungan yang mempengaruhi. Perilaku merupakan hasil hubungan antara rangsangan (stimulus) dan tanggapan (respon). Respon terhadap stimulus yang sama dapat berbeda-beda pada tiap-tiap orang yang berbeda tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan.

Rogers (1974) yang dikutip oleh Syarifudin (2009), menyatakan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku yang baru, terjadi suatu proses yaitu:

1. *Awareness* (kesadaran): seseorang menyadari terhadap stimulus objek
2. *Interest*: seseorang mulai tertarik kepada objek (stimulus)
3. *Evaluation*: sikap responden sudah lebih baik. Responden mulai menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus itu bagi dirinya.
4. *Trial*: seseorang mulai mencoba perilaku baru tersebut
5. *Adoption*: seseorang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap objek (stimulus).

Perilaku manusia sangatlah kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Benjamin Bloom, seorang psikolog pendidikan,

membedakan adanya tiga bidang perilaku, yakni kognitif, afektif, dan psikomotor. Kemudian dalam perkembangannya, domain perilaku yang diklasifikasikan oleh Bloom dibagi menjadi tiga tingkat:

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behaviour*). Perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Syarifudin (2009)).

Sebagai orang tua terutama seorang ibu seharusnya memiliki pengetahuan mengenai pendidikan kesehatan gigi yang baik terutama di dalam pemeliharaan kesehatan gigi anak. Pada anak-anak yang mempunyai kebiasaan meminum susu atau minuman manis secara berkepanjangan disertai kebersihan rongga mulut yang jelek (Syarifudin (2009)).

2. Sikap

Sikap merupakan respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan. Sikap terjadi karena adanya rangsangan sebagai objek sikap yang harus diberi respon, baik responnya positif ataupun negatif, suka atau tidak suka, setuju atau tidak setuju dan sebagainya (Syarifudin (2009)).

Sikap merupakan kesiapan untuk bertindak, juga merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap terdiri dari empat tingkatan, yaitu: 1) menerima 2) merespon 3) menghargai dan 4) bertanggung jawab.

Sikap seorang ibu yang baik akan dipengaruhi oleh pengetahuan ibu mengenai pemeliharaan kesehatan gigi. Ibu yang mencari pengetahuan dan mendiskusikan mengenai kesehatan gigi anak dengan dokter gigi merupakan bukti bahwa ibu telah mempunyai sikap positif terhadap kesehatan gigi anak (Syarifudin (2009)).

3. Tindakan

Tindakan merupakan bentuk nyata dari pengetahuan dan sikap yang telah dimiliki. Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau sikap, proses selanjutnya adalah diharapkan ia akan mempraktikkan apa yang diketahuinya dengan mempertimbangkan informasi dan keyakinan tentang keuntungan dan kerugian yang didapat (Syarifudin (2009)).

Kesehatan gigi susu sangat mempengaruhi perkembangan dan pertumbuhan gigi tetap. Oleh karena itu, peran serta orang tua sangat diperlukan di dalam membimbing, memberikan pengertian, mengingatkan dan menyediakan fasilitas kepada anak agar anak kelak dapat memelihara kebersihan giginya (Syarifudin (2009)).

.4 Pemeliharaan Kesehatan Gigi Anak Sejak Dini

Pengenalan dan perawatan kesehatan gigi secara dini adalah sangat penting karena banyak anak dengan karies yang belum tertangani. Kelainan pada rongga mulut dapat dideteksi sedini mungkin sehingga dapat dilakukan suatu perawatan sederhana yang memungkinkan anak dapat menerima perawatan gigi. Anak sudah bisa dikenalkan perawatan gigi pada usia 18 bulan dan dapat dilakukan perawatan pada usia 2-3 tahun dengan harapan kesehatan gigi dan mulut pada anak-anak bisa lebih terjaga dan termonitor (AAPD, 2014).

Pada masa balita, perkembangan anak berubah dari otonomi ke inisiatif, timbul keinginan-keinginan yang baru dalam diri anak. Pada masa akhir anak, ia sudah mulai mempertanggungjawabkan perbuatannya sendiri. Perkembangan motorik dan keterampilan anak diperoleh melalui proses kematangan dan latihan. Masa balita dikaitkan dengan masa kemandirian atau disebut sikap “kepala batu” (Eddy dkk, 2015).

Anak akan mulai membantah apa yang tidak sesuai dengan keinginannya. Sikap ini dapat diubah bila orang tua atau pendidik konsisten memperlihatkan kewibawaan dan peraturan yang telah ditetapkan. Pada anak akan terlihat kemiripan dengan orang tua, ini disebut dengan proses identifikasi. Pada masa ini perlu ketegasan dari orang tua untuk membiasakan anak dengan kegiatan-kegiatan yang positif. Pada usia ini adalah saat yang paling baik untuk mulai menggunakan sikat gigi.

Mulai dari usia 2 tahun anak sudah dapat diajarkan menyikat gigi dengan metode yang paling sederhana (Graha, 2007).

Instruksi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut di rumah telah banyak disusun oleh para ahli. Program tersebut menekankan pada pencegahan terjadinya karies. Oleh karena masih banyak para orang tua yang beranggapan bahwa geligi susu hanya sementara dan akan diganti oleh geligi tetap sehingga mereka tidak memperhatikan mengenai kebersihan geligi susu. Penerapan instruksi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut sebaiknya telah dimulai sejak bayi masih di dalam kandungan, sehingga orang tua akan lebih siap di dalam melakukan instruksi tersebut (Graha, 2007).

2.5 Peran Ibu terhadap Kesehatan Gigi Anak

Orang tua sangat berpengaruh dalam pembentukan perilaku anak. Menurut Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI), dalam pemeliharaan kesehatan gigi anak melibatkan interaksi antara anak, orang tua dan dokter gigi. Sikap dan perilaku orang tua, terutama ibu, dalam pemeliharaan kesehatan gigi memberikan pengaruh yang cukup signifikan terhadap perilaku anak. Walaupun masih memiliki gigi sulung, orang tua harus memberikan perhatian serius pada anak. Pertumbuhan gigi permanen anak ditentukan oleh kondisi gigi sulung anak. Namun, masih banyak orang tua yang beranggapan bahwa gigi sulung hanya sementara dan akan digantikan oleh gigi permanen, sehingga mereka sering menganggap bahwa kerusakan pada gigi sulung bukan merupakan suatu masalah (Rahayu, 2013).

Pada usia 2 tahun terjadi proses identifikasi yaitu proses mengadopsi

sifat, sikap, pandangan orang lain dan dijadikan sifat, sikap dan pandangannya sendiri. Anak akan melakukan segala sesuatu dengan cara menirunya. Orang tua akan menjadi contoh dan panutan untuk ditiru. Tugas sebagai panutan ini akan lebih sulit jika orang tua mengawalinya dengan cara yang keliru sehingga perlu menghabiskan waktu untuk mengoreksi kesalahan tersebut di saat anak sudah terlanjur terikat dengan perilakunya. Oleh karena itu, pada masa ini perlu ketegasan orang tua untuk membiasakan anak dengan kegiatankegiatan yang positif. Usia ini adalah saat paling baik untuk mulai mengajarkan anak menggunakan sikat gigi (Halim, 2012).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007, persentase penduduk sepuluh tahun ke atas yang menggosok gigi setiap hari dan perilaku benar menyikat gigi untuk Provinsi Jawa Tengah 92,2 saat mandi pagi/sore; 9,8 sesudah makan pagi; 19,3 sesudah bangun pagi; 25,5 sebelum tidur malam. Bahkan, hanya 5,5% penduduk sepuluh tahun ke atas yang berperilaku benar menggosok gigi, 94,5 % lainnya tidak berperilaku benar dalam menggosok gigi (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2007). Hal ini menunjukkan masih perlunya edukasi kepada orang tua, khususnya ibu, tentang pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut, pencegahan dan pengelolaan karies gigi anak.

Orang tua terutama ibu, sangat berpengaruh dalam pemeliharaan kesehatan dan kebersihan gigi anak karena anak masih bergantung pada orang tua. Sikap dan perilaku ibu yang merupakan orang terdekat dengan anak memberikan pengaruh yang sangat signifikan terhadap sikap dan perilaku anak dalam pemeliharaan kesehatan. Ibu merupakan salah satu komponen orang tua

yang mempunyai peran dan fungsi. Ibu adalah seorang wanita yang disebagian besar keluarga mempunyai peran sebagai pemimpin kesehatan dan pemberi asuhan. Peranan orang tua adalah sebagai berikut:

a. Pengasuh

Orang tua berperan mengasuh anak sesuai dengan perilaku kesehatan seperti memberikan ASI Eksklusif yang baik dan benar, dan memberikan makanan serta minuman yang sehat dan sesuai umur.

b. Pendidikan

Orang tua harus mampu memberikan pendidikan yang salah satunya adalah pendidikan kesehatan agar dapat mandiri dan bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan. Contohnya seperti mendidik anak untuk menyikat gigi, mencuci tangan sebelum dan setelah makan, mendidik anak untuk memakan makanan yang sehat dan mengurangi makanan yang manis, dan sebagainya.

c. Pendorong

Peran orang tua sebagai pendorong adalah memberikan dukungan, motivasi, dan pujian pada anak agar anak semangat dan terus merawat kesehatannya sesuai dengan didikan orang tua.

d. Pengawas

Orang tua harus mengawasi tingkah laku anak untuk mencegah terjadinya sakit, seperti mengawasi anak saat makan, menyikat gigi, pemberian susu, dan lain-lain. (Winarsih, 2012)

Anak perlu diajari oleh orang tua cara menyikat gigi sedini mungkin, usia yang paling baik untuk mengajari anak menyikat gigi adalah usia 2 tahun. Setelah anak diajarkan untuk menyikat gigi sebaiknya ketika anak menyikat giginya,

orang tua mengawasi apakah sudah dibersihkan dengan baik dan benar. Sebelum mengajarkan kepada anak, sebaiknya ibu perlu memahami melakukan cara untuk menjaga kesehatan gigi dan mulut yang baik, juga menerapkannya dalam kehidupan, karena anak-anak akan meniru apa yang dilakukan oleh kedua orang tuanya, khususnya ibu yang lebih sering berinteraksi dengan anak. Pengetahuan yang benar diberikan kepada anak-anak oleh orang tua mereka akan mempengaruhi kesehatan gigi dan mulut anak-anak secara positif. Ketika tingkat pengetahuan orang tua tidak cukup untuk memberikan bimbingan yang benar untuk anak-anak mereka, perilaku positif anak akan tertunda. Akibatnya, akan menimbulkan kebiasaan yang salah berkaitan dengan kesehatan gigi dan mulut anak. Terdapat persamaan dan hubungan yang signifikan antara sebagian besar orang tua dan anak-anak mereka dalam hal frekuensi kunjungan ke dokter gigi, terapi yang diberikan dalam kunjungan dokter gigi terakhir, penyebab karies gigi, frekuensi menyikat gigi, durasi menyikat gigi, teknik menyikat gigi, dan gigi yang paling disikat. Dengan demikian, pengetahuan yang benar harus diberikan kepada orang tua sehingga mereka dapat berhasil melaksanakan tanggung jawab peran mereka menjadi model yang benar untuk anak-anak mereka (Ozbek, et al. 2015).

Anak usia sekolah merupakan usia yang rentan terkena karies. Peran orang tua yang mengasuh, mendidik, dan mendorong, serta mengawasi anak dalam merawat kebersihan gigi penting dalam mencegah terjadinya karies. Ibu merupakan contoh utama anak dalam kehidupan sehari-harinya, sehingga peranan ibu dalam merawat kesehatan gigi anak dapat mempengaruhi status karies anak (Eddy, 2015).

Pada penelitian yang dilakukan Sari, dkk (2017), frekuensi orang tua

memberikan makanan manis, frekuensi orang tua memberikan susu, dan frekuensi orang tua menuntun untuk berkumur memiliki pengaruh terhadap terjadinya karies pada anak-anak yang berusia dibawah 3-5 tahun di Kelurahan Purwosari Kota Surakarta.

2.6 Kunjungan ke Dokter Gigi

American Academy of Pediatric Dentistry menyarankan agar kunjungan pertama ke dokter gigi dimulai pada erupsi gigi pertama atau pada akhir usia 12 bulan. Anak-anak dengan kelainan sistemik dan penderita dental trauma, maka kunjungan ke dokter gigi sebaiknya dilakukan pada usia yang lebih awal (Ronald, 2006).

Beberapa tindakan yang dapat dilakukan oleh dokter gigi pada kunjungan pertama anak adalah (Ronald, 2006):

- 1) Pemeriksaan gigi-geligi dan jaringan sekitar.
- 2) Memberikan sediaan fluor, misal tablet fluor.
- 3) Memberi penyuluhan mengenai cara pemberian makanan dan minuman yang baik agar tidak terjadi *nursing mouth caries*.
- 4) Memberikan beberapa penjelasan mengenai pemeliharaan kesehatan secara umum dan kesehatan gigi dan mulut pada khususnya.

Kunjungan pertama ke dokter gigi merupakan upaya untuk memperkenalkan anak dengan lingkungan dokter gigi (dokter gigi dan perawat gigi). Oleh karena itu segala perawatan yang dilakukan sebaiknya tidak menimbulkan rasa cemas dan takut pada anak.

2.7 Pelayanan Kesehatan

Perilaku dan pelayanan kesehatan merupakan faktor yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan baik individu maupun masyarakat. Peningkatan derajat kesehatan hanya dapat dicapai apabila kebutuhan (need) dan tuntutan (demand) perseorangan, keluarga, kelompok, dan atau masyarakat terhadap kesehatan dapat terpenuhi kebutuhan dan tuntutan ini adalah sesuatu yang terdapat pada pihak pemakai jasa pelayanan kesehatan (health konsumer) (Azwar, 2010).

Menurut Levey dan Lomba yang dikutip oleh Azwar (2010), pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, kelompok, keluarga, ataupun masyarakat.

Menurut (Parasuraman, Zeithmal dan Berry 1990 dalam Waang, 2012) yang dikenal dengan SERVQUAL modal, ada empat faktor yang mempengaruhi persepsi dan harapan pasien terhadap jenis pelayanan, yaitu:

- a. Pengalaman dari teman (word of mouth communication)
- b. Kebutuhan atau keinginan (personal need)
- c. Pengalaman masa lalu saat menerima jasa kesehatan (past experiences)
- d. Komunikasi melalui iklan (eksternal marketing)

2.8 Determinan yang Mempengaruhi Keputusan Seseorang dalam Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

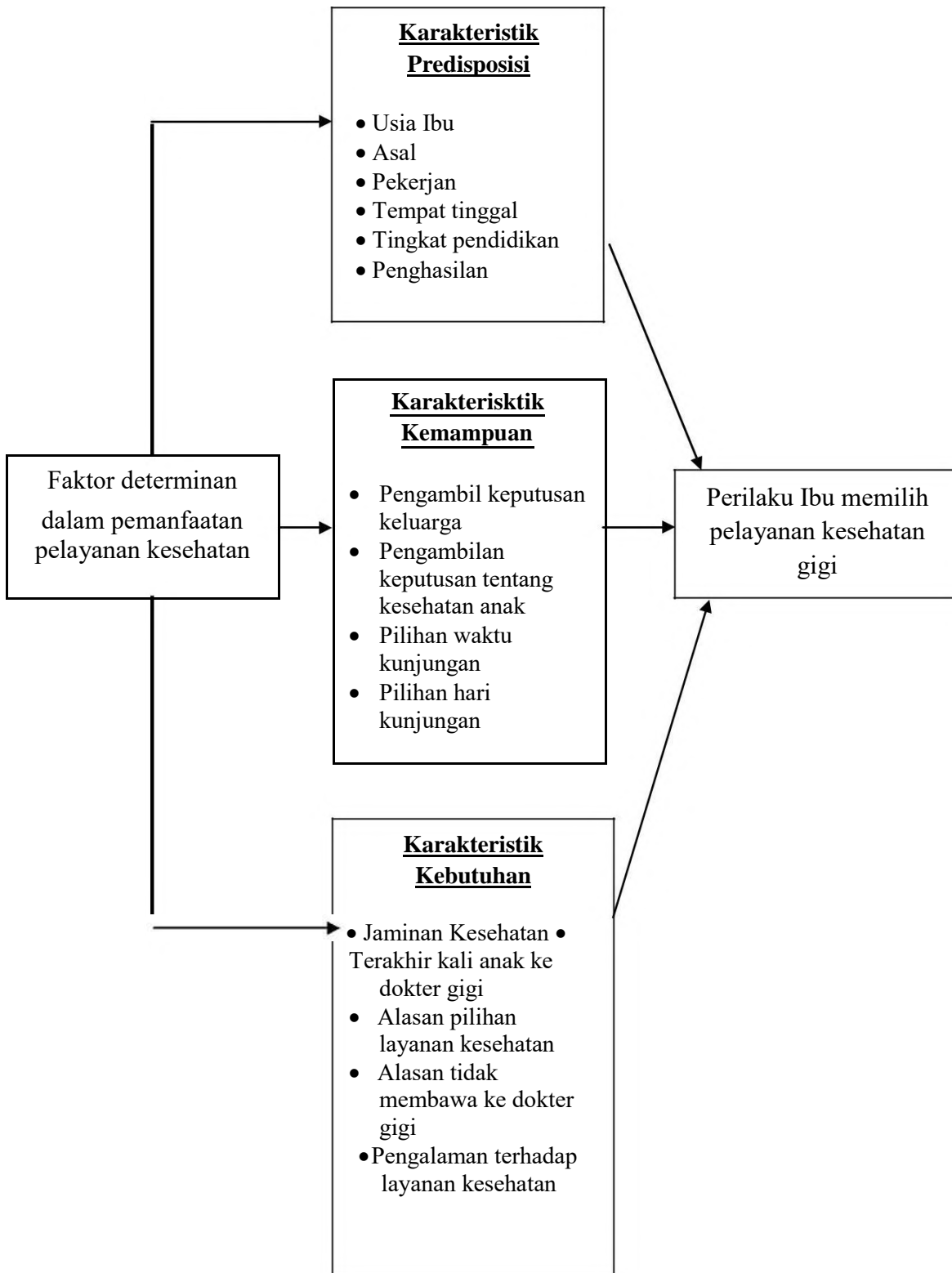
Andarsen mengembangkan model pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan melihat tiga kategori determinan yaitu karakteristik predisposisi (*predisposing characteristics*), karakteristik kemampuan (*enabling characteristics*), dan karakteristik kebutuhan (*need characteristics*). Karakteristik predisposisi (*predisposing characteristics*) digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda yang disebabkan karena adanya ciri-ciri individu yang digolongkan ke dalam tiga kelompok, yaitu ciri-ciri sosiodemografi, struktur sosial dan kepercayaan kesehatan (*health belief*). Ciri-ciri sosiodemografi meliputi jenis kelamin, umur, pendapatan, status perkawinan, etnis dan jarak tempat tinggal. Struktur sosial meliputi tingkat pendidikan, pekerjaan, hobi, agama, dan sebagainya. Kepercayaan kesehatan (*health belief*) meliputi pengetahuan dan sikap serta keyakinan penyembuhan penyakit (Asmanedi, 2009).

Karakteristik kemampuan (*enabling characteristics*) merupakan keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan. Andersen membaginya ke dalam dua golongan, yaitu sumber daya keluarga dan sumber daya masyarakat. Sumber daya keluarga meliputi sosioekonomi keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa, dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. sumber daya masyarakat meliputi jumlah

sarana pelayanan kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, dan lokasi pemukiman penduduk. Menurut Andersen semakin banyak sarana dan jumlah tenaga kesehatan maka tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan suatu masyarakat akan semakin bertambah (Budiharto 2009).

Karakteristik kebutuhan (*need characteristic*) merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Andersen menggunakan istilah kesakitan untuk mewakili kebutuhan pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari kebutuhan. Penilaian individu ini dapat diperoleh dari dua sumber yaitu penilaian individu (*perceived need*) dan penilaian klinik (*evaluated need*). Penilaian individu (*perceived need*) merupakan penilaian keadaan kesehatan yang paling dirasakan oleh individu, besarnya ketakutan terhadap penyakit dan hebatnya rasa sakit yang diderita. Penilaian klinik (*evaluated need*) merupakan penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya, yang tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter (Asmanedi, 2009).

BAB 3
PETA KONSEP



3.1 Deskripsi Kerangka Konsep

Model sistem kesehatan merupakan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan. Dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan adanya pengaruh dari faktor determinan. Selain karakteristik dari individu tersebut, perilaku ibu terhadap pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk diantaranya faktor sosial dan ekonomi. Perilaku seorang ibu dalam mengakses layanan kesehatan gigi dan mulut untuk anaknya sejak dini kelak akan menentukan status kesehatan gigi anak tersebut. Mulai gigi tumbuh merupakan proses penting dari pertumbuhan seorang anak. Orang tua, terutama ibu harus mengetahui cara merawat gigi anak dan mengajari cara merawat gigi yang baik. Walaupun masih gigi susu, seorang anak harus mendapatkan perhatian serius dari orang tuanya karena menentukan pertumbuhan gigi yang permanen. Namun banyak orang tua beranggapan bahwa gigi susu hanya sementara dan akan digantikan oleh gigi geligi tetap sehingga seringkali mereka menganggap bahwa kerusakan pada gigi susu karena *oral hygiene* yang buruk bukan suatu masalah. Dengan adanya beberapa faktor pelayanan kesehatan tersebut akan mempengaruhi seseorang untuk memilih pelayanan kesehatan.

3.2 Hipotesis

Karakteristik Predisposisi, Karakteristik Kemampuan, dan Karakteristik Kebutuhan akan menghubungkan perilaku seseorang untuk memilih pelayanan kesehatan gigi.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan untuk mengetahui perilaku Ibu dalam membawa anak ke pelayanan kesehatan gigi anak menggunakan pendekatan *cross sectional*.

4.2 Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di 5 Sekolah dasar Negeri di Surabaya

4.3 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukakan pada bulan Mei-Agustus 2018

4.4 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seorang Ibu kandung dari siswa-siswi 5 Sekolah Dasar Negeri.

4.5 Sampel Penelitian

4.5.1 Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan adalah *cluster random sampling*.

4.5.2 Besar Sampel

Besar sampel yang digunakan dengan uji korelasi untuk menganalisis hubungan antar variabel, melalui rumus dibawah ini:

$$\begin{aligned}
 n &= \left[\frac{z_{\alpha} + z_{\beta}}{\frac{1}{2} \ln\left(\frac{1+\rho}{1-\rho}\right)} \right]^2 + 3 \\
 n &= \left(\frac{1.96+0.84}{\frac{1}{2} \ln\left(\frac{1+0.54}{1-0.54}\right)} \right)^2 + 3 \\
 &= \left(\frac{2.80}{\frac{1}{2} \ln\left(\frac{1.54}{0.46}\right)} \right)^2 + 3 \\
 &= 19.047 + 3 \\
 &= 22.047 \\
 &= 22
 \end{aligned}$$

4.6 Variabel Penelitian

4.6.1 Variabel Bebas

- a. Karakteristik Predisposisi Ibu (usia, asal, pekerjaan, tempat tinggal, tingkat pendidikan, penghasilan).
- b. karakteristik kemampuan Ibu (pengambilan keputusan keluarga, pengambilan keputusan tentang kesehatan anak, pilihan waktu kunjungan, pilihan hari kunjungan).
- c. karakteristik kebutuhan Ibu (jaminan kesehatan, terakhir kali anak ke dokter gigi, alasan pilihan layanan kesehatan, alasan tidak membawa ke dokter gigi, pengalaman terhadap layanan kesehatan).

4.6.2 Variabel Terikat

Ibu dengan perilaku memilih pelayanan kesehatan gigi.

4.7 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Pengukuran	Skala Data
KARAKTER PRESIDIPOSI IBU					
1.	Usia Ibu	Informasi tentang tanggal, bulan dan tahun dari waktu kelahiran responden menurut sistem kalender masehi	Kuisisioner	1 item pada kuisisioner tentang usia responden	Rasio
2.	Asal	Latar belakang kelahiran responden.	Kuisisioner	1 item pada kuisisioner tentang asal responden.	Nominal Surabaya atau Selain Surabaya
3.	Pekerjaan	Jenis kegiatan yang bermaksud untuk memperoleh penghasilan.	Kuisisioner	2 item di lembar form penelitian tentang status pekerjaan dan jenis pekerjaan Ibu	Nominal Bekerja atau Tidak
4.	Domisili/ tempat tinggal	Data mengenai tempat tempat responden tersebut tinggal atau menetap	Kuisisioner	1 item pada kuisisioner tentang tempat tinggal responden	Nominal a) Rumah pribadi b) Bukan rumah pribadi

5.	Tingkat pendidikan	Latar belakang pendidikan formal tertinggi yang pernah diselesaikan oleh Ibu responden ditandai dengan ijazah atau legalitas yang sejenisnya.	Kuisisioner	1 item pada kuisisioner tentang tingkat pendidikan responden	Nominal a. Sekolah (SD,SMP, SMA) b.Sarjana/ Diploma
5.	Domisili/ tempat tinggal	Data mengenai tempat responden tersebut tinggal atau menetap	Kuisisioner	1 item pada kuisisioner tentang tempat tinggal responden	Nominal a) Rumah pribadi b) Bukan rumah pribadi
6.	Penghasilan	Sejumlah uang yang didapatkan oleh keluarga responden setiap bulannya (gaji pokok+tunjangan)	Kuisisioner	1 item di lembar form penelitian tentang penghasilan keluarga	Interval <Rp1.500.000 – Rp2.500.000 Rp2.500.000– >Rp 3.500.000
KARAKTERISTIK KEMAMPUAN					
1.	Pengambil-an keputusan	Orang dalam keluarga yang berperan lebih dominan dalam mengambil keputusan yang	Kuisisioner	1 item pertanyaan pada kuisisioner	Nominal Saya sendiri, Suami, Saya dan Suami,

		berhubungan dengan anak kandung responden			atau Lainnya
2.	Pemberi saran kesehatan gigi dan mulut anak	Orang atau sekelompok orang yang dirasa oleh responden paling berperan dalam penentuan keputusan membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut	Kuisisioner	1 item pertanyaan pada kuisisioner tentang pemberi saran mengenai kesehatan gigi dan mulut anak	Nominal Ibu, suami, orang tua, dokter gigi, atau lainnya
3.	Pilihan waktu kunjungan ke layanan kesehatan	Waktu pilihan kunjungan responden saat mengakses layanan kesehatan	Kuisisioner	1 item pertanyaan pada kuisisioner	Nominal Pilihan waktu kunjungan ke layanan kesehatan (Pagi Hari atau Malam Hari) Alasan individu memilih waktu kunjungan layanan kesehatan
4.	Pilihan	Hari pilihan	Kuisisioner	1 item pertanyaan pada	Nominal

	hari kunjungan ke layanan kesehatan	kunjungan responden saat mengakses layanan kesehatan		kuisisioner tentang pilihan hari kunjungan ke layanan kesehatan	Hari kerja atau hari libur.
KARAKTERISTIK KEBUTUHAN					
1.	Ketersediaan jaminan/asuransi kesehatan	Terdaftar sebagai salah satu peserta asuransi kesehatan	Kuisisioner	1 item pada kuisisioner tentang ketersediaan asuransi/jaminan kesehatan	Nominal Ada atau Tidak ada
2.	Pengalaman responden terhadap layanan kesehatan	Pernah atau tidaknya responden mengunjungi layanan kesehatan umum, seperti dokter umum, dokter gigi, bidan, dan lainnya	Kuisisioner	1 item pertanyaan pada kuisisioner tentang pengalaman responden terhadap layanan kesehatan	Nominal Pernah atau tidak pernah
3.	Alasan pilihan layanan kesehatan gigi anak	Alasan ibu lebih memilih layanan kesehatan gigi dan mulu	Kuisisioner	1 item pertanyaan pada kuisisioner tentang alasan pemilihan layanan kesehatan gigi	Alasan ibu memilih layanan kesehatan gigi untuk anak: dokter keluarga, biaya murah, dekat rumah, dapat menggunakan asuransi kesehatan, layanannya bagus, suasana nyaman, dan

					lainnya
4.	Alasan tidak pernah membawa anak ke dokter gigi	Alasan ibu tidak pernah membawa anak ke dokter gigi untuk melakukan perawatan atau pemeriksaan rutin	Kuisisioner	1 item pertanyaan pada kuisisioner tentang alasan tidak pernah membawa anak ke dokter gigi	Nominal Gigi anak sehat, biaya dokter gigi mahal, lokasi yang jauh
5.	Perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut	Tindakan yang dilakukan berdasarkan niat yang dipengaruhi sikap, norma subjektif, dan persepsi kontrol	Instrumen Kuisisioner	Niat perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut tersebut diukur menggunakan form kuisisioner yang didalamnya terkandung satu soal pada section G (no.1) mengenai perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut tersebut dengan dua pilihan jawaban yang menggambarkan tingkat kesesuaian dengan individu tersebut 1. Apakah anda pernah membawa anak anda ke dokter gigi?	Nominal Pernah atau tidak pernah

4.8 Instrumen Pengukuran

Untuk memperoleh data yang lebih seksama dalam penelitian ini digunakan teknik:

1. Form kuisisioner

2. Form observasi (*check list*), untuk mengetahui pelayanan seperti apa yang pilih orang tua terhadap penanganan anaknya.

4.9 Alat dan Bahan

1. Kuisisioner untuk melihat perilaku seorang Ibu dan pemilihan layanan kesehatan oleh seorang Ibu untuk anaknya dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut.
2. Alat Tulis

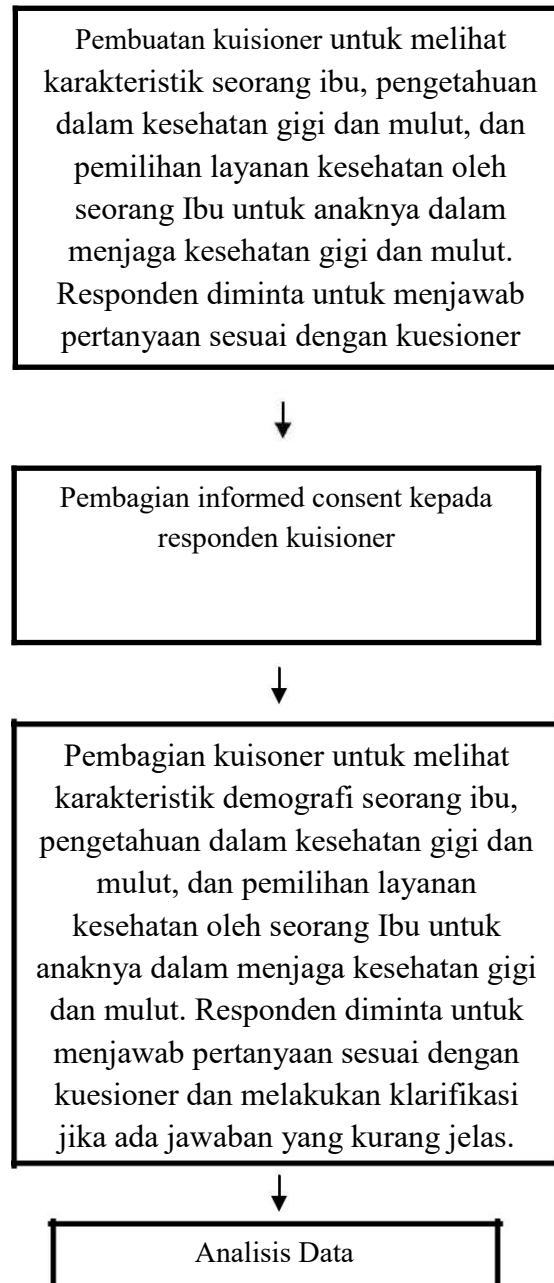
4.10 Prosedur Penelitian

1. Sampel diambil secara *cluster random sampling* dengan populasi Ibu di 5 SD Negeri di Surabaya yang dibagi berdasarkan wilayah Surabaya Barat, Surabaya Timur, Surabaya Pusat, Surabaya Utara, dan Surabaya Selatan.
2. Pengisian *informed consent* oleh responden sebagai persetujuan menjadi subjek penelitian.
3. Membagikan kuisisioner untuk melihat karakteristik seorang ibu, pengetahuan dalam kesehatan gigi dan mulut, dan pemilihan layanan kesehatan oleh seorang Ibu untuk anaknya dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut. Responden diminta untuk menjawab pertanyaan sesuai dengan kuisisioner dan melakukan klarifikasi jika ada jawaban yang kurang jelas.
4. Melakukan pengolahan data yang terkumpul untuk mengetahui pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat.
5. Menyusun penulisan hasil analisis data dalam bentuk laporan hasil penelitian.
6. Membuat simpulan dan saran penelitian.

4.11 Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data akan dilakukan secara statistik deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi Persentase (%)

4.12 Alur Penelitian



BAB 5

HASIL DAN ANALISIS DATA

Penelitian ini telah dilaksanakan di 3 Taman Kanak-Kanak (TK) dan 2 Sekolah Dasar (SD) wilayah Surabaya yang dipilih secara acak dengan total responden sebesar 295 Ibu yang menjadi orang tua kandung bagi siswa-siswi di TK dan SD tersebut pada bulan Agustus hingga Oktober 2018. Pengambilan data dilakukan dengan cara mengundang Ibu-ibu untuk datang ke sekolah yang kemudian diberikan penyuluhan mengenai kesehatan gigi dan mulut oleh dokter gigi, setelah itu mereka diminta untuk mengisi kuesioner yang telah disediakan. Data yang terkumpul kemudian direkap sehingga didapatkan data berupa karakteristik responden (Ibu) dan karakteristik perilaku Ibu dalam pemilihan pelayanan kesehatan gigi.

5.1 Analisis Hasil Penelitian

5.1.1 Karakter Responden

Tabel 5.1.1 Karakter Responden

Karakteristik Responden		Total	
		Jumlah	%
Usia Ibu	<40 tahun	241	81.7
	>40 tahun	54	18.3
Pendidikan terakhir	Tidak bersekolah	3	1
	Sekolah	292	99
Asal	Luar Surabaya	83	28.1
	Surabaya	212	71.9

Tempat tinggal	Rumah pribadi	110	37.2
	Bukan rumah pribadi	185	62.8
Pekerjaan	Tidak bekerja	184	62.4
	Bekerja	111	37.6
Pendapatan keluarga	< 1,5 – 2,5 juta	226	76.6
	2,5 - >3,5 juta	69	23.4
Ketersediaan asuransi	Tidak memiliki asuransi	203	68.8
	Memiliki asuransi	92	31.2
Pengambilan keputusan	Saya sendiri	96	32.5
	Suami	22	7.5
	Saya dan suami	173	58.6
	Orang lain	4	1.4
Pemilihan transportasi	Motor	201	68.1
	Mobil	20	6.8
	Kendaraan umum	74	25.1
Waktu berkunjung	Pagi hari	200	67.8
	Malam hari	95	32.2
Hari berkunjung	Hari kerja	202	68.5
	Hari libur	93	31.5
Pilihan layanan kesehatan	Dokter gigi umum	204	69.2
	Dokter gigi spesialis anak	48	16.2
	Rumah sakit	9	3.1
	Puskesmas	34	11.5

Alasan berkunjung karena dokter gigi keluarga	Tidak pernah	290	93.3
	Pernah	5	1.7
Alasan berkunjung karena murah	Tidak	186	63.1
	Ya	109	36.9
Alasan berkunjung karena menggunakan asuransi	Tidak	214	72.5
	Ya	81	27.5
Alasan berkunjung karena dekat	Tidak	88	29.8
	Ya	207	70.2
Alasan berkunjung karena fasilitas bagus	Tidak	245	83.1
	Ya	50	16.9
Alasan berkunjung karena fasilitas nyaman	Tidak	281	95.3
	Ya	14	4.7

Hasil data karakteristik Ibu sebagai subjek penelitian dalam penelitian ini ditampilkan pada tabel 5.1. Pertama adalah usia Ibu yang digolongkan menjadi 2 kategori yaitu <40 tahun dengan hasil sebesar 81.7% dari total sampel dan >40 tahun yang menunjukkan hasil 18.3% dari total sampel. Karakteristik yang kedua adalah tingkat pendidikan ibu yang digolongkan menjadi 2 kategori yaitu Tidak bersekolah dengan hasil sebesar 1% dan bersekolah yang menunjukkan hasil 99%

dari total sampel. Karakteristik yang ketiga adalah asal ibu yang digolongkan menjadi 2 kategori yaitu Luar Surabaya dengan hasil sebesar 28.1% dan Surabaya sebesar 71.9% dari total sampel. Karakteristik yang ketiga adalah tempat tinggal yang digolongkan menjadi 2 kategori yaitu rumah pribadi dengan hasil sebesar 62.8% dan bukan rumah pribadi sebesar 37.2% dari total sampel. Karakteristik yang keempat adalah pekerjaan Ibu yang digolongkan menjadi 2 kategori yaitu tidak bekerja dengan hasil sebesar 62.4% dan bekerja sebesar 37.6% dari total sampel. . Karakteristik yang kelima adalah pendapatan keluarga yang digolongkan menjadi 2 kategori yaitu <1,5 – 2,5 juta dengan hasil sebesar 76.6% dan 2,5 - >3,5 juta sebesar 23.4% dari total sampel. Karakteristik yang keenam adalah ketersediaan asuransi yang digolongkan menjadi 2 kategori yaitu tidak memiliki asuransi dengan hasil sebesar 68.8% dan memiliki asuransi sebesar 31.2 % dari total sampel. Karakteristik yang ketujuh adalah pengambilan keputusan yang digolongkan menjadi 4 kategori yaitu saya sendiri sebesar 32.5%, suami sebesar 7.5%, saya dan suami sebesar 58.6%, dan orang lain sebesar 1.4% dari total sampel. Karakteristik yang kedelapan adalah pemilihan transportasi yang digolongkan menjadi 3 kategori yaitu motor dengan hasil sebesar 68.1%, mobil sebesar 6.8%, dan kendaraan umum sebesar 25.1% dari total sampel. Karakteristik yang kesembilan adalah pilihan waktu berkunjung yang digolongkan menjadi 2 kategori yaitu pagi hari dengan hasil sebesar 67.8% dan malam hari sebesar 32.2% dari total sampel. Karakteristik yang kesepuluh adalah pilihan hari berkunjung yang digolongkan menjadi 2 kategori yaitu hari kerja dengan hasil sebesar 68.5% dan hari libur 31.5% dari total sampel. Karakteristik yang kesebelas adalah pilihan layanan kesehatan gigi dan mulut yang digolongkan

menjadi 4 kategori yaitu dokter gigi umum dengan hasil sebesar 69.2%, dokter gigi spesialis anak sebesar 16.2%, rumah sakit sebesar 3.1%, dan puskesmas sebesar 11.5% dari total sampel. Karakteristik yang kedua belas adalah alasan berkunjung karena dokter gigi keluarga yang digolongkan menjadi 2 kategori yaitu tidak pernah dengan hasil sebesar 98.3% dan pernah sebesar 1.7% dari total sampel. Karakteristik yang ketiga belas adalah alasan berkunjung karena murah yang digolongkan menjadi 2 kategori yaitu tidak dengan hasil sebesar 63.1% dan ya sebesar 36.9% dari total sampel. Karakteristik yang keempat belas adalah alasan berkunjung karena menggunakan asuransi yang digolongkan menjadi 2 kategori yaitu tidak dengan hasil sebesar 72.5% dan ya sebesar 27.5% dari total sampel. Karakteristik yang kelima belas adalah alasan berkunjung karena dekat yang digolongkan menjadi 2 kategori yaitu tidak dengan hasil sebesar 29.8% dan ya sebesar 70.2% dari total sampel. Karakteristik yang keenam belas adalah alasan berkunjung karena fasilitas bagus yang digolongkan menjadi 2 kategori yaitu tidak dengan hasil sebesar 83.1% dan ya sebesar 16.9% dari total sampel. Karakteristik yang ketujuh belas adalah alasan berkunjung karena nyaman yang digolongkan menjadi 2 kategori yaitu tidak dengan hasil sebesar 95.3% dan ya sebesar 4.7% dari total sampel. Karakteristik yang terakhir adalah perilaku ibu membawa anak ke layanan kesehatan gigi yang digolongkan menjadi 2 kategori yaitu pernah dengan hasil sebesar 65.1% dan tidak pernah sebesar 34.9% dari total sampel.

5.1.2 Perilaku Ibu membawa Anak ke Layanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Tabel 5.1.2 Prevalensi ibu membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut

Perilaku Ibu Membawa Anak Ke Layanan Kesehatan Gigi Dan Mulut	Jumlah	Prevalensi
Pernah	192	65.1%
Tidak Pernah	103	34.9%
Total	295	100%

Berdasarkan tabel 5.1.2 diketahui bahwa dari keseluruhan sampel penelitian, didapatkan responden yang diteliti terbanyak memiliki karakteristik pernah membawa anaknya ke layanan gigi dan mulut, yaitu sebesar 65.1%. Sisanya sebanyak 34.9% responden tidak pernah membawa anaknya ke layanan kesehatan gigi dan mulut.

5.2 Distribusi Karakteristik Responden terhadap Perilaku Ibu Membawa Anak ke pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Tabel 5.2 Distribusi Karakteristik Responden terhadap Perilaku Ibu Membawa Anak ke pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Variabel		p-value	Prevalence Ratio
PERILAKU MEMBAWA ANAK KE LAYANAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT	Usia ibu	0.0001	3.058
	Pendidikan terakhir ibu	0.000	2.912
	Asal	0.057	1.372
	Tempat tinggal	0.000	3.087
	Pekerjaan ibu	0.489	0.876
	Pendapatan keluarga	0.033	0.667
	Ketersediaan asuransi	0.817	0.961
	Pengambilan keputusan	0.941	1.026
	Pilihan hari berkunjung	0.889	0.977
	Kemudahan akses	0.0001	2.361
	Alasan berkunjung	0.000	2.965

	karena murah		
	Alasan berkunjung karena dekat	<0.000	3.556
	Alasan berkunjung karena fasilitas bagus	0.026	1.297
	Alasan berkunjung karena nyaman	0.077	1.233

Nilai probabilitas (*p-value*) dan *Prevalence Ratio* distribusi kategori usia ibu terhadap kategori perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut didapatkan menggunakan *Chi-Square Test* dengan kategori variabel kategori usia ibu yang telah dikotomikan (<20 tahun dan \geq 20 tahun). Responden penelitian dengan usia ibu \geq 20 tahun sebagian besar memiliki perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut yang tinggi sebesar 87.3%. Hal serupa juga ditemukan pada responden penelitian dengan usia ibu < 20 tahun dimana sebagian besar responden memiliki perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut yang tinggi sebesar 77.8%. Tabel diatas menunjukkan bahwa perbedaan usia ibu memiliki perbedaan yang signifikan terhadap perilaku dengan nilai probabilitas yang kurang dari 0.05 (<0.0001), dan memiliki besaran *Prevalence Ratio* (PR) yang relatif tinggi (3.058).

Nilai probabilitas (*p-value*) dan *Prevalence Ratio* distribusi kategori pendidikan terakhir ibu terhadap kategori perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut didapatkan menggunakan *Chi-square Test* dengan kategori variabel kategori pendidikan terakhir yang telah dikotomikan (Tidak Bersekolah/Bersekolah). Responden penelitian dengan kategori bersekolah memiliki prosentase perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut

yang tinggi sebesar 65.4%. Hal serupa juga ditemukan pada responden penelitian dengan tidak bersekolah dimana sebagian besar responden memiliki prosentase perilaku yang rendah sebesar 33.3%. Tabel diatas menunjukkan bahwa perbedaan kategori pendidikan terakhir memiliki perbedaan yang signifikan terhadap tingkat perilaku dengan nilai probabilitas yang kurang dari 0,05 (<0.000), serta memiliki besaran *Prevalence Ratio* (PR) yang relatif tinggi (2.912).

Nilai probabilitas (*p-value*) dan *Prevalence Ratio* distribusi kategori asal ibu terhadap kategori perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut didapatkan menggunakan *Chi-square Test* dengan kategori variabel kategori asal yang telah didikotomikan (Surabaya dan luar Surabaya). Responden penelitian dengan kategori asal luar Surabaya memiliki tingkat perilaku yang tinggi sebesar 68.4%. Hal serupa juga ditemukan pada responden penelitian dengan kategori asal Surabaya dimana sebagian besar responden memiliki tingkat perilaku yang tinggi sebesar 56.6%. Tabel diatas menunjukkan bahwa perbedaan kategori asal tidak memiliki perbedaan yang signifikan terhadap tingkat perilaku dengan nilai probabilitas yang lebih dari 0,05 (0,057), serta memiliki besaran *Prevalence Ratio* (PR) yang rendah (1,372).

Nilai probabilitas (*p-value*) dan *Prevalence Ratio* distribusi kategori tempat tinggal ibu terhadap kategori perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut didapatkan menggunakan *Chi-square Test* dengan kategori variabel kategori tempat tinggal yang telah didikotomikan (rumah pribadi dan bukan rumah pribadi). Responden penelitian dengan kategori rumah pribadi memiliki tingkat perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut yang paling

tinggi sebesar 66.4%, kemudian pada responden penelitian dengan kategori bukan rumah pribadi memiliki tingkat perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut yang tidak jauh beda dengan kategori rumah pribadi yaitu sebesar 64.3%. Tabel diatas menunjukkan bahwa perbedaan tempat tinggal tidak memiliki perbedaan yang signifikan terhadap tingkat perilaku berkunjung dengan nilai probabilitas yang kurang dari 0,05 (<0.000), serta memiliki besaran *Prevalence Ratio* (PR) yang tinggi (3.087).

Nilai probabilitas (*p-value*) dan *Prevalence Ratio* distribusi kategori pekerjaan ibu terhadap kategori perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut didapatkan menggunakan *Chi-square Test* dengan kategori variabel kategori pekerjaan yang telah didikotomikan (bekerja dan tidak bekerja). Responden penelitian dengan kategori tidak bekerja memiliki tingkat perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut yang tinggi sebesar 66.8%. Hal serupa juga ditemukan pada responden penelitian dengan kategori bekerja dimana sebagian besar responden memiliki tingkat perilaku yang tinggi juga sebesar 62.2%. Tabel diatas menunjukkan bahwa perbedaan kategori pekerjaan tidak memiliki perbedaan yang signifikan terhadap tingkat perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut dengan nilai probabilitas yang lebih dari 0,05 (0,489), serta memiliki besaran *Prevalence Ratio* (PR) yang rendah (0.876).

Nilai probabilitas (*p-value*) dan *Prevalence Ratio* distribusi kategori pendapatan terhadap kategori perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut didapatkan menggunakan *Chi-square Test* dengan kategori variabel

Pendapatan Keluarga yang telah didikotomikan (<1,5 – 2,5 juta dan 2,5 - >3,5 juta). Responden penelitian dengan pendapatan keluarga <1,5 – 2,5 juta memiliki tingkat perilaku membawa anak nya ke pelayanan kesehatan yang tinggi yaitu sebesar 68.6%. Sedangkan pada pendapatan keluarga sebanyak 2,5 - >3,5 juta memiliki hasil yang cukup tinggi juga sebesar 53.6%. Tabel diatas menunjukkan bahwa perbedaan pendapatan keluarga memiliki perbedaan yang signifikan terhadap tingkat keparahan karies dengan nilai probabilitas yang lebih dari 0,05 (0,033), serta memiliki besaran *Prevalence Ratio* (PR) yang relatif rendah (0.677).

Nilai probabilitas (*p-value*) dan *Prevalence Ratio* distribusi kategori ketersediaan asuransi terhadap kategori perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut didapatkan menggunakan *Chi-square Test* dengan variabel ketersediaan asuransi yang telah didikotomikan (tidak dan ya). Responden penelitian yang tidak memiliki asuransi sebagian besar pernah mengunjungi pelayanan kesehatan gigi dan mulut sebesar 65.5%. Hal serupa juga ditemukan pada responden penelitian yang memiliki asuransi dimana sebagian besar responden pernah mengunjungi pelayanan kesehatan gigi dan mulut sebesar 64.1%. Tabel diatas menunjukkan bahwa perbedaan ketersediaan asuransi tidak memiliki perbedaan yang signifikan terhadap perilaku mengunjungi tempat pelayanan kesehatan gigi dan mulut dengan nilai probabilitas yang lebih dari 0,05 (0,817), serta memiliki besaran *Prevalence Ratio* (PR) yang relatif rendah (0,950).

Nilai probabilitas (*p-value*) dan *Prevalence Ratio* distribusi pengambilan keputusan terhadap kategori perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut didapatkan menggunakan *Chi-square Test* dengan kategori variabel

pengambilan keputusan yang telah didikotomikan (Saya sendiri dan Orang lain). Responden penelitian yang melibatkan suami dalam mengambil keputusan sebagian besar memiliki perilaku berkunjung ke layanan kesehatan gigi mulut yang tinggi sebesar 85,2%. Hal serupa ditemukan pada responden penelitian yang tidak melibatkan siapapun dalam mengambil keputusan, namun cenderung pada dirinya sendiri, dimana sebagian besar responden memiliki perilaku berkunjung ke layanan kesehatan gigi mulut yang tinggi sebesar 80,9%. Tabel diatas menunjukkan bahwa perbedaan pada perilaku pengambilan keputusan tidak memiliki perbedaan yang signifikan terhadap perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut dengan nilai probabilitas yang lebih dari 0,05, yaitu sebesar (0,941), serta memiliki besaran *Prevalence Ratio* (PR) yang relatif rendah (1,026).

Nilai probabilitas (*p-value*) dan *Prevalence Ratio* distribusi kategori hari berkunjung terhadap kategori perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut didapatkan menggunakan *Chi-square Test* dengan kategori variabel pilihan hari berkunjung yang telah didikotomikan (Hari Kerja dan Hari Libur). Pada responden penelitian yang memilih waktu berkunjung ke layanan kesehatan pada hari kerja, sebagian besar memiliki tingkat perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut sebesar 65.3%. Hal serupa juga ditemukan pada responden penelitian yang memilih waktu berkunjung ke layanan kesehatan pada hari libur sebesar 64.5%. Tabel diatas menunjukkan bahwa perbedaan pilhan hari berkunjung tidak memiliki perbedaan yang signifikan terhadap perilaku dengan nilai probabilitas yang lebih dari 0.05 (0.889), serta memiliki besaran *Prevalence Ratio* (PR) yang relatif rendah (0.977).

Nilai probabilitas (*p-value*) dan *Prevalence Ratio* distribusi kategori kemudahan akses terhadap kategori perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut didapatkan menggunakan *Chi-square Test* dengan variabel kategori skor sikap yang telah didikotomikan ($\leq 12,5$ dan $> 12,5$). Responden penelitian dengan kategori skor sikap $\leq 12,5$ sebagian besar memiliki tingkat perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut yang tinggi sebesar 71,40%. Hal serupa juga ditemukan pada responden penelitian dengan skor sikap > 15 dimana sebagian besar responden memiliki tingkat perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut yang tinggi 81,60%. Tabel diatas menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan skor sikap yang berarti signifikan terhadap tingkat perilaku dengan nilai probabilitas yang kurang dari 0,05 (<0.0001), serta memiliki besaran *Prevalence Ratio* (PR) yang relatif tinggi (2,361).

Nilai probabilitas (*p-value*) dan *Prevalence Ratio* distribusi alasan berkunjung karena murah terhadap kategori perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut didapatkan menggunakan *Chi-square Test* dengan kategori variabel alasan berkunjung karena murah yang telah didikotomikan (Ya dan Tidak). Pada responden penelitian dengan alasan berkunjung karena murah, sebagian besar memiliki tingkat perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut yang tinggi sebesar 84.4%. Demikian pula dengan responden alasan berkunjung karena tidak murah memiliki tingkat perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut sebesar 53.8%. Tabel diatas menunjukkan bahwa perbedaan alasan berkunjung ke dokter gigi karena murah memiliki perbedaan yang signifikan terhadap perilaku membawa anak ke layanan kesehatan

gigi dan mulut dengan nilai probabilitas yang lebih rendah dari 0,05 (<0.000), serta memiliki besaran *Prevalence Ratio* (PR) yang relatif tinggi (2,965).

Nilai probabilitas (*p-value*) dan *Prevalence Ratio* distribusi alasan berkunjung karena dekat terhadap kategori perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut didapatkan menggunakan *Chi-square Test* dengan kategori variabel alasan berkunjung karena dekat yang telah didikotomikan (ya dan tidak). Responden penelitian yang berkunjung ke dokter gigi karena dekat, sebagian besar memiliki perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut yang tinggi sebesar 87.5% sedangkan responden penelitian yang memilih untuk tidak berkunjung sebesar 12.5%. Tabel diatas menunjukkan bahwa alasan berkunjung ke dokter gigi karena dekat memiliki perbedaan yang signifikan terhadap perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut dengan nilai probabilitas yang kurang dari 0,05 (<0.000), namun memiliki besaran *Prevalence Ratio* (PR) relatif tinggi (3.556).

Nilai probabilitas (*p-value*) dan *Prevalence Ratio* distribusi alasan berkunjung karena fasilitas bagus terhadap kategori perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut didapatkan menggunakan *Chi-square Test* dengan kategori variabel alasan berkunjung karena fasilitas bagus yang telah didikotomikan (ya dan tidak). Responden penelitian yang berkunjung ke dokter gigi karena memiliki fasilitas bagus sebagian besar memiliki perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut yang tinggi sebesar 72%, sedangkan responden penelitian yang tidak berkunjung ke dokter gigi memiliki nilai yang rendah sebesar 28%. Tabel diatas menunjukkan bahwa alasan berkunjung ke

dokter gigi karena fasilitas bagus memiliki perbedaan yang signifikan terhadap membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut dengan nilai probabilitas yang lebih dari 0,05 (0.260), serta memiliki besaran *Prevalence Ratio* (PR) yang relatif tinggi (1.297).

Nilai probabilitas (*p-value*) dan *Prevalence Ratio* distribusi alasan berkunjung karena fasilitas nyaman terhadap kategori perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut didapatkan menggunakan *Chi-square Test* dengan kategori variabel alasan berkunjung karena fasilitas nyaman yang telah didikotomikan (ya dan tidak). Responden penelitian yang berkunjung ke dokter gigi karena memiliki fasilitas nyaman dan memiliki perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut bernilai tinggi sebesar 71.4%, sedangkan responden penelitian yang tidak pernah berkunjung ke dokter gigi memiliki nilai yang rendah sebesar 28.6%. Tabel di atas menunjukkan bahwa alasan berkunjung ke dokter gigi karena fasilitas nyaman memiliki perbedaan yang signifikan terhadap perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut dengan nilai probabilitas yang lebih dari 0,05 (0.077), serta memiliki besaran *Prevalence Ratio* (PR) yang relatif tinggi (1.233).

BAB 6

PEMBAHASAN

Penelitian ini menggunakan metode analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan pada beberapa Taman Kanak-kanak (TK) dan Sekolah Dasar di wilayah Surabaya yaitu TK Garuda, TK Widayatama 2, TK Alvenver, SDN Simokerto V, SD Adinda dengan 295 sampel yang merupakan Ibu kandung dari siswa siswi TK dan SD tersebut. Responden yang termasuk ke dalam kriteria sampel yaitu Ibu kandung untuk mengidentifikasi berbagai macam karakteristik yang berkaitan dengan perilaku Ibu membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa pengaruh karakteristik Ibu terhadap keputusan membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut.

Orang tua terutama ibu, sangat berpengaruh dalam pemeliharaan kesehatan dan kebersihan gigi anak, hal ini disebabkan karena anak masih bergantung pada orang tua. Sikap dan perilaku ibu yang merupakan orang terdekat dengan anak memberikan pengaruh yang sangat signifikan terhadap sikap dan perilaku anak dalam pemeliharaan kesehatan. Peranan seorang ibu dalam kesehatan gigi anak-anaknya adalah sebagai motivator, edukator dan fasilitator (Bozorgmehr, et al. 2013).

Apabila perilaku Ibu menunjukkan hasil yang baik, maka dapat diperkirakan bahwa status kesehatan gigi dan mulut anaknya juga baik (Budiharto, 1998). Peran ibu dalam menentukan kesehatan gigi dan mulut anaknya dilakukan dengan memberi contoh perawatan gigi pada ibu, memotivasi

anak untuk merawat gigi, dan membawa anak berkunjung ke dokter gigi jika anak sakit gigi (Suwelo, 1992).

Siagan dalam Rasyidah (2002) mengemukakan bahwa usia erat hubungannya dengan tingkat kedewasaan seseorang, baik secara teknik maupun psikologis. Dalam penelitian ini didapatkan bahwa usia Ibu berpengaruh terhadap keputusan Ibu membawa anaknya ke layanan kesehatan gigi dan mulut, dimana didapatkan bahwa Ibu dengan usia kurang dari 20 tahun memiliki peluang 3.058 kali lebih besar untuk tidak membawa anak nya berkunjung ke dokter gigi dibandingkan Ibu dengan usia lebih dari 20 tahun.

Hal ini sesuai sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Menurut Suryabudhi (2003) seseorang yang menjalani hidup secara normal dapat diasumsikan bahwa semakin lama hidup maka pengalaman semakin banyak, pengetahuan semakin luas, keahliannya semakin mendalam, dan kearifannya semakin baik dalam pengambilan keputusan tindakannya.

Demikian juga seorang Ibu, semakin lama hidup (tua), maka akan semakin baik pula dalam melakukan tindakan dalam perawatan kesehatan gigi dan mulut anak. Menurut hasil penelitian Ahmad Syafii (2005) ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan timbulnya penyakit gigi dan mulut anak SD. Semakin tua umur ibu maka semakin matang untuk memberikan pendidikan tentang kebersihan mulut pada anak, sehingga dapat menurunkan angka kejadian penyakit gigi dan mulut pada anak.

Anak-anak umumnya tidak tahu dan belum mampu untuk menjaga kesehatan rongga mulut mereka, oleh karena itu orang tua lah yang bertanggung jawab untuk mendidik anak mereka dengan benar, sehingga faktor tingkat pendidikan orang tua sangat berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap, dan perilaku hidup sehat, hal ini berkaitan dengan perbedaan tingkat pengetahuan yang dihasilkan dari jenjang pendidikan yang berbeda.

Dalam penelitian ini didapatkan bahwa tingkat pendidikan Ibu berpengaruh terhadap keputusan Ibu membawa anaknya ke layanan kesehatan gigi dan mulut, dimana didapatkan bahwa Ibu yang bersekolah memiliki peluang 2,912 kali lebih besar untuk membawa anaknya berkunjung ke dokter gigi bila dibandingkan dengan Ibu yang tidak bersekolah. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan seseorang memengaruhi kematangan dalam proses berpikir seseorang tersebut. Tingkat pendidikan yang cukup atau lebih tinggi akan mempengaruhi tingkat penerimaan dan pemahaman terhadap suatu objek yang di manifestasikan dalam bentuk pengetahuan (Gumiarti, 2002).

Ketika seseorang berada pada tingkatan pengetahuan yang lebih tinggi, maka perhatian akan kesehatan gigi semakin tinggi. Begitu pula sebaliknya, ketika pengetahuan yang dimiliki kurang, maka perhatian pada perawatan gigi ke dokter gigi juga rendah, seperti contohnya melakukan kunjungan ke dokter gigi secara berkala serta menerapkan perilaku kesehatan gigi anak yang lebih baik dalam hal menyikat gigi, waktu menyikat gigi, serta perilaku konsumsi makanan manis pada anak. Namun pada anak-anak yang orang tuanya tidak memahami pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut, seringkali orang tua tersebut menyediakan makanan dengan tingkat karbohidrat tinggi seperti coklat dan permen. Orang tua

pun kurang memiliki kepedulian akan kebiasaan menyikat gigi serta kegiatan rutin ke dokter gigi, sehingga prevalensi penyakit gigi dan mulut pada anak akan lebih tinggi dibanding anak dengan orang tua yang memiliki pengetahuan tinggi (Mbawalla et al, 2010).

Dalam penelitian ini didapatkan bahwa tempat tinggal berpengaruh terhadap keputusan Ibu membawa anaknya ke layanan kesehatan gigi dan mulut, dimana didapatkan bahwa Ibu yang tinggal bukan di rumahnya sendiri memiliki peluang 3,087 kali lebih besar untuk tidak membawa anaknya berkunjung ke dokter gigi dibandingkan Ibu yang tinggal di rumahnya sendiri. Berdasarkan penelitian ini, peneliti mengasumsikan bahwa responden yang tidak memiliki rumah pribadi, memiliki status ekonomi yang lebih rendah dibandingkan responden yang memiliki rumah pribadi. Sehingga hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Anderson dalam Notoatmodjo (2007) yang menyatakan bahwa status ekonomi merupakan faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Tingkat ekonomi seseorang akan mempengaruhi kemampuan untuk mengakses pelayanan kesehatan yang ada.

Kunjungan orang tua dengan membawa anaknya ke dokter gigi memiliki dampak positif terhadap pengenalan awal anak beserta fungsi kontrol guna mengetahui perkembangan kesehatan gigi dan mulut anaknya (Suarniti, L.P. 2014). Inisiatif orang tua merupakan hal penting dalam upaya kesehatan gigi anak. Inisiatif orang tua dalam hal ini berperan penting guna upaya pencegahan penyakit gigi pada anak, yang juga sebagai promotif terhadap masalah kesehatan gigi yang ada (Meinarily, G. 2009). Dalam penelitian didapatkan bahwa ibu yang memiliki riwayat berkunjung ke pelayanan kesehatan gigi dan mulut, seperti puskesmas,

rumah sakit, drg swasta, dan drg keluarga memiliki perbedaan yang signifikan terhadap perilaku ibu untuk membawa anak ke pelayanan kesehatan gigi dan mulut serupa.

Tempat pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang relatif murah dapat memudahkan ibu-ibu yang memikirkan biaya pengobatan, khususnya pada ibu-ibu dalam kategori kelas menengah ke bawah (Novitasari et al., 2014). Dalam penelitian didapatkan bahwa alasan berkunjung karena murah memiliki perbedaan yang signifikan terhadap perilaku ibu untuk membawa anak ke pelayanan kesehatan gigi dan mulut. Pada penelitian juga didapatkan hasil bahwa ibu yang tidak pernah berkunjung ke pelayanan kesehatan gigi dan mulut karena alasan murah memiliki peluang lebih besar 2.965 kali lipat untuk tidak membawa anaknya ke pelayanan kesehatan gigi dan mulut dibandingkan dengan ibu yang pernah membawa anaknya ke pelayanan kesehatan gigi dan mulut karena alasan murah.

Tempat pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang dekat dapat memudahkan warga setempat untuk memilihnya. Khususnya untuk warga dengan jadwal yang padat dan tempat tinggal yang memang dekat dengan tempat pelayanan kesehatan gigi dan mulut (Novitasari et al., 2014). Dalam penelitian didapatkan bahwa alasan berkunjung karena dekat memiliki perbedaan yang signifikan terhadap perilaku ibu untuk membawa anak ke pelayanan kesehatan gigi dan mulut. Pada penelitian juga didapatkan hasil bahwa ibu yang tidak pernah berkunjung ke pelayanan kesehatan gigi dan mulut karena alasan dekat memiliki peluang lebih besar 3.556 kali lipat untuk tidak membawa anaknya ke pelayanan

kesehatan gigi dan mulut dibandingkan dengan ibu yang pernah membawa anaknya ke pelayanan kesehatan gigi dan mulut karena alasan dekat.

Tempat pelayanan kesehatan gigi dan mulut dengan fasilitas yang bagus dapat membangun kepercayaan pengunjung kepada tempat tersebut. Tempat pelayanan kesehatan gigi dan mulut dengan alat yang lengkap akan memudahkan warga agar tidak dirujuk oleh karena keterbatasan fasilitas. Hal ini dapat menciptakan kenyamanan pada konsumen (Rahmayanti dan Ariguntar, 2017). Dalam penelitian didapatkan bahwa alasan berkunjung karena fasilitas bagus memiliki perbedaan yang signifikan terhadap perilaku ibu untuk membawa anak ke pelayanan kesehatan gigi dan mulut. Pada penelitian juga didapatkan hasil bahwa ibu yang tidak pernah berkunjung ke pelayanan kesehatan gigi dan mulut karena alasan fasilitas bagus memiliki peluang lebih besar 1.297 kali lipat untuk tidak membawa anaknya ke pelayanan kesehatan gigi dan mulut dibandingkan dengan ibu yang pernah membawa anaknya ke pelayanan kesehatan gigi dan mulut karena alasan fasilitas bagus.

Tempat pelayanan kesehatan gigi dan mulut dengan fasilitas yang nyaman dapat memudahkan konsumen dengan berbagai cara. Contoh kemudahan yang didapatkan bila tempat pelayanan kesehatan gigi dan mulut nyaman adalah konsumen akan lebih betah menunggu ketika antrian tidak padat. Bila fasilitas yang didapatkan dirasa nyaman, maka konsumen kemungkinan akan berkunjung kembali ke tempat pelayanan kesehatan tersebut (Rahmayanti dan Ariguntar, 2017). Dalam penelitian didapatkan bahwa alasan berkunjung karena fasilitas nyaman memiliki perbedaan yang tidak signifikan terhadap perilaku ibu untuk membawa anak ke pelayanan kesehatan gigi dan mulut.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan kesimpulan bahwa Ibu dengan karakteristik tertentu memiliki kecenderungan untuk tidak memiliki perilaku membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut, dengan uraian sebagai berikut:

1. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara usia ibu, pendidikan terakhir ibu, kemudahan akses, alasan berkunjung karena murah, dan alasan berkunjung karena dekat dengan perilaku ibu membawa anak ke pelayanan kesehatan gigi.
2. Tempat untuk mendapatkan layanan kesehatan gigi dan mulut yang paling banyak dipilih oleh Ibu di wilayah Surabaya adalah Dokter Gigi Umum, dengan alasan yang paling sering dikemukakan adalah karena biaya perawatan di Dokter gigi umum yang lebih terjangkau dan kebanyakan penyakit yang dialami oleh anak mereka sederhana.

7.2 Saran

Diharapkan hasil dari penelitian ini dapat dijadikan sebagai data awal dalam penyusunan program pemberdayaan untuk mengangulangi permasalahan dalam masyarakat yang menjadi subjek penelitian, serta hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar dari pengembangan penelitian-penelitian analitik lebih lanjut analisa karakteristik perilaku Ibu terhadap keputusan membawa anak ke layanan kesehatan gigi dan mulut.

DAFTAR PUSTAKA

- AAPD, 2014, Guideline on Caries-risk Assesment and Management for Infants, Children, and Adolescence, Reference Manual, v.36 (6), 127 – 34.
- Asmanedi, (2009), Wahana Memasyarakatkan Pemikiran Demografi, *Jurnal Warta Demografi*, Tabun ke 39, No.1, (1-6).
- Adioetomo, Sri Moertiningsih dkk. 2010. *Dasar-Dasar Demografi Edisi 2*. Jakarta: Salemba Empat.
- Ananta, Aris. 1993. *Ciri Demografis Kualitas Penduduk Dalam Pembangunan Ekonomi*. Lembaga Demografi.FEUI. Jakarta.
- Angela, A., 2014, Pencegahan Primer pada Anak yang Berisiko Karies Tinggi. *J. Dent.*, 38(3): 130-134
- Anggraheni Nila, 2012. *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan Masyarakat Untuk Memilih Jasa Pelayanan Kesehatan Kab. Surabaya*.
- Anderson, R, (2007), Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?, *Journal of health and social behavior*, 36(3): 1-10.
- Azwar, A, 2006. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Pustaka Sinar Harapan, Jakarta
- Bozorgmehr, Elham. 2013. *Oral Health Behavior of Parents as a Predictor of Oral Health Status of Their Children*.
- Budiharto. 1998. *Kontribusi umur, pendidikan, jumlah anak, status ekonomi keluarga, pemanfaatan fasilitas kesehatan gigi dan pendidikan kesehatan gigi terhadap perilaku ibu*. JKGUI

- Budiharto. 2009. Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan dan Pendidikan Kesehatan Gigi. Jakarta. EGC.
- Chandra S. Textbook of community dentistry. 2007. 2nd ed. Delhi: Lordson Publisher (P)Ltd.
- Danesh, Noori Akhtar dan Landeen, Janet. 2007. "Relation between depression and sociodemographic factors." International Journal of Mental Health Systems. Vol.1:4.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. Laporan hasil riset kesehatan dasar (RISKESDAS) nasional. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Depkes RI, 2010. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia, Jakarta
- Directorate General Health and Consumers. 2010. Oral Health Spesial Eurobarometer 330. Europe : Directorate General Health and Consumers.
- Eddy, F.N.E., Hanna M. 2015. Peranan Ibu dalam Pemeliharaan Kesehatan Gigi Anak dengan Status Karies Anak Usia Sekolah Dasar. Lampung : Majority. 4(7) : 1-6.
- Eddy FNE & Mutiara H. 2015. Peranan ibu dalam pemeliharaan kesehatan gigi anak dengan status karies anak usia sekolah dasar. Medical Journal of Lampung University [serial online] 4(8):1-6
- Engel, J. F., G. Blackwell, dan P. W. Miniard. 1994. Perilaku Konsumen . Jilid 1. Binarupa Aksara, Jakarta.
- Graha C. 2007. Keberhasilan anak di tangan orang tua. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Halim MP. 2012. Peran orang tua terhadap pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut anak dan status kesehatan gigi dan mulut anak kelas II SD St Yoseph 1 Medan. Medan: Universitas Sumatera Utara.

Harris, N.O., christen A.G. 1995. Primary Preventive Denstistry. Apleton & lange. 4th ed. 1-37. Connecticut.

Herijulianti, E., Indriani, TS., dan Sri Artini. 2001. Pendidikan kesehatan gigi. Penerbit buku kedokteran. Jakarta.

Houwink, B. 1993. Ilmu Kedokteran Gigi Pencegahan. Edisi terjemahan. Yogyakarta : Gajahmada University Press.

Kumala P, Sugiarto K, Alexander HS, Johannes RS, Yuliasari R. 2006. Kamus saku kedokteran. Jakarta: EGC.

Lemeshow S. & David WH Jr. 1997. Besar sampel dalam penelitian kesehatan (terjemahan). Yogyakarta: Gadjahmada University Press.

Mamik. 2010. Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan. Surabaya : Prins Media.

Natamiharja L, Margaret. 2011. Peran orangtua terhadap pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut anak dan status kesehatan gigi dan mulut anak kelas II SD Medan. *Dentika Dent J*; 16: 163-7.

Narendra MB, Sularyo TS, Soetjningsih, Suyitno H, Ranuh IGNG. 2002. Buku ajar 1 tumbuh kembang anak dan remaja. Jakarta: Sagung Seto.

Notoatmodjo S. 2003. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo S. 2005. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Jakarta: Rineka Cipta.

McDonald, Avery, Dean (2004). *Dentistry for the Child and Adolescent*, Mosby, St.Louis, Missouri.

Ozbek, C. D., Eser, D., Bektas-Kayhan, K., & Unur, M. 2015. Comparison of the tooth brushing habits of primary school age children and their parents. *Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry*, vol. 49(1), 33.

- Patel R. 2012. The state or oral health in Europe. Europe : Platform for Better Oral Health; September. P. 14-15.
- Pintauli S, Hamda T. 2008. Menuju gigi dan mulut sehat: pencegahan dan pemeliharanya. Edisi ke-1. Medan: USU Press.
- Rahayu TU. 2013. Pengaruh edukasi menggunakan Kartu Indikator Karies Anak (KIKA) terhadap perilaku ibu tentang pencegahan karies gigi sulung di Kelurahan Randusari Semarang. Jurnal Media Medika Muda KTI Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. vol.2(1):1-9
- Rizka Puji Yulianti, Abi Muchlisin. 2013. Hubungan antara pengetahuan orang tua tentang kesehatan gigi dan mulut dengan kejadian karies gigi pada anak SDN V jateng karanganyar.
- RISKESDAS Riset Kesehatan Dasar. 2007. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia..
- Ronald. 2006. Peran Orang Tua Dalam Meningkatkan Kualitas Hidup, Mendidik Dan Mengembangkan Moral Anak. Bandung: Yrama Widya.\
- Sari, M., & Yudhatama, Y. 2017. Pola Asuh Orang Tua terhadap Kejadian ECC (Early Childhood Caries) pada Anak Usia 3-5 Di Kelurahan Purwosari Kota Surakarta. URECOL, 303-310.
- Sumarwan, Ujang. (2003). Perilaku Konsumen, Teori dan Penerapannya Dalam Pemasaran. Ghalia Indonesia, Jakarta.
- Situmorang, N. 2008. Perilaku pencarian pengobatan dan pemeliharaan kesehatan gigi pengunjung poliklinik gigi puskesmas dua kecamatan kota Surabaya. Dentika Denta Jurnal.
- Surendro, D. 2002. Kumpulan Artikel Kesehatan Anak. Jakarta: Initisari Mediatama
- Susanto, A. 2007. Kesehatan Gigi dan Mulut. Jakarta: Sunda Kelapa Pustaka

Syarifudin, Yudhia Fratidhina. 2009. *Promosi Kesehatan Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta : TIM

Udien M artapura. 2012. Hubungan pengetahuan ibu tentang perawatan gigi anak. Surabaya.

Ulfah M, Al-Shodiq M. 2000. Pendidikan dan pengasuhan anak. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.

Widih EY, Ristya. 2005. Hubungan pengetahuan tentang kesehatan gigi dengan pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan gigi. *Jurnal PDGI*;55(1):19-20.

Winarsih BD. 2012. Hubungan peran serta orang tua dengan dampak hospitalisasi pada anak usia prasekolah di RSUD RA Kartini Jepara [Thesis]. Jakarta: Universitas Indonesia.

World Oral Health (WHO). April 2012. Oral Health. Media centre. Fact sheet 183.

LAMPIRAN

Lampiran 1 *Informed Consent* Subyek

**LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)**

Masa lima tahun awal dalam tahap perkembangan anak adalah masa *golden age*, ialah suatu masa emas dalam periode pertumbuhan dan perkembangan anak. 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 sampai dewasa, sehingga pengetahuan tentang cara hidup bersih dan sehat, termasuk pemeliharaan kesehatan gigi perlu ditanamkan sejak dini. Orang tua serta guru dapat menjadi contoh bagi anak. Untuk itu pengetahuan orang tua dan guru mengenai kesehatan gigi dan mulut anak perlu ditingkatkan antara lain tentang pertumbuhan gigi anak serta kelainan gigi dan mulut yang sering terjadi pada anak. Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat melalui program penyuluhan dan pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut anak usia dini, kemudian menyusun sejumlah pertanyaan yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut anak oleh Ibu dan guru, dan rangkaian pemeriksaan gigi dan mulut anak, yang akan menjadi dasar dari pembuatan desain kebijakan kesehatan gigi dan mulut berkesinambungan. Lembar Persetujuan ini adalah bukti kesediaan Ibu/Bapak untuk menjadi responden dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut, serta pemeriksaan kepada anak.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : _____

Orang Tua/ Wali/Guru dari : _____

telah memahami penjelasan mengenai pengambilan data berupa item-item pertanyaan dan pemeriksaan ini. Saya telah mengerti penjelasan tersebut, dan dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan saya menyatakan keikutsertaan saya. Jika membutuhkan informasi lebih lanjut saya akan menghubungi Achmad Aghasy dengan nomor kontak 082334273499.

Surabaya, Oktober 2018

Orang tua/ Wali/ Guru. _____

Tim Departemen IKGM FKG
Universitas Airlangga

() ()

Lampiran 2 Kuisisioner Penelitian

KUESIONER BAGIAN I

Keterangan:

Pada kumpulan pertanyaan di bagian ini, anda di persilahkan menjawab sesuai dengan data pribadi anda pada nomer dengan pilihan jawaban, anda dapat memilih dengan mencontreng (\surd). Pada nomer dengan keterangan boleh memilih lebih dari satu pilihan, maka anda dapat memilih jawaban lebih dari satu pilihan.

DATA PRIBADI ANAK

1. Nama Anak :
2. Tempat/Tanggal Lahir Anak :
3. Jenis Kelamin Anak :
4. Tinggi Anak :
5. Berat Anak :
6. Anak ke : dari:
7. Tingkat Pendidikan Anak : Belum Bersekolah/TPA
(*Tingkat Pendidikan Terakhir*) TK/PG
 SD/MI
8. Jenis Pendidikan Anak : Reguler
(*Jenis Pendidikan Terakhir*) Full-day School
 Boarding School
9. Apakah anak anda memiliki : Ya, sebutkan
pengasuh selain anda? Tidak

DATA PRIBADI ANDA

1. Nama Anda :
2. Tempat/Tanggal Lahir Anda :
3. Agama Anda : Islam
 Kristen
 Katolik
 Hindu
 Budha
 Lainnya:
4. Alamat Rumah Anda :
(*Jalan, kecamatan, Kelurahan, dan RT/RW*)
5. Dimanakah anda tinggal? : Rumah Pribadi
 Mengontrak/Sewa
 Tinggal Bersama Orang Tua
 Lainnya:
6. Darimanakah anda berasal? : Surabaya
 Luar Surabaya, yaitu:
7. No Telepon/Handphone/WA Anda:
8. Alamat Email Anda :
9. Status Pernikahan Anda : Menikah
 Janda

10. Status Entis Suami Anda : Jawa
 (*Ayah dari Anak*) Madura
 Arab
 Cina
 Lainnya/Campuran
11. Status Etnis Ibu Anda : Jawa
 (*Nenek dari Anak*) Madura
 Arab
 Cina
 Lainnya/Campuran
12. Status Etnis Ayah Anda : Jawa
 (*Kakek dari Anak*) Madura
 Arab
 Cina
 Lainnya/Campuran
13. Status Pendidikan Anda : Tidak Bersekolah
 PAUD/TK
 SD/MI
 SMP/MTs
 SMA/SMK/Ma
 Diploma I/II/III
 Diploma IV/S1
 S2/S3/Ph.D
14. Pekerjaan Anda : Ibu Rumah Tangga
 Pedagang/Wirausaha
 Pegawai Swasta
 PNS Non-Kesehatan
 PNS Kesehatan
15. Jam berapakah anda bekerja? : Mulai :
 (*Jam anda mulai dan selesai bekerja*) Selesai:
16. Alamat Kantor Anda :
 (*Jalan, Kecamatan, Kelurahan, dan RT/RW*)
17. Pendapatan Keluarga: < Rp. 1.500.000
 > Rp. 1.500.000 - <Rp. 2.500.000
 > Rp. 2.500.000 - <Rp. 3.500.000
 > Rp. 3.500.000
18. Apakah anda memiliki Asuransi : Ya, yaitu:
 Tidak

KUESIONER BAGIAN II

Keterangan:

Pada kumpulan pertanyaan di bagian ini, anda dipersilahkan menjawab sesuai denham data pribadi anda. Pada nomer dengan pilihan jawaban, anda memilih dengan mencontreng. Pada nomer dengan keterangan boleh memilih lebih dari satu pilihan, maka anda dapat memilih jawaban lebih dari satu pilihan.

1. Apakah anda pernah mengalami sakit gigi atau bagian dari rongga mulut yang lain?
 Ya, pernah Tidak pernah
2. Apakah sakit anak anda tersebut?
(boleh pilih lebih dari satu pilihan)
 gigi berlubang
 gigi sisa akar
 gigi berlubang, terasa sakit dan bengkak
 gigi sisa akar, terasa sakit dan bengkak (
 gigi patah / lepas karena terjatuh
 gusi berdarah
 sariawan
 lainnya
3. Kapan terakhir kali anak anda mengalami sakit gigi atau bagian dari rongga mulut yang lain tersebut?
 <1 bulan yang lalu >1 bulan yang lalu
4. Apakah anak anda pernah mendapatkan perawatan kesehatan gigi dan mulut?
 ya, Sebutkan: Tidak pernah
5. Kapan terakhir kali anda membawa anak anda untuk mendapatkan perawatan gigi?
 > 1 tahun yang lalu
 6 bulan – 1 tahun yang lalu
 < 6 bulan yang lalu
6. Jika anak anda pernah mendapatkan perawatan kesehatan gigi dan mulut, perawatan apa yang didapatkan anak anda pada saat itu?
 tambal gigi
 cabut gigi
 pemeriksaan karang gigi
 merapihkan gigi
 pemeriksaan gigi rutin
 lainnya, sebutkan
7. Jika anak anda pernah mendapatkan perawatan kesehatan gigi dan mulut, kemanakah anda membawa anak anda saat itu untuk mendapatkan perawatan gigi?
(boleh memilih lebih dari satu pilihan)
 dokter gigi umum
 dokter gigi
 puskesmas

- rumah sakit
 - dokter gigi spesialis anak
8. Apa alasan anda memilih layanan kesehatan gigi tersebut?
(boleh memilih lebih dari satu)
- karena merupakan dokter keluarga
 - karena biayanya murah
 - karena dekat dengan rumah
 - karena bisa menggunakan asuransi kesehatan
 - karena pelayanannya bagus
 - karena suasananya nyaman
 - lainnya, sebutkan:
9. Bila anak anda membutuhkan perawatan gigi dan mulut, apakah layanan kesehatan gigi dan mulut yang menjadi prioritas pilihan anda?
- dokter gigi umum
 - dokter gigi
 - puskesmas (
 - rumah sakit
 - dokter gigi spesialis anak
10. Siapa tenaga kesehatan yang menjadi langganan atau rujukan anda dan keluarga untuk merawat kesehatan gigi dan mulut?
(sebutkan nama serta alamat tenaga kesehatan tersebut)
- Nama:
- Alamat:
11. Bila saya membutuhkan layanan kesehatan (dokter/dokter gigi/lainnya), maka saya akan lebih memilih untuk datang pada waktu:
- pagi hari (07.00-11.00) (
 - siang hari (11.00-15.00) (
 - sore hari (15.00-18.00)
 - malam hari (diatas jam 18.00)
12. Bila saya membutuhkan layanan kesehatan (dokter/dokter gigi/lainnya), maka saya akan lebih memilih untuk datang pada:
- hari kerja (senin sampai jumat)
 - hari libur (sabtu/minggu)
13. Apakah layanan transportasi pilihan anda dari rumah ke pelayanan kesehatan gigi?
(berikan peringkat sesuai urutan prioritas anda (1-4))
- motor
 - mobil (
 - sepeda
 - kendaraan umum (Angkot/Bis kota)
 - lainnya:
14. Menurut anda, apakah akses untuk mencapai tempat layanan kesehatan gigi bagi anda sudah cukup mudah?
- ya, layanan kesehatan gigi mudah di akses
 - tidak, layanan kesehatan gigi sulit diakses
15. Jika anda merasa kesulitan untuk mencapai layanan kesehatan, apa yang menjadi prioritas alasan anda?
- biaya yang mahal

- jarak menuju tempat pelayanan kesehatan
 - sarana transportasi yang tidak memadahi
 - tidak ada dukungan dari keluarga atau orang terdekat
16. Dalam keluarga anda, siapakah yang lebih sering mengambil keputusan yang berhubungan dengan anak anda?
- saya sendiri
 - suami saya
 - saya dan suami saya
 - lainnya, sebutkan...
17. Apa alasan anda tidak pernah membawa anak anda ke dokter gigi?
- gigi anak saya sehat
 - biaya dokter gigi mahal
 - lokasi dokter gigi jauh dari rumah saya
 - anak saya takut ke dokter gigi
 - lainnya, sebutkan....

Lampiran 3 Data Distribusi Karakteristik

DATA DISTRIBUSI KARAKTERISTIK

Kategori Umur Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	241	81,7	81,7	81,7
	2,00	54	18,3	18,3	100,0
	Total	295	100,0	100,0	

Tingkat Pendidikan Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	292	99,0	99,0	99,0
	1,00	3	1,0	1,0	100,0
	Total	295	100,0	100,0	

Kategori Asal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	83	28,1	28,1	28,1
	2,00	212	71,9	71,9	100,0
	Total	295	100,0	100,0	

Tempat Tinggal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	110	37,3	37,3	37,3
	1,00	185	62,7	62,7	100,0
	Total	295	100,0	100,0	

Pekerjaan Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	111	37,6	37,6	37,6
	1,00	184	62,4	62,4	100,0
	Total	295	100,0	100,0	

Pendapatan Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	69	23,4	23,4	23,4
	1,00	226	76,6	76,6	100,0
	Total	295	100,0	100,0	

Kepemilikan Asuransi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	203	68,8	68,8	68,8
	2,00	92	31,2	31,2	100,0
	Total	295	100,0	100,0	

Penentu Keputusan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	96	32,5	32,5	32,5
	2,00	22	7,5	7,5	40,0
	3,00	173	58,6	58,6	98,6
	4,00	4	1,4	1,4	100,0
	Total	295	100,0	100,0	

Waktu Terakhir Sakit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	42	14,2	14,2	14,2
	1,00	54	18,3	18,3	32,5
	2,00	199	67,5	67,5	100,0
	Total	295	100,0	100,0	

Riwayat Perawatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	103	34,9	34,9	34,9
	2,00	192	65,1	65,1	100,0
	Total	295	100,0	100,0	

Waktu Perawatan Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	109	36,9	36,9	36,9
	1,00	64	21,7	21,7	58,6
	2,00	34	11,5	11,5	70,2
	3,00	88	29,8	29,8	100,0
	Total	295	100,0	100,0	

Alasan Merawat karena Dokter Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	290	98,3	98,3	98,3
	2,00	5	1,7	1,7	100,0
	Total	295	100,0	100,0	

Alasan Merawat karena Murah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	186	63,1	63,1	63,1
	2,00	109	36,9	36,9	100,0
	Total	295	100,0	100,0	

Alasan Merawat karena Dekat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	207	70,2	70,2	70,2
	2,00	88	29,8	29,8	100,0
Total		295	100,0	100,0	

Alasan Merawat karena Fasilitas Bagus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	245	83,1	83,1	83,1
	2,00	50	16,9	16,9	100,0
Total		295	100,0	100,0	

Alasan Merawat karena Fasilitas Nyaman

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	281	95,3	95,3	95,3
	2,00	14	4,7	4,7	100,0
Total		295	100,0	100,0	

Lampiran 4 Uji Chi Square Test

UJI CHI SQUARE TEST

KATEGORI UMUR IBU * RIWAYAT PERAWATAN

Crosstab

				Riwayat Perawatan		Total
				1,00	2,00	
Kategori Umur Ibu	1,00	Count		85	156	241
		% within Kategori Umur Ibu		35,3%	64,7%	100,0%
	2,00	Count		18	36	54
		% within Kategori Umur Ibu		33,3%	66,7%	100,0%
Total		Count		103	192	295
		% within Kategori Umur Ibu		34,9%	65,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,073 ^a	1	,787		
Continuity Correction ^b	,013	1	,911		
Likelihood Ratio	,073	1	,787		
Fisher's Exact Test				,875	,460
Linear-by-Linear Association	,073	1	,788		
N of Valid Cases	295				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18,85.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,016	,787
N of Valid Cases		295	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori Umur Ibu (1,00 / 2,00)	1,090	,584	2,035
For cohort Riwayat Perawatan = 1,00	1,058	,699	1,601
For cohort Riwayat Perawatan = 2,00	,971	,787	1,198
N of Valid Cases		295	

PENDIDIKAN TERAKHIR IBU * RIWAYAT PERAWATAN**Crosstab**

		Riwayat Perawatan		Total	
		1,00	2,00		
Tingkat Pendidikan Ibu	1,00	Count	2	1	3
		% within Tingkat Pendidikan Ibu	66,7%	33,3%	100,0%
	2,00	Count	101	191	292
		% within Tingkat Pendidikan Ibu	34,6%	65,4%	100,0%
Total	Count	103	192	295	
	% within Tingkat Pendidikan Ibu	34,9%	65,1%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	1,345 ^a	1	,024		
Continuity Correction ^b	,303	1	,050		
Likelihood Ratio	1,263	1	,026		
Fisher's Exact Test				,028	,280
Linear-by-Linear Association	1,340	1	,024		
N of Valid Cases	295				

a. 0 cells (00,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,05.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

	Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,067	,246
N of Valid Cases	295	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tingkat Pendidikan Ibu (1,00 / 2,00)	3,782	,339	42,218
For cohort Riwayat Perawatan = 1,00	1,927	,853	4,357
For cohort Riwayat Perawatan = 2,00	,510	,103	2,530
N of Valid Cases	295		

ASAL IBU * RIWAYAT PERAWATAN**Crosstab**

			Riwayat Perawatan		Total
			1,00	2,00	
Kategori Asal	1,00	Count	36	47	83
		% within Kategori Asal	43,4%	56,6%	100,0%
	2,00	Count	67	145	212
		% within Kategori Asal	31,6%	68,4%	100,0%
Total		Count	103	192	295
		% within Kategori Asal	34,9%	65,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	3,636 ^a	1	,057		
Continuity Correction ^b	3,137	1	,077		
Likelihood Ratio	3,572	1	,059		
Fisher's Exact Test				,059	,039
Linear-by-Linear Association	3,624	1	,057		
N of Valid Cases	295				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 28,98.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,110	,057
N of Valid Cases		295	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori Asal (1,00 / 2,00)	1,658	,984	2,793
For cohort Riwayat Perawatan = 1,00	1,372	1,001	1,882
For cohort Riwayat Perawatan = 2,00	,828	,672	1,021
N of Valid Cases		295	

TEMPAT TINGGAL * RIWAYAT PERAWATAN**Crosstab**

			Riwayat Perawatan		Total
			1,00	2,00	
Tempat Tinggal	1,00	Count	66	119	185
		% within Tempat Tinggal	35,7%	64,3%	100,0%
	2,00	Count	37	73	110
		% within Tempat Tinggal	33,6%	66,4%	100,0%
Total		Count	103	192	295
		% within Tempat Tinggal	34,9%	65,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,126 ^a	1	,722		
Continuity Correction ^b	,052	1	,819		
Likelihood Ratio	,127	1	,722		
Fisher's Exact Test				,801	,411
Linear-by-Linear Association	,126	1	,723		
N of Valid Cases	295				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 38,41.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

	Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,021	,722
N of Valid Cases	295	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tempat Tinggal (1,00 / 2,00)	1,094	,666	1,799
For cohort Riwayat Perawatan = 1,00	1,061	,765	1,470
For cohort Riwayat Perawatan = 2,00	,969	,817	1,150
N of Valid Cases	295		

PEKERJAAN IBU * RIWAYAT PERAWATAN**Crosstab**

		Riwayat Perawatan		Total	
		1,00	2,00		
Pekerjaan Ibu	1,00	Count	61	123	184
		% within Pekerjaan Ibu	33,2%	66,8%	100,0%
	2,00	Count	42	69	111
		% within Pekerjaan Ibu	37,8%	62,2%	100,0%
Total	Count	103	192	295	
	% within Pekerjaan Ibu	34,9%	65,1%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,669 ^a	1	,413		
Continuity Correction ^b	,479	1	,489		
Likelihood Ratio	,666	1	,414		
Fisher's Exact Test				,450	,244
Linear-by-Linear Association	,667	1	,414		
N of Valid Cases	295				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 38,76.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,048	,413
N of Valid Cases		295	

Risk Estimate

Value	95% Confidence Interval

		Lower	Upper
Odds Ratio for Pekerjaan Ibu (1,00 / 2,00)	,815	,499	1,332
For cohort Riwayat Perawatan = 1,00	,876	,640	1,200
For cohort Riwayat Perawatan = 2,00	1,075	,901	1,284
N of Valid Cases	295		

PENDAPATAN KELUARGA * RIWAYAT PERAWATAN

Crosstab

		Riwayat Perawatan		Total	
		1,00	2,00		
Pendapatan Keluarga	1,00	Count	71	155	226
		% within Pendapatan Keluarga	31,4%	68,6%	100,0%
	2,00	Count	32	37	69
		% within Pendapatan Keluarga	46,4%	53,6%	100,0%
Total	Count	103	192	295	
	% within Pendapatan Keluarga	34,9%	65,1%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	5,207 ^a	1	,023		
Continuity Correction ^b	4,569	1	,033		
Likelihood Ratio	5,072	1	,024		
Fisher's Exact Test				,030	,017
Linear-by-Linear Association	5,189	1	,023		
N of Valid Cases	295				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,09.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,132	,023
N of Valid Cases		295	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendapatan Keluarga (1,00 / 2,00)	,530	,306	,918
For cohort Riwayat Perawatan = 1,00	,677	,493	,932
For cohort Riwayat Perawatan = 2,00	1,279	1,010	1,620
N of Valid Cases		295	

KEPEMILIKAN ASURANSI * RIWAYAT PERAWATAN**Crosstab**

			Riwayat Perawatan		Total
			1,00	2,00	
Kepemilikan Asuransi	1,00	Count	70	133	203
		% within Kepemilikan Asuransi	34,5%	65,5%	100,0%
	2,00	Count	33	59	92
		% within Kepemilikan Asuransi	35,9%	64,1%	100,0%
Total	Count		103	192	295
	% within Kepemilikan Asuransi		34,9%	65,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,054 ^a	1	,817		
Continuity Correction ^b	,010	1	,921		
Likelihood Ratio	,053	1	,817		
Fisher's Exact Test				,895	,458
Linear-by-Linear Association	,053	1	,817		
N of Valid Cases	295				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 32,12.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

	Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,013	,817
N of Valid Cases	295	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kepemilikan Asuransi (1,00 / 2,00)	,941	,562	1,575
For cohort Riwayat Perawatan = 1,00	,961	,689	1,341
For cohort Riwayat Perawatan = 2,00	1,022	,851	1,226
N of Valid Cases	295		

PENENTU KEPUTUSAN * RIWAYAT PERAWATAN**Crosstab**

			Riwayat Perawatan		Total
			1,00	2,00	
Penentu Keputusan	1,00	Count	29	67	96
		% within Penentu Keputusan	30,2%	69,8%	100,0%
	2,00	Count	7	15	22
		% within Penentu Keputusan	31,8%	68,2%	100,0%
	3,00	Count	65	108	173
		% within Penentu Keputusan	37,6%	62,4%	100,0%
	4,00	Count	2	2	4
		% within Penentu Keputusan	50,0%	50,0%	100,0%
Total		Count	103	192	295
		% within Penentu Keputusan	34,9%	65,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	1,967 ^a	3	,579
Likelihood Ratio	1,965	3	,580
Linear-by-Linear Association	1,794	1	,180
N of Valid Cases	295		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,40.

Symmetric Measures

	Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,081	,579
N of Valid Cases	295	

Risk Estimate

Value
Odds Ratio for Penentu Keputusan (1,00 / 2,00) ^a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

KEMUDAHAN AKSES * RIWAYAT PERAWATAN**Crosstab**

			Riwayat Perawatan		Total
			1,00	2,00	
Kemudahan Akses	1,00	Count	29	13	42
		% within Kemudahan Akses	69,0%	31,0%	100,0%
	2,00	Count	74	179	253
		% within Kemudahan Akses	29,2%	70,8%	100,0%
Total		Count	103	192	295
		% within Kemudahan Akses	34,9%	65,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	25,107 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	23,386	1	,000		
Likelihood Ratio	23,901	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	25,022	1	,000		
N of Valid Cases	295				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,66.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,280	,000
N of Valid Cases		295	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kemudahan Akses (1,00 / 2,00)	5,396	2,658	10,954
For cohort Riwayat Perawatan = 1,00	2,361	1,786	3,120
For cohort Riwayat Perawatan = 2,00	,437	,277	,692
N of Valid Cases		295	

Alasan Merawat karena Murah * Riwayat Perawatan**Crosstab**

	Riwayat Perawatan	Total
--	-------------------	-------

			1,00	2,00	
Alasan Merawat karena Murah	1,00	Count	86	100	186
		% within Alasan Merawat karena Murah	46,2%	53,8%	100,0%
	2,00	Count	17	92	109
		% within Alasan Merawat karena Murah	15,6%	84,4%	100,0%
Total	Count		103	192	295
	% within Alasan Merawat karena Murah		34,9%	65,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	28,393 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	27,060	1	,000		
Likelihood Ratio	30,512	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	28,296	1	,000		
N of Valid Cases	295				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 38,06.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,296	,000
N of Valid Cases		295	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Alasan Merawat karena Murah (1,00 / 2,00)	4,654	2,574	8,415
For cohort Riwayat Perawatan = 1,00	2,965	1,865	4,712
For cohort Riwayat Perawatan = 2,00	,637	,545	,744
N of Valid Cases	295		

Alasan Merawat karena Dekat * Riwayat Perawatan**Crosstab**

		Riwayat Perawatan		Total
		1,00	2,00	

Alasan Merawat karena Dekat	1,00	Count	92	115	207
		% within Alasan Merawat karena Dekat	44,4%	55,6%	100,0%
	2,00	Count	11	77	88
		% within Alasan Merawat karena Dekat	12,5%	87,5%	100,0%
Total		Count	103	192	295
		% within Alasan Merawat karena Dekat	34,9%	65,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	27,729 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	26,341	1	,000		
Likelihood Ratio	30,969	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	27,635	1	,000		
N of Valid Cases	295				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 30,73.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,293	,000
N of Valid Cases		295	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Alasan Merawat karena Dekat (1,00 / 2,00)	5,600	2,813	11,150
For cohort Riwayat Perawatan = 1,00	3,556	2,004	6,308
For cohort Riwayat Perawatan = 2,00	,635	,549	,734
N of Valid Cases		295	

Alasan Merawat karena Fasilitas Bagus * Riwayat Perawatan

Crosstab

			Riwayat Perawatan		Total
			1,00	2,00	
Alasan Merawat karena	1,00	Count	89	156	245

Fasilitas Bagus	% within Alasan Merawat karena Fasilitas Bagus		36,3%	63,7%	100,0%
	2,00	Count	14	36	50
	% within Alasan Merawat karena Fasilitas Bagus		28,0%	72,0%	100,0%
Total	Count		103	192	295
	% within Alasan Merawat karena Fasilitas Bagus		34,9%	65,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,267 ^a	1	,026		
Continuity Correction ^b	,927	1	,033		
Likelihood Ratio	1,304	1	,025		
Fisher's Exact Test				,329	,168
Linear-by-Linear Association	1,263	1	,026		
N of Valid Cases	295				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,46.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,065	,260
N of Valid Cases		295	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Alasan Merawat karena Fasilitas Bagus (1,00 / 2,00)	1,467	,751	2,867
For cohort Riwayat Perawatan = 1,00	1,297	,807	2,085
For cohort Riwayat Perawatan = 2,00	,884	,726	1,077

Alasan Merawat karena Fasilitas Nyaman * Riwayat Perawatan

Crosstab

			Riwayat Perawatan		Total
			1,00	2,00	
Alasan Merawat karena	1,00	Count	99	182	281

Fasilitas Nyaman	% within Alasan Merawat karena Fasilitas Nyaman	35,2%	64,8%	100,0%
	Count	4	10	14
	% within Alasan Merawat karena Fasilitas Nyaman	28,6%	71,4%	100,0%
Total	Count	103	192	295
	% within Alasan Merawat karena Fasilitas Nyaman	34,9%	65,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,260 ^a	1	,061		
Continuity Correction ^b	,050	1	,082		
Likelihood Ratio	,268	1	,061		
Fisher's Exact Test				,077	,422 ^{fas}
Linear-by-Linear Association	,259	1	,611		
N of Valid Cases	295				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,89.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,030	,610
N of Valid Cases		295	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Alasan Merawat karena Fasilitas Nyaman (1,00 / 2,00)	1,360	,416	4,448
For cohort Riwayat Perawatan = 1,00	1,233	,531	2,866
For cohort Riwayat Perawatan = 2,00	,907	,644	1,277
N of Valid Cases		295	

Lampiran 5 Foto Kegiatan Penelitian







**HUBUNGAN PERILAKU MENJAGA KESEHATAN
RONGGA MULUT DAN SEKSUAL DENGAN STATUS
PERIODONTAL PADA POPULASI RENTAN
HIV/AIDS DI KOTA SURABAYA**

SKRIPSI



Oleh :

NANISSA DYAH ANGGRAINI
NIM: 021511133098

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

**HUBUNGAN PERILAKU MENJAGA KESEHATAN
RONGGA MULUT DAN SEKSUAL DENGAN STATUS
PERIODONTAL PADA POPULASI RENTAN
HIV/AIDS DI KOTA SURABAYA**

SKRIPSI



Oleh :

NANISSA DYAH ANGGRAINI
NIM: 021511133098

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

LEMBAR PENGESAHAN

**HUBUNGAN PERILAKU MENJAGA KESEHATAN
RONGGA MULUT DAN SEKSUAL DENGAN STATUS
PERIODONTAL PADA POPULASI RENTAN HIV/AIDS
DI KOTA SURABAYA**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Sarjana Kedokteran Gigi Di Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Airlangga Surabaya**

Oleh:

NANISSA DYAH ANGGRAINI

NIM: 021511133098

Menyetujui

Pembimbing Utama



(Dr. Agung Sosiawan, drg., M. Kes)

NIP :197112112008121003

Pembimbing Serta



(Dr. Retno Palupi, drg., M. Kes)

NIP :197410262005012002

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

SURABAYA

2018

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal 7 Desember 2018

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Gilang R. Sabdho Wening, drg., M. Kes (Ketua Penguji)**
- 2. Dr. Agung Sosiawan, drg., M. Kes (Pembimbing Utama/
Anggota Penguji)**
- 3. Dr. Retno Palupi, drg., M.Kes (Pembimbing Serta/Anggota
Penguji)**
- 4. Dr. Titiek Berniyanti, drg., M. Kes (Anggota Penguji)**
- 5. Dr. Taufan Bramantoro, drg., M. Kes (Anggota Penguji)**

LEMBAR PENGESAHAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nanissa Dyah Anggraini

NIM : 021511133098

Program Studi : Pendidikan Dokter Gigi

Fakultas : Kedokteran Gigi

Jenjang : Sarjana (S1)

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

HUBUNGAN PERILAKU MENJAGA KESEHATAN RONGGA MULUT DAN SEKSUAL DENGAN STATUS PERIODONTAL PADA POPULASI RENTAN HIV/AIDS DI KOTA SURABAYA

Apabila suatu saat nanti terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.



Surabaya, 15 Januari 2019

Nanissa Dyah Anggraini

NIM. 021511133098

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunianya, sehingga skripsi yang berjudul “Analisis Perilaku Seksual pada Komunitas yang Berisiko Terinfeksi *Human Papillomavirus* di Rongga Mulut” ini dapat diselesaikan. Perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar - besarnya kepada :

- 1) Dr. R. Darmawan Setijanto, drg., M.Kes selaku dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga yang telah memberi kesempatan untuk menempuh pendidikan di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga.
- 2) Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes selaku wakil dekan 2 FKG UNAIR dan dosen Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat dan dosen pembimbing utama yang telah memberikan izin dalam pembuatan skripsi serta bimbingan, masukan, dan arahan, serta meluangkan waktu selama penyusunan skripsi.
- 3) Dr. Retno Palupi, drg., M.kes selaku dosen pembimbing serta yang selalu memberikan masukan, evaluasi, koreksi, dan meluangkan waktu selama penyusunan skripsi.
- 4) Dr. Titiek Berniyanti, drg., M. Kes, Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes, Gilang Rasuna Sabdho Wening, drg., M. Kes selaku dosen penguji yang memberikan tanggapan, saran, dan masukan yang membangun demi mencapai hasil skripsi yang baik.
- 5) Bapak (Budi Utomo), Ibu (Erna Mindarti), kakak-kakak saya (Muhammad Diwya Lakhsmana dan Muhammad Anyakra Kusuma) atas doa, kasih sayang serta dukungan baik moral maupun material selama penyusunan skripsi ini.

- 6) Seluruh dosen dan staf Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga.
- 7) Puskesmas Mulyorejo, Puskesmas Perak Timur, dan Puskesmas Kedungdoro yang turut membantu selama proses penelitian, analisis data, dan administrasi skripsi.
- 8) Agung, Jeje, Alifia, Nova, Dea, Dwita, Farah, Ratih, Dira, Indah, Yoshua, Nabil, Tita, Sani, Hayyin, Cyntia, Defie dan teman – teman lain sebagai sahabat terbaik yang senantiasa memberikan motivasi, semangat, dan masukan yang membangun.
- 9) Seluruh teman-teman seperjuangan angkatan 2015 dan skripsi Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat 2018.
- 10) Pihak-pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu per satu terkait dalam pembuatan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih membutuhkan penyempurnaan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang memerlukan

Surabaya, 30 November 2018

Penulis

THE CORRELATION BETWEEN MOUTH HEALTH HYGIENE, SEXUAL BEHAVIOR, AND PERIODONTAL STATUS IN HIV / AIDS POPULATION IN SURABAYA CITY

ABSTRACT

Background: Human Immunodeficiency Virus or HIV is a type of virus that infects white blood cells which results in the decline of the human immune system. As a result of the decline in the immune system, a person affected by HIV / AIDS is easily exposed to various infectious diseases (opportunistic infections) which often have fatal consequences, especially on the health of the oral cavity and human periodontal tissue. and periodontal status in vulnerable populations of HIV / AIDS in the city of Surabaya. ***Method:*** This study was an observational cross sectional analytic conducted in several health centers in the city of Surabaya with 67 samples included in individuals who had engaged in sexual intercourse. Data collection obtained from the questionnaire was then tested using a correlation test. ***Results:*** The distribution of health behaviors maintains dental health and patient status is highest in late adolescents (25-35), the average respondent who works as a private sector and the income of respondents is around 1-2 million rupiah. Male respondents have high debris index scores, high calculus indexes, and OHIs than women. ***Conclusions:*** There is a relationship between knowledge, action, and behavior of maintaining oral health with the oral Hygiene Index (OHI-S) in vulnerable populations of HIV / AIDS. There was correlation between periodontal Bleed On Probing (BOP) status, and pocket) with the behavior of maintaining oral health. There is a relationship between periodontal status (BOP bleed on probing, and pocket) and knowledge of dental and oral health. There was correlation between periodontal status and sexual behavior.

Keywords : Oral Cavity Health Behavior, Sexual Behavior, Oral Hygiene, Periodontal Status

**HUBUNGAN PERILAKU MENJAGA KESEHATAN RONGGA MULUT,
PERILAKU SEKSUAL, DAN STATUS PERIODONTAL PADA POPULASI
RENTAN HIV/AIDS DI KOTA SURABAYA**

ABSTRAK

Latar Belakang: *Human Immunodeficiency Virus* atau HIV merupakan sejenis virus yang menginfeksi sel darah putih yang mengakibatkan turunnya sistem kekebalan tubuh manusia. Akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh maka seseorang yang terkena HIV/AIDS mudah sekali terkena berbagai penyakit infeksi (infeksi oportunistik) yang sering berakibat fatal terutama pada kesehatan rongga mulut dan jaringan periodontal manusia. perilaku seksual yang **Tujuan:** menganalisis hubungan perilaku kesehatan rongga mulut, perilaku seksual, dan status periodontal pada populasi rentan HIV/AIDS di kota Surabaya. **Metode:** Penelitian ini merupakan analitik observasional cross sectional yang dilakukan di beberapa puskesmas di kota Surabaya dengan 67 sampel yang termasuk ke dalam individu yang pernah melakukan hubungan seksual dengan sejenis. Pengumpulan data didapatkan dari kuesioner kemudian diuji menggunakan uji korelasi. **Hasil:** Distribusi perilaku kesehatan menjaga kesehatan gigi dan mulut pasien tertinggi pada usia remaja akhir (25-35), rata-rata responden yang bekerja sebagai swasta dan pendapatan responden yang sekitar 1-2 juta rupiah. Responden berjenis kelamin laki-laki memiliki nilai rata-rata *debris index*, *calculus index*, dan *OHI-s* tinggi daripada perempuan **Kesimpulan:** Terdapat hubungan antara pengetahuan, sikap, tindakan, dan perilaku menjaga kesehatan gigi dan mulut dengan oral Hygiene Index (OHI-S) pada populasi rentan HIV/AIDS. Terdapat hubungan antara status periodontal *Bleed On Probing* (BOP), pocket) dengan perilaku menjaga kesehatan gigi dan mulut. Ada hubungan antara status periodontal (*BOP bleed on probing, pocket*) dengan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut. Terdapat hubungan antara status periodontal dengan perilaku seksual.

Kata kunci: Perilaku Menjaga Kesehatan Rongga Mulut, Perilaku seksual, *Oral Hygiene*, Status Periodontal.

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
Lembar Pengesahan	iii
Penetapan Panitia Penguji Skripsi.....	iii
Lembar Pengesahan Orisinalitas	iv
Ucapan Terima Kasih.....	vi
<i>Abstract</i>	viii
Abstrak	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar.....	xv
Daftar Lampiran	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan umum	4
1.3.2 Tujuan khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Manfaat teoritis	4
1.4.2 Manfaat praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Human Immunodeficiency Virus (HIV)	6
2.1.1 Definisi HIV dan AIDS	6
2.1.2 Struktur HIV	7
2.1.3 Siklus hidup HIV	8
2.1.4 Epidemiologi HIV/AIDS.....	10
2.1.5 Transmisi HIV	11
2.1.6 Patogenesis infeksi HIV	12
2.1.7 Diagnosis HIV/AIDS	14
2.1.8 Faktor yang mempengaruhi HIV/AIDS	15
2.1.9 Pencegahan risiko HIV-AIDS	16
2.2 Infeksi Oportunistik pada Rongga Mulut.....	16
2.3 Perilaku Seksual	17
2.3.1 Definisi perilaku seksual	17
2.3.2 Aspek perilaku seksual.....	17
2.3.3 Bentuk perilaku seksual	18
2.3.4 Faktor yang mempengaruhi perilaku seksual.....	20
2.4 Jaringan Periodontal	21
2.5 Penyakit Periodontal	22
2.5.1 Gambaran klinis gingivitis	23
2.5.2 Gambaran klinis periodontitis	23

2.6	Indeks Periodontal.....	24
2.6.1	Metode pemeriksaan indeks periodontal.....	25
2.7	Kebersihan Gigi dan Mulut.....	28
2.7.1	Debris.....	29
2.7.2	Kalkulus.....	29
2.7.3	Plak.....	29
2.8	Indikator Kebersihan Gigi dan Mulut.....	30
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS.....		34
3.1	Kerangka Konseptual Penelitian.....	34
3.2	Uraian Kerangka Konseptual.....	35
3.3	Hipotesis Penelitian.....	36
BAB 4 METODE PENELITIAN.....		37
1.1	Jenis Penelitian.....	37
1.2	Lokasi Penelitian.....	37
1.3	Waktu Penelitian.....	37
1.4	Populasi dan Sampel Penelitian.....	38
1.4.1	Populasi penelitian.....	38
1.4.2	Sampel penelitian.....	38
1.4.3	Teknik pengambilan sampel.....	38
1.4.4	Besar Sampel.....	38
1.5	Variabel Penelitian.....	39
1.5.1	Variabel Terikat.....	39
1.5.2	Variabel Bebas.....	39
1.6	Definisi Operasional.....	39
1.7	Instrumen Penelitian.....	42
1.8	Alat dan bahan.....	43
1.9	Prosedur Penelitian.....	43
1.9.1	Kerangka prosedur penelitian.....	43
1.9.2	Penjelasan prosedur penelitian.....	43
1.10	Manajemen dan Analisis Data.....	44
1.11	Etika Penelitian.....	44
BAB 5 HASIL PENELITIAN.....		46
5.1	Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	46
5.2	Hasil Analisis Deskriptif.....	47
5.2.1	Karakteristik responden berdasarkan kelompok usia.....	47
5.2.2	Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin.....	48
5.2.3	Distribusi responden berdasarkan pekerjaan.....	48
5.2.4	Distribusi responden berdasarkan penghasilan.....	48
5.2.5	Distribusi responden berdasarkan suku.....	49
5.2.6	Distribusi responden berdasarkan status pernikahan.....	49
5.2.7	Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan.....	50
5.2.8	Distribusi <i>debris index</i> , <i>calculus index</i> , dan <i>OHI-s</i> berdasarkan kelompok usia.....	50

5.2.9	Distribusi <i>debris index</i> , <i>calculus index</i> , dan <i>OHI-s</i> menurut jenis kelamin..	51
5.2.10	Distribusi <i>debris index</i> , <i>calculus index</i> , dan <i>OHI-s</i> berdasar status pekerjaan	52
5.2.11	Distribusi <i>debris index</i> , <i>calculus index</i> , dan <i>OHI-s</i> menurut penghasilan	52
5.2.12	Distribusi nilai skor <i>debris index</i> , <i>calculus index</i> , dan <i>OHI-S</i> berdasar status pernikahan	53
5.2.13	Distribusi nilai skor <i>debris index</i> , <i>calculus index</i> , dan <i>OHI-S</i> berdasar status atau tingkat pendidikan	53
5.2.14	Distribusi nilai rata-rata BOP, total <i>pocket</i> , dan kehilangan perlekatan menurut kelompok usia	54
5.2.15	Distribusi nilai rata-rata BOP, <i>pocket</i> , dan kehilangan perlekatan menurut jenis kelamin	54
5.2.16	Rata-rata BOP, total <i>pocket</i> , dan kehilangan perlekatan menurut status pekerjaan	55
5.2.17	Distribusi nilai rata-rata BOP, <i>pocket</i> , dan kehilangan perlekatan menurut tingkat penghasilan.....	55
5.2.18	Distribusi nilai rata-rata BOP, <i>pocket</i> 4-5mm, <i>pocket</i> (>6mm), total <i>pocket</i> , dan kehilangan perlekatan menurut status pernikahan.....	56
5.2.19	Distribusi nilai rata-rata BOP, total <i>pocket</i> , dan kehilangan perlekatan menurut tingkat pendidikan.....	56
5.2.20	Distribusi perilaku seksual pada populasi rentan HIV/AIDS.....	56
5.3	Hasil Analisis Analitik	57
5.3.1	Hasil uji korelasi antara OHI-S dengan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut.....	57
5.3.2	Hasil uji korelasi antara OHI-S dengan sikap kesehatan gigi dan mulut ..	58
5.3.3	Hasil uji korelasi antara OHI-S dengan tindakan kesehatan gigi dan mulut.....	58
5.3.4	Hasil uji korelasi antara OHI-S dengan tindakan kesehatan gigi dan mulut.....	58
5.3.5	Hasil uji korelasi antara OHI-S dengan perilaku seksual.....	59
5.3.6	Hasil uji korelasi antara status periodontal dengan perilaku kesehatan gigi dan mulut.....	59
5.3.7	Hasil uji korelasi antara status periodontal dan pengetahuan seksual.....	60
5.3.8	Hasil uji korelasi antara status periodontal dengan sikap seksual.....	60
5.3.9	Hasil uji korelasi antara status periodontal dengan tindakan seksual	61
5.3.10	Hasil uji korelasi antara status periodontal dengan perilaku seksual	62
BAB 6 PEMBAHASAN		63
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN.....		70
7.1	Simpulan.....	70
7.2	Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA		71
LAMPIRAN		73

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Skor pendarahan pada gingiva	27
Tabel 2. 2 Skor <i>pocket</i> pada gingiva	27
Tabel 2. 3 Skor <i>loss of attachment</i>	27
Tabel 2. 4 Skor penilaian <i>debris index</i>	32
Tabel 2. 5 Kriteria penilaian <i>calculus index</i>	32
Tabel 4. 1 Definisi operasional variable penelitian.....	39
Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan usia.	47
Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin.....	48
Tabel 5.3 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan	48
Tabel 5.4 Distribusi responden berdasarkan penghasilan	49
Tabel 5.5 Distribusi responden berdasarkan suku.....	49
Tabel 5.6 Distribusi responden berdasarkan status pernikahan	50
Tabel 5.7 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan	50
Tabel 5.8 Rata-rata <i>debris index</i> , <i>calculus index</i> , dan OHI-s berdasarkan usia....	50
Tabel 5.9 Rata-rata <i>debris index</i> , <i>calculus index</i> , dan OHI-s menurut jenis kelamin.....	51
Tabel 5.10 Rata-rata <i>debris index</i> , <i>calculus index</i> , dan OHI-s menurut jenis kelamin.....	52
Tabel 5.11 Rata-rata nilai skor <i>debris index</i> , <i>calculus index</i> , dan OHI-S menurut penghasilan.....	52
Tabel 5.12 Distribusi nilai skor <i>debris index</i> , <i>calculus index</i> , dan OHI-S berdasar status pernikahan	53
Tabel 5.13 Distribusi nilai skor <i>debris index</i> , <i>calculus index</i> , dan OHI-S berdasar status pendidikan.....	53
Tabel 5.14 Distribusi nilai rata-rata BOP, total <i>pocket</i> , dan kehilangan perlekatan menurut kelompok usia	54
Tabel 5.15 Distribusi nilai rata-rata BOP, <i>pocket</i> , dan kehilangan perlekatan menurut jenis kelamin	54
Tabel 5.16 Rata-rata BOP, total <i>pocket</i> , dan kehilangan perlekatan menurut status pekerjaan	55
Tabel 5.17 Distribusi nilai rata-rata BOP, total <i>pocket</i> , dan kehilangan perlekatan menurut tingkat penghasilan	55
Tabel 5.18 Distribusi nilai rata-rata BOP, <i>pocket</i> 4-5mm, <i>pocket</i> (>6mm), total <i>pocket</i> , dan kehilangan perlekatan menurut status pernikahan.....	56
Tabel 5.19 Distribusi nilai rata-rata BOP, <i>pocket</i> , dan kehilangan perlekatan menurut tingkat pendidikan.....	56
Tabel 5.20 Hasil uji korelasi antara OHI-S dengan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut.....	57
Tabel 5.21 Uji korelasi antara OHI-S dengan sikap kesehatan gigi dan mulut	58
Tabel 5.22 Uji korelasi antara OHI-S dengan tindakan kesehatan gigi dan mulut	58
Tabel 5.23 Uji korelasi antara OHI-S dengan tindakan kesehatan gigi dan mulut	58
Tabel 5.24 Uji korelasi antara OHI-S dengan perilaku seksual	59
Tabel 5.25 Uji korelasi antara status periodontal dengan perilaku kesehatan gigi	59

Tabel 5.26 Hasil uji korelasi antara status periodontal dengan pengetahuan seksual	60
Tabel 5.27 Hasil uji korelasi antara status periodontal dengan sikap seksual	60
Tabel 5.28 Hasil uji korelasi antara status periodontal dengan tindakan seksual .	61
Tabel 5.29 Hasil uji korelasi antara status periodontal dengan perilaku seksual..	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Probe index periodontal WHO yang direkomendasikan untuk pemeriksaan klinis.....	25
Gambar 2. 2 Contoh untuk melihat skoring loss of attachment dengan probe CPI WHO (WHO, 2013).....	27
Gambar 4. 1 Disain penelitian <i>cross sectional study</i>	37
Gambar 4.2 Kerangka prosedur penelitian.....	43

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner.....	74
Lampiran 2. <i>Information for consent</i>	84
Lampiran 3. <i>Form Informed Consent</i>	87
Lampiran 4. Hasil Uji Statistik.....	88
Lampiran 5. Dokumentasi Penelitian.....	104
Lampiran 6. Lembar Lain Etik.....	106
Lampiran 7. Surat Izin Baskesbangpol.....	107
Lampiran 8. Surat Izin Dinas Kesehatan Kota Surabaya.....	108

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Human Immunodeficiency Virus atau HIV merupakan sejenis virus yang menginfeksi sel darah putih yang mengakibatkan turunnya sistem kekebalan tubuh manusia. Akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh maka seseorang yang terkena HIV/AIDS mudah sekali terkena berbagai penyakit infeksi (infeksi oportunistik) yang sering berakibat fatal. Penyebaran HIV terus meningkat dan menyebabkan lebih dari 14.000 infeksi baru setiap hari. Sekitar 35 juta penduduk dunia telah terkena penyakit HIV/AIDS, 3,2 juta diantaranya ialah anak-anak pada tahun 2013 (WHO, 2016).

Sejak kasus pertama kali pada tahun 1987 sampai dengan bulan September 2014, HIV dan AIDS di Indonesia tersebar di 381 (76%) dari 498 kabupaten atau kota diseluruh provinsi di Indonesia. Provinsi pertama kali ditemukan adanya kasus HIV dan AIDS adalah provinsi di Bali, sedangkan yang terakhir melaporkan adalah provinsi Sulawesi Barat pada tahun 2011. Jumlah pengidap AIDS tertinggi adalah pada ibu rumah tangga (6.539) diikuti wiraswasta (6.203). Tenaga non-profesional atau karyawan (5.638), petani/peternak/nelayan (2.324), buruh kasar (2.169), penjaja seks (2.052), pegawai negeri sipil (1.658), dan anak sekolah atau mahasiswa (1.295). Faktor risiko penularan terbanyak melalui heteroseksual (61,5%), diikuti penularan melalui perinatal (2,7%), dan homoseksual (2,4%). Angka kematian (CFR) menurun dari 3,79% pada tahun 2012 menjadi 0,46%

pada bulan September tahun 2014. Jumlah pengidap HIV dan AIDS di Indonesia semakin meluas setiap tahunnya (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2014).

Data riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan prevalensi nasional masalah kesehatan gigi dan mulut sebesar 25,9% dan sebanyak 14 provinsi mempunyai prevalensi masalah gigi dan mulut di atas angka nasional. *World Health Organization* (WHO) juga melaporkan bahwa penyakit gigi dan mulut seperti penyakit karies gigi, periodontal, kehilangan gigi secara dini, kanker mulut dan faring, serta penyakit dalam rongga mulut yang merupakan beban global di berbagai negara (WHO, 2016).

Kesehatan rongga mulut merupakan hal yang penting dalam menilai status kesehatan sistemik, tidak terkecuali pada pengidap HIV/AIDS. Status kebersihan Rongga Mulut seseorang sering menunjukkan tanda klinis awal dari penyakit sistemik termasuk infeksi HIV/AIDS. Kebersihan rongga mulut pada infeksi HIV digunakan untuk mengklasifikasikan dan menentukan stadium penyakit. Untuk menilai kebersihan gigi dan mulut digunakan *Oral Hygiene Index Simplified* (OHIS).

Pada pengidap HIV/AIDS kondisi *Oral Hygiene* yang baik diperlukan mengingat kondisi seseorang dengan pengidap HIV/AIDS mengalami penurunan kekebalan tubuh yang menyebabkan seseorang tersebut sangat mudah terserang infeksi oportunistik. Infeksi oportunistik yaitu infeksi oleh organisme yang biasanya tidak menyebabkan penyakit tetapi pada keadaan tertentu akan berubah menjadi patogenik. Dalam tubuh setiap orang terdapat banyak organisme seperti bakteri, parasit, jamur, dan virus. Infeksi HIV/AIDS juga dapat bermanifestasi pada rongga mulut berupa kandidiasis Oral (KO), *angular cheilitis* (AC), lesi

patognomonik HIV/AIDS seperti *oral hairy leukoplakia* (OHL), *linear gingival erythema* (LGE), *necrotizing ulcerative gingivitis* (NUG), *necrotizing ulcerative periodontitis* (NUP), sarkoma kaposi (SK), dan limfoma *nonHodgkin* (NHL) (Hedge *et al.*, 2012).

Perilaku seksual yang dilakukan oleh populasi rentan HIV/AIDS juga dapat berpengaruh pada status periodontalnya. Seseorang yang sering melakukan perilaku seksual dan selalu berganti-ganti pasangan akan mudah terinfeksi bakteri yang akan menginfeksi mukosa rongga mulut (Lala, 2012). Khususnya pada populasi rentan HIV/AIDS karena sistem imun mereka yang juga menurun, maka akan memudahkan bakteri penyebab penyakit periodontal lebih mudah menginfeksi dan memperparah kondisi periodontal pada populasi rentan HIV/AIDS (John, 2005).

Pengetahuan, kesadaran, dan perilaku individu pada populasi rentan HIV/AIDS terhadap pemeliharaan kesehatan gigi juga sangat berpengaruh di dalam status kebersihan rongga mulut individu tersebut. Pemeliharaan kesehatan gigi yang masih kurang dipengaruhi oleh berbagai faktor sosial demografi, antara lain lingkungan, tingkat pendidikan, ekonomi, tradisi, dan kehadiran sarana pelayanan kesehatan gigi. (Hedge *et al.*, 2012).

Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari hubungan antara perilaku kesehatan gigi dan perilaku seksual terhadap status periodontal pada populasi rentan HIV/AIDS di kota Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan antara perilaku menjaga kesehatan rongga mulut dan seksual dengan status periodontal pada populasi rentan HIV/AIDS di kota Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis hubungan perilaku kesehatan rongga mulut dan seksual dengan status periodontal pada populasi rentan HIV/AIDS di kota Surabaya.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi perilaku kesehatan gigi dan mulut pada populasi rentan HIV/AIDS.
2. Mengidentifikasi perilaku seksual pada populasi rentan HIV/AIDS.
3. Mengidentifikasi status periodontal pada populasi rentan HIV/AIDS.
4. Menganalisis hubungan antara perilaku kesehatan rongga mulut dan status periodontal pada populasi rentan HIV/AIDS.
5. Menganalisis hubungan antara perilaku seksual dan status periodontal pada populasi rentan HIV/AIDS.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Memberikan informasi tentang hubungan perilaku kesehatan rongga mulut, dan perilaku seksual terhadap status periodontal terhadap populasi rentan HIV/AIDS.

1.4.2 Manfaat praktis

Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai bahan promosi kesehatan dan petunjuk praktis bagi responden penelitian untuk selalu menjaga kebersihan rongga mulut dan perilaku kesehatan lainnya yang dapat mengurangi risiko infeksi bagi populasi rentan HIV/AIDS.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*

2.1.1 Definisi HIV dan AIDS

Human Immunodeficiency Virus termasuk golongan *Lentivirus* yaitu virus yang bekerja secara lambat, sebutan ini menunjukkan cara kerjanya yang masuk ke dalam tubuh dan menetap dalam waktu yang tidak terhingga. *Retrovirus* mempunyai kemampuan menggunakan RNA dan DNA pejamu untuk membentuk DNA virus dengan periode inkubasi sekitar 5 sampai 10 tahun, seperti *Retrovirus* lainnya HIV menginfeksi tubuh, dengan periode inkubasi yang lama (periode laten), dan kemudian mampu menyebabkan tanda dan gejala penyakit yang disebut AIDS. (Fanales *et al.*, 2010).

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) atau suatu kelainan kehilangan sistem kekebalan tubuh adalah sekumpulan gejala penyakit yang dapat menyerang tubuh manusia karena sistem imun yang telah dirusak oleh virus *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*. Pengidap AIDS mudah terkena berbagai jenis infeksi bakteri, jamur, parasite, dan virus tertentu yang bersifat oportunistik dikarenakan pengidap AIDS mengalami gangguan pada imunitas tubuhnya. Sebagian besar pengidap AIDS sering sekali menderita keganasan (Djuanda, 2011).

HIV ditransmisikan melalui cara seksual, dari pertukaran cairan tubuh (terutama melalui semen yang terinfeksi selama *intercourse*), seks oral yang tidak menggunakan pengaman, *fellatio* dan *unnilingus*; dan melalui cara non-seksual,

melalui darah atau produk darah (dari transfusi darah yang terinfeksi, inseminasi buatan, *skin graft*, dan transplan organ); atau dari ibu yang terinfeksi ke bayinya (selama kehamilan, kelahiran, dan melalui pemberian ASI); ada juga penularan melalui pekerjaan seperti pekerja laboratoris atau layanan kesehatan tetapi hal ini jarang terjadi. Cairan yang mengandung banyak virus dan paling sering menularkan HIV adalah melalui darah, semen, ASI, dan cairan vagina. (Kemenkes RI, 2010).

2.1.2 Struktur HIV

HIV adalah virus sitopatik yang diklasifikasikan dalam family *Retroviridae*, *ssubfamili Lentivirinae*, genus *Lentivirus* merupakan *Retrovirus* obligat interseluler dengan replikasi sepenuhnya di dalam sel pejamu. HIV berdesakan strukturnya termasuk virus RNA dengan berat molekul 9,7 kb (kilobase) dan memiliki diameter 80 sampai 100mm (Handojo, 2004; Nasronudin,2007).

Material genetik virus HIV berbentuk asam ribonukleat (RNA). Lapisan luarnya (*viral envelope*) terdiri dari dua lapis molekul lipid yang sama, dan berasal dari dinding sel manusia disekitarnya. Dua lapisan (*bilayer*) lipid ini mengandung protein, termasuk diantaranya yang berasal dari sel manusia, yaitu molekul MHC (*Mjor histocompatibility Complex*) kelas I dan II yang dalamk kondisi normal penting untuk meregulasi respon imun. *Envelope* dari virion *HIV* mempunyai banyak tonjolan (*spike*) yang menonjol ke medium luarnya. Masing-masing tonjolan terdiri dari sekitar empat molekul gp120 yang menonjol keluar, dengan jumlah yang sama dari glikoprotein transmembran gp41 merupakann tempat perlekatan dari gp120. Glikoprotein *envelope* memegang peranan yang sangat penting bila HIV terikat dan memasuki sel target, di bawah *envelope* terdapat satu

lapisan protein matriks yang disebut p (protein) 17, meliputi *core* atau kapsid (Handojo, 2004; Cruse & Lewis, 2004)

2.1.3 Siklus hidup HIV

Virus HIV menggunakan sel target yaitu limfosit-T CD4⁺ untuk memproduksi virus HIV yang baru (replikasi) secara terus-menerus, sehingga kemampuan hidup limfosit-T CD4⁺ menjadi lebih singkat. Tubuh manusia yang terinfeksi virus HIV setiap hari akan memproduksi 10 juta sampai 10 milyar virus baru. Virus HIV yang masuk ke dalam tubuh manusia dalam waktu 24 jam pertama akan diserang dan diselubungi oleh sel dendritik pada membrane mukosa dan kulit, kemudian akan menuju ke kelenjar limfe dan darah tepi untuk berkembang dengan cepat dalam waktu 5 hari. Respon imun tubuh manusia terhadap infeksi membutuhkan limfosit-T CD4⁺ yang bermigrasi ke kelenjar limfe yang kemudian akan mengalami aktivasi dan proliferasi melalui interaksi kompleks sitokin (Naronudin, 2007).

Siklus hidup HIV melalui 6 fase yaitu (Naronudin, 2007):

1) *Binding and Entry*

Virus HIV yang kontak dengan limfosit-T CD4⁺ akan melekat melalui ikatan (binding) antara gp120 dan gp41 dengan reseptor dan ko-reseptornya yang ada pada membran luar limfosit-T CD4⁺ selanjutnya akan mengalami penggabungan (fusi) dengan protein virus sehingga menyebabkan virus masuk ke dalam limfosit-T CD4⁺ yang difasilitasi oleh ko-reseptor kemokin CCR5 dan CXCR4. Protein membrane dan kapsul virus akan tertinggal diluar sel limfosit-T CD4⁺, sedangkan inti virus akan masuk dan berinteraksi dengan enzim yang

menstimulasi keluarnya RNA virus, enzim *reverse transcriptase*, *integrase* dan *protease virus*.

2) *Reverse Transcription*

RNA virus HIV dirubah menjadi DNA terlebih dahulu sebelum dapat bergabung dengan DNA limfosit-T CD4+ yang selanjutnya akan mengalami fase multiplikasi. Konversi dari RNA menjadi DNA dibantu oleh adanya enzim *reverse transcriptase* yang dikenal dengan istilah *reverse transcription*, sehingga akan menghasilkan *single-stranded* DNA baru kemudian menjadi *double-stranded DNA*.

3) *Integration*

DNA virus setelah menjadi *reverse transcription* akan masuk ke dalam inti limfosit-T CD4+ dibantu oleh enzim *integrase* dan siap untuk menghasilkan virus HIV baru. Peristiwa masuknya DNA virus kedalam limfosit-T CD4+ dikenal sebagai istilah *integration*.

4) *Replication*

DNA virus baru yang terbentuk dari fase *integration* akan memproduksi *messenger* DNA yang mensintesis protein untuk virus HIV, selanjutnya virus mengalami proses replikasi (memperbanyak diri) dan berlangsung setelah dilakukan integrasi genom virus ke dalam genom pejamu dengan memproduksi salinan (*template*) dengan bantuan RNA *polymerase* dari sel pejamu.

5) *Budding*

Protein RNA virus dan seluruh komponen yang diperlukan untuk membentuk virus serta membrane limfosit-T CD4+ siap menghasilkan virus baru. Virus baru ini akan membentuk suatu tonjolan (*budding*). Limfosit-T CD4+

selanjutnya akan menghasilkan sejumlah virus HIV baru beserta komponen yang diperlukan untuk menginfeksi limfosit-T CD4+ yang lainnya.

6) *Maturation*

Virus baru dan seluruh komponen yang diperlukan untuk menginfeksi sel limfosit-T CD4+ tidak dapat bekerja sebelum mengalami proses maturasi. Protein panjang virus HIV pada fase maturasi yang baru akan dipotong oleh enzim protease menjadi unit fungsional yang lebih kecil, sehingga membentuk virus yang matang dan siap untuk menginfeksi sel yang lain.

2.1.4 Epidemiologi HIV/AIDS

Infeksi HIV/AIDS merupakan masalah global yang telah berlangsung selama lebih dari 25 tahun. World Health Organization (WHO) baru-baru ini memperkirakan total pengidap HIV di dunia sampai akhir tahun 2016 ditemukan sekitar lebih 35 juta jiwa. Pada tahun 2016 1,0 juta orang meninggal karena penyebab HIV. Sekitar 36,7 juta orang hidup dengan HIV pada akhir tahun 2016 dengan 1,8 juta orang baru terkena infeksi HIV secara global. 54% orang dewasa dan 43% anak-anak hidup dengan HIV dan sampai saat ini sedang menerima terapi antiretroviral (ART).(WHO, 2016).

Penyakit epidemik di Indonesia adalah salah satu yang paling cepat berkembang diantara HIV/AIDS di Asia.HIV/AIDS telah menjadi epidemic di Indonesia dalam waktu 15 tahun terakhir. Daerah konsentrasi tertinggi berada di Papua, Jawa Timur, DKI Jakarta, Bali, dan Jawa Tengah serta semua daerah dianggap sebagai zona yang membutuhkan perhatian segera. Dirjen PP dan PL Kemenkes RI melaporkan pada laporan perkembangan HIV/AIDS tahun 2013, jumlah kumulatif pasien HIV di Indonesia sepanjang tahun 1987 sampai

Desember 2013 tercatat 127.416 kasus yang Jawa Timur menduduki peringkat kedua kasus HIV tertinggi sebanyak 16.253 pengidap.

Data Dirjen PP dan PL Kemenkes RI pada Laporan Perkembangan HIV/AIDS, Triwulan IV tahun 2013, dari bulan Oktober sampai Desember 2013 jumlah kasus baru HIV dilaporkan sebanyak 8.624, sedangkan kasus baru AIDS yang dilaporkan dari bulan Oktober sampai Desember 2013 tercatat 127.416 kasus dimana Jawa Timur menduduki peringkat kedua kasus HIV tertinggi sebanyak 16.253 pengidap. Data Dirjen PP dan PL Kemenkes RI pada Laporan perkembangan HIV AID. Triwulan IV tahun 2013, dari bulan Oktober sampai Desember 2013 jumlah kasus baru AIDS yang dilaporkan sebanyak 2.845. jumlah kasus AIDS tertinggi dilaporkan pada kelompok umur 20-29 tahun (17.892 kasus), diikuti oleh kelompok umur 30-39 (15.204 kasus) dan umur 40-49 (5.628 kasus) (Dirjen PP&PL Kemenkes RI, 2014).

2.1.5 Transmisi HIV

Transmisi atau cara penularan HIV dari satu orang ke orang lain dapat melalui berbagai jalur, antara lain (Kemenkes RI, 2011):

1. Transmisi melalui jalur hubungan seksual

Infeksi HIV dapat menular melalui hubungan seksual, baik heteroseksual maupun homoseksual. Virus HIV dapat ditemukan di cairan semen, sediaan hapus serviks dan cairan vagina.

2. Transmisi melalui darah, produk darah, dan organ donor

Infeksi HIV dapat menular kepada seseorang yang menerima darah atau produk darah yang terkontaminasi, selain itu HIV juga bisa menular melalui pemakaian alat medis (suntikan dan jarum, mesin dialysis) bersama dengan pasien HIV.

3 Transmisi karena faktor pekerjaan

Faktor pekerjaan juga dapat menjadi faktor yang dapat mentransmisikan infeksi HIV, pekerjaan yang berhubungan dengan materi biologis yang mengandung HIV berisiko menjadi media transmisi HIV. Mereka pada umumnya tertular HIV secara tidak sengaja akibat tertusuk jarum atau alat tajam bekas digunakan pasien HIV atau terkena cairan tubuh yang infeksius.

4. Transmisi ibu ke janin

Infeksi HIV bisa ditransmisikan dari ibu yang terinfeksi ke janin ketika dalam kandungan proses persalinan dan menyusui

2.1.6 Patogenesis infeksi HIV

Infeksi HIV tidak akan langsung menunjukkan tanda atau gejala tertentu, sebagian memperlihatkan gejala tidak khas pada infeksi HIV akut, 3 sampai dengan 6 minggu setelah terinfeksi. Gejala yang terjadi adalah demam, nyeri menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare atau batuk. Bila infeksi akut terjadi maka dimulailah infeksi HIV asimtomatik. Masa tanpa gejala ini umumnya berlangsung selama 8 sampai dengan 10 tahun. perjalanan penyakit yang amat cepat hanya

Tubuh manusia terdiri dari berbagai macam jenis sel yang berfungsi untuk melindungi daya tahan tubuh dalam melawan berbagai macam jenis penyakit. Bagian dari tubuh kita yang melindungi diri kita dari penyakit, antara lain mulut, saluran pernafasan, saluran kencing, usus, aliran darah, dan kulit. *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* harus memasuki tubuh lewat aliran darah. *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* harus memasuki tubuh lewat aliran darah agar dapat menginfeksi tubuh dan mengganggu kesehatan, seseorang yang

bersentuhan dengan pengidap HIV dan hanya mengenai kulitnya maka tubuh sudah mempunyai perlindungan pertama dari luar yaitu kulit itu sendiri. Virus tersebut dapat menginfeksi orang yang baru dan dapat memasuki aliran darah jika terdapat kulit yang mengalami luka.

Air liur, darah, mani yang masuk ke dalam mulut kita makan sebagian akan dibuang. Akan tetapi jika terdapat luka kecil disekitar mulut kita, misalnya luka pada saat menyikat gigi atau terkena benda tajam, maka virus tersebut dapat memasuki aliran darah dan menginfeksi orang yang baru (Hutapea, 2011). Virus biasanya masuk ke dalam tubuh dengan menginfeksi sel Langerhans di mukosa *rectum* atau mukosa vagina yang kemudian bergerak dan bereplikasi di kelenjar getah bening. Virus akan menyebar melalui viremia yang disertai dengan sindrom dini akut berupa panas, myalgia, arthralgia. Virus akan menginfeksi sel CD4⁺, makrofag dan sel dendritic dalam darah serta organ limfoid (Baratawidjaja, 2009; Rengganis, 2009).

Penularan HIV yang paling utama biasanya melalui darah, cairan tubuh dan hubungan seksual. Virus HIV dalam kuantitas yang besar paling banyak terkandung dalam cairan sperma, dan darah, sedangkan dalam jumlah kecil biasanya terdapat dalam air liur dan air mata. Virus HIV menginfeksi sel imun terutama sel CD4 dan menimbulkan terjadinya destruksi sel tersebut. HIV dapat laten dalam sel imun dan dapat aktif kembali sehingga dapat menimbulkan infeksi. Sistem imun dikuasai virus yang berproliferasi cepat diseluruh tubuh., bila sel CD4 turun dibawah 100 mikroliter, kemungkinan keganasan akan meningkat (Djuanda, 2011).

Human Immunodeficiency Virus (HIV) menyerang sistem imun dengan menginfeksi dan menghancurkan sel darah putih yang disebut dengan panglima imun tubuh yaitu sel T pembantu, atau sel CD4. Sel CD4 memberi isyarat kepada sel imun yang lain jika terdapat antigen yang masuk tubuh untuk diikat. Setelah sel CD4 diikat, memerintahkan *KillerTcell*, untuk memusnahkan antigen yang tadi, begitu seterusnya hingga kuman patogen menghilang dari tubuh sel *host*. Disini terdapat permasalahan yaitu virus HIV ini dapat menyerang sel *CD4* dan bahkan dapat mengalahkannya. Hal tersebut menyebabkan HIV dapat membuat tubuh menjadi sangat rentan terhadap infeksi–infeksi tubuh lainnya. Jumlah sel CD4 normal dalam sirkulasi darah adalah sekitar 800 hingga 1200 per millimeter kubik darah. pada awal tahun pertama gejala klinis tidak terlihat, tetapi setelah mencapai 5 tahun, barulah gejala klinis mulai terlihat karena sel CD4 ini akan semakin menurun jumlahnya bahkan hingga dibawah 200 per millimeter kubik darah (Hutapea, 2011).

2.1.7 Diagnosis HIV/AIDS

Diagnosis infeksi HIV didasarkan pada antibody yang didalam darah orang tersebut sudah terinfeksi. Terdapat bermacam-macam uji antibody HIV yang secara luas diklasifikasikan dalam 3 kelompok, yaitu:

- a) Antibody *microbial* pemeriksaan *antibody microbial* dapat digunakan dalam diagnosis infeksi. Kemampuan untuk memproduksi antibody merupakan cara paling sensitive untuk menemukan gangguan dalam produksi imunitas. Antibody tersebut dapat ditemukan dengan pemeriksaan *enzyme linked immunosorbent assay (ELISA)* (Djuanda, 2011).

b) *Western Blotting* antibody HIV dideteksi dengan cara reaksi berbagai protein virus. Uji ini digunakan untuk dikonfirmasi dari hasil positif ELISA. Tes ini biasanya dikombinasikan dengan pemeriksaan ELISA dengan tingkat keakuratan *Western Blott* mencapai 99,9% (Radji, 2010).

c) *Polymerase Chain Reaction* (PCR)

PCR digunakan dalam mendeteksi genetika virus yang terdapat di dalam sel. Keberadaan potongan yang terlihat pada fragmen DNA dan RNA virus HIV maka mengindikasikan adanya penyakit HIV/AIDS (Radji,2010).

2.1.8 Faktor yang mempengaruhi HIV/AIDS

Faktor risiko epidemiologis infeksi HIV yaitu perilaku yang berisiko tinggi terhadap melakukan hubungan seks bebas dengan berganti ganti pasangan baik dengan cara anal maupun dengan cara homoseksual. Penggunaan narkotika juga dapat mempengaruhi faktor dari HIV/AIDS ini disebabkan karena pemakaian jarum suntik yang berganti-ganti dan tidak steril. Penggunaan jarum untuk memasang tato, serta penggunaan berlebihan jarum untuk transfusi darah juga dapat menjadi faktor risiko tertularnya HIV/AIDS (Nasronudin, 2012).

Perilaku seseorang individu dipengaruhi oleh banyak faktor misalnya faktor keyakinan, berbagai sarana fisik, sosial budaya, pengetahuan, sikap, keinginan, kehendak, keperluan, emosi, motivasi, reaksi, dan persepsi. Perubahan perilaku sendiri dipengaruhi dari faktor internal dan faktor eksternal. Beberapa contoh faktor internal yang dapat mempengaruhi perubahan perilaku yaitu susunan syaraf pusat, motivasi, persepsi, dan keinginan. Faktor eksternal yang dapat mempengaruhi perubahan perilaku yaitu dukungan internal dari keluarga, besarnya stimulus perkembangan, dan pengetahuan. Perubahan perilaku dapat

dipengaruhi dari faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang memengaruhi perilaku meliputi karakteristik orang yang bersangkutan yang bersifat keturunan (genetik), misalnya tingkat emosional, tingkat kecerdasan, jenis kelamin, dan sebagainya. Faktor eksternal yang dapat mempengaruhi perilaku yaitu lingkungan baik lingkungan fisik, sosial, maupun politik. Faktor lingkungan ini merupakan faktor yang paling umum dalam mempengaruhi perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2012).

2.1.9 Pencegahan risiko HIV-AIDS

Pencegahan HIV/AIDS sudah lebih dari satu decade ini sejak munculnya penyebab AIDS, jutaan dolar telah dikeluarkan ke dalam riset AIDS untuk menemukan vaksin terhadap infeksi HIV. Tetapi, obat untuk mengobati AIDS belum ditemukan sampai saat ini. Pencegahan AIDS diprioritaskan melalui tiga cara utama yaitu: (1) kontak seksual, (2) penggunaan jarum suntik, dan (3) transfusi darah. telah dikatakan berhasil dalam menghilangkan kemungkinan infeksi melalui transfuse darah. Upaya untuk mengurangi infeksi melalui hubungan seksual dan jarum suntik masih belum memberikan hasil yang meyakinkan (Hutapea, 2011).

2.2 Infeksi Oportunistik pada Rongga Mulut

Infeksi oportunistik adalah infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme yang dapat menyebabkan penyakit pada individu dengan sistem pertahanan tubuh yang menurun. Pasien dengan limfosit T CD4+ dibawah batas tertentu memiliki risiko tinggi untuk mendapat penyakit oportunistik, contohnya penyakit infeksi dan neoplasma yang berhubungan dengan AIDS (Longo, *et al.*, 2012). Salah satu contoh lesi yang sangat berhubungan (*strongly associated*) dengan infeksi HIV

yaitu penyakit periodontal salah satunya adalah periodontitis (Prabhu, *et al.*, 2009).

2.3 Perilaku Seksual

2.3.1 Definisi perilaku seksual

Perilaku seksual adalah perilaku yang melibatkan sentuhan secara fisik anggota badan antara pria dan wanita yang telah mencapai pada tahap hubungan intim, yang biasanya dilakukan oleh pasangan suami istri (Irawati dan Pruhgiyatno, 2005). Definisi lain dari perilaku seksual (*seksual behaviour*) adalah perilaku yang berhubungan dengan fungsi-fungsi reproduktif atau yang merangsang sensasi dalam reseptor-reseptor yang terletak di sekitar organ-organ reproduktif atau daerah erogen (Kartono, 2006).

Segala tingkah laku yang didorong oleh hasrat seksual baik yang dilakukan sendiri, dengan lawan jenis maupun sesama jenis. Bentuk-bentuk tingkah laku ini bisa bermacam-macam, mulai dari perasaan tertarik sampai tingkah laku berkencan, bercumbu, dan bersenggama. Objek seksualnya bisa berupa orang lain, orang dalam khayalan atau diri sendiri (Sarwono, 2011).

Berdasarkan pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa perilaku seksual adalah segala perilaku yang muncul karena adanya dorongan seksual atau kegiatan mendapatkan kesenangan organ seksual melalui berbagai perilaku dengan cara merangsang, baik dilakukan dengan lawan jenis, sesama jenis, maupun dilakukan sendiri.

2.3.2 Aspek perilaku seksual

Beberapa aspek dalam perilaku seksual menurut Jersild antara lain (Ratnawati, 2014) :

a. Aspek Biologis

Aspek ini respon fisiologia terhadap stimulus, seks, reproduksi, purbetas, perubahan fisik karena adanya kehamilan serta pertumbuhan dan perkembangan pada umumnya.

b. Aspek Psikologis

Seks adalah proses belajar yang terjadi pada diri individu yang bertujuan untuk mengekspresikan dorongan seksual melalui perasaan, sikap, dan pemikiran tentang seksualitas.

c. Aspek Sosial

Aspek ini meliputi pengaruh budaya seperti berpacaran, hubungan interpersonal, dan semua hal tentang seks yang berhubungan dengan kebiasaan yang dipelajari individu di dalam lingkungan social.

d. Aspek Moral

Aspek moral adalah menjawab suatu pertanyaan benar atau salah, harus atau tidak, serta boleh atau tidak terhadap suatu perilaku pada seseorang. Dapat disimpulkan bahwa aspek-aspek perilaku seksual adalah aspek biologis, aspek psikologis, aspek social, dan aspek moral.

2.3.3 Bentuk perilaku seksual

Duvall dan Miller berpendapat bahwa, bentuk perilaku seksual mengalami suatu peningkatan secara bertahap. Beberapa bentuk perilaku seksual remaja meliputi (Khairunisa, 2013):

a. Berpegangan Tangan

Berpegangan tangan tindakan yang tidak terlalu menimbulkan suatu rangsangan seks yang kuat, namun biasanya muncul keinginan untuk mencoba aktivitas seksual lainnya hingga kepuasan seksual dapat tercapai.

b. Ciuman Kering

Ciuman kering adalah aktivitas seksual berupa sentuhan pipi dengan bibir. Dampaknya adalah dapat menimbulkan suatu imajinasi atau fantasi yang disertai dengan meningkatnya keinginan untuk melakukan suatu aktivitas seksual lain.

c. Ciuman Basah

Cuman basah adalah aktivitas seksual yang berupa sentuhan bibir. Ciuman basah dapat menimbulkan sensasi seksual yang kuat mengakibatkan dorongan seksual sehingga tidak terkendali. Orang akan mudah melakukan aktivitas seksual selanjutnya tanpa disadari seperti petting bahkan senggama.

d. Berpelukan

Berpelukan dapat menimbulkan perasaan tegang, aman, dan nyaman disertai dengan rangsangan seksual terutama bila mengenai daerah sensitif.

e. Berfantasi atau Berimajinasi

Berfantasi atau berimajinasi adalah salah satu bentuk membayangkan aktivitas seksual yang bertujuan untuk menimbulkan perasaan erotisme.

f. Meraba

Meraba merupakan aktivitas meraba semua bagian yang sensitif terhadap rangsangan seksual, seperti payudara, leher, paha atas, vagina, penis, dan lain-lain. Aktivitas meraba dapat melemahkan kontrol diri sehingga dapat berlanjut ke aktivitas seksual lainnya seperti petting bahkan senggama.

g. *Maturbasi*

Masturbasi adalah suatu bentuk usaha merangsang bagian tubuh sendiri dengan tujuan mencapai suatu kepuasan seksual. Pada laki-laki biasanya merangsang alat genital, sedang pada perempuan lebih beragam biasanya dengan cara merangsang alat genital, payudara, atau tubuh yang lainnya.

h. *Petting*

Istilah penting secara tradisional digunakan untuk menggambarkan usaha merangsang bagian tubuh tertentu yang dilakukan oleh pasangan, namun tidak sampai pada hubungan seksual. Aktivitas yang termasuk di dalamnya adalah ciuman bibir, rangsangan payudara, rangsangan alat genitas manual.

i. *Oral Seks*

Oral seks adalah masuknya penis ke mulut yang kemudian memberikan suatu rangsangan sehingga mencapai orgasme.

2.3.4 Faktor yang mempengaruhi perilaku seksual

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku seksual pada remaja, yaitu (Sarwoono, 2011) :

a. *Faktor Internal*

Beberapa perubahan hormonal yang meningkatkan hasrat seksual yang membutuhkan penyaluran dalam bentuk tingkah laku seksual tertentu.

b. *Faktor Eksternal*

1) *Keluarga*

Orang tua, baik karena ketidaktahuannya maupun karena sikapnya yang masih mentabukan pembicaraan tentang seks dengan anak dan tidak terbuka, cenderung membuat jarak mengenai adanya masalah seksualitas

2) Pengetahuan dan sikap terhadap kesehatan reproduksi

Dengan pengetahuan dan informasi faktual yang benar remaja akan terbantu mengambil sikap yang bertanggung jawab dan terbaik mengenai hal-hal yang berkaitan dengan seksualitasnya.

3) Penyebaran rangsangan seksual melalui massa

Penyebaran informasi dan suatu rangsangan seksual melalui media massa serta adanya teknologi canggih menjadi tidak terbandung lagi.

4) Lingkungan pergaulan

5) Proses sosialisasi keluarga di lingkungan utama yaitu lingkungan keluarga, lingkungan kampus, dan lingkungan masyarakat. Dimana kelompok teman sebaya memegang peranan penting dalam kehidupan remaja. Remaja ingin diterima dan dipandang sebagai anggota kelompok teman sebaya, baik di sekolah maupun di masyarakat. Lingkungan pergaulan yang dimasuki remaja dapat berpengaruh untuk menekan remaja melalui hubungan seks, karena keinginan untuk diterima oleh lingkungan pergaulan.

2.4 Jaringan Periodontal

Jaringan periodontal yang sehat memberikan dukungan untuk fungsi dalam menyangga gigi. Jaringan periodontal terdiri dari empat bagian utama yaitu gingiva, sementum, ligamen periodontal, dan tulang alveolar. Masing-masing keempat bagian tersebut berfungsi untuk menyangga gigi sebagai satu kesatuan (Newman *et al.*, 2015).

Jaringan periodontal adalah suatu jaringan yang mengelilingi dan mendukung gigi. Gingiva adalah bagian mukosa rongga mulut yang menutupi

tulang alveolar dan berfungsi untuk melindungi jaringan yang ada di bawahnya. Gingiva normal memiliki warna merah muda, konsistensi yang kenyal dan tekstur *stippling*. Ligamen periodontal adalah jaringan konektif yang mengelilingi gigi dan mengikatnya ke tulang (Newman *et al* 2006).

Ligamen periodontal berfungsi melindungi saraf dan pembuluh darah, dan pertahanan terhadap benturan keras akibat tekanan oklusal. Tulang alveolar adalah jaringan keras yang tersusun dari lapisan tulang yang berfungsi sebagai penyangga gigi. Sementum adalah bagian yang menyelimuti akar gigi, bersifat keras, tidak memiliki pembuluh darah dan fungsinya sebagai perlekatan ligamen periodontal (Newman *et al* 2006).

2.5 Penyakit Periodontal

Penyakit periodontal adalah salah satu penyakit inflamasi kronis pada rongga mulut yang merupakan penyebab utama hilangnya gigi. Penyakit periodontal ini termasuk dalam kelompok penyakit inflamasi yang berpengaruh terhadap jaringan pendukung gigi dan mencakup penyakit destruktif dan non-destruktif. Penyakit periodontal memiliki faktor etiologi umum dan beberapa faktor pendukung. Penyakit periodontal hamper semuanya bersifat infeksius yang diawali adanya pembentukan *biofilm* plak (Hiremath, 2007). Penyakit periodontal memiliki etiologi multifaktorial yang terdiri dari banyak faktor pendukung. Faktor risiko sendiri adalah faktor pendukung terjadinya tahap perkembangan penyakit periodontal. Faktor risiko tersebut salah satunya adalah biofilm plak. Penyakit periodontal ada juga karena peran dari suatu perkembangan bakteri (Nield-Gehrig & Villmann, 2008).

Penyebab dari suatu penyakit periodontal itu sendiri biasanya berfokus pada bakteri plak, suatu produk mikroba, dan respon imun *host*. Suatu penelitian atau studi menunjukkan adanya faktorlain yang berperan, seperti lingkungan, perilaku, dan faktor risiko genetik yang ikut memacu perkembangan penyakit periodontal tersebut (Guthmiller, 2002). Penyakit periodontal sendiri dapat dibagi menjadi dua yaitu gingivitis dan periodontitis. Gingivitis merupakan suatu peradangan yang terjadi pada jaringan gingiva tapi tanpa melibatkan seluruh struktur jaringan pendukung gigi, sedangkan periodontitis merupakan suatu peradangan pada gingiva yang kerusakannya sudah mencapai keseluruhan jaringan pendukung gigi. Kerusakan pada jaringan tersebut bervariasi tergantung dalam tingkat keparahan dan aktivitas penyakit tersebut (Dofka, 2013).

2.5.1 Gambaran klinis gingivitis

Gambaran klinis dari gingivitis dapat ditandai dengan terjadinya kemerahan pada jaringan gingiva, perubahan pada kontur gingiva, perdarahan pada gingiva pada saat diberikan rangsangan, dan kehadiran kalkulus dan plak. Pada pemeriksaan histologis peradangan jaringan gingiva menampakkan ulserasi pada jaringan epitel (Newman *et al.*, 2012).

Perdarahan yang terjadi pada gingiva merupakan salah satu gejala awal dari terjadinya inflamasi gingiva. Perdarahan pada gingiva disebabkan karena dilatasi dan pembengkakan dari kapiler. Perdarahan pada gingiva bervariasi bergantung pada waktu dan keparahannya (Newman *et al.*, 2012).

2.5.2 Gambaran klinis periodontitis

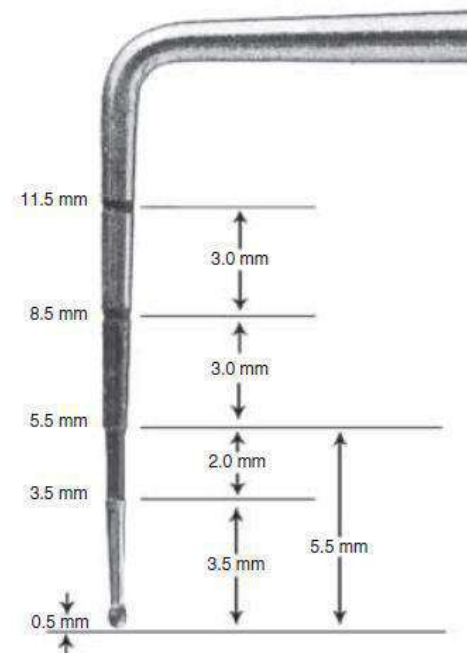
Periodontitis memiliki gambaran klinis seperti adanya inflamasi, perubahan pada kontur, warna, dan konsistensi gingiva, serta *bleeding on probing* (BOP).

BOP sendiri tidak selalu menjadi indikator yang mutlak terhadap adanya *attachment loss* yang sedang terjadi. BOP sendiri menunjukkan adanya *attachment loss* yang berlanjut dari *bleeding site* dan adanya suatu inflamasi pada saat dilakukan *probing* (Newman *et al.*,2012).

2.6 Indeks Periodontal

Pada tahun 1980, WHO menggunakan *Community Periodontal Index of Treatment* (CPITN) yang dikembangkan oleh Ainamo dkk, yang merupakan anggota komite ahli WHO. Komunitas tersebut memungkinkan melakukan penelitian dengan cepat dalam suatu populasi. Indeks ini juga sangat berguna bila digunakan untuk melakukan survey epidemiologis (Pintauli, 2008; Oliver, 1993).

Dua indikator status periodontal digunakan pada penelitian ini yaitu perdarahan pada gingiva dan *pocket* periodontal. Sebuah *probe* logam CPI yang dirancang khusus dan ringan, dengan *ball tip* 0,5 mm digunakan, dengan pita hitam antara 3,5 dan 5,5 mm, dan *ring* pada 8,5 dan 11,5 mm dari *ball tip*. Semua gigi yang terdapat di rongga mulut diperiksa untuk melihat ada atau tidaknya perdarahan gingiva dan ada atau tidaknya poket periodontal, kedalaman poket dengan diukur menggunakan *probe* periodik CPI WHO (WHO, 2013).



Gambar 2. 1 Probe index periodontal WHO yang direkomendasikan untuk pemeriksaan klinis.

2.6.1 Metode pemeriksaan indeks periodontal

Seluruh gingiva yang ada pada semua gigi yang ada di dalam rongga mulut harus diperiksa dengan hati-hati dengan memasukkan ujung probe CPI WHO di sulkus gingiva yang berada diantara gigi dan gingiva, cara ini digunakan untuk menilai ada atau tidaknya respon perdarahan (Gambar). Saat memasukkan ujung probe CPI WHO, kekuatan tekanan tidak boleh lebih dari 20 g. Saat melakukan pemeriksaan, pemeriksa menempatkan titik probe di bawah *thumbnail* dan menekan probe sampai terjadinya *blansing*.

Pemeriksa bisa menggunakan cermin dan memasukkan *probe* ke dalam sulkus gingiva dari gigi anteriormereka sendiri menggunakan kekuatan tekanan yang ringan dengan menggerakkan ujung *probe* yang berebentuk bola sepanjang permukaan gigi. Ketika *probe* dimasukkan, ujung bola *probe* harus mengikuti dari konfigurasi anatomis permukaan akar gigi. Jika pada saat pemeriksaan *probing* pengidap merasakan sakit, ini menunjukkan kekuatan

tekanan terlalu besar pada saat memasukkan probe ke dalam sulkus gingiva pasien.

Ujung *probe* harus dimasukkan dengan lembut dan perlahan ke dalam sulkus gingiva atau sulkus yang akan dieksplorasi. Contohnya, letakkan *probe* di dalam sulkus gingiva pada permukaan *distobuccal molar* kedua, letakkan sedekat mungkin dengan titik kontak molar ketiga, kemudian menjaga probe agar tetap sejajar dengan sumbu panjang gigi. Gerakan *probe* dengan lembut, dengan gerakan pendek ke atas dan ke bawah disepanjang sulkus bukal ke permukaan mesial dari molar kedua. Prosedur serupa dilakukan untuk permukaan lingual. Semua gigi yang ada harus diperiksa dan diberi skor dengan sesuai.

Pembagian *sextant* pada rongga mulut dibagi menjadi beberapa *sextant* yang ditentukan dari beberapa gigi yaitu 18 14, 13 23, 24 28, 38 34, 33 43, dan 44 48. Sebuah *sextant* hanya diperiksa apabila terdapat dua gigi atau lebih dan tidak indikasi untuk dilakukan ekstraksi.

a. Indeks gigi

1. Usia 20 tahun atau lebih, hanya 10 indeks gigi yang diperiksa, kesepuluh gigi tersebut yaitu: 17, 16, 11, 26, 27, 47, 46, 31, 36, dan 47. Gigi geligi ini telah diidentifikasi sebagai prediksi gigi yang paling sering terkena penyakit periodontal paling parah.
2. Anak berusia 19 tahun, yang diperiksa hanya 6 indeks gigi yaitu : 16, 11, 26, 46, 31, dan 36.
3. Kejadian frekuensi *false pockets* yang sering terjadi pada gigi molar kedua menyebabkan tidak dimasukkan sebagai indeks gigi.

4. Pada saat memeriksa seorang anak yang berusia kurang dari 15 tahun, kedalaman poket tidak dinilai. (Hiremath, SS. 2007). Kriteria skor dari perdarahan dan poket gingiva.

Tabel 2. 1 Skor perdarahan pada gingiva

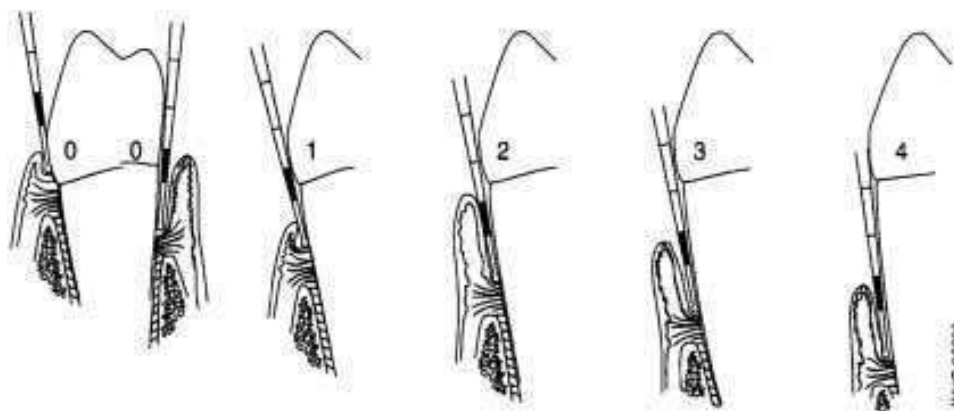
No	Keterangan	Skor
1.	Tidak ada kondisi perdarahan pada gingiva	0
2.	Terjadi kondisi perdarahan pada gingiva	1
3.	Dilakukan pengecualian pada gigi	9
4.	Gigi tidak ada	X

Tabel 2. 2 Skor *pocket* pada gingiva

No	Keterangan	Skor
1.	Tidak ada <i>pocket</i>	0
2.	Terdapat <i>pocket</i> 4-5 mm	1
3.	Terdapat <i>pocket</i> 6mm atau lebih dari 6mm	2
4.	Dilakukan pengecualian pada gigi	9

Tabel 2. 3 Skor *loss of attachment*

No	Keterangan	Skor
1.	Kehilangan perlekatan 0-3 mm	
2.	Kehilangan perlekatan 4-5 mm (CEJ dalam <i>Black Band</i>)	
3.	kehilangan perlekatan 6-8mm (CEJ antara batas black band dan ring 8,5mm)	
4.	kehilangan perlekatan 9–11 mm (CEJ antara 8,5 mm dan <i>ring</i> 11,5 mm)	
5.	kehilangan perlekatan 12 mm atau lebih (CEJ melampaui <i>ring</i> 11,5 mm)	
6.	Tidak termasuk dari <i>sextant</i>	
7.	Tidak tercatat	



Gambar 2. 2 Contoh untuk melihat skoring *loss of attachment* dengan probe CPI WHO (WHO, 2013).

2.7 Kebersihan Gigi dan Mulut

Kebersihan gigi dan mulut yang tidak dipelihara dengan baik akan menimbulkan penyakit di rongga mulut. Penyakit periodontal (seperti gingivitis dan periodontitis) dan karies gigi merupakan akibat kebersihan mulut yang buruk.

Penyakit periodontal dan karies gigi merupakan penyakit di rongga mulut yang dapat menyebabkan hilangnya gigi secara patologis. Sepuluh kebersihan mulut mempunyai peran penting di bidang kesehatan gigi, karena kebersihan mulut yang buruk dapat mengakibatkan timbulnya berbagai penyakit baik lokal maupun sistemik. Pengukuran kebersihan gigi dan mulut merupakan upaya untuk menentukan keadaan kebersihan gigi dan mulut seseorang. Umumnya untuk mengukur kebersihan gigi dan mulut digunakan suatu indeks. Indeks adalah suatu angka yang menunjukkan keadaan klinis yang didapat pada waktu dilakukan pemeriksaan, dengan cara mengukur luas dari permukaan gigi yang ditutupi oleh plak maupun kalkulus.¹² Secara klinis tingkat kebersihan mulut dinilai dengan kriteria *Oral Hygiene Index Simplified* (OHIS). Kriteria ini dinilai berdasarkan keadaan endapan lunak atau debris dan karang gigi atau kalkulus (Newman *et al*, 2012).

Kebanyakan debris makanan akan segera mengalami liquifikasi oleh enzim bakteri dan bersih 5-30 menit setelah makan, tetapi ada kemungkinan sebagian masih tertinggal pada permukaan gigi dan membran mukosa. Aliran saliva, aksi mekanisme lidah, pipi, dan bibir serta bentuk dan susunan gigi dan rahang akan mempengaruhi kecepatan pembersihan sisa makanan. Pembersihan ini dipercepat oleh proses pengunyahan dan viskositas ludah yang rendah.

2.7.1 Debris

Aliran saliva, aksi mekanis lidah, pipi, dan bibir biasanya membantu debris atau sisa-sisa makanan larut oleh enzim bakteri secara cepat dari rongga mulut. *Self cleansing* rongga mulut pada tiap individu berbeda dan tergantung dengan jenis makanan yang masuk. Makanan yang berbentuk cair biasanya dapat dibersihkan dalam waktu 15 menit, sedangkan makanan yang jenisnya padat atau padat yang lengket biasanya membutuhkan waktu pembersihan yang lebih lama yaitu lebih dari 1 jam untuk dibersihkan (Newman *et al.*, 2012).

2.7.2 Kalkulus

Kalkulus merupakan suatu material yang keras menyerupai batu dan menempel pada permukaan gigi. Permukaan kalkulus berongga dan kasar yang mengakibatkan plak melakukan perlekatan dengan baik. Kalkulus tidak dapat dibersihkan sendiri oleh pasien sehingga perlu bantuan dokter gigi dengan menggunakan alat *scaling*. Kontrol plak yang baik dan efektif dapat mengukur perkembangan dan mengeliminasi kalkulus (Newman *et al* 2012).

2.7.3 Plak

Plak gigi adalah kumpulan mikroorganisme dan protein yang menempel pada gigi dan struktur rongga mulut yang lain. Plak merupakan penyebab utama periodontitis. Plak tidak bisa dihilangkan hanya sekedar dengan cara menyikat gigi (Boon *et al.*, 2012). Berdasarkan lokasinya pada permukaan gigi, plak dapat diklasifikasikan menjadi supragingival, marginal, dan subgingival. Plak yang ditemukan diatas margin gingiva disebut plak supra gingival, sementara plak yang terdapat dibawah *gingival margin* disebut plak subgingiva. Plak yang berkontak langsung dengan *margin gingiva* disebut sebagai plak marginal. Plak terdiri dari

berbagai macam mikroorganisme utama dalam matriks intraseluler (Newman *et al* 2010).

2.8 Indikator Kebersihan Gigi dan Mulut

Indikator yang biasa digunakan untuk mengukur tingkat kebersihan rongga mulut seseorang adalah menggunakan indeks *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-dari Greene and Vermillion (Manson & Eley, 1993). OHI-S merupakan suatu keadaan kebersihan rongga mulut dari responden yang dinilai dari adanya sisa makanan (debris) dan kalkulus (karang gigi) yang menempel pada permukaan gigi dengan menggunakan indeks *Oral Hygiene Index Simplified* yang merupakan jumlah indeks debris (DI) dan indeks kalkulus (CI), tujuan penggunaan OHI-S ini adalah untuk mengembangkan suatu teknik pengukuran yang dapat digunakan untuk menilai kesehatan gigi dari seseorang atau masyarakat, serta menilai efek awal dan jangka panjang dari program pendidikan kesehatan gigi (Indrawati , 2010). Pemeriksaan debris dan kalkulus dilakukan pada gigi terutama dan pada permukaan tertentu dari gigi tersebut, yaitu:

Rahang Atas: Gigi 6 kanan kiri pada permukaan bukal.

Gigi 1 kanan pada permukaan bukal

Rahang Bawah: Gigi 6 kanan kiri pada

permukaan lingual Gigi 1

kiri permukaan labial

Gigi indeks pada suatu segmen yang tidak dijumpai, maka dilakukan penggantian gigi tersebut dengan ketentuan sebagai berikut.

1. Gigi molar pertama tidak ada, maka penilaian dilakukan pada gigi molar kedua, apabila gigi molar pertama dan kedua tidak ada penilaian dilakukan

pada molar ketiga akan tetapi bila gigi pertama, kedua, dan ketiga tidak ada maka tidak ada penilaian untuk

2. Gigi *incisivus* pertama kanan atas tidak ada, maka dapat diganti dengan gigi *incisivus* pertama kiri atas. Gigi *incisivus* pertama kiri bawah tidak ada, maka dapat diganti dengan gigi *incisivus* pertama kanan bawah, tetapi bila gigi *incisivus* pertama kiri atas dan bawah atau kanan atas dan bawah tidak ada, maka tidak ada penilaian untuk segmen tersebut.
3. Gigi indeks dianggap tidak ada pada keadaan seperti: gigi hilang karena dicabut, gigi yang hanya sisa akar, gigi yang merupakan mahkota jaket baik yang terbuat dari logam maupun akrilik, mahkota gigi sudah hilang atau rusak lebih dari setengah bagian pada permukaan indeks akibat karies maupun fraktur, gigi yang erupsi belum mencapai setengah tinggi mahkota klinis. Penilaian dapat dilakukan apabila terdapat minimal ada dua gigi indeks yang dapat diperiksa.

a. *Debris index* (DI)

Debris index adalah skor nilai dari endapan lunak yang terjadi karena adanya sisa-sisa makanan yang masih melekat pada gigi indeks. Cara pemeriksaan debris dapat dilakukan dengan menggunakan sonde biasa atau *dental probe*. Sonde digerakkan secara mendatar pada permukaan gigi, dengan demikian debris akan terbawa oleh sonde. Gigi indeks diperiksa mulai dari 1/3 bagian incisal/oklusal, apabila pada bagian ini tidak ditemukan debris maka dapat dilanjutkan pada 2/3 bagian gigi, apabila pada ini tidak dapat ditemukan debris dapat dilanjutkan sampai pada bagian 1/3 bagian servikal.

Tabel 2. 4 Skor penilaian *debris index*

No	Kriteria	Nilai
1.	Pada permukaan gigi yang terlibat, tidak ada debris atau pewarnaan ekstrinsik (Stain).	0
2.	a. Pada permukaan gigi yang terlihat, ada debris lunak yang menutupi permukaan gigi seluas 1/3 permukaan atau kurang dari 1/3 permukaan. b. Pada permukaan gigi yang terlihat tidak adanya debris yang lunak tetapi ada pewarnaan ekstrinsik yang menutupi permukaan gigi sebagian atau seluruhnya	1
3.	Pada permukaan gigi yang terlihat ada debris lunak yang menutupi permukaan tersebut lebih dari 1/3 permukaan gigi, tetapi kurang dari 2/3 permukaan gigi.	2
4.	Pada permukaan gigi yang terlihat adanya debris yang menutupi permukaan tersebut lebih dari 2/3 permukaan gigi atau seluruh permukaan gigi.	3

b. *Calculus Index*

Calculus index adalah skor nilai terhadap endapan yang keras (karang gigi) terjadi karena debris yang mengalami pengapuran kemudian melekat pada permukaan gigi indeks. (Maulani, 2009)

Tabel 2. 5 Kriteria penilaian *calculus index*

No.	Kriteria	Nilai
1.	Tidak ada karang gigi	0
2.	Pada permukaan gigi yang terlihat ada karang gigi <i>supragingival</i> yang menutupi kurang dari 1/3 permukaan gigi.	1
3.	a. Pada permukaan gigi yang terlibat ada karang gigi <i>supragingival</i> yang menutupi permukaan gigi lebih dari 1/3 permukaan gigi. b. Sekitar bagian <i>cervical</i> gigi ada sedikit bercak karang gigi <i>subgingival</i> .	2
4.	a. Pada permukaan gigi yang terlibat ada karang gigi <i>Suoragingival</i> yang menutupi permukaan gigi lebih dari 2/3 permukaan atau seluruh permukaan gigi. b. Pada permukaan gigi ada karang gigi <i>subgingival</i> yang menutupi dan melingkari seluruh <i>cervical</i> .	3

Skor *debris index* maupun skor *calculus index* ditentukan dengan cara menjumlahkan seluruh akar skor kemudian membagi dengan jumlah segmen yang diperiksa.

$$\text{Debris Index (DI)} = \frac{\text{Jumlah penilaian Debris}}{\text{Jumlah gigi yang diperiksa}}$$

$$\text{Calculus Index (CI)} = \frac{\text{Jumlah penilaian kalkulus}}{\text{Jumlah gigi yang diperiksa}}$$

Green and Vermillion, menyatakan bahwa kriteria penilaian kalkulus dan debris yaitu:

Baik (*good*) : apabila nilai berada diantara 0 – 0,06.

Sedang (*fair*) : apabila nilai berada diantara 0,6 – 1,8.

Buruk (*poor*) : apabila nilai berada diantara 1,9-3,0.

OHI-S memiliki kriteria sendiri yaitu ketentuannya sebagai berikut:

Baik (*good*) : apabila nilai berada diantara 0,0-1,2.

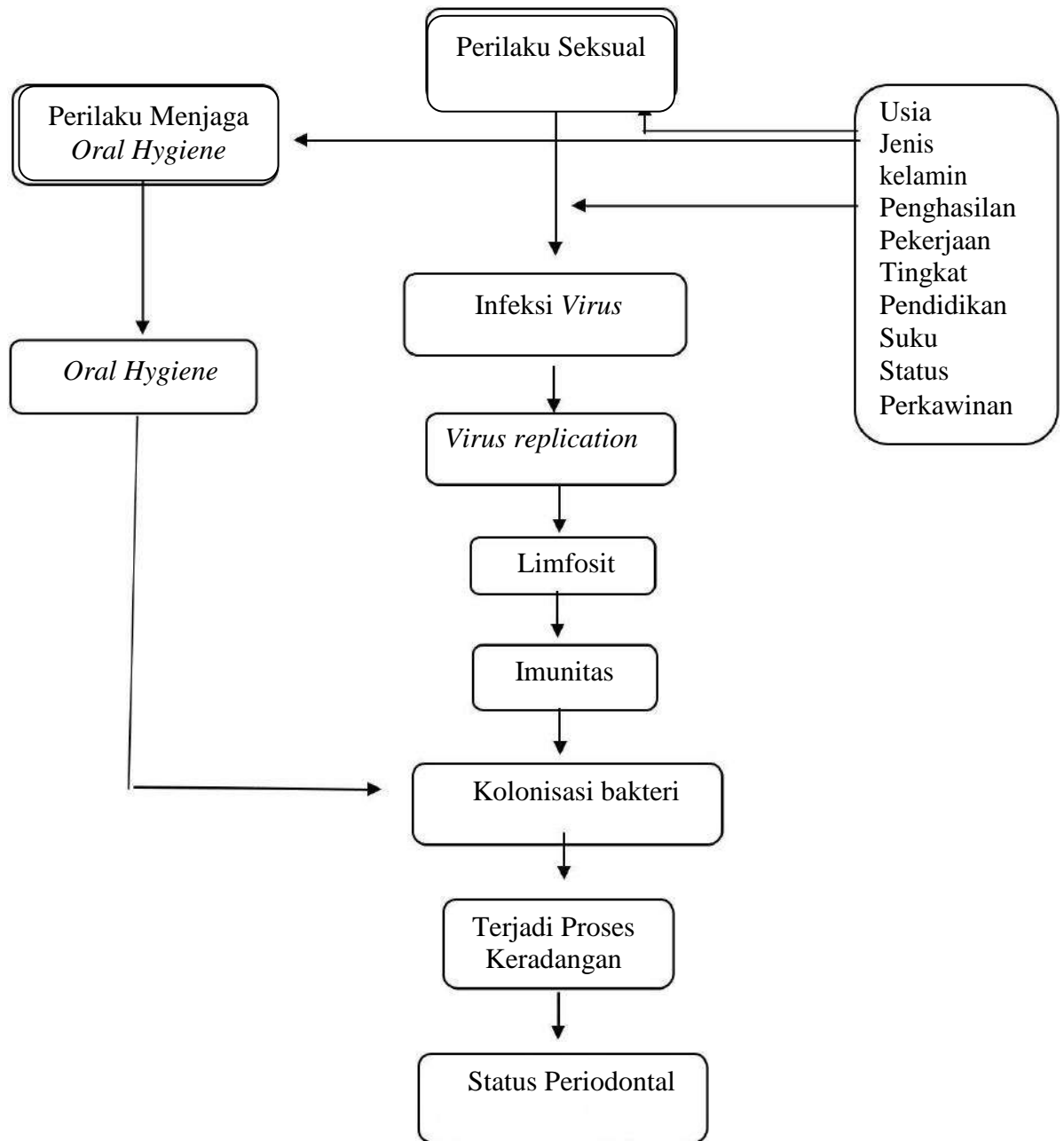
Sedang (*fair*) : apabila nilai berada diantara 1,3-3,0.

Buruk (*poor*) : apabila nilai berada diantara 3,1-6,0.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Keterangan: tidak diteliti
 Diteliti

Gambar 3. 1 Kerangka konseptual penelitian

3.2 Uraian Kerangka Konseptual

Seseorang yang menderita atau rentan HIV akan terjadi penurunan CD4+ dan peningkatan HIV-RNA *viral load*. HIV sendiri cenderung menyerang limfosit-T, karena permukaan limfosit-T terdapat reseptor CD4+ yang merupakan pasangan ideal gp120 permukaan (*surface glycoprotein120*). *Viral load* akan meningkat dengan cepat pada awal proses infeksi. Infeksi HIV akan terus semakin berlanjut`

sehingga *viral load* cenderung terus meningkat. Destruksi limfosit T CD4+ akan meningkatkan *viral load*. Keseimbangan antaran Th1 dan Th2 terlibat dalam pathogenesis infeksi HIV. Sejalan dengan perjalanan penyakit akan terjadi pergeseran respon limfosit – T *helper* yang didominasi oleh TH2. Sejumlah sitokin yang diproduksi oleh Th2 akan mengalami peningkatan. Sitokin yang diproduksi oleh Th1 bersifat sebagai antiapoptosis yang berusaha untuk mempertahankan jumlah limfosit –T CD4+, sitokin yang diproduksi oleh Th2 bersifat proapoptosis berusaha memacu proses apoptosis patologis sehingga terjadi penurunan kadar sel Limfosit T CD4+. Penurunan kadar sel Limfosit T CD4+ akan meningkatkan kadar CD8+ yang bersifat sitotoksik. Kemudian akan terjadi penurunan imunitas tubuh, di dalam imunitas tubuh terdapat limfosit dan di dalam limfosit terkandung sel PMN (*Polymorphonuclear Neutrophils*). Karena juga terjadi penurunan sel PMN maka akan menyebabkan kolonisasi baketri *Porphyromonas Gingivalis* meningkat, dan menyebabkan terjadinya infeksi oportunistik. Terjadinya kolonisasi bakteri yang meningkat ini akan memicu terjadinya proses peradangan pada gingiva dan jaringan periodontal yang menyebabkan

peningkatan MMP (*Mucous Membrane Pemphigoid*) dan akan mempengaruhi status periodontal seseorang populasi rentan HIV/AIDS. Perilaku menjaga kesehatan rongga mulut seseorang populasi rentan HIV/AIDS juga akan mempengaruhi *oral hygiene* pada populasi rentan HIV/AIDS yang juga akan mempengaruhi peningkatan kolonisasi dari suatu bakteri. Karakteristik dari usia, jenis kelamin , dan riwayat penyakit juga mempengaruhi suatu imunitas dari populasi rentan HIV/AIDS yang juga akan berpengaruh pada status periodontal orang pengidap HIV/AIDS

3.3 Hipotesis Penelitian

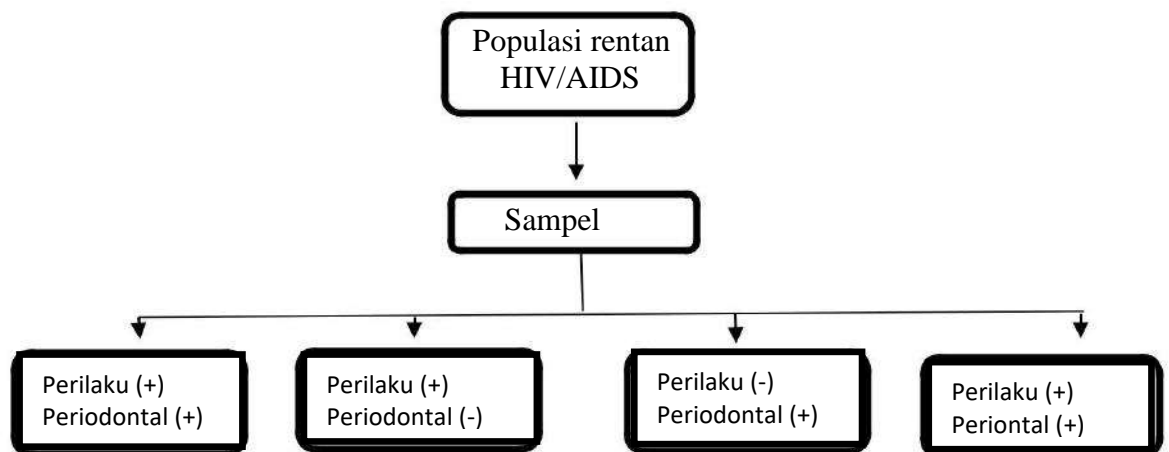
Ada hubungan perilaku kesehatan menjaga kesehatan rongga mulut, *oral hygiene*, perilaku seksual, dan status periodontal pada populasi rentan HIV/AIDS.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Metode penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah observasional analitik dengan rancangan *cross sectional study* yaitu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran atau pengamatan data dalam satu kali pengamatan pada satu waktu tertentu yang dilakukan pada variabel terikat (status periodontal) dan variabel bebas (perilaku menjaga kebersihan rongga mulut dan perilaku seksual)



Gambar 4. 1 Disain penelitian *cross sectional study*

4.2 Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Kedungdoro, Puskesmas Mulyorejo dan Puskesmas Perak Timur kota Surabaya.

4.3 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan Agustus-Oktober 2018

4.4 Populasi dan Sampel Penelitian

4.4.1 Populasi penelitian

Seluruh populasi rentan HIV/AIDS yang berada di lingkungan puskesmas kota Surabaya.

4.4.2 Sampel penelitian

a. Kriteria inklusi sampel

- 1) Populasi rentan HIV/AIDS yang berumur diatas 15 tahun
- 2) Berdomisil di kota Surabaya
- 3) Bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian

b. Kriteria eksklusi sampel

- 1) Kondisi populasi rentan HIV/AIDS yang tidak memungkinkan untuk dilakukan observasi (tidak sadarkan diri, menggunakan alat bantu pernafasan).
- 2) Tidak bersedia berpartisipasi dalam penelitian

4.4.3 Teknik pengambilan sampel

Teknik sampling yang digunakan adalah simple random sampling.

4.4.4 Besar Sampel

Besar sampel digunakan dengan uji korelasi untuk menganalisis hubungan antar variabel, melalui rumus:

$$n = \left[\frac{z_{\alpha} + z_{\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right]^2 + 3$$

$$n = \left[\frac{1,96 + 0,84}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+0,5}{1-0,5} \right)} \right]^2 + 3$$

$$n = \left[\frac{2,8}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1,5}{0,5} \right)} \right]^2 + 3$$

$$n = \left[\frac{2,8}{\frac{1}{2} \ln(3)} \right]^2 + 3$$

$$n = 67$$

Keterangan :

$z \frac{1}{2} \alpha$ = adjusted standart deviation untuk α

uji dua arah $z \beta$ = adjusted standart
deviation untuk β

r = Koefisien korelasi antara variabel yang
diharapkan Ln = Fungsi logaritma “ln”

4.5 Variabel Penelitian

4.5.1 Variabel Terikat : Status periodontal

4.5.2 Variabel Bebas : Perilaku kebersihan rongga mulut (*oral hygiene*), perilaku seksual, jenis kelamin, usia, pekerjaan, penghasilan, suku, status perkawinan, pendidikan.

4.6 Definisi Operasional

Tabel 4. 1 Definisi operasional variable penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat	Skala Data	Kriteria
1	Status Periodontal	Keadaan periodontal yang diamati melalui 3 kondisi yaitu: 1. Pendarahan gingiva adalah ada atau tidaknya	<i>Probe</i>	Ordinal	Skor Pendarahan Gingiva - Skor 0 = tidak adanya Konisi perdarahan

		<p>perdarahan saat probe dilewatkan pada sulcus gingiva.</p> <p>2. Pocket periodontal adalah kedalaman gingiva saat di probe.</p> <p>3. Perlekatan gingiva atau Attach gingiva saat dilakukan probing, jika terlihat kedalaman CEJ-dasar sulkus maka dikatakan kehilangan perlekatan.</p>			<p>perdarahan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skor 1 = terdapat pocket 4-5mm - Skor 2 = terdapat pocket 6mm atau lebih - Skor 9 = gigi dilakukan pengecualian - Skor X = gigi tidak ada. <p>Skor Loss of Attachment</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skor 0 = kehilangan perlekatan 0-3mm - Skor 1 = kehilangan perlekatan 4-5mm. - Skor 2 = kehilangan perlekatan 6-8mm. - Skor 3 = kehilangan perlekatan 9-11 mm - Skor 4 = kehilangan perlekatan 12 mm atau lebih - Skor X = Tidak termasuk sextant -Skor 9 = tidak tercatat
2	Perilaku Menjaga Kesehatan Gigi dan Mulut	Perilaku untuk menjaga kesehatan gigi dan mulut yang dilakukan seorang individu yang dalam penelitian ini adalah pengidap HIV/AIDS. Perilaku	Kuesioner	Interval	Kusioner tentang perilaku kebersihan menjaga gigi dan mulut pada populasi

		gaya hidup ini yaitu menjaga kebersihan rongga mulut.			rentan HIV/AIDS.
3	<i>Oral Hygiene</i>	Pengukuran kebersihan gigi dan mulut dan untuk menilai adanya kelainan pada rongga mulut dengan menggunakan OHI-S	OHI-S (<i>Oral Hygiene Index dan Simplifie</i>)	Ordinal	- Baik (good) = apabila nilai berada di antara 0,0-1,2. - Sedang (fair) = apabila nilai berada diantara 1,3-3,0. -Buruk (poor) = apabila nilai berada diantara 3,1-6,0.
	Pengetahuan Seksual	Pengetahuan Seksual populasi rentan HIV/AIDS terhadap perilaku terkait seksual yang berpengaruh pada status periodontal populasi rentan HIV/AIDS.	Kuesioner	Ordinal	Kusioner tentang pengetahuan mengenai seksual pada populasi rentan HIV/AIDS.
5	Sikap Seksual	Sikap Seksual populasi rentan HIV/AIDS terkait dengan perilaku seksual yang berpengaruh pada status periodontal populasi rentan HIV/AIDS.	Kuesioner	Ordinal	Kusioner tentang sikap terkait dengan seksual pada populasi rentan HIV/AIDS.
6	Tindakan Seksual	Tindakan seksual populasi rentan HIV/AIDS terkait dengan perilaku seksual yang berpengaruh pada status periodontal populasi rentan HIV/AIDS.	Kuesioner	Ordinal	Kusioner tentang tindakan terkait dengan seksual pada populasi rentan HIV/AIDS.
7	Perilaku Seksual	Perilaku seksual adalah hubungan	Kuesioner	Ordinal	Kusioner tentang

		seksual yang dilakukan untuk memuaskan suatu hasrat individu. seseorang populasi rentan HIV/AIDS yang dilihat dengan cara mengisi kuesioner untuk melihat seberapa tingkat keparahan penyakit periodontal dan resiko terkena HIV/AIDS pada seseorang yang sering melakukan hubungan seksual.			tindakan terkait dengan seksual pada populasi rentan HIV/AIDS.
		individu tersebut menanggapi adanya perilaku seksual, apakah perasaan orang tersebut menanggapi perilaku seksual.			
8	Populasi rentan HIV/AIDS	Populasi rentan HIV/AIDS adalah populasi yang rentan terkena virus HIV/AIDS.	Kuesioner		Populasi berkriteria waria dan LGBT (suka sesama jenis)

4.7 Instrumen Penelitian

4.7.1 *Form* kuesioner untuk mengetahui data responden yang berisi: nama, usia, pendidikan, pekerjaan, suku, penghasilan, status perkawinan.

4.7.2 *Form* kuesioner perilaku menjaga kebersihan mulut

4.7.3 *Form* kuesioner perilaku seksual

4.7.4 *Form* OHI-S *inde* dan *form* status periodontal

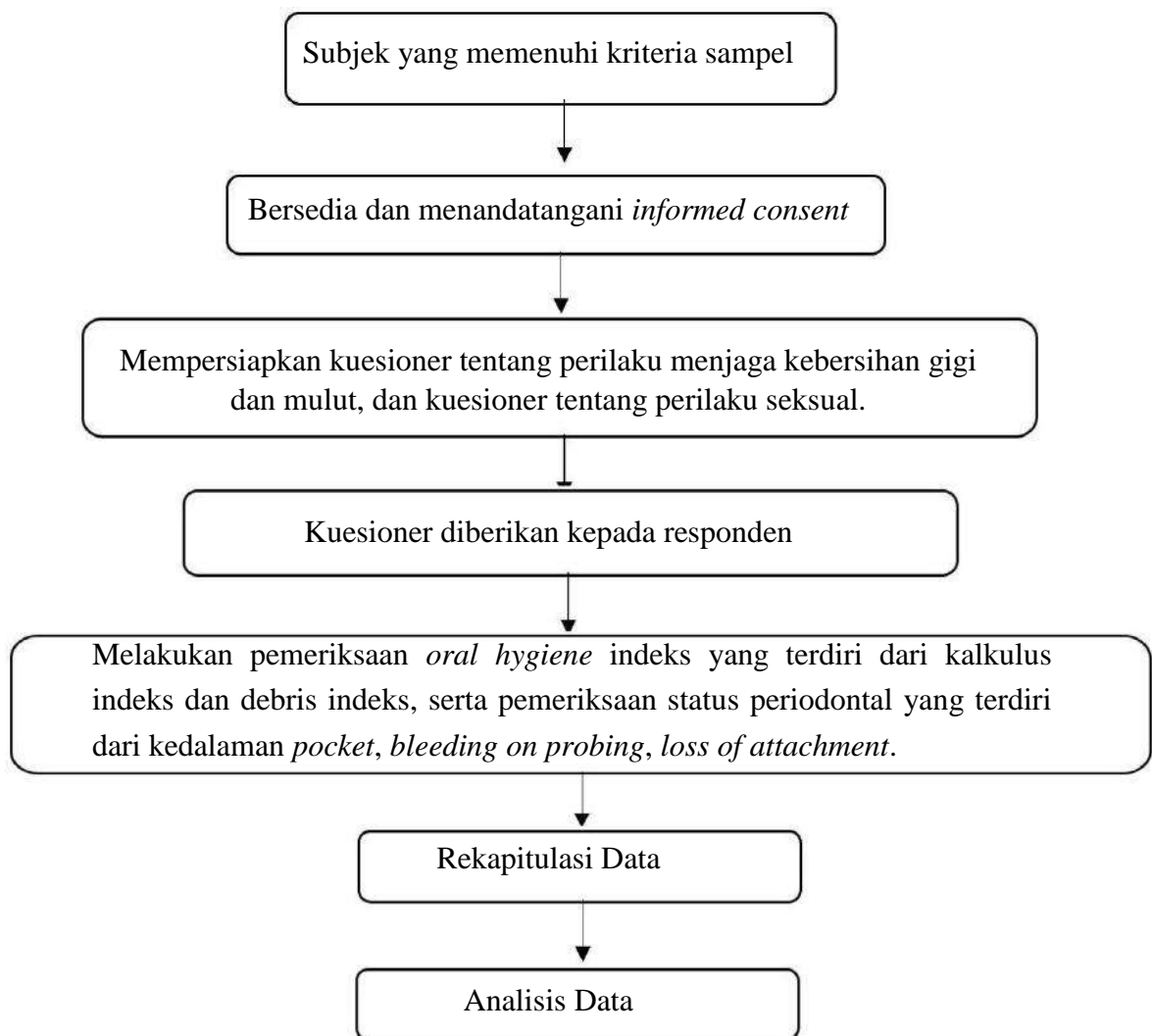
4.8 Alat dan bahan

4.8.1 Alat : Masker, sarung tangan, kaca mulut, sonde, *probe*, *headlamp*, nierbekken, lembar pengumpul data, vkertas dan alat tulis

4.8.2 Informasi penelitian, *Informed consent*.

4.9 Prosedur Penelitian

4.9.1 Kerangka prosedur penelitian



Gambar 4.2 Kerangka prosedur penelitian.

4.9.2 Penjelasan prosedur penelitian

- a. Menjelaskan maksud dan tujuan penelitian.

- b. Menanyakan kesediaan pengidap untuk menjadi subjek penelitian.
- c. Pengidap diminta untuk menandatangani *informed consent*, bila pengidap bersedia.
- d. Pengidap diwawancarai dengan bantuan lembar pengumpul data untuk mendapatkan informasi mengenai data pribadi dan perilaku menjaga kebersihan rongga mulut pengidap.
- e. Pengidap dipersilahkan untuk duduk nyaman.
- f. Debris dan kalkulus diperiksa pada 6 gigi yaitu gigi 11, 16, 26, 31, 36, 46 dengan menggunakan sonde dan kaca mulut.
- g. Sedikit saliva pengidap diambil, untuk di cek CD4 yang terkandung di dalam saliva tersebut.
- h. Pengolahan dan analisis data yang sudah diperoleh.

4.10 Manajemen dan Analisis Data

Manajemen data meliputi penomoran, *editing*, *coding*, *coring*, pemrosesan data (*data entry*, dan *cleaning*) dan tabulasi 1). Pengolahan data.

Data yang telah diperoleh dari kegiatan penelitian, proses selanjutnya yaitu dilakukan pengolahan data melalui *editing*, *coding*, *scoring*, *data entry*, *cleaning* dan *tabulasi* menggunakan program *excel microsoft office*, dilanjutkan dengan program SPSS.

4.11 Etika Penelitian

Semua penelitian yang melibatkan manusia harus dilakukan dengan tiga prinsip mendasar, yakni penghormatan terhadap manusia, kebaikan dan keadilan. Etika penelitian minimal mempunyai dua etik pertimbangan mendasar, yakni:

- 1) Penghormatan terhadap otonomi, yaitu mengharuskan mereka untuk mampu mempertimbangkan mengenai pilihan pribadi mereka agar diperlakukan dengan hormat untuk menentukan kemampuannya menentukan nasib sendiri.
- 2) Penghormatan terhadap otonomi yang cacat atau berkurang yang rentan terhadap kerugian atau penyalahgunaan (*World Health Organization, 1993*).

BAB 5**HASIL PENELITIAN****5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian**

Kota Surabaya merupakan ibu kota Provinsi Jawa Timur, Indonesia. Secara geografis Surabaya, terletak di $9^{\circ} - 7^{\circ} 7^{\circ}$ Lintang Selatan dan $112^{\circ} 36' - 112^{\circ} 57'$ Bujur Timur. Secara administratif, Surabaya dibagi menjadi 160 desa atau kelurahan dan 31 kecamatan. Surabaya memiliki dataran yang sangat lebar dengan luas wilayah kurang lebih 33.306,30 Ha. Surabaya terletak di tepi pantai utara provinsi Jawa Timur. Wilayahnya berbatasan dengan selat Madura di Utara dan Timur, kabupaten Gresik di Barat, dan Kabupaten Sidoarjo di Selatan. Surabaya berada pada dataran rendah, ketinggian antara 3-6 m di atas permukaan laut kecuali di bagian Selatan terdapat 2 bukit landai yaitu daerah Lidah dan Gayungan yang ketinggiannya antara 25-50 m di atas permukaan laut dan di bagian barat sedikit bergelombang.

Jumlah penduduk kota Surabaya tahun 2016 adalah 2.962.406 jiwa yang meliputi jumlah penduduk laki-laki 1.414.025 jiwa dan jumlah penduduk perempuan 1.449.391 jiwa dengan rasio jenis kelamin 97,63 dengan kepadatan penduduk 9.770 jiwa/km². Luas wilayah seluas 333,063 km², maka kepadatan penduduk Kota Surabaya adalah sebesar 8.462 jiwa per km³.

Data kependudukan tidak lepas dengan data pendidikan, kondisi pendidikan merupakan salah satu pengukur yang kerap dijadikan suatu pertimbangan dalam mengukur tingkat pembangunan di suatu negara. Pengetahuan, tingkat pendidikan sangat berpengaruh pada perubahan perilaku kesehatan suatu masyarakat atau penduduk. Pengetahuan yang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan merupakan

salah satu faktor pencetus yang berperan dalam mempengaruhi keputusan seseorang atau masyarakat untuk berperilaku hidup sehat.

Dinas kesehatan sesuai dengan peraturan Walikota Surabaya Nomor 42 tahun 2011 tentang Rincian Tugas dan Fungsi Dinas Kesehatan Kota Surabaya mempunyai tugas yaitu melaksanakan urusan pemerintahan daerah berdasarkan azas otonomi dan tugas pembantuan di bidang kesehatan. Puskesmas yang ada di Kota Surabaya adalah 63 Puskesmas, yaitu 21 dengan pelayanan rawat inap dan 42 Puskesmas rawat jalan. Adapun beberapa puskesmas tersebut yaitu Puskesmas Sememi, Puskesmas Kedung Doro, Puskemas Dukuh Kupan, Puskesmas Putat Jaya, Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Dupak, dan Puskemas Mulyorejo.

Kasus AIDS di Kota Surabaya sebanyak 296 orang dengan rincian penderita laki-laki 217 orang dan penderita perempuan 79 orang. Jumlah kematian akibat AIDS di kota Surabaya ada 42 orang. Upaya pelayanan kesehatan dalam rangka penanggulangan penyakit HIV/AIDS dan IMS ditujukan pada upaya pencegahan melalui penemuan penderita secara dini melalui klinik VCT pada kasus HIV/AIDS dan penanganan penderita yang ditemukan.

5.2 Hasil Analisis Deskriptif

5.2.1 Karakteristik responden berdasarkan kelompok usia

Tabel 5.1 di bawah ini memberikan informasi bahwa responden penelitian didominasi oleh mereka yang berusia 25-35 tahun.

Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan usia

Kelompok Usia	Jumlah	Persentase
Usia <25 Tahun	15	22.4
Usia 25-35 Tahun	31	46.3
Usia 36-45 Tahun	14	20.9
Usia >46 Tahun	7	10.4
Total	67	100.0

5.2.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin

Distribusi responden yang terdapat pada tabel 5.2 di bawah ini menunjukkan bahwa, responden populasi rentan HIV/AIDS yang ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian ini jumlahnya lebih banyak pada laki-laki dibandingkan perempuan. Responden laki-laki sebesar 80.6% dan perempuan sebesar 19.4% dari total 67 responden.

Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin

Kelompok Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
Perempuan	13	19.4
Laki-laki	54	80.6
Total	67	100.0

5.2.3 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan

Distribusi responden yang terdapat pada tabel 5.3, menunjukkan bahwa responden yang mengikuti penelitian ini ada yang bekerja sebagai wiraswasta, Swasta, lain-lain, dan ada juga yang masih mahasiswa. Responden yang bekerja sebagai Swasta berjumlah 37 yang berarti banyak pegawai Swasta yang mengikuti penelitian ini dibandingkan yang lainnya.

Tabel 5.3 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan

Kelompok Pekerjaan	Jumlah	Persentase
Wiraswasta	15	22.4
Swasta	37	55.2
Mahasiswa	8	11.9
Lain-Lain	7	10.4
Total	67	100.0

5.2.4 Distribusi responden berdasarkan penghasilan

Distribusi responden yang terdapat pada tabel 5.4 setelah halaman ini menunjukkan bahwa responden yang berpenghasilan lebih dari 2.000.000 dan berpenghasilan 1.000.000-2.000.000 lebih banyak mengikuti penelitian ini.

Responden yang berpenghasilan lebih dari 2.000.000 yaitu sekitar 44,8% dan responden yang berpenghasilan 1.000.000-2.000.000 sekitar 38,8%.

Tabel 5.4 Distribusi responden berdasarkan penghasilan

Kelompok Penghasilan	Jumlah	Persentase
< 1.000.000	9	13,4
1.000.000-2.000.000	26	38,8
>2.000.000	30	44,8
Tidak Berpenghasilan	2	3,0
Total	67	100,0

5.2.5 Distribusi responden berdasarkan suku

Distribusi responden yang terdapat pada tabel 5.5 di bawah ini menunjukkan distribusi responden berdasarkan asal suku. Dilihat pada tabel bahwa terdapat berbagai macam suku dari responden yang mengikuti penelitian ini, seperti suku Jawa, Madura, dan lainnya. Suku terbanyak yang mengikuti penelitian ini adalah suku Jawa.

Tabel 5.5 Distribusi responden berdasarkan suku

Kelompok Suku	Jumlah	Persentase
Jawa	57	85,1
Madura	6	9,0
Lain-Lain	4	6,0
Total	67	100,0

5.2.6 Distribusi responden berdasarkan status pernikahan

Distribusi responden yang terdapat pada tabel 5.6 di bawah ini menunjukkan distribusi responden berdasarkan status pernikahan. Responden yang belum menikah jauh lebih banyak mengikuti penelitian ini yaitu sejumlah 49.3% dibanding dengan yang sudah menikah, dan tidak menikah.

Tabel 5.6 Distribusi responden berdasarkan status pernikahan

Kelompok Status Pernikahan	Jumlah	Persentase
Tidak Menikah	14	20,9
Sudah Menikah	20	29,9
Belum Menikah	33	49,3
Total	67	100,0

5.2.7 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan

Distribusi responden yang terdapat pada tabel 5.7 di bawah ini menunjukkan responden berdasarkan tingkat pendidikan individu responden yaitu SMA, SMP, SD, dan perguruan tinggi. Berdasarkan data yang ada tingkat pendidikan terakhir responden yang mengikuti penelitian ini tertinggi adalah pada tingkat SMA yaitu sekitar 53,7%.

Tabel 5.7 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan

Kelompok Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase
SMA	36	53,7
SMP	6	9,0
SD	6	9,0
Perguruan Tinggi (PT)	19	28,4
Total	67	100,0

5.2.8 Distribusi *debris index*, *calculus index*, dan *OHI-s* berdasarkan kelompok usia

Tabel 5.8 Rata-rata *debris index*, *calculus index*, dan *OHI-s* berdasarkan usia

Variabel	Rata-Rata				
		<i>Debris Index</i>	<i>Calculus Index</i>	<i>OHI-S</i>	p
Usia	Remaja Akhir	0,87±0,799	0,78±0,343	1,65±1,039	0,953
	Dewasa Awal	0,71±0,720	0,73±0,538	1,44±1,136	
	Dewasa Akhir	0,78±0,728	0,61±0,462	1,39±1,003	
	Lansia Awal	0,59±0,767	0,65±0,492	1,59±1,031	

Pada tabel 5.8 di atas didapatkan rata-rata debris index, calculus Index, serta Ohi-s. pada berbagai kelompok usia. Kelompok yang memiliki rata-rata debris, calculus, dan *Oral Hygiene* tertinggi adalah pada usia remaja akhir, meskipun rata-rata hampir sama dengan usia dewasa awal dan dewasa akhir. Pada usia Remaja akhir didapatkan rata-rata tertinggi pada *Oral hygiene* karena diusia remaja, masih banyak remaja yang tidak memperdulikan pentingnya menjaga kesehatan rongga mulut dan belum mengerti tentang dampak yang akan terjadi kedepannya.

5.2.9 Distribusi *debris index*, *calculus index*, dan *OHI-s* menurut jenis kelamin

Tabel 5.9 Rata-rata debris index, calculus index, dan OHI-s menurut jenis kelamin

		<i>Debris Index</i>	<i>Calculus Index</i>	<i>OHI-S</i>	p
Jenis Kelamin	Perempuan	0.60±0.332	0.82±0.315	1.42±0.482	0.852
	Laki-laki	0.78±0.786	0.66±0.496	1.50±1.134	

Pada tabel 5.9 di atas menunjukkan rata-rata *debris index*, *calculus index*, serta OHI-S menurut jenis kelamin. Jenis kelamin laki-laki untuk skor *debris index*, *calculus index*, *OHIS* memiliki nilai rata-rata lebih tinggi daripada perempuan, dan didapatkan nilai ($p > 0,05$) yang berarti tidak terdapat perbedaan yang signifikan.

5.2.10 Distribusi *debris index*, *calculus index*, dan *OHI-s* berdasar status pekerjaan

Tabel 5.10 Rata-rata *debris index*, *calculus index*, dan *OHI-s* menurut jenis kelamin

Status pekerjaan	Debris Index	Calculus Index	OHI-S	p
Wiraswasta	0,47±0,452	0,80±0,345	1,39±0,635	p=0,079
Swasta	0,77±0,745	0,63±0,536	1,41±1,149	
Mahasiswa	2,30±0	1,16±0	3,46±0	
Lain-lain	1,09±0,840	0,53±0,490	1,62±1,325	

Pada tabel 5.10 di atas menunjukkan data rata-rata *debris index*, *calculus index*, dan *OHI-S*. berdasarkan status pekerjaan yang ada seperti wiraswasta, swasta, mahasiswa, serta lainnya seperti PSK, *driver* ojek *online*, dan ibu rumah tangga. Nilai rata-rata tertinggi terdapat pada responden yang berstatus mahasiswa, meskipun nilainya hampir sama dengan pekerjaan swasta dan lain-lain.

5.2.11 Distribusi *debris index*, *calculus index*, dan *OHI-s* menurut penghasilan

Tabel 5.11 Rata-rata nilai skor *debris index*, *calculus index*, dan *OHI-S* menurut penghasilan

Variabel	Rata-rata			
		<i>Debris Index</i>	<i>Calculus Index</i>	<i>OHI-S</i>
Penghasilan	<1.000.000	0,82±0,899	0,59±0,552	1,41±1,216
	1.000.000-2.000.000	0,54±0,548	0,62±0,380	1,29±0,806
	2.000.000	0,87±0,777	0,77±0,508	1,64±1,143

Pada tabel 5.11 di atas menunjukkan data rata-rata *debris index*, *calculus index*, dan *OHI-S*, menurut penghasilan responden penelitian, hasil tersebut menunjukkan nilai rata-rata tertinggi terdapat pada penghasilan diatas 2.000.000, dan juga hampir memiliki nilai rata-rata yang sama dengan gaji responden dibawah 1.000.000.

5.2.12 Distribusi nilai skor *debris index*, *calculus index*, dan *OHI-S* berdasar status pernikahan

Tabel 5.12 Distribusi nilai skor *debris index*, *calculus index*, dan *OHI-S* berdasar status pernikahan

Variabel		Rata-rata			<i>p</i>
		<i>Debris Index</i>	<i>Calculus Index</i>	<i>OHI-S</i>	
Status Pernikahan	Tidak Menikah	0,58±0,597	0,59±0,429	1,34±0,823	0,99
	Sudah Menikah	0,71±0,760	0,79±0,546	1,50±1,174	
	Belum Menikah	0,91±0,774	0,67±0,420	1,58±1,080	

Pada tabel 5.12 di atas menunjukkan nilai rata-rata *debris index*, *calculus index*, dan *OHI-S* status berdasar pernikahan responden penelitian, nilai rata-rata tertinggi yaitu pada responden yang belum menikah.

5.2.13 Distribusi nilai skor *debris index*, *calculus index*, dan *OHI-S* berdasar status atau tingkat pendidikan

Tabel 5.13 Distribusi nilai skor *debris index*, *calculus index*, dan *OHI-S* berdasar status pendidikan

Variabel		Rata-rata			<i>p</i>
		<i>Debris Index</i>	<i>Calculus Index</i>	<i>OHI-S</i>	
Tingkat Pendidikan	SMA	0,73±0,732	1,70±0,368	1,52±0,949	0,99
	SMP	0,29±0,479	1,40±0,334	0,69±0,281	
	SD	0,80±0,860	1,71±0,577	1,51±1,288	
	Perguruan Tinggi	0,94±0,686	1,79±0,638	1,73±1,198	

Pada tabel 5.13 di atas menunjukkan nilai rata-rata *debris index*, *calculus index*, dan *OHI-S* menurut tingkat pendidikan responden penelitian yaitu SMA, SMP, SD, dan perguruan tinggi. Data di atas menunjukkan rata-rata nilai tertinggi *debris index*, dan *calculus index* tertinggi pada tingkat

pendidikan perguruan tinggi dan SMA hampir memiliki rata-rata tertinggi untuk skor *debris index*, *calculus index*, dan *OHI-S*.

5.2.14 Distribusi nilai rata-rata BOP, total *pocket*, dan kehilangan perlekatan menurut kelompok usia

Tabel 5.14 Distribusi nilai rata-rata BOP, total *pocket*, dan kehilangan perlekatan menurut kelompok usia

Variabel	Rata-rata				
		BOP	Total <i>Pocket</i>	Kehilangan Perlekatan	p
Kelompok Usia	Remaja Akhir	5.00±4.123	3.85±5.785	0.00±0.000	0.54
	Dewasa Awal	3.46±4.373	2.80±6.438	0.00±0.000	
	Dewasa Akhir	5.50±5.196	3.41±3.824	0.50±1.446	
	Lansia Awal	9.20±6.496	2.20±2.490	00.±1.446	

Pada tabel 5.14 di atas menunjukkan rata-rata BOP, total *pocket*, dan kehilangan perlekatan, menurut kelompok usia. Rata-rata tertinggi responden yang terdapat BOP tertinggi yaitu pada lansia awal, sedangkan total *pocket* terbanyak pada dewasa akhir, dan yang mengalami kehilangan perlekatan terbanyak pada usia dewasa akhir.

5.2.15 Distribusi nilai rata-rata BOP, *pocket*, dan kehilangan perlekatan menurut jenis kelamin

Tabel 5.15 Distribusi nilai rata-rata BOP, *pocket*, dan kehilangan perlekatan menurut jenis kelamin

Variabel	Rata-rata			
		BOP	<i>Pocket</i>	Kehilangan Perlekatan
Seks	Perempuan	2.12±2.232	3.12±3.758	0.87±1.726
	Laki-laki	5.87±5.283	3.09±5.412	0.03±0.179

Pada tabel 5.15 di atas menunjukkan rata-rata BOP, total *pocket*, dan kehilangan perlekatan berdasarkan jenis kelamin responden. Rata-rata tertinggi responden yang memiliki BOP tertinggi yaitu pada laki-laki, sedangkan total

pocket terbanyak pada perempuan, dan yang mengalami kehilangan perlekatan terbanyak pada jenis kelamin perempuan dibandingkan laki-laki.

5.2.16 Rata-rata BOP, total *pocket*, dan kehilangan perlekatan menurut status pekerjaan

Tabel 5.16 Rata-rata BOP, total *pocket*, dan kehilangan perlekatan menurut status pekerjaan

Variabel		Rata-rata		
		BOP	<i>Pocket</i>	Kehilangan Perlekatan
Pekerjaan	Wiraswasta	4.28±3.770	3.35±4.765	0.50±1.344
	Lain-lain	6.80±6.418	7.40±9.685	0.20±0.447
	Swasta	4.84±5.398	1.84±3.184	0.00±0.000
	Mahasiswa	13.0±0	2.00±0	0.00±0

Pada tabel 5.16 di atas menunjukkan rata-rata BOP, total *pocket*, dan kehilangan perlekatan, menurut status pekerjaan. Rata-rata tertinggi menurut pekerjaan responden yang terdapat BOP tertinggi yaitu pada pekerjaan lain-lain seperti PSK, *driver* ojek *online*, ibu rumah tangga, sedangkan total *pocket* terbanyak pekerjaan lain-lain seperti PSK, *driver* ojek *online*, ibu rumah tangga, dan yang mengalami kehilangan perlekatan terbanyak pada pekerja wiraswasta.

5.2.17 Distribusi nilai rata-rata BOP, *pocket*, dan kehilangan perlekatan menurut tingkat penghasilan

Tabel 5.17 Distribusi nilai rata-rata BOP, total *pocket*, dan kehilangan perlekatan menurut tingkat penghasilan

Variabel		Rata-Rata		
		BOP	<i>Pocket</i>	Kehilangan Perlekatan
Penghasilan	<1.000.000	3.20±5.540	1.80±2.490	0.00±0.000
	1.000.000-2.000.000	5.35±5.271	1.92±3.050	0.14±0.363
	2.000.000	5.40±4.903	4.25±6.398	0.30±1.128

Pada tabel 5.17 di atas menunjukkan rata-rata BOP, total *pocket*, dan kehilangan perlekatan menurut penghasilan responden, rata-rata BOP tertinggi yaitu pada penghasilan responden 1.000-2.000.000 dan diatas 2.000.0000, sedangkan total *pocket* terbanyak pada responden yang berpenghasilan > 2.000.000 dan yang mengalami kehilangan perlekatan terbanyak pada responden yang berpenghasilan lebih dari 2.000.000.

5.2.18 Distribusi nilai rata-rata BOP, *pocket* 4-5mm, *pocket* (>6mm), total *pocket*, dan kehilangan perlekatan menurut status pernikahan

Tabel 5.18 Distribusi nilai rata-rata BOP, *pocket* 4-5mm, *pocket* (>6mm), total *pocket*, dan kehilangan perlekatan menurut status pernikahan.

Variabel	Rata-rata			
		BOP	<i>Pocket</i>	Kehilangan Perlekatan
Status Pernikahan	Belum Menikah	3.936±4.072	5.19±7.654	0.44±1.247
	Sudah Menikah	3.55±3.379	4.65±7.541	0.150±0.366

Pada tabel 5.18 di atas menunjukkan rata-rata BOP, total *pocket*, dan kehilangan perlekatan menurut status pernikahan responden. Rata-rata BOP tertinggi yaitu pada responden yang tidak menikah, sedangkan total *pocket* terbanyak pada responden yang belum menikah, dan yang mengalami kehilangan perlekatan terbanyak pada responden yang belum menikah.

5.2.19 Distribusi nilai rata-rata BOP, total *pocket*, dan kehilangan perlekatan menurut tingkat pendidikan

Tabel 5.19 Distribusi nilai rata-rata BOP, *pocket*, dan kehilangan perlekatan menurut tingkat pendidikan

Variabel	Rata-rata			
		BOP	<i>Pocket</i>	Kehilangan Perlekatan
Tingkat Pendidikan	SMA	5.55±4.582	3.15±4.404	0.40±1.142
	SMP	6.00±5.354	1.50±1.732	0.00±0.000
	SD	3.33±4.366	6.66±9.437	0.00±0.000
	PT	4.88±6.660	1.33±2.236	0.00±0.000

Pada tabel 5.19 di atas menunjukkan rata-rata BOP, total *pocket*, dan kehilangan perlekatan menurut tingkat pendidikan responden. Rata-rata BOP tertinggi yaitu pada responden yang memiliki tingkat pendidikan akhir SMP, sedangkan total *pocket* terbanyak pada responden yang tingkat pendidikan SD, dan yang mengalami kehilangan perlekatan terbanyak pada responden yang tingkat pendidikan akhir SMA.

5.2.20 Distribusi perilaku seksual pada responden rentan HIV AIDS

Nilai rata-rata mengenai perilaku seksual responden sebesar 91 dan simpangan baku sebesar 8,66. Kondisi ini menunjukkan mereka mempunyai skor perilaku seksual yang baik. Nilai terendah sebesar 62 dan nilai tertinggi 108.

5.3 Hasil Analisis Analitik

5.3.1 Hasil uji korelasi antara OHI-S dengan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut

Tabel 5.20 Hasil uji korelasi antara OHI-S dengan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut

	Std. Deviation		OHI-S	
	OHI	Pengetahuan KesGiLut	R (koefisien Korelasi)	Signifikansi p
Pengetahuan Kesehatan Gigi dan Mulut	1.90± 43.417	43.41± 7.359	-0.285	0.019

Pada tabel 5.20 didapatkan hubungan antara pengetahuan kesehatan gigi dan mulut dengan OHI-S memiliki korelasi dengan signifikansi $p < 0.05$ yang artinya berkorelasi signifikan. Koefisien relasi pada OHI-S yaitu $r = 0.396$ artinya memiliki korelasi yang cukup.

5.3.2 Hasil uji korelasi antara OHI-S dengan sikap kesehatan gigi dan mulut

Tabel 5.21 Uji korelasi antara OHI-S dengan sikap kesehatan gigi dan mulut

	Std. Deviation		OHI-S	
	OHI	Sikap KesGiLut	R (koefisien Korelasi)	Signifikansi p
Sikap Kesehatan Gigi dan Mulut	1.90± 1.167	28.79± 4.825	-0.274	0.025

Pada tabel 5.21 didapatkan hubungan antara sikap kesehatan gigi dan mulut dengan OHI-S memiliki korelasi dengan signifikansi $p < 0.05$ yang artinya tidak berkorelasi signifikan. Koefisien relasi pada OHI-S yaitu $r = -0.294$ artinya memiliki korelasi yang cukup .

5.3.3 Hasil uji korelasi antara OHI-S dengan tindakan kesehatan gigi dan mulut

Tabel 5.22 Uji korelasi antara OHI-S dengan tindakan kesehatan gigi dan mulut

	Std. Deviation		OHI-S	
	OHI	Pengetahuan KesGiLut	R (koefisien Korelasi)	Signifikansi p
Tindakan Kesehatan Gigi dan Mulut	1.90± 1.167	38.16± 6.614	-0.258	0.035

Pada tabel 5.22 didapatkan hubungan antara tindakan kesehatan gigi dan mulut dengan OHI-S memiliki korelasi dengan signifikansi $p < 0.05$ yang artinya berkorelasi signifikan. Koefisien relasi pada OHI-S yaitu $r = -0.425$ artinya memiliki korelasi yang cukup .

5.3.4 Hasil uji korelasi antara OHI-S dengan tindakan kesehatan gigi dan mulut

Tabel 5.23 Uji korelasi antara OHI-S dengan tindakan kesehatan gigi dan mulut

	Std. Deviation		OHI-S	
	OHI	Pengetahuan KesGiLut	R (koefisien Korelasi)	Signifikansi p

Perilaku Kesehatan Gigi dan Mulut	1.90±	135.73±	-0.287	0.019
	1.167	18.811		

Pada tabel 5.23 didapatkan hubungan antara perilaku kesehatan gigi dan mulut dengan OHI-S memiliki korelasi dengan signifikansi $p < 0.05$ yang artinya berkorelasi signifikan. Koefisien relasi pada OHI-S yaitu $r = -0.287$ artinya memiliki korelasi yang cukup .

5.3.5 Hasil uji korelasi antara OHI-S dengan perilaku seksual

Tabel 5.24 Uji korelasi antara OHI-S dengan perilaku seksual

	Std. Deviation		OHI-S	
	OHI	Perilaku Seksual	R (koefisien Korelasi)	Signifikansi p
Perilaku Seksual	1,90± 1,167	90,70± 10,456	-0,253	0,039

Pada tabel 5.24 didapatkan hubungan antara perilaku seksual dengan OHI-S memiliki korelasi dengan signifikansi $p < 0.05$ yang artinya berkorelasi signifikan. Koefisien relasi pada OHI-S yaitu $r = -0.253$ artinya memiliki korelasi yang cukup .

5.3.6 Hasil uji korelasi antara status periodontal dengan perilaku kesehatan gigi dan mulut

Tabel 5.25 Uji korelasi antara status periodontal dengan perilaku kesehatan gigi

Variabel	Rerata ± S.D								
	BOP	R	Signifikansi p	Pocket	R	Signifikansi p	Perlekatan	R	Signifikansi p
Perilaku Kesehatan Gigi dan Mulut	3.82 ± 3.857	-0.268	0.028	5.03 ± 7.567	-0,272	0.026	0.35 ± 1.068	-0.112	0.368

Pada tabel 5.25 didapatkan hubungan antara perilaku kesehatan gigi dan mulut dengan status periodontal BOP memiliki korelasi dengan signifikansi $p < 0.05$ yang artinya berkorelasi signifikan. Koefisien korelasi pada BOP yaitu $r = -0.268$ artinya memiliki korelasi. Pada poket memiliki koefisien korelasi dengan signifikansi $p < 0,05$ yang artinya tidak berkorelasi signifikan. Koefisien korelasi pada = -0.272 dan pada kehilangan perlekatan memiliki korelasi dengan signifikansi $p > 0,05$ yang artinya tidak berkorelasi signifikan. koefisien korelasi $r = -0.112$.

5.3.7 Hasil uji korelasi antara status periodontal dan pengetahuan seksual

Tabel 5.26 Hasil uji korelasi antara status periodontal dengan pengetahuan seksual

Variabel	Rerata ± S.D								
	BOP	R	Signifikansi p	Pocket	R	Signifikansi p	Perlekatan	R	Signifikansi p
Pengetahuan Seksual	3.82 ± 3.857	-0.324	0.038	5.03 ± 7.567	-0,248	0.043	0.35 ± 1.068	0.177	0.153

Pada tabel 5.26 didapatkan hubungan antara pengetahuan seksual dengan status periodontal BOP memiliki korelasi dengan signifikansi $p < 0.05$ yang artinya berkorelasi signifikan. Koefisien relasi pada BOP yaitu $r = -0.324$ artinya memiliki korelasi. Pada *pocket* memiliki koefisien korelasi dengan signifikansi $p < 0,05$ yang artinya berkorelasi signifikan. Koefisien relasi pada *pocket* = -0.248 . Pengamatan pada variabel kehilangan perlekatan memiliki korelasi dengan signifikansi $p < 0,05$ yang artinya berkorelasi signifikan. koefisien korelasi $r = 0.177$

5.3.8 Hasil uji korelasi antara status periodontal dengan sikap seksual

Tabel 5.27 Hasil uji korelasi antara status periodontal dengan sikap seksual

Variabel	Rerata ± S.D								
	BOP	R	Signifikansi p	Pocket	R	Signifikansi p	Perlekatan	R	Signifikansi p
Sikap Seksual	3.82 ± 3.857	-0.331	0.006	5.03 ± 7.567	-0,252	0.039	0.35 ± 1.068	0.183	0.265

Pada tabel 5.27 didapatkan hubungan antara sikap seksual dengan status periodontal BOP memiliki korelasi dengan signifikansi $p < 0.05$ yang artinya berkorelasi signifikan. Koefisien relasi pada BOP yaitu $r = -0.331$ artinya memiliki korelasi. Pada *pocket* memiliki koefisien korelasi dengan signifikansi $p < 0,05$ yang artinya berkorelasi signifikan. Koefisien relasi pada *pocket* = 0.252. Pengamatan pada variabel kehilangan perlekatan memiliki korelasi dengan signifikansi $p > 0,05$ yang artinya tidak berkorelasi signifikan. koefisien korelasi $r = -0.265$

5.3.9 Hasil uji korelasi antara status periodontal dengan tindakan seksual

Tabel 5.28 Hasil uji korelasi antara status periodontal dengan tindakan seksual

Variabel	Rerata ± S.D								
	BOP	R	Signifikansi p	Pocket	R	Signifikansi p	Perlekatan	R	Signifikansi p
Tindakan Seksual	3.82 ± 3.857	-0.254	0.038	5.03 ± 7.567	-0,258	0.035	0.35 ± 1.068	0.251	0.040

Pada tabel 5.28 didapatkan hubungan antara tindakan seksual dengan status periodontal BOP memiliki korelasi dengan signifikansi $p < 0.05$ yang artinya berkorelasi signifikan. Koefisien relasi pada BOP yaitu $r = -0.254$ artinya memiliki korelasi. Pada *pocket* memiliki koefisien korelasi dengan signifikansi $p < 0,05$ yang artinya berkorelasi signifikan. Koefisien relasi pada *pocket* = -0.258.

Pengamatan pada variabel kehilangan perlekatan memiliki korelasi dengan signifikansi $p < 0,05$ yang artinya berkorelasi signifikan. koefisien korelasi $r = -0.251$.

5.3.10 Hasil uji korelasi antara status periodontal dengan perilaku seksual

Tabel 5.29 Hasil uji korelasi antara status periodontal dengan perilaku seksual

Variabel	Rerata ± S.D								
	BOP	R	Signifikansi p	Pocket	R	Signifikansi p	Perlekatan	R	Signifikansi p
Perilaku Seksual	3.82 ± 3.857	-0.258	0.035	5.03 ± 7.567	-0,372	0.002	0.35 ± 1.068	-0.125	0.314

Pada tabel 5.29 didapatkan hubungan antara perilaku seksual dengan status periodontal BOP memiliki korelasi dengan signifikansi $p < 0.05$ yang artinya berkorelasi signifikan. Koefisien relasi pada BOP yaitu $r = -0.258$ artinya memiliki korelasi. Pada *pocket* memiliki koefisien korelasi dengan signifikansi $p < 0,05$ yang artinya berkorelasi signifikan. Koefisien relasi pada *pocket* = -0.372 . Pengamatan pada variabel kehilangan perlekatan memiliki korelasi dengan signifikansi $p < 0,05$ yang artinya berkorelasi signifikan. koefisien korelasi $r = -0.125$.

BAB 6

PEMBAHASAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini telah dilaksanakan di 6 puskesmas di wilayah kota Surabaya yang dipilih secara acak telah selesai dilakukan di beberapa puskesmas yang ada di kota Surabaya. Responden yang terlibat dalam penelitian ini adalah sebanyak 67 orang populasi rentan HIV/AIDS. Responden yang termasuk ke dalam kriteria sampel yaitu individu yang melakukan hubungan seksual dengan sesama jenis dan individu yang melakukan hubungan seksual melalui *oral sex*, serta individu yang rentan terhadap penularan HIV/AIDS. Karakteristik responden pada penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan, penghasilan, suku, status pernikahan, dan tingkat pendidikan terakhir, perilaku menjaga kesehatan gigi dan mulut (OHI-S), serta perilaku seksual pada populasi rentan HIV/AIDS.

Pada penelitian ini didapatkan hasil distribusi perilaku kesehatan menjaga kesehatan gigi dan mulut pasien tertinggi pada usia remaja akhir (25-35) hal ini mungkin terjadi karena perilaku kesehatan gigi dan mulut masih dianggap penting dan perlu dijaga untuk kesehatan serta penampilan seorang individu. Berdasarkan jenis kelamin terhadap perilaku menjaga kesehatan gigi dan mulut lebih cenderung pada responden perempuan yang memiliki perilaku menjaga kesehatan gigi dan mulut yang tinggi. Berdasarkan distribusi perilaku kesehatan dengan pekerjaan responden, rata-rata responden yang bekerja

sebagai swasta memiliki perilaku kesehatan gigi dan mulut yang baik. Meskipun tidak semua perilaku kesehatan gigi dan mulut mengacu pada pekerjaan. Pada hasil distribusi penghasilan responden dengan perilaku menjaga kesehatan gigi, pendapatan responden yang berjumlah (1.000.000-2.000.000) memiliki nilai tinggi untuk perilaku menjaga kesehatan gigi dan mulut, ini mungkin dikarenakan pendapatan yang tinggi juga berpengaruh pada seseorang melakukan perawatan kesehatan gigi dan mulut, tapi kembali lagi kepada prinsip seseorang tersebut (Notoatmodjo, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan data hubungan antara OHI-S dengan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut responden memiliki adanya hubungan yang signifikan karena $p < 0.05$ yang artinya berkorelasi signifikan. Sesuai dengan beberapa literature didapatkan bahwa pengetahuan tentang menjaga kesehatan gigi dan mulut yang baik berpengaruh juga pada keadaan rongga mulut individu tersebut, hal ini kemungkinan karena individu yang mengerti tentang pengetahuan dan informasi yang luas tentang menjaga kesehatan gigi dan mulut sehingga individu tersebut mengetahui juga cara menjaga kesehatan gigi dan mulutnya dengan baik juga. (Denloye, 2010).

Berdasarkan penelitian ini juga didapatkan bahwa responden berjenis kelamin laki-laki memiliki nilai rata-rata *debris index*, *calculus index*, dan *OHI-s* tinggi dibandingkan dengan responden berjenis kelamin perempuan, kemungkinan dapat disebabkan karena perempuan lebih memiliki kecenderungan untuk menjaga penampilannya termasuk kebersihan gigi dan mulutnya. Sedangkan pada responden berjenis kelamin laki-laki cenderung ada banyak faktor yang mempengaruhi, seperti kebiasaan merokok, berhubungan

seksual sesama jenis dengan *oral sex* yang sangat berpengaruh pada derajat kebersihan dan gigi dan mulut. Pada penelitian ini juga melihat distribusi OHI-S berdasarkan pekerjaan responden, didapatkan bahwa pekerjaan PSK, ibu rumah tangga, wiraswasta memiliki skor tinggi untuk OHI-S yang berarti memiliki *oral hygiene* yang tidak baik. Mungkin dikarenakan faktor perilaku seksual yang berganti-ganti dengan pasangannya dengan menggunakan *oral sex*, dan bisa dikarenakan karena kesadara dari diri sendiri yang malas untuk menjaga kesehatan gigi dan mulut dikarenakan sibuk bekerja. Nilai skor OHI-S jika dilihat dari penghasilan responden yaitu penghasilan diatas 2.000.000 lebih memiliki OHI-S yang buruk, ini kemungkinan karena memang dari responden itu sendiri yang malas untuk menjaga kesehatan gigi dan mulutnya padahal dilihat dari segi ekonomi responden tersebut mampu untuk memeriksakan dan menjaga kesehatan gigi dan mulut mereka. Dilihat dari tingkat pendidikan terakhir responden skor OHI-S yang buruk terdapat pada SD dan perguruan tinggi, hal ini mungkin terjadi karena pada responden yang tingkat pendidikan terakhir SD dan perguruan tinggi, responden kurang untuk mengetahui pengetahuan tentang pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut dan belum mengerti bahayanya jika kesehatan gigi dan mulut tidak dijaga dengan baik, dan respondent ahu tentang pentingnya menjaga kesehatan rongga mulut tetapi tidak pernah menerapkannya dalam kegiatan sehari-hari responden.

Berdasarkan penelitian hasil korelasi atau hubungan antara OHI-S dengan sikap kesehatan gigi dan mulut didapatkan hubungan yang signifikan yaitu $p < 0,05$ yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara sikap menjaga kesehatan gigi dan mulut dengan OHI-S responden, ini terjadi karena

seseorang individu meskipun dia mengetahui betapa pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut, dan juga bahaya dan resiko jika tidak menjaga kesehatan gigi dan mulut tapi jika kesadaran seseorang individu itu sendiri tidak ada dan merasa itu adalah hal yang belum penting maka sikap seseorang tersebut juga tidak ada hubungannya dengan OHI-S responden.

Berdasarkan hasil penelitian ini juga didapatkan hubungan OHI-S dengan tindakan responden untuk menjaga kesehatan gigi dan mulut yaitu memiliki hubungan yang signifikan yaitu ($p < 0,05$) yang berarti ada hubungan yang signifikan antara OHI-S dengan tindakan menjaga kesehatan gigi dan mulut responden. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yusuf (2012) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara perilaku kesehatan gigi masyarakat dengan tingkat kebersihan gigi dan mulut di Puskesmas Blang Bintang Aceh Besar. Hal ini terjadi disebabkan karena tingkat kesadaran penuh responden menyangkut gigi dan mulut yang berdampak langsung terhadap status kebersihan gigi dan mulutnya. Tindakan responden menentukan kebiasaan responden dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut sehari-hari. Semakin positif tindakan responden dalam menjaga kebersihan mulutnya maka status kebersihan mulutnya juga akan membaik, maka responden akan bisa mendapatkan OHI-S yang baik yaitu jarang ditemukan ada debris, dan plak pada gigi responden karena bakteri dan sisa-sisa makanan yang ada sudah hilang (Yusuf, 2012).

Pada hasil didapatkan hubungan antara perilaku kesehatan gigi dan mulut dengan OHI-S memiliki korelasi dengan signifikansi ($p < 0,05$) yang artinya berkorelasi signifikan. Setiap perilaku harus didasarkan pada prinsip

seseoran responden agar bisa mencapai OHI-S yang baik juga. Didapatkan juga hasil bahwa ada hubungan status periodontal dengan perilaku kesehatan gigi dan mulut responden. Status periodontal seseorang sangatlah penting untuk dijaga, karena status periodontal juga bisa mempengaruhi kesehatan rongga mulut.

Hasil dari penelitian ini terdapat hubungan antara BOP dengan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut ada hubungan signifikan ($p < 0.05$). Kondisi gigi dan mulut yang kurang terjaga kebersihannya dapat menyebabkan gangguan pada jaringan periodontal, yang biasanya diawali dengan inflamasi pada gingiva (*bleeding on probing*). Kurangnya subjek penelitian yang memahami cara menyikat gigi yang baik juga akan memengaruhi status kesehatan jaringan periodontalnya (Darby and Walsin, 2010). Menyikat gigi dengan cara yang benar dan dilakukan secara teratur dapat mengontrol plak pada permukaan gigi sehingga dapat mencegah terjadinya gangguan pada gigi dan jaringan pendukung gigi atau periodontalnya (Destiya, 2014).

Hal ini juga sejalan dengan penelitian Fitriyani yang melaporkan bahwa masih adanya tingkat pengetahuan yang rendah terhadap perilaku menjaga kesehatan rongga mulut. Sebanyak (24,6%) tidak mengetahui bahwa peradangan pada gusi yang parah dapat berlanjut pada kesehatan jaringan penunjang gigi lainnya (Fitriyani, 2009). Hasil pengamatan pada kehilangan perlekatan pada data penelitian ini menunjukkan ($p > 0.05$) yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara kehilangan Perlekatan dengan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut. Ini dikarenakan terdapat banyak faktor yang memengaruhi pocket dan kehilangan perlekatan pada populasi rentan

HIV/AIDS, bukan hanya karena pengetahuan tentang kesehatan gigi dan mulut.

Faktor kondisi imunitas juga berpengaruh pada kondisi pocket dan adanya kehilangan perlekatan pada populasi rentan HIV/AIDS. Berdasarkan penelitian mengenai hubungan antara status periodontal dengan sikap kesehatan menjaga kesehatan gigi dan mulut menggunakan *Pearson* memiliki korelasi dengan signifikansi ($p < 0.05$) yang artinya terdapat adanya hubungan antara status periodontal dengan sikap menjaga kesehatan gigi dan mulut. Hal ini terjadi karena seseorang menerapkan teori tentang sikap pada kegiatan sehari-hari, khususnya tentang menjaga kesehatan jaringan periodontalnya (Purwoko, 2010).

Hubungan status periodontal dengan tindakan menjaga kesehatan rongga mulut memiliki korelasi dengan ($p < 0.05$) yang artinya tidak berkorelasi. Hasil ini berarti tidak ada hubungan antara status periodontal dengan tindakan kesehatan gigi dan mulut responden tersebut dikarenakan banyak macam faktor yang bisa memengaruhi status periodontal responden populasi rentan HIV/AIDS. Pada hubungan korelasi antara OHI-S dengan perilaku seksual memiliki ($p < 0.05$) yang artinya berkorelasi signifikan.

Pengetahuan, sikap, dan tindakan seksual pada hasil data di atas memiliki ($p < 0.05$) artinya memiliki hubungan yang signifikan antara pengetahuan, sikap, dan tindakan seksual dengan status periodontal. Perilaku seksual dengan status periodontal juga memiliki ($p < 0.05$) yang artinya memiliki hubungan yang signifikan. Ini karena perilaku seksual (*seksual*

behaviour) adalah perilaku yang berhubungan dengan fungsi-fungsi reproduktif atau yang merangsang sensasi dalam resptor-reseptor yang terletak di sekitar organ-organ reproduktif atau daerah erogen (Kartono, 2006).

Perilaku seksual adalah segala tingkah laku yang didorong oleh hasrat seksual baik yang dilakukan sendiri, dengan lawan jenis maupun sesama jenis. dalam khayalan atau diri sendiri, banyak fgaktor yang memengaruhi perilaku seksual. (Sarwono, 2011).

BAB 7

Kesimpulan dan Saran

7.1 Kesimpulan

1. Perilaku kesehatan gigi dan mulut pada kelompok usia remaja akhir memiliki rata-rata debris, calculus, dan *Oral Hygiene* tertinggi
2. Sebagian besar responden dari populasi rentan HIV/ AIDS mempunyai perilaku seksual yang baik, dengan nilai rata-rata 91
3. Rata-rata tertinggi responden yang terdapat BOP tertinggi yaitu pada lansia awal, sedangkan total pocket terbanyak pada dewasa akhir, dan yang mengalami kehilangan perlekatan terbanyak pada usia dewasa akhir.
4. Terdapat hubungan antara perilaku kesehatan rongga mulut dan status periodontal pada populasi rentan HIV/AIDS.
5. Terdapat hubungan antara perilaku seksual dan status periodontal pada populasi rentan HIV/AIDS.

7.2 Saran

Pada penelitian ini masih banyak terdapat kekurangan yaitu untuk status HIV pada responden belum sepenuhnya didapatkan, jadi tidak memungkinkan untuk membandingkan status kesehatan rongga mulut, status periodontal dan perilaku seksual pada populasi HIV/AIDS positif dan populasi dengan HIV/AIDS negatif. Jadi perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai perilaku menjaga kesehatan rongga mulut, seksual dengan status periodontal pada populasi rentan HIV/AIDS.

DAFTAR PUSTAKA

- Baratawidjaja, Rengganis, KG, 2009. *Imunologi dasar*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, pp. 501-505.
- Brodgen, K. A., & Guthmiller, J. M. 2002. *Polymicrobial disease*. Washington D.C:ASM press.
- Cruse JM., Lewis RE. 2004. *Acquired immune deficiency syndrome(AIDS)*. Atlas of immunodeficiency Virus. Bulletin of the World Organization, 83: Pp. 700-706.
- Ditjen PP & PL Kemenkes RI. 2014. *Laporan situasi dan perkembangan HIV dan AIDS di Indonesia*. Diakses pada tanggal 17 Maret 2018.
- Ditjen PP & PL. Depkes RI. (2014). *Statistik kasus HIV/AIDS di Indonesia*. Jakarta. 2014
- Djuanda, A, Hamzah, M, Aisah, S, 2011. *Ilmu penyakit kulit dan kelamin*. Ed VI. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Dofka CM. 2013. *Dental terminology third edition*. New York : Delmar Faneles
- Belasio E., Raimondo M., Suligo B., Butto S., 2010. *HIV virology and pathogenic mechanism of infection: a brief overview*. Ann 1st Super Sanita.46(1):Pp.5-14.
- Gani DR, 2015. Hubungan antara pengetahuan kesehatan gigi dan mulut dengan status gingiva pengidap HIV/AIDS Di Yayasan Batamang Plus Manado. Manado
- Handojo I. 2004. *Imunoasai untuk penyakit infeksi virus. Imunoasay terapan pada beberapa penyakit infeksi*. Airlangga University Press. Surabaya: Hlm. 149-162.
- Hofer D, Hammerle CH, Grassi M, Lang NP.2002. Long-term result of supportive periodontal therapy (SPT) in HIV-seropositive and HIV-seronegative patients. J Clin Periodontal. Pp;29:630-7
- Hedge M.N., Hedge N.D., Malhotra A. 2012. Prevalence of oral lesion in HIV infected adult population of Mangalore, Karnataka-India. *Research Article Issue*. Karnataka-India 4:Pp.1.
- Hiremath, S.S., 2007, *Textbook of preventive and community dentistry*, Elsevier, New Delhi, p. 384.
- Hutapea. 2011. *AIDS, PMS dan pemerkosaan*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta

- Jason D., Mark D., Litt. 2009. *Dental students treating patients living with HIV; AIDS: The influence of attitudes and HIV knowledge*. Critical Issues Dental Education. Department of Psychology: New England: Pp. 437
- John, PR. 2005. *Text book of oral medicine* Ed. 2nd. India: Jaypee Brother Medical Publisher. pp. 92-9.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Pedoman nasional Tatalaksana Klinis infeksi HIV dan terapi antiretroviral pada orang dewasa. Jakarta: Hlm. 1-2
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Modul pelatihan pemeriksaan HIV bagi petugas laboratorium*. Kemenkes RI Press. Jakarta: Hlm 5-14.
- Kemenkes RI Dirjen Pencegahan dan Pengendalian. *Situasi HIV/AIDS triwulan I tahun 2016 di Indonesia*. Available from: www.aidsindonesia.or.id
- Kumar, A., Basra, M., Begum, N., Rani, V., Prasad, S., Lamba, A. K., Sharma, S. 2013. Association of maternal periodontal health with adverse pregnancy outcome. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39(1), 40–5.
- Lala, MM. 2012. *Principles of perinatal and pediatric HIV/AIDS*. New Delhi: Jaypee Brothers. p. 121
- Longo DL, Fauci Anthony S, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. *Harrison's principles of internal medicine* 18th Edition. New York: The MacGraw-Hill Companies; 2012
- Manson, J. D., Eley, B. M., 2013. *Buku ajar periodonti*. Edisi 2. Jakarta, Hipokrates: 109-116.
- Nasronudin, Susilawati Y., Atika. 2012. *Prevalensi infeksi HIV/AIDS di Surabaya Indonesia*. Airlangga Press. Surabaya: Hlm. 17-18.
- Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR. *Carranza's clinical periodontology*. 12th ed. Saunders Elseviers; 2015. p. 42-3, 45-61, 90-1, 132- 69.
- Nasronudin. 2007. *HIV&AIDS pendekatan biologi molekuler, klinis dan social*. Airlangga University Press. Surabaya: Hlm. 205-215.
- Newman, M.G., Carranza, F.A., Bulkasez, J., Quirynen, M., Teughels, W., Haake, S.K., 2006, *Microbiology of periodontal disease in Carranza's clinical periodontology*, 10th ed, Saunders Elseviers, Los Angeles.
- Notoatmodjo, S, 2012. *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Newman, M.G., Carranza, F.A., Bulkasez, J., Quirynen, M., Teughels, W., Haake, S.K., 2006, *Microbiology of periodontal disease in carranza's clinical periodontology*, 10th ed, Saunders Elseviers, Los Angeles.
- Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, 2012 *Carranza's clinical periodontology*. 11 th ed., Singapore: Elsevier., p: 219-240.
- Oliver RC, Brown LJ, Loe H, 2000. *Periodontal treatment needs. Periodontal*, 2: 150-60
- Patrick Rijkschroeff, Ineke De Jansen, *et al.*, 2016, Oral polymorphonuclear neutrophil characteristics in relation to oral health: a cross-sectional, observational clinical study. *International Journal of Oral Science*. 191-198.
- Pintauli, Sondang. Hamada, Taizo, 2008. *Fairway to oral health in general practice*. Medan: USU press,: 1-2, 25-37
- Prabhu VS, Hutchinson AB, Farnham PG, *et al.*, 2009. Sexually acquired HIV in the United States due to acute-phase *HIV transmission: An update. AIDS*.;23:1792–1794.
- Radji, M, 2010. *Imunologi & virology*. Ed 1. Jakarta: PT. ISFI Penerbitan Jakarta. 276p-277p
- Shiffer Nield-Gehrig and Donald E. Villmann. 2008. *Foundations of periodontics for the dental hygienist*, 2nd ed. (Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins), 41.
- WHO, 2016 *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Geneva (Switzerland): World Health Organization.
- WHO, 2018, Oral Health Country/Area Profile Programme. *Community periodontal index of treatment needs (CPITN)*. Department of Noncommunicable Diseases Surveillance/Oral Health WHO Collaborating Centre, Malmö University. <http://www.whocollab.od.mah.se/expl/orhcpitn.html> 11.<20 april 2018>

LAMPIRAN 1 KUESIONER**KUSIONER**

- Nama :
 Usia :
 Jenis Kelamin :
 Pekerjaan :
 Penghasilan :
 Tempat tinggal :
 Suku : a. Jawa
 b. Madura
 c. Lain-lain (.....)
- Status pernikahan : a. Sudah menikah
 b. Belum menikah
 c. Tidak menikah
- Jumlah anak :
 Tingkat pendidikan : a. SD
 b. SMP
 c. SMA
 d. Perguruan tinggi
 e. Tidak sekolah

Kesehatan Gigi dan Mulut (Boleh Menjawab Lebih dari Satu Jawaban)

1. a) Berapa kali seharusnya menyikat gigi dalam sehari?
 Jawab :
- b) Berapa kali biasanya anda menyikat gigi dalam sehari?
 Jawab :
- c) saya merasa senang sekali saat menyikat gigi 2 kali sehari
1. Sangat setuju
 2. Setuju
 3. Tidak setuju
 4. sangat tidak setuju
2. a) Kapan sebaiknya waktu menyikat gigi yang benar dalam sehari ?
1. saat mandi pagi dan saat mandi sore
 2. pada saat mandi pagi saja
 3. pada pagi hari setelah sarapan dan malam hari sebelum tidur pada saat

malam hari sebelum makan malam

b) Menurut saya, menyikat gigi pada pagi hari setelah sarapan adalah hal yang sangat menyusahkan

1. Sangat setuju
2. Setuju
3. Tidak setuju
4. Sangat tidak setuju

c) Menurut saya, menyikat gigi pada malam hari sebelum tidur adalah hal yang sangat menyusahkan

1. sangat setuju
2. setuju
3. tidak setuju
4. sangat tidak setuju

d) Apakah kemarin anda menyikat gigi sebelum tidur dan setelah sarapan pagi? Jawaban :

3. a) Apakah penggunaan sikat gigi secara bergantian dapat menularkan HIV/AIDS?

1. sangat setuju
2. setuju
3. tidak setuju
4. sangat tidak setuju

b) Menurut anda jika berganti-ganti sikat gigi tidak akan menularkan penyakit

1. sangat setuju
2. setuju
3. tidak setuju
4. sangat tidak setuju

c).Apakah anda pernah atau tidak bergantian memakai sikat gigi dengan orang lain?

1. Selalu
2. Sering
3. Jarang
4. Tidak pernah

4) a) Tanda-tanda di bawah ini adalah manifestasi HIV/AIDS di rongga mulut

1. Sariawan yang tidak sembuh-sembuh
2. Terjadi pembesaran gingiva
3. terjadi peradangan dan nyeri pada gusi
4. gusi berwarna merah muda

b) Ada atau tidak tanda-tanda diatas yang terdapat dalam rongga mulut anda (iya/ tidak/ tidak tahu)

c) jika ada, apa tindakan yang akan anda lakukan?

1. Memeriksa ke dokter gigi

2. Menyikat gigi lebih teratur
 3. Membiarkan saja
 4. Minum obat saja
5. a) Bagaimana ciri-ciri sikat gigi yang baik menurut Anda ?
1. Sikat dengan ukuran sikat gigi untuk dewasa
 2. Sikat dengan bulu halus dan ujung kepala sikat mengecil
 3. Sikat gigi dengan tekanan yang kuat dan berbulu keras
 4. Warna dan bentuk yang paling menarik
- b) Menurut anda apakah penting untuk mengganti sikat gigi 3 bulan sekali?
1. Sangat setuju
 2. Setuju
 3. Tidak setuju
 4. Sangat tidak setuju
- c) Saya merasa bahwa sikat gigi yang bulunya berantakan masih bisa digunakan
1. Sangat setuju
 2. Setuju
 3. Tidak setuju
 4. Sangat tidak setuju
- d) Berapa kali anda mengganti sikat gigi?
1. Setahun sekali
 2. Bila sikat gigi bulunya sudah mulai mengembang
 3. Tiap 3 bulan sekali
 4. Tidak pernah
6. a) menurut anda bagaimana cara menyikat gigi yang baik dan benar?
1. Dengan lembut tanpa tekanan yang berlebihan
 2. Menyikat gigi dengan gerakan ke atas dan ke bawah
 3. Menyikat gigi dengan gerakan menekan dan keras
 4. Menyikat gigi pada gigi belakang sampai depan dengan gerakan searah
- b) Menurut saya, menyikat gigi dengan lembut tanpa tekanan yang berlebihan adalah baik
1. Sangat setuju
 2. Setuju
 3. Kurang setuju
 4. Tidak setuju
- c) Bagaimana cara anda sehari-hari menyikat gigi
1. Menyikat gigi satu arah dari atas ke bawah
 2. Menyikat gigi dari gigi belakang hingga gigi depan
 3. menyikat gigi dengan arah berlawanan

4. menyikat gigi hanya bagian depan saja
7. a) Menurut anda apakah kandungan dari pasta gigi yang mencegah gigi berlubang?
1. Fluoride
 2. Protein
 3. Zat besi
 4. Vitamin
- b) Bagi saya, menyikat gigi menggunakan pasta gigi berfluoride adalah baik sekali..
1. Sangat setuju
 2. Setuju
 3. Tidak setuju
 4. Sangat tidak setuju
- c) Apakah pasta gigi di rumah anda mengandung fluoride ?
(Iya/Tidak/Tidak tahu)
8. a) Apa yang dapat menyebabkan gigi berlubang?
1. Adanya kuman/bakteri yang merusak gigi karena jarang menyikat gigi
 2. Sisa makanan yang membusuk di dalam mulut
 3. Tumbuhnya ulat dan cacing-cacing kecil di dalam lubang gigi
 4. Menggunakan sikat gigi bergantian
- b) Apakah yang seharusnya dilakukan jika gigi berlubang ?
1. Menunggu sampai terasa nyeri baru bisa dirawat
 2. Cukup dengan menyikat gigi
 3. Memeriksakan ke dokter gigi
 4. Dibiarkan saja
- c) Anda merasa tidak bermasalah jika ada gigi saya yang berlubang
1. Sangat setuju
 2. Setuju
 3. Tidak setuju
 4. Sangat tidak setuju
- d) Dalam 6 bulan terakhir kemarin berapa kali anda mengunjungi dokter gigi?
- Jawaban :
- Alasan ;
9. a) Apakah penggunaan tusuk gigi adalah hal yang baik?
1. iya
 2. Tidak
 3. Tidak tahu
- b) apakah anda merasa senang jika menggunakan tusuk gigi jika ada makanan yang menyelip pada gigi
1. Sangat setuju
 2. Setuju
 3. Tidak setuju
 4. Sangat tidak setuju

Pilih 2 Jawaban Yang Menurut Anda Paling Benar

10. a) Jenis makanan apa yang dapat menyebabkan gigi berlubang?
1. Makanan berserat
 2. Makanan yang pedas
 3. Makanan yang asam
 4. Makanan manis dan lengket
- b) Saya sangat suka sekali mengonsumsi makanan dan minuman yang mengandung gula
1. sangat setuju
 2. setuju
 3. tidak setuju
 4. sangat tidak setuju
- c) saya biasanya mengonsumsi makanan dan minuman yang manis
1. Selalu (setiap hari)
 2. Kadang-kadang
 3. Sangat jarang
11. a) Apakah tanda-tanda gigi berlubang
1. Gigi terasa ngilu saat makan
 2. Ngilu saat minum dingin
 3. Terasa cekot-cekot saat malam hari
 4. Ada bitnik warna putih pada permukaan gigi
- b) Tanda-tanda gigi berlubang menurut saya penting untuk diperhatikan ?
1. sangat setuju
 2. setuju
 3. tidak setuju
 4. sangat tidak setuju
- c) Jika gigi anda ada tanda-tanda berlubang kecil, apa yang anda lakukan?
1. Segera ditambal ke dokter gigi
 2. Diberikan obat
 3. Dibiarkan saja
 4. Periksa ke tukang gigi
- d) Menurut saya gigi yang berlubang tidak perlu ditambal karena tidak mengganggu kenyamanan saya
1. Sangat setuju
 2. Setuju
 3. Tidak setuju
 4. Sangat tidak setuju
- e) Adakah gigi anda yang berlubang, kemudia apa yang akan anda lakukan pada gigi tersebut?
1. Segera ditambal ke dokter gigi
 2. Diberikan obat
 3. Dibiarkan saja
 4. Periksa ke tukang gigi

12. a) Mengapa gigi perlu ditambal?
1. Karena gigi berlubang menimbulkan bau mulut
 2. Karena gigi berlubang menimbulkan rasa sakit
 3. Karena gigi masih diperlukan untuk mengunyah
 4. Karena merusak penampilan
- b) Menurut saya gigi yang berlubang tidak perlu ditambal karena tidak mengganggu kenyamanan saya
1. Sangat Setuju
 2. Setuju
 3. Kurang Setuju
 4. Tidak Setuju
- c) Adakah gigi anda ada yang berlubang, kemudian apa yang akan anda lakukan pada gigi tersebut?
1. Segera ditambal ke dokter gigi
 2. Diberikan obat
 3. Diberikan saja
 4. Periksa ke tukang gigi
13. a) Apa yang menyebabkan gusi kemerahan, bengkak, dan mudah berdarah ?
1. Menyikat gigi terlalu keras
 2. Gigi yang jarang dibersihkan
 3. Kekurangan vitamin
 4. Merokok
- b) Apakah anda selalu memeriksa keadaan gusi anda?
1. Sangat sering
 2. Sering
 3. Kadang-kadang
 4. Tidak pernah
- c) Jika gusi anda mengalami kemerahan, bengkak, dan mudah berdarah, apa yang akan anda lakukan?
1. memeriksakan ke dokter gigi
 2. membiarkan saja
 3. diobati sendiri
 4. menjaga kebersihan rongga mulut dengan sikat gigi
14. a) Menurut anda bagaimana gusi yang sehat?
1. Gusi yang merah
 2. Gusi yang merah mengkilap
 3. Gusi yang berwarna merah muda – coral pink
 4. Gusi yang tidak mudah berdarah
- b) Menurut anda apakah penting untuk menjaga kesehatan gusi kita?
1. Sangat Setuju

2. Setuju
 3. Tidak setuju
 4. Sangat tidak Setuju
- c) Bagaimana cara menjaga kesehatan gusi kita?
1. Menyikat gigi secara teratur
 2. Menjaga kesehatan rongga mulut
 3. Hanya kumur-kumur saja dengan air putih
 4. memeriksakan ke dokter gigi 6 bulan sekali
15. a) Apakah adanya karang gigi pada gigi anda adalah suatu hal yang normal?
1. Sangat Setuju
 2. Setuju
 3. Tidak setuju
 4. Sangat tidak Setuju
- b) Menurut anda apakah karang gigi adalah hal yang penting untuk diketahui ?
1. Sangat Setuju
 2. Setuju
 3. Tidak setuju
 4. Sangat tidak Setuju
- c) Apakah yang akan anda lakukan jika gigi anda terdapat karang gigi?
1. membiarkan saja
 2. membawa ke dokter gigi untuk dilakukan pembersihan
 3. menyikat gigi agar tidak bertambah parah
 4. kumur-kumur saja dengan air
16. a) Apakah penyebab gigi goyang?
1. Terkena benturan keras
 2. Karena terdapat banyak karang gigi
 3. Goyang sendiri tanpa sebab
 4. Karena salah menyikat gigi
- b) Menurut anda jika gigi goyang apakah itu hal yang biasa?
1. Sangat Setuju
 2. Setuju
 3. Tidak setuju
 4. Sangat tidak Setuju
- c) Jika gigi anda goyang apa yang anda lakukan ?
1. Tidak tahu
 2. Membiarkan saja
 3. Periksa ke dokter gigi
 4. bertanya ke teman yang pernah ke dokter gigi
17. a)Apakah anda mengetahui tentang plak pada gigi?
1. Iya saya tahu
 2. Hanya sekedar pernah dengar dari teman

3. Pernah membaca dari buku
 4. Tidak tahu sama sekali
- b) Menurut anda apakah hal yang wajar jika pada gigi terdapat plak yg menumpuk?
1. Sangat Setuju
 2. Setuju
 3. Tidak setuju
 4. Sangat tidak Setuju
- c) Jika gigi anda terdapat banyak sekali plak apa yang akan anda lakukan?
1. Membiarkan saja
 2. Membawa ke dokter gigi untuk dibersihkan
 3. Menyikat gigi lebih teratur
 4. Kumur-kumur saja dengan air
18. Menurut anda penyebab HIV/AIDS adalah?
1. Bakteri
 2. Jamur
 3. Virus
 4. Tidak tahu
19. HIV/AIDS adalah penyakit yang menyerang ?
1. System otot
 2. System saraf
 3. Tidak tahu
 4. Sostem kekebalan tubuh
20. Menurut anda bagaimana cara penularan HIV/AIDS? (Jawaban boleh lebih dari satu)
1. Penggunaan jarum suntik bersama
 2. Hubungan seksual dengan pengidap HIV/AIDS
 3. Mendapat transfuse darah yang telah tercemar HIV/AIDS
 4. Penularan dari ibu yang positif HIV/AIDS ke bayi saat persalinan
 5. Memakai pakaian penderita HIV/AIDS
 6. Makan sepiring dengan orang yang terkena virus HIV/AIDS
 7. Melalui gigitan nyamuk
 8. Berpelukan dan berjabat tangan dengan penderita HIV/AIDS
21. Menurut Anda virus HIV banyak terdapat dalam ? (Jawaban Boleh Lebih Dari Satu)
1. Air mata
 2. Cairan sperma
 3. Cairan vagina

4. Darah
5. Keringat
6. Urine (air kencing)
7. ASI (air susu ibu)
8. Air liur
9. Feces (tinja)

22. Yang termasuk penyakit Infeksi Menular Seksual adalah:

(jawaban boleh >1)

1. Herpes
2. Gonorrhoe
3. Sifilis
4. HIV/AIDS
5. Tidak tahu

23. . Bagaimana cara penularan infeksi menular seksual?(jawaban boleh >1)

1. Berpegangan tangan
2. Hubungan seksual
3. Jarum Suntik
4. Jalan lahir
5. Tidak tahu

24 Penularan infeksi menular seksual terjadi melalui hubungan seksual berganti-ganti pasangan?

1. Benar
2. Salah
3. Tidak tahu

25. Kondom dapat mencegah penularan infeksi menular seksual..

1. Benar
2. Salah
3. Tidak tahu

26. Darimana anda mendapatkan sumber informasi tentang seks anda?(Jawaban boleh >1)

1. Teman
2. Pacar
3. Orang tua
4. Media (VCD/DVD/Majalah porno) , sebutkan.....
5. Sekolah

27. Menurut anda apakah bacaan/gambar/film porno dapat menambah pengetahuan tentang seks?

1. Sangat setuju

2. Setuju
3. Tidak setuju
4. Sangat tidak setuju

28. Apakah anda pernah melakukan hubungan seksual?

1. Iya
2. Tidak

29. Pada umur berapa anda pertama kali melakukan

hubungan seksual? Jawaban :

30. Dimana anda pertama kali melakukan hubungan seksual?

1. Rumah
2. Di luar rumah

31. Motivasi anda melakukan hubungan seksual

1. Mencari uang untuk kebutuhan sehari-hari
2. Menjadi korban kekerasan seksual
3. Ingin mencoba-coba
4. Untuk memenuhi hasrat seksual

32. Apakah ketika anda melakukan hubungan seksual anda memakai kondom?

1. Selalu
2. Sering
3. Jarang

LAMPIRAN**2 PENJELASAN PENELITIAN****UNTUK DISETUJUI*****(Information For Consent)***

Nama Peneliti : Nanissa Dyah Anggraini
 Alamat : Jl. Manyar Sabrangan no 47 Surabaya
 No. Hp : 089664438319
 Email : nanissa.anggraini@yahoo.com
 Judul Penelitian : Hubungan Perilaku Menjaga Kesehatan Rongga Mulut,
 Perilaku Seksual, dan Status Periodontal Pada Populasi Rentan
 HIV/AIDS Di Kota
 Surabaya.

A. Tujuan penelitian dan
 penggunaan hasilnya Adapun
 tujuan penelitian sebagai berikut :

1. Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis efek perilaku menjaga kesehatan rongga mulut, dan perilaku seksual terhadap status periodontal pada populasi rentan HIV/AIDS di Kota Surabaya.

B. Adapun manfaat hasil penelitian :

1. Memberikan informasi tentang efek perilaku kesehatan rongga mulut, dan perilaku seksual terhadap status periodontal terhadap populasi rentan HIV/AIDS.

2. Manfaat bagi peserta penelitian

Memberikan informasi tentang efek perilaku kesehatan rongga mulut, dan perilaku seksual terhadap status periodontal terhadap populasi rentan HIV/AIDS.

C. Metode dan prosedur kerja penelitian

1. Metode penelitian

Metode yang digunakan adalah wawancara, pemberian kuesioner kepada responden, dan pemeriksaan *Oral hygiene Index*, serta status periodontal.

2. Prosedur kerja penelitian

Apabila anda bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, anda diminta menandatangani lembar persetujuan rangkap dua, satu untuk anda simpan dan satu untuk peneliti.

D. Prosedur penelitian selanjutnya adalah :

- a. Anda akan dimintai keterangan mengenai data diri seperti nama, usia, alamat, dan pekerjaan.
- b. Anda akan dijelaskan tentang tujuan dan manfaat penelitian oleh peneliti.
- c. Bila peneliti memerlukan data tambahan tentang diri anda untuk keperluan penelitian maka peneliti dapat mengunjungi anda dengan menggunakan alamat yang telah anda berikan.
- d. Peneliti akan bertanya terkait dengan perkembangan dan kematangan dan penyesuaian diri responden.
- e. Anda menjawab pertanyaan yang akan diajukan peneliti dan menjawab dengan jujur.

E. Resiko yang mungkin timbul

1. Dalam penelitian ini responden meluangkan waktunya untuk diwawancarai dan bersedia untuk mengisi kuesioner yang mungkin menyebabkan ketidaknyamanan dan mengganggu waktu responden.
2. Kemungkinan subjek mengeluarkan darah sedikit setelah dilakukan pemeriksaan kebersihan Rongga mulut (OHIS) dan pemeriksaan status periodontal. Jika memang pada responden tersebut mengalami masalah periodontal. Namun hal tersebut telah diantisipasi dengan *Informed Consent*, pemeriksaan kebersihan rongga mulut (OHIS) dan pemeriksaan status periodontal dan pengisian kuesioner.
3. Efek samping penelitian
Dalam penelitian ini tidak menimbulkan efek samping pada responden.
4. Jaminan Kerahasiaan

Dalam penelitian ini semua informasi data anda yang diperoleh selama dilakukan penelitian ini akan dicatat dan digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan. Informasi tersebut hanya akan digunakan dengan tidak mengungkapkan identitas responden. Semua informasi yang dikumpulkan tetap menjadi rahasia dan tidak akan disebutkan dalam publikasi hasil penelitian, laporan atau kepada siapapun.

5. Hak untuk menolak menjadi subyek penelitian

Dalam penelitian ini responden memiliki hak untuk menolak menjadi subjek penelitian tanpa ada paksaan.

6. Partisipasi berdasarkan kesukarelaan dan hak untuk mengundurkan diri

Responden bebas memilih keikutsertaan dalam penelitian ini tanpa ada paksaan. Bila anda sudah memutuskan untuk ikut, anda juga bebas untuk mengundurkan diri/berubah pikiran setiap saat tanpa dikenai denda ataupun sanksi apapun, apabila anda tidak bersedia untuk berpartisipasi.

7. Subjek dapat dikeluarkan dari penelitian

Dalam penelitian ini apabila responden mengalami penurunan kesehatan maka akan dikeluarkan dari penelitian.

**LAMPI
RAN 3**

FORM INFORMED CONSENT

FORM INFORMED CONSENT

LEMBAR PERSETUJUAN MENGIKUTI PENELITIAN (*Informed
consent*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur :
Alamat :
Tlp/Email :
Pekerjaan :

Sesudah mendengarkan penjelasan yang diberikan dan diberikan kesempatan untuk menanyakan yang belum dimengerti, dengan ini memberikan :

PERSETUJUAN

Mengikuti penelitian sebagai subjek penelitian dengan judul penelitian “HUBUNGAN PERILAKU MENJAGA KESEHATAN RONGGA MULUT, PERILAKU SEKSUAL, DAN STATUS PERIODONTAL PADA POPULASI RENTAN HIV/AIDS DI KOTA SURABAYA” dan sewaktu-waktu saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Peneliti

Surabaya,

Yang membuat pernyataan

Saksi I

Saksi II

LAMPIRAN 4

HASIL UJI STATISTIK

1. Tabel Uji Normalitas dari output SPSS

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		OHI	totalPerilaku
N		39	39
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	1.4892	127.7692
	Std. Deviation	1.02951	15.08304
Most Extreme Differences	Absolute	.162	.096
	Positive	.162	.054
	Negative	-.102	-.096
Kolmogorov-Smirnov Z		1.015	.599
Asymp. Sig. (2-tailed)		.255	.866

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		totalPerilaku	BOP
N		39	39
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	127.7692	5.103
	Std. Deviation	15.08304	5.0304
Most Extreme Differences	Absolute	.096	.155
	Positive	.054	.149
	Negative	-.096	-.155
Kolmogorov-Smirnov Z		.599	.969
Asymp. Sig. (2-tailed)		.866	.304

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		totalPeril aku	TOTALPOCK ET
N		39	39
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	127.7692	3.103
	Std. Deviation	15.08304	5.0721
Most Extreme Differences	Absolute	.096	.270
	Positive	.054	.227
	Negative	-.096	-.270
Kolmogorov-Smirnov Z		.599	1.688
Asymp. Sig. (2-tailed)		.866	.007

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		totalPerilaku	KEHILANGAN PERLEKATA N
N		39	39
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	127.7692	.205
	Std. Deviation	15.08304	.8329
Most Extreme Differences	Absolute	.096	.495
	Positive	.054	.495
	Negative	-.096	-.403
Kolmogorov-Smirnov Z		.599	3.089
Asymp. Sig. (2-tailed)		.866	.000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		OHI	TotalSkorTindakan
N		39	39
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	1.4892	40.0513
	Std. Deviation	1.02951	6.27421
Most Extreme Differences	Absolute	.162	.171
	Positive	.162	.079
	Negative	-.102	-.171
Kolmogorov-Smirnov Z		1.015	1.070
Asymp. Sig. (2-tailed)		.255	.202

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		PengetahuanKesGiLut	BOP
N		39	3
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	39.2051	5.10
	Std. Deviation	6.44482	5.030
Most Extreme Differences	Absolute	.102	.15
	Positive	.102	.14
	Negative	-.097	-.15
Kolmogorov-Smirnov Z		.637	.969
Asymp. Sig. (2-tailed)		.813	.304

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		PengetahuanKesGiLut	TOTALPOC KET
N		39	39
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	39.2051	3.103
	Std. Deviation	6.44482	5.0721
Most Extreme	Absolute	.102	.270
	Positive	.102	.227

Differences	Negative	-0.097	-.270
Kolmogorov-Smirnov Z		.637	1.688
Asymp. Sig. (2-tailed)		.813	.007

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		OHI	TotalSkorTindakan
N		39	39
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	1.4892	40.0513
	Std. Deviation	1.02951	6.27421
Most Extreme Differences	Absolute	.162	.171
	Positive	.162	.079
	Negative	-.102	-.171
Kolmogorov-Smirnov Z		1.015	1.070
Asymp. Sig. (2-tailed)		.255	.202

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.

Statistics

perilaku seks

N	Valid	67
	Missing	0
Mean		91.2090
Median		93.0000
Std. Deviation		8.66119
Minimum		62.00
Maximum		108.00

2. Tabel Uji Korelasi dari Outpus SPSS

Correlations

		OHI	TotalPerilaku
OHI	Pearson Correlation	1	-.319*
	Sig. (2-tailed)		.048
	N	39	39
totalPerilaku	Pearson Correlation	-.319*	1
	Sig. (2-tailed)	.048	
	N	39	39

Correlations

		totalPerilaku	BOP
totalPerilaku	Pearson Correlation	1	-.168
	Sig. (2-tailed)		.308
	N	39	39
BOP	Pearson Correlation	-.168	1
	Sig. (2-tailed)	.308	
	N	39	39

Correlations

		totalPerilaku	TOTALPOCKET
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1.000	-.087
	totalPerilaku		.597
	Sig. (2-tailed)	.	
	N	39	39
	TOTALPOCKET		1.000
	Sig. (2-tailed)	-.087	.
		39	39

Correlations

		perilakuseks	BOP	
Spearman's rho	perilakuseks	Correlation Coefficient	1.000	-.258*
		Sig. (2-tailed)	.	.035
		N	67	67
	BOP	Correlation Coefficient	-.258*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.035	.
		N	67	67

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		BOP	tindakseks	
Spearman's rho	BOP	Correlation Coefficient	1.000	-.254*
		Sig. (2-tailed)	.	.038
		N	67	67
	tindakseks	Correlation Coefficient	-.254*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.038	.
		N	67	67

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		BOP	tindakseks	
Spearman's rho	BOP	Correlation Coefficient	1.000	-.254*
		Sig. (2-tailed)	.	.038
		N	67	67
	tindakseks	Correlation Coefficient	-.254*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.038	.
		N	67	67

		BOP	tindakseks
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1.000	-.254*
	BOP Sig. (2-tailed)	.	.038
	N	67	67
	Correlation Coefficient	-.254*	1.000
	tindakseks Sig. (2-tailed)	.038	.
	N	67	67

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		BOP	tindakseks
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1.000	-.254*
	BOP Sig. (2-tailed)	.	.038
	N	67	67
	Correlation Coefficient	-.254*	1.000
	tindakseks Sig. (2-tailed)	.038	.
	N	67	67

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		BOP	tindakseks
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1.000	-.254*
	BOP Sig. (2-tailed)	.	.038
	N	67	67
	Correlation Coefficient	-.254*	1.000
	tindakseks Sig. (2-tailed)	.038	.
	N	67	67

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		perilaku seks	TOTALPOCKE T

Spearman's rho	perilakuseks	Correlation Coefficient	1.000	-.372**
		Sig. (2-tailed)	.	.002
		N	67	67
	TOTALPOCKET	Correlation Coefficient	-.372**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.002	.
		N	67	67

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		perilakuseks	KEHILANGANPERLEKATAN
Spearman's rho	perilakuseks	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	67
	KEHILANGANPERLEKATAN	Correlation Coefficient	-.125
		Sig. (2-tailed)	.314
		N	67

Correlations

		BOP	sikapseks
Spearman's rho	BOP	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	67
	sikapseks	Correlation Coefficient	-.331**
		Sig. (2-tailed)	.006
		N	67

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		BOP	tindakanseks
Spearman's rho	BOP	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	67
	tindakanseks	Correlation Coefficient	-.254*
		Sig. (2-tailed)	.038
		N	67

	Sig. (2-tailed)	.038	.
	N	67	67

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		OHI	TotalSkorTindakan
OHI	Pearson Correlation	1	-.425**
	Sig. (2-tailed)		.007
	N	39	39
TotalSkorTindakan	Pearson Correlation	-.425**	1
	Sig. (2-tailed)	.007	
	N	39	39

Correlations

		Pengetahuan KesGiLut	BOP
PengetahuanKesGiLut	Pearson Correlation	1	-.317*
	Sig. (2-tailed)		.049
	N	39	39
BOP	Pearson Correlation	-.317*	1
	Sig. (2-tailed)	.049	
	N	39	39

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		PerilakuSeksual	KEHILANGANPERLEKATAN
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1.000	-.020
	PerilakuSeksual Sig. (2-tailed)	.	.904
	N	39	39
	Correlation Coefficient	-.020	1.000
	KEHILANGANPERLEKATAN Sig. (2-tailed)	.904	.
	N	39	39

Correlations

		PerilakuSeksual	TOTALPOCKET
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1.000	.011
	PerilakuSeksual Sig. (2-tailed)	.	.948
	N	39	39
	Correlation Coefficient	.011	1.000
	TOTALPOCKET Sig. (2-tailed)	.948	.
	N	39	39

Correlations

		TotalSkorTindakan	OHI
TotalSkorTindakan	Pearson Correlation	1	-.425**
	Sig. (2-tailed)		.007
	N	39	39
OHI	Pearson Correlation	-.425**	1
	Sig. (2-tailed)	.007	
	N	39	39

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabel 3. Means dari Output SPSS

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
BOP * Kategori_usia	39	95.1%	2	4.9%	41	100.0%

Report

BOP

Kategori_usia	Mean	N	Std. Deviation
<25 Tahun	5.000	7	4.1231
25-35	3.467	15	4.3731
36-45	5.500	12	5.1962
>46	9.200	5	6.4962
Total	5.103	39	5.0304

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
CalculusIndex * JenisKelamin	39	56.5%	30	43.5%	69	100.0%

Report

CalculusIndex

JenisKelamin	Mean	N	Std. Deviation
Laki-laki	.6368	31	.48198
Perempuan	.7863	8	.33573
Total	.6674	39	.45596

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
BOP * Kategori_usia	39	95.1%	2	4.9%	41	100.0%

Report

BOP

Kategori_usia	Mean	N	Std. Deviation
<25 Tahun	5.000	7	4.1231
25-35	3.467	15	4.3731
36-45	5.500	12	5.1962
>46	9.200	5	6.4962
Total	5.103	39	5.0304

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
BLEED * Kategori_usia	39	56.5%	30	43.5%	69	100.0%

Report

BLEED

Kategori_usia	Mean	N	Std. Deviation	Minimum	Maximum
<25 Tahun	5.000	7	4.1231	.0	13.0
25-35	3.467	15	4.3731	.0	12.0
36-45	5.500	12	5.1962	.0	15.0
>46	9.200	5	6.4962	1.0	17.0
Total	5.103	39	5.0304	.0	17.0

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
BLEED * Kategori_usia	39	56.5%	30	43.5%	69	100.0%

Report

BLEED

Kategori_usia	Mean	N	Std. Deviation	Minimum	Maximum
<25 Tahun	5.000	7	4.1231	.0	13.0
25-35	3.467	15	4.3731	.0	12.0
36-45	5.500	12	5.1962	.0	15.0
>46	9.200	5	6.4962	1.0	17.0
Total	5.103	39	5.0304	.0	17.0

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
BLEED * Kategori_usia	39	56.5%	30	43.5%	69	100.0%

Report

BLEED

Kategori_usia	Mean	N	Std. Deviation	Minimum	Maximum
<25 Tahun	5.000	7	4.1231	.0	13.0
25-35	3.467	15	4.3731	.0	12.0
36-45	5.500	12	5.1962	.0	15.0
>46	9.200	5	6.4962	1.0	17.0
Total	5.103	39	5.0304	.0	17.0

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
debrisindex * Kategori_usia	39	56.5%	30	43.5%	69	100.0%

Report

debrisindex

Kategori_usia	Mean	N	Std. Deviation	Minimum	Maximum
<25 Tahun	.8743	7	.79925	.00	2.30
25-35	.7100	15	.72005	.00	2.50
36-45	.7883	12	.72852	.00	2.66
>46	.5980	5	.76790	.00	1.83
Total	.7492	39	.71733	.00	2.66

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
OHI * Kategori_usia	39	56.5%	30	43.5%	69	100.0%

Report

OHI

Kategori_usia	Mean	N	Std. Deviation	Minimum	Maximum
<25 Tahun	1.6571	7	1.03977	.33	3.46
25-35	1.4480	15	1.13609	.00	4.00
36-45	1.3983	12	1.00372	.32	3.99
>46	1.5960	5	1.03181	.49	3.16
Total	1.4892	39	1.02951	.00	4.00

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
CalculusIndex * JenisKelamin	39	56.5%	30	43.5%	69	100.0%

Report

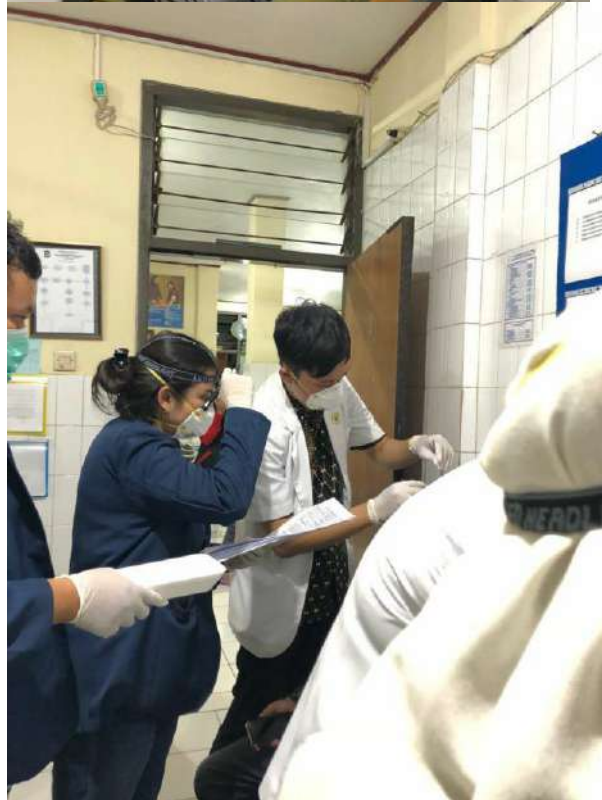
CalculusIndex

JenisKelamin	Mean	N	Std. Deviation
Laki-laki	.6368	31	.48198
Perempuan	.7863	8	.33573
Total	.6674	39	.45596

LAMPIRAN 5

DOKUMEN KEGIATAN PENELITIAN





LAMPIRAN 6

LEMBARAN LAIN ETIK



**UNIVERSITAS AIRLANGGA FACULTY OF DENTAL MEDICINE
HEALTH RESEARCH ETHICAL CLEARANCE COMMISSION**

ETHICAL CLEARANCE CERTIFICATE
Number : 137/HRECC.FODM/VII/2018

Universitas Airlangga Faculty Of Dental Medicine Health Research Ethical Clearance Commission has studied the proposed research design carefully, and therefore, shall herewith certify that the research entitled :

**“HUBUNGAN PERILAKU MENJAGA KESEHATAN RONGGA MULUT
DAN SEKSUAL DENGAN STATUS PERIODONTAL PADA POPULASI
RENTAN HIV/AIDS DI KOTA SURABAYA“**

Principal Researcher : **NANISSA DYAH ANGGRAINI**

Unit/Institution/Place of Research : - Puskesmas Kedungdoro Kota Surabaya
- Puskesmas Mulyorejo Kota Surabaya
- Puskesmas Perak Timur Kota Surabaya

CERTIFIED TO BE ETHICALLY CLEARED



Surabaya, July 10, 2018
Chairman,

Prof./Dr. M. Rubianto, drg.,MS.,Sp.Perio(K)
Official No.195009081978021001

LAMPIRAN 7

SURAT IZIN BASKESBANGPOL



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
**BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK
 DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Jalan Jaksa Agung Suprpto Nomor 2 Surabaya 60272
 Telepon (031) 5343000, (031) 5312144 Pesawat 112

Surabaya, 3 September 2018

Nomor : 070/6609 /436.8.5/2018
 Lampiran : -
 Hal : Penelitian

Kepada

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota
 Surabaya

di -

SURABAYA

REKOMENDASI PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman, Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Sebagaimana Telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.
- Memperhatikan : Surat Ketua Departemen IKGM Universitas Airlangga Surabaya Tanggal 2 Agustus 2018 Nomor : 83/UN3.1.2.5.10/PPd/2018 Hal : Permohonan Ijin
- Plt. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada :
- a. Nama : Nanissa Dyah Anggraini
 b. Alamat : Jl. Mleto 49-B, Surabaya
 c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
 d. Instansi/Organisasi : Universitas Airlangga Surabaya
 e. Kewarganegaraan : Indonesia
- Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :
- a. Judul / Thema : Efek Perilaku Menjaga Kesehatan Rongga Mulut dan Perilaku Seksual Terhadap Status Periodontal Pada Populasi Rentan HIV/AIDS Di Kota Surabaya.
 b. Tujuan : Penelitian
 c. Bidang Penelitian : Kesehatan
 d. Penanggung Jawab : Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes..
 e. Anggota Peserta : -
 f. Waktu : 3 (Tiga) Bulan, TMT Surat Dikeluarkan.
 g. Lokasi : Dinas Kesehatan (UPTD Puskesmas Dupak; Kedung Doro; Mulyorejo; Putat Jaya; Perak Timur) Kota Surabaya.
- Dengan persyaratan : 1. Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mentaati persyaratan/peraturan yang berlaku di Lokasi/Tempat dilakukan Penelitian/survey/kegiatan;
 2. Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya;
 3. Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu keutuhan NKRI.
 4. Rekomendasi ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.


Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih.



Tembusan :
 Yth. 1. Ketua Departemen IKGM Universitas Airlangga

LAMPIRAN 8

SURAT IZIN DINAS KESEHATAN KOTA SURABAYA



PEMERINTAH KOTA SURABAYA

DINAS KESEHATAN

Jalan Jemursari No. 197 Surabaya 60243
Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8483393

SURAT IJIN
SURVEY / PENELITIAN
Nomor : 072 / 1984 / 436.7.2 / 2018

Dari : Sekretaris Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan
Perindungan Masyarakat

Nomor : 070/6609/436.8.5/2018

Tanggal : 3 September 2018

Hal : Penelitian

Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :

Nama : **Nanissa Dyah Anggraini**

NIM : 021511133098

Pekerjaan : Mahasiswa Fak. Kedokteran Gigi UNAIR

Alamat : Jl. Mleto Surabaya

Tujuan Penelitian : Menyusun Skripsi

Tema Penelitian : Efek Perilaku Menjaga Kesehatan Rongga Mulut dan Perilaku Seksual Terhadap Status Periodontal pada Populasi Rentan HIV/AIDS di Kota Surabaya

Lamanya Penelitian : Bulan September s/d Bulan November Tahun 2018


Daerah / tempat Penelitian : 1. Puskesmas Dupak
2. Puskesmas Kedungdoro
3. Puskesmas Mulyorejo
4. Puskesmas Putat Jaya
5. Puskesmas Perak Timur

Dengan syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan-ketentuan/ peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey/penelitian.
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey/penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Surat ijin ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat-syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan, pengarahan dan bimbingan sepenuhnya
Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.

Surabaya, September 2018
a.n. Kepala Dinas
Sekretaris,



Nanik Sekistina S.KM. M.Kes
Pembina Tk. I
NIG 197001171994032008

LEMBAR PENGESAHAN

**PERAN *SOCIAL SUPPORT* TERHADAP KESEHATAN
GIGI DAN MULUT PENDERITA DIABETES
MELITUS TIPE 2 DI KOTA SURABAYA**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi di Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Airlangga Surabaya**

Oleh:

**AMALIA NURUL FITRI
NIM. 021611133152**

Menyetujui

Pembimbing Utama



**Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes
NIP : 197112112008121003**

Pembimbing Serta



**Dr. Retno Palupi, drg., M.Kes
NIP : 197410262005012002**

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2019

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal 25 November 2019.

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes (Ketua Penguji)**
- 2. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes (Pembimbing Utama)**
- 3. Dr. Retno Palupi, drg., M.Kes (Pembimbing Serta)**
- 4. Dr. Titiek Berniyanti, drg., M.Kes (Anggota Penguji)**
- 5. Ninuk Hariyani drg., M.Kes., MPH. PhD. (Anggota Penguji)**

**TINGKAT KEPUASAN PASIEN MUSLIM TERHADAP
PELAYANAN KESEHATAN GIGI SYARIAH DI
LAYANAN KESEHATAN GIGI BERBASIS ISLAM**

SKRIPSI



Oleh:

AULIA NUR LAYLI FAJRIYANI

NIM: 021611133088

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI

UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2019

LEMBAR PENGESAHAN
TINGKAT KEPUASAN PASIEN MUSLIM TERHADAP
PELAYANAN KESEHATAN GIGI SYARIAH DI
LAYANAN KESEHATAN GIGI BERBASIS ISLAM

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi Di Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Airlangga Surabaya

Oleh:

AULIA NUR LAYLI FAJRIYANI

NIM 021611133088

Menyetujui

Pembimbing Utama:

Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes
NIP 19840622200812100

Pembimbing Serta:

Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes
NIP 197112112008121003

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2019

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal 6 November 2019

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

1. Retno Palupi, drg., MKes (Ketua Penguji)
2. Dr. Taufan Brahmantoro, drg., MKes (Pembimbing Utama)
3. Dr. Agung Sosiawan, drg., MKes (Pembimbing Serta)
4. Aqsa Sjuhada Oki, drg., MKes (Anggota Penguji)
5. Iman Harymawan, SE., MBA.Ph.D (Anggota Penguji)

**PEMERIKSAAN DNA PADA *BITEMARK*
MENGUNAKAN METODE EKSTRAKSI CHELEX
DI BIDANG KEDOKTERAN GIGI FORENSIK**

SKRIPSI



Oleh:

Imelda Kristina Sutrisno

NIM: 020911110

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2012**

**PEMERIKSAAN DNA PADA *BITEMARK*
MENGUNAKAN METODE EKSTRAKSI CHELEX
DI BIDANG KEDOKTERAN GIGI FORENSIK**

SKRIPSI

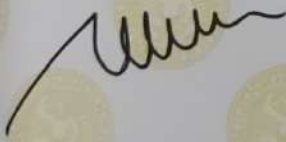
Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi di Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Airlangga Surabaya

Oleh:

Imelda Kristina Sutrisno
NIM: 020911110

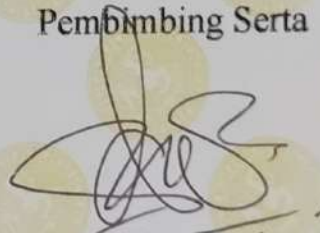
Menyetujui

Pembimbing Utama



(Dr. Ira Arundina, drg., M.Si)
NIP. 197110281997022002

Pembimbing Serta



(Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes)
NIP. 19712112008121003

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2012**

LEMBAR PENGESAHAN

**PERILAKU IBU MENGELOLA JAJANAN MANIS
PADA ANAK USIA PRASEKOLAH DI SURABAYA
BERDASARKAN *THEORY OF PLANNED BEHAVIOR***

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi Di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas
Airlangga Surabaya**

Oleh:

INTAN TRIATMAJA KUSUMAWATI

NIM: 021711133051

Menyetujui

Pembimbing Utama



**(Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes)
NIP : 197112112008121003**

Pembimbing Serta



**(Dr. Retno Palupi, drg., M.Kes)
NIP : 197410262005012002**

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal 23 Desember 2020

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes**
- 2. Dr. Retno Palupi, drg., M.Kes**
- 3. Ninuk Hariyani, drg., M.Kes., MPH., Ph.D**
- 4. Dini Setyowati, drg., MPH., Ph.D**
- 5. Gilang Rasuna Sabdho Wening, drg., M.Kes**

**PERAN *SOCIAL SUPPORT* TERHADAP KESEHATAN
GIGI DAN MULUT PENDERITA DIABETES
MELITUS TIPE 2 DI KOTA SURABAYA**

SKRIPSI



Oleh:

AMALIA NURUL FITRI
NIM. 021611133152

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2019

LEMBAR PENGESAHAN

**PERAN *SOCIAL SUPPORT* TERHADAP KESEHATAN
GIGI DAN MULUT PENDERITA DIABETES
MELITUS TIPE 2 DI KOTA SURABAYA**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi di Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Airlangga Surabaya**

Oleh:

AMALIA NURUL FITRI
NIM. 021611133152

Menyetujui

Pembimbing Utama



Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes
NIP : 197112112008121003

Pembimbing Serta



Dr. Retno Palupi, drg., M.Kes
NIP : 197410262005012002

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2019**

**HUBUNGAN ANTARA PEWARISAN POLA SIDIK
BIBIR DAN GOLONGAN DARAH PADA POPULASI
JAWA DI SURABAYA**

SKRIPSI



Oleh:

CAHYO PULUNGONO

021611133040

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2019**

**HUBUNGAN ANTARA PEWARISAN POLA SIDIK
BIBIR DAN GOLONGAN DARAH PADA POPULASI
JAWA DI SURABAYA**

SKRIPSI



Oleh:

CAHYO PULUNGONO

021611133040

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2019**

LEMBAR PENGESAHAN

**HUBUNGAN ANTARA PEWARISAN POLA SIDIK
BIBIR DAN GOLONGAN DARAH PADA POPULASI
JAWA DI SURABAYA**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi Di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas
Airlangga Surabaya**

Oleh:

CAHYO PULUNGGONO

NIM: 021611133040

Menyetujui,

Pembimbing Utama



(Dr. Agung Sosiawan, drg., M. Kes.)

NIP. 197112112008121003

Pembimbing Serta



(Dr. Haryono Utomo, drg., Sp. Ort)

NIP. 196001222018067101

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2019

**GAMBARAN GEOSPASIAL PREVALENSI DAN
DISTRIBUSI RASA SAKIT GIGI PADA ANAK
USIA 5-15 TAHUN DI INDONESIA**

SKRIPSI



Oleh:

DEFITA AYU LAISYAINA

NIM: 021711133148

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

**GAMBARAN GEOSPASIAL PREVALENSI DAN
DISTRIBUSI RASA SAKIT GIGI PADA ANAK
USIA 5-15 TAHUN DI INDONESIA**

SKRIPSI



Oleh:

DEFITA AYU LAISYAINA

NIM: 021711133148

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

LEMBAR PENGESAHAN

**GAMBARAN GEOSPASIAL PREVALENSI DAN
DISTRIBUSI RASA SAKIT GIGI PADA ANAK
USIA 5-15 TAHUN DI INDONESIA**

SKRIPSI

**Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi Di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas
Airlangga Surabaya**

Oleh:

DEFITA AYU LAISYAINA

NIM: 021711133148

Menyetujui

Pembimbing Utama



Ninuk Hariyani, drg., MKes.,

MPH., Ph.D

NIP: 197905072006042001

Pembimbing Serta



Dr. Agung Sosiawan, drg.,

M.Kes

NIP: 197112112008121003

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal 5 Januari 2021

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Ninuk Hariyani, drg., M.Kes., MPH., Ph.D (Pembimbing Utama)**
- 2. Dr.Agung Sosiawan,drg.,M.Kes (Pembimbing Serta)**
- 3. Prof.Titiek Berniyanti,drg.,M.Kes (Ketua Penguji)**
- 4. Dr.Taufan Bramantoro,drg.,M.Kes (Anggota Penguji)**
- 5. Dr.Retno Palupi,drg.,M.Kes (Anggota Penguji)**

SURAT PERNYATAAN TENTANG ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Defita Ayu Laisyaina

NIM : 021711133148

Program Studi : Pendidikan Dokter Gigi

Fakultas : Kedokteran Gigi

Jenjang : Sarjana (S1)

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

**“GAMBARAN GEOSPASIAL PREVALENSI DAN DISTRIBUSI
RASA SAKIT GIGI PADA ANAK USIA
5-15 TAHUN DI INDONESIA”**

Apabila pada suatu saat nanti terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Surabaya, Januari 2021


DEFITA AYU LAISYANA
NIM. 021711133148

UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillahrabbi'l'alamiin, segala puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi yang berjudul **“GAMBARAN GEOSPASIAL PREVALENSI DAN DISTRIBUSI RASA SAKIT GIGI PADA ANAK USIA 5-15 TAHUN DI INDONESIA”** dengan baik dan tepat pada waktunya.

Penulis secara khusus mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu. Pada kesempatan ini, dengan ketulusan dan kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih yang setulusnya kepada:

1. Kedua orang tua saya yang tercinta, Hadi Yulistianto dan Hana Tryastuti, S.Sos, M.Si, yang selalu memberikan motivasi, dukungan, dan doa yang terbaik untuk saya sehingga saya dapat menyelesaikan perkuliahan dan menyelesaikan skripsi ini.
2. Ninuk Hariyani, drg., M.Kes., MPH., Ph.D selaku pembimbing utama yang telah rela meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing, menuntun, dan memberikan ilmu serta saran dan arahan sejak awal sampai dengan terselesaikannya penulisan skripsi ini.
3. Prof.Titiek Berniyanti,drg.,M.Kes, Dr.Taufan Bramantoro,drg.,M.Kes, dan Dr.Retno Palupi,drg.,M.Kes selaku dosen penguji yang telah memberi saran serta arahan yang membangun dan sangat berarti untuk kesempurnaan skripsi ini selama pembuatan proposal hingga skripsi.

4. Dr.Agung Sosiawan,drg.,M.Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga yang telah memberi kesempatan untuk menempuh pendidikan Strata 1 di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga dan selaku pembimbing serta yang selalu memberi tambahan ilmu dan evaluasi dari pembuatan proposal hingga skripsi.
5. Prof.Titiek Berniyanti,drg.,M.Kes selaku Ketua Departemen yang telah memberi izin untuk pembuatan skripsi.
6. Seluruh dosen dan staf Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga.
7. Saudara - saudara saya, drg. Desita Ayu Sofalina dan Galih Ferbiantoro, S.A, Ricco Diastianto, S.P, Rizky Akbar Diaztianto yang telah memberikan dukungan dan doa kepada saya selama pengerjaan skripsi.
8. Ucapan terima kasih kepada Hegar Gagah Anantaka, Kirana Sekar, Ummu Ma'rifatul, Mefi Yusta, Desya Annisa, serta teman-teman yang turut mendoakan dan mendukung saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
9. Teman-teman terdekat saya, Aulia, Pandu, Farah, Mahela, Disti, Insyi, dan seluruh teman seperjuangan Palatum angkatan 2017.
10. Pihak-pihak lain yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu dalam pembuatan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun akan selalu penulis harapkan. Semoga skripsi ini memberikan manfaat dan kontribusi dalam perkembangan ilmu pengetahuan, masyarakat, bangsa dan negara.

Surabaya, Januari 2021

Penulis

ABSTRACT

GEOSPATIAL DESCRIPTION OF PREVALENCE AND DISTRIBUTION OF TOOTHACHE IN CHILDREN AGE 5-15 YEARS IN INDONESIA

Background: Toothache refers to the pain originating from the teeth or the tissue around the teeth. Toothache prevalence is high in children. Children who eat sugary foods without brushing teeth properly have a greater risk of experiencing toothaches. The determinants of toothache are vary and there is no general description of toothache prevalence and its determinants among Indonesian children. This research aims to describe toothache prevalence and its distribution and to map them using the geospatial modeling method. **Purpose:** To determine the geospatial description of the toothache prevalence and its distribution in children aged 5-15 years in Indonesia. **Methods:** This research is a descriptive study using secondary data obtained from the Indonesian Family Life Survey (IFLS) 5. The sample is a sub-sample of the IFLS 5 with an age range of 5-15 years. Descriptive analysis will be presented in proportion and mean. The depiction of the determinant factors of toothache will be shown in the descriptive tabulations and in the end a geospatial depiction of the Indonesian territory will be carried out. **Results:** This research find that in general around Indonesia, the toothache prevalence was 17,7 %. The distribution of toothache in Indonesian children aged 5-15 years is more prevalent at the age of 5-9 years, among female children, those who come from a middle and lower economic status family, and those with a lower educated father. Moreover, children who eat sugary foods and those who did not brush their teeth properly have a greater risk of experiencing toothaches. Through the geospatial modeling method it could be seen that the phenomenon was varied across Indonesian regions. **Conclusion:** Toothache in Indonesian children is a dental and oral health problem that needs attention and an intervention to handle it. The determinant of toothache among Indonesian children include diet of sugary foods, brushing behavior, age, gender, family economic status, and parent's education level. The prevalence and its determinants were varied across Indonesian regions.

Keywords: toothache, Indonesian children, geospatial modeling.

ABSTRAK

GAMBARAN GEOSPASIAL PREVALENSI DAN DISTRIBUSI RASA SAKIT GIGI PADA ANAK USIA 5-15 TAHUN DI INDONESIA

Latar Belakang: Sakit gigi mengacu pada rasa sakit yang berasal dari gigi atau jaringan yang ada di sekitar gigi. Dimana prevalensi sakit gigi pada anak-anak cukup tinggi. Anak yang mengonsumsi makanan manis tanpa disertai dengan menggosok gigi yang tepat lebih beresiko mengalami sakit gigi. Faktor determinan sakit gigi ini bervariasi dan tidak terdapat penggambaran prevalensi kejadian sakit gigi dan faktor determinannya secara luas pada anak di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan prevalensi dan distribusi kejadian sakit gigi serta melakukan pemetaan menggunakan metode *geospatial modeling*. **Tujuan:** Untuk mengetahui gambaran geospasial prevalensi dan distribusi rasa sakit gigi pada anak usia 5-15 tahun di Indonesia. **Metode Penelitian:** Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan data sekunder yang diperoleh dari Indonesian Family Life Survey (IFLS) 5. Sampel penelitian yaitu sub sampel penelitian IFLS 5, dengan rentang usia 5-15 tahun. Analisa deskriptif akan ditampilkan dalam bentuk proporsi maupun mean. Penggambaran faktor determinan sakit gigi akan ditunjukkan dalam tabulasi deskriptif dan pada akhirnya akan dilakukan penggambaran secara geospasial untuk wilayah Indonesia. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum prevalensi sakit gigi di Indonesia adalah 17,7%. Gambaran sakit gigi pada anak usia 5-15 tahun di Indonesia lebih banyak terjadi pada usia 5-9 tahun, pada anak perempuan, yang berasal dari keluarga dengan status ekonomi menengah ke bawah, dan yang memiliki ayah berpendidikan rendah. Bahkan, anak yang mengonsumsi makanan manis dan yang tidak menggosok gigi dengan benar memiliki risiko lebih besar untuk mengalami sakit gigi. Melalui metode *geospatial modeling* terlihat bahwa fenomena tersebut bervariasi di seluruh wilayah Indonesia. **Kesimpulan:** Sakit gigi pada anak Indonesia merupakan masalah kesehatan gigi dan mulut yang perlu diperhatikan dan perlu adanya intervensi untuk menanganinya. Dimana faktor determinan sakit gigi pada anak Indonesia antara lain konsumsi makanan manis, perilaku menyikat gigi, usia, jenis kelamin, status ekonomi keluarga, dan tingkat pendidikan orang tua. Prevalensi sakit gigi dan faktor determinannya bervariasi di seluruh wilayah Indonesia.

Kata Kunci: sakit gigi, anak Indonesia, *geospatial modeling*.

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	
SAMPUL DALAM.....	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI	iii
SURAT PERNYATAAN TENTANG ORISINALITAS	iv
UCAPAN TERIMA KASIH.....	v
ABSTRACT.....	viii
ABSTRAK.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	5
1.3. Tujuan Penelitian	6
1.3.1. Tujuan Umum	6
1.3.2. Tujuan Khusus	6
1.4. Manfaat Penelitian	6
1.4.1. Manfaat Ilmiah.....	6
1.4.2. Manfaat Praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1. Anak Usia 5-15 Tahun	8
2.2. Sakit Gigi	9
2.3. Sakit Gigi pada Anak	10
2.4. Faktor Determinan Sakit Gigi pada Anak.....	11
2.5. <i>Indonesian Family Live Survey (IFLS)</i>	18
2.6. <i>Geospatial Information System (GIS)</i>	19
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL.....	21
3.1. Kerangka Konseptual.....	21
3.2. Keterangan Kerangka Konsep.....	21

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN.....	23
4.1. Jenis Penelitian.....	23
4.2. Tempat dan Waktu Penelitian	24
4.2.1. Tempat Penelitian.....	24
4.2.2. Waktu Penelitian	24
4.3. Data Penelitian	24
4.4. Populasi Penelitian.....	24
4.5. Sampel Penelitian.....	25
4.6. Variabel Penelitian.....	25
4.6.1. Variabel Terikat	25
4.6.2. Variabel Bebas	25
4.7. Definisi Operasional.....	25
4.8 Instrumen Penelitian.....	30
4.9 Teknik Pengambilan Data.....	30
4.10 Cara Pengolahan Data	30
4.11 Analisis Data	30
4.12 Alur Penelitian	31
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA	32
5.1 Distribusi Karakteristik Responden	32
5.2 Pemetaan Geospasial Persebaran Sakit Gigi, Konsumsi Makanan Manis yang Buruk, dan Perilaku Menyikat Gigi yang Buruk pada Anak Usia 5-15 Tahun di Indonesia menggunakan GIS	35
BAB 6 PEMBAHASAN	41
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	47
7.1 Kesimpulan	47
7.2 Keterbatasan Penelitian.....	47
7.3 Saran.....	48
DAFTAR PUSTAKA	49
LAMPIRAN.....	55

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Gambaran distribusi karakteristik sakit gigi dan faktor determinan sakit gigi pada responden.....	32
Tabel 2. Gambaran distribusi karakteristik usia, jenis kelamin, konsumsi makanan manis, perilaku menyikat gigi, tingkat pendidikan orang tua dan status ekonomi keluarga dengan sakit gigi.	34
Tabel 3. Prevalensi sakit gigi, konsumsi makanan manis yang buruk, dan perilaku menyikat gigi yang buruk pada setiap provinsi.....	36

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Peta Geospasial Proporsi Sakit Gigi pada Anak Usia 5-15 Tahun di Indonesia	38
Gambar 2. Peta Geospasial Proporsi Konsumsi Makanan Manis yang Buruk pada Anak Usia 5-15 Tahun di Indonesia	38
Gambar 3. Peta Geospasial Proporsi Perilaku Menyikat Gigi yang Buruk pada Anak Usia 5-15 Tahun di Indonesia	39

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Laik Etik	55
Lampiran 2. Kuisisioner pada IFLS V	56

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pengertian sehat menurut WHO secara garis besar adalah keadaan seseorang yang terbebas dari gangguan fisik, mental, sosial, serta tidak mengalami kecacatan, dan bukan sekedar tidak adanya suatu penyakit. Kesehatan merupakan hak dasar setiap manusia tanpa pengecualian. Kesehatan ini sangat penting terutama dalam pengaruhnya terhadap perkembangan anak (World Health Organisation, 2017).

Sakit merupakan keadaan dimana kondisi fisik, emosional, intelektual, sosial dan perkembangan seseorang berkurang atau terganggu. Sakit merupakan suatu keadaan yang tidak menyenangkan yang menimpa seseorang sehingga seseorang mengalami gangguan aktivitas sehari-hari baik itu dalam aktivitas jasmani, rohani dan sosial. Menurut Pemons, sakit adalah penurunan fungsi normal individu dalam bentuk gangguan pada sistem biologis ataupun penyesuaian sosialnya. Secara umum, sakit adalah keadaan terganggunya fungsi tubuh atau sebagian dari organ tubuh (Irwan, 2017).

Adapun faktor yang mempengaruhi kesehatan secara umum, salah satunya adalah kesehatan gigi dan mulut, karena rongga mulut merupakan salah satu pintu masuknya bakteri penyebab penyakit ke dalam tubuh. Kesehatan gigi dan mulut yang tidak dijaga dengan baik dapat menimbulkan sakit gigi. Sakit gigi mengacu pada rasa sakit yang berasal dari gigi atau jaringan yang ada di sekitar gigi, yang mengindikasikan adanya peradangan atau kemungkinan infeksi (Fernandes et al, 2018).

Sakit gigi merupakan salah satu gejala paling umum dari masalah mulut yang tidak diobati, dimana masalah kesehatan ini memiliki prevalensi yang tinggi di masyarakat. Sakit gigi dapat mempengaruhi fungsi mastikasi, fungsi berbicara, kualitas hidup dan kesejahteraan individu. Banyak faktor yang dapat menyebabkan sakit gigi. Dengan faktor penyebab utama sakit gigi bagi sebagian besar anak-anak adalah karies gigi atau gigi berlubang dan kebersihan rongga mulut yang buruk (Kane, 2017).

Karies gigi pada anak dapat dicegah sedini mungkin dengan cara pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut yang baik serta pemeriksaan gigi rutin ke dokter gigi. Pada usia anak lima tahun pemeriksaan gigi mulai perlu menjadi perhatian dalam kaitannya dengan tingkat karies gigi pada gigi sulung. Pemeriksaan gigi pada anak terus dilakukan secara rutin. Dimana pada usia 12 tahun kemungkinan besar semua gigi permanen telah erupsi kecuali gigi molar ketiga. Dan pada usia 15 tahun, gigi permanen telah terpapar dengan lingkungan *oral* selama tiga sampai sembilan tahun. Oleh karena itu, penilaian prevalensi karies pada anak ditetapkan pada usia tersebut (World Health Organization, 2013). Mengingat penyebab utama sakit gigi pada anak adalah karies gigi, pemeriksaan kejadian sakit gigi pada usia tersebut perlu untuk dilakukan.

Karies gigi merupakan penyakit kronis multifaktorial yang mengakibatkan kerusakan dan demineralisasi jaringan keras gigi karena produksi asam dari fermentasi bakteri yang berinteraksi dengan sisa makanan yang menempel pada gigi. Sebagian besar karies gigi pada anak berkaitan dengan kebiasaan mengonsumsi makanan yang manis serta rendahnya

kesadaran untuk menjaga kebersihan gigi seperti menggosok gigi 2 kali sehari. Mengonsumsi makanan manis tanpa disertai dengan menggosok gigi yang benar akan memudahkan tumbuhnya plak pada gigi yang akan menyebabkan gigi lebih beresiko terhadap karies (Sufriani & Aflah, 2018).

Selain itu, berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Colak et al. (2013) menunjukkan adanya hubungan antara karies dengan status sosial ekonomi. Studi menunjukkan bahwa karies lebih umum ditemukan pada anak-anak yang hidup dalam kemiskinan atau dalam kondisi ekonomi yang buruk, termasuk didalamnya anak dari etnis dan ras minoritas, anak yang lahir dari ibu tunggal serta anak dengan orang tua yang memiliki tingkat pendidikan yang rendah. Dalam populasi ini, anak-anak memiliki peningkatan risiko untuk mengalami hipoplasia enamel gigi karena malnutrisi prenatal dan perinatal atau kekurangan gizi, dan preferensi yang lebih tinggi untuk makanan manis (Colak *et al*, 2013).

Faktor usia dan jenis kelamin mempengaruhi sakit gigi terkait dengan kesehatan rongga mulut. Studi menurut Hongru Su et al, menyatakan bahwa prevalensi karies gigi meningkat dengan bertambahnya usia, Faktor jenis kelamin menunjukkan bahwa perempuan memiliki status kesehatan rongga mulut yang lebih baik dibandingkan laki-laki. Hal ini dikarenakan perempuan memiliki sikap dan perilaku yang lebih baik pada kesehatan gigi dan mulut (Su et al., 2018), akan tetapi penelitian mengenai hal ini pada anak-anak masih jarang ditemukan.

Penelitian tentang faktor determinan yang terkait dengan sakit gigi telah dilakukan di beberapa negara. Salah satu negara yang melakukan

penelitian mengenai faktor determinan yang terkait dengan sakit gigi pada anak-anak adalah Inggris, dimana sakit gigi pada anak-anak masih memiliki prevalensi yang tinggi mencapai 76,5% (Muirhead et al., 2018). Indonesia termasuk negara yang memiliki angka kejadian sakit gigi yang tinggi terutama pada anak, akan tetapi penggambaran kejadian sakit gigi dan faktor determinan sakit gigi secara luas pada anak di Indonesia belum pernah dilakukan. Penelitian representatif untuk seluruh wilayah Indonesia belum pernah dilakukan karena data yang digunakan masih bersifat sporadis.

Penelitian ini menggunakan data nasional yang diperoleh dari salah satu survei di Indonesia yang memuat informasi tentang kondisi kesehatan masyarakat Indonesia, yaitu *Indonesian Family Life Survey* (IFLS). IFLS merupakan survei longitudinal yang berlangsung secara terintegrasi semenjak tahun 1993 di Indonesia dilanjutkan tahun 1997, 2000, 2007 dan 2014. Sampel pada IFLS merupakan representasi 83% populasi yang ada di 13 provinsi di Indonesia (Strauss, Witoelar & Sikoki, 2016).

Pada penelitian ini digunakan data terbaru yaitu data IFLS 5 tahun 2014-2015, dimana salah satu hal yang menjadi perhatian dalam survei tersebut adalah kondisi kesehatan fisik masyarakat Indonesia. Pada IFLS 5 terdapat data-data mengenai kejadian sakit gigi dan berbagai faktor determinannya. Oleh karena itu, data IFLS 5 dipilih dalam penelitian ini untuk menggambarkan kejadian dan faktor determinan sakit gigi secara menyeluruh di Indonesia.

Penggambaran secara menyeluruh dapat dilakukan dengan menggunakan metode *geospasial modelling*, yaitu dengan memasukkan data

kedalam peta geografis *Geospasial Information System* (GIS) menggunakan pemetaan spasial geografis (Breunig *et al.*, 2020).

Analisis spasial menggunakan *Geospasial Information System* (GIS) banyak dimanfaatkan di bidang kesehatan, yang dapat membantu mengidentifikasi distribusi dan clustering kasus penyakit, serta daerah yang berisiko tinggi. Beberapa penelitian kesehatan gigi sudah menerapkan GIS untuk melihat distribusi penyebaran penyakit gigi. Seperti penelitian oleh Pereira *et al.* (2014), yang memetakan kejadian gingivitis pada anak umur 12 tahun, dan melihat hubungan faktor resiko kejadian gingivitis. Akan tetapi, belum ada penelitian mengenai analisis geospasial kejadian sakit gigi serta faktor determinan sakit gigi pada anak secara menyeluruh di Indonesia.

Oleh karena itu, metode *geospasial modelling* pada penelitian ini dilakukan untuk memetakan kejadian sakit gigi serta faktor determinan sakit gigi pada anak usia 5-15 tahun di Indonesia kedalam peta geografis. Untuk mengetahui gambaran dan persebaran sakit gigi serta faktor determinannya pada anak usia 5-15 tahun di Indonesia

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran geospasial prevalensi dan distribusi rasa sakit gigi pada anak usia 5-15 tahun di Indonesia?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran geospasial prevalensi dan distribusi rasa sakit gigi pada anak usia 5-15 tahun di Indonesia.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui prevalensi rasa sakit gigi pada anak usia 5-15 tahun di Indonesia.
2. Mengetahui distribusi rasa sakit gigi pada anak usia 5-15 tahun menurut faktor dererminannya di Indonesia.
3. Mengetahui persebaran rasa sakit gigi dan faktor determinan sakit gigi dari segi perilaku konsumsi makanan manis dan perilaku menyikat gigi pada anak usia 5-15 tahun secara geospasial di wilayah Indonesia.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Ilmiah

Manfaat ilmiah penelitian ini yaitu diharapkan dapat memberikan suatu informasi, gambaran dan pengembangan ilmu mengenai sakit gigi pada anak usia 5-15 tahun di Indonesia dan faktor determinannya serta persebarannya secara geospasial di wilayah Indonesia.

1.4.2. Manfaat Praktis

Manfaat praktis penelitian ini adalah sebagai sumbangan pemikiran penulis terhadap Universitas Airlangga dan masyarakat Indonesia. Serta

diharapkan penelitian ini dapat menjadi masukan ataupun bahan pertimbangan untuk perencanaan dan pengembangan program *preventive dentistry* terkait sakit gigi pada anak di Indonesia.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Anak Usia 5-15 Tahun

Menurut definisi WHO, batasan usia anak adalah sejak anak di dalam kandungan sampai usia 18 tahun. Perkembangan anak bersifat holistik, yaitu dapat berkembang optimal apabila kesehatannya baik, cukup gizi dan dididik secara baik dan benar (Burhaein, 2017).

Masalah kesehatan anak merupakan salah satu masalah utama dalam bidang kesehatan yang saat ini terjadi di Indonesia. Derajat kesehatan anak mencerminkan derajat kesehatan bangsa, sebab anak sebagai generasi penerus bangsa memiliki kemampuan yang dapat dikembangkan dalam meneruskan pembangunan bangsa (Roza & Nopriyani, 2017).

Kesehatan anak termasuk kesehatan gigi dan mulut pada anak merupakan faktor yang harus diperhatikan sedini mungkin karena kerusakan gigi pada usia anak dapat memengaruhi pertumbuhan gigi pada usia selanjutnya. Oleh karena itu, pengetahuan kesehatan gigi dan mulut sebaiknya diberikan sejak usia dini, selain itu juga dikarenakan pada usia dini anak mulai mengerti akan pentingnya kesehatan serta larangan yang harus dihindari atau kebiasaan yang dapat mempengaruhi keadaan giginya. Pemberian pengetahuan kesehatan gigi dan mulut sebaiknya diberikan bersamaan dengan pemeriksaan gigi dan mulut anak sejak dini (Almujadi & Taadi, 2017; Oktarina, Tumaji, & Roosihermiatie, 2016).

Pemeriksaan gigi pada usia anak lima tahun menjadi perhatian dalam kaitannya dengan tingkat karies pada gigi sulung, yang mungkin

menunjukkan perubahan dalam rentang waktu yang lebih pendek dibandingkan pada gigi permanen. Di beberapa negara, usia 5 tahun juga merupakan usia anak-anak mulai sekolah dasar. Selain itu, di negara-negara dimana masuk sekolah ditangguhkan hingga usia 6 atau 7 tahun, usia ini juga dapat digunakan (World Health Organization, 2013).

Pada usia 12 tahun kemungkinan besar semua gigi permanen telah erupsi kecuali gigi molar ketiga. Oleh karena itu, usia 12 tahun telah dipilih sebagai kelompok usia indikator global untuk perbandingan internasional. Pada usia 15 tahun, gigi permanen telah terpapar dengan lingkungan *oral* selama tiga sampai sembilan tahun. Oleh karena itu, penilaian prevalensi karies pada remaja mungkin relevan pada usia tersebut (World Health Organization, 2013).

2.2. Sakit Gigi

Rasa sakit adalah fenomena multidimensi yang terdiri dari variabel fisiologis dan psikologis yang terkait dengan kerusakan jaringan atau potensi terjadinya kerusakan jaringan. Sakit gigi merupakan gejala yang paling umum yang memaksa pasien untuk mencari perawatan gigi dan memiliki makna emosional, biologis dan psikologis bagi pasien (Santos et al., 2019).

Sakit gigi mengacu pada rasa sakit di sekitar gigi atau rahang, yang mengindikasikan adanya peradangan dan kemungkinan infeksi. Dalam kasus ringan terdapat peningkatan sensitivitas gigi terhadap makanan asam, dingin dan panas. Sakit gigi merupakan salah satu gejala paling umum dari masalah mulut yang tidak diobati dan memberikan dampak terhadap kesejahteraan

terutama pada anak-anak, dengan dampak negatif terhadap kualitas hidup (Fernandes et al, 2018).

Karies gigi adalah penyebab utama sakit gigi bagi sebagian besar anak-anak dan orang dewasa. Penyebab lain sakit gigi dapat berupa akumulasi sisa makanan di antara gigi, terutama jika terdapat diastema diantara gigi; peradangan atau infeksi pada gigi atau gingiva; trauma pada gigi; fraktur gigi atau fraktur akar; gigi yang mulai erupsi melalui gingiva, seperti gigi tumbuh (*teething*); dan infeksi sinus yang dirasakan sebagai rasa sakit pada gigi (Salinas, 2018).

2.3. Sakit Gigi pada Anak

Gejala sakit gigi yang dirasakan anak-anak mungkin saja dapat berbeda-beda. Gejala paling umum dari sakit gigi adalah rasa sakit berdenyut-denyut pada gigi. Rasa sakit pada gigi semakin memburuk saat gigi mendapatkan rangsangan, seperti saat sedang mengunyah makanan atau meminum minuman panas atau dingin. Pada anak sakit gigi juga dapat memberikan gejala berupa demam, umumnya merasa lelah dan merasa tidak enak (*malaise*) (Kapner et al., 2020).

Sakit gigi pada anak terjadi ketika pulpa di dalam gigi mengalami peradangan dan terinfeksi. Dimana pulpa merupakan bagian gigi yang memiliki pembuluh darah dan saraf. Sakit gigi pada anak sering terjadi setelah adanya trauma pada gigi. Trauma yang paling umum terjadi pada gigi adalah adanya kavitas atau lubang pada gigi yang disebut dengan karies gigi. Karies gigi seringkali terjadi karena kebersihan gigi yang buruk. Gula dan pati dalam makanan memungkinkan bakteri di dalam rongga mulut dapat

merusak gigi. Bakteri di dalam rongga mulut memfermentasi gula dan pati dan menghasikan asam yang dapat menyebabkan demineralisasi gigi (Kapner et al., 2020).

Karies gigi yang tidak diobati dan konsekuensi klinisnya adalah penyebab klinis utama dari sakit gigi. Di antara konsekuensi ini, kondisi klinis seperti karies gigi yang tidak diobati yang menginfeksi jaringan pulpa dan adanya abses dikaitkan dengan adanya sakit gigi. Selain itu, kondisi mulut lainnya seperti trauma gigi dan sariawan juga dapat menyebabkan rasa sakit dan, akibatnya, memberikan efek negatif pada kehidupan sehari-hari anak-anak (Santos et al., 2019).

Meskipun prevalensi tinggi karies gigi yang tidak diobati di antara anak-anak sekolah Brasil, ada sejumlah penelitian berkualitas tinggi pada prevalensi nyeri gigi pada anak-anak berusia 8 hingga 10 tahun. Sebagian besar penelitian yang membahas sakit gigi dilakukan pada anak-anak sekolah atau dengan anak-anak yang sudah menunjukkan gigi permanen lengkap. Pada fase ini, adanya nyeri gigi dapat menjadi indikator kerusakan oklusi gigi (misalkan tanggal prematur) dan kebutuhan di masa depan untuk perawatan gigi jangka panjang. Selain itu, usia 8-10 tahun sangat penting dalam perkembangan psikologis, dan sakit gigi dapat berdampak negatif pada kesejahteraan emosional dan fisik anak-anak (Santos et al., 2019).

2.4. Faktor Determinan Sakit Gigi pada Anak

Banyak faktor yang dapat menimbulkan sakit gigi pada anak. Dimana sakit gigi pada anak paling banyak disebabkan oleh karies gigi. Karies gigi pada anak merupakan penyakit multifaktorial dapat disebabkan oleh faktor

didalam mulut yang berhubungan langsung dalam proses terjadinya karies gigi pada anak sekolah antara lain struktur gigi, morfologi gigi, susunan gigi geligi dirahang, derajat keasaman saliva, yang berhubungan dengan frekuensi menjaga kebersihan gigi, jumlah dan makanan yang dapat menyebabkan karies gigi pada anak prasekolah. Karies gigi pada anak prasekolah dapat menimbulkan rasa sakit atau nyeri, maka anak akan kehilangan selera makan dan dapat terjadi demam serta proses mengunyah makanan akan terganggu, sehingga anak menjadi malas makan dan akhirnya menjadi kurus (Riyanti E, 2012).

Pada fase usia anak sangat rentan terkena masalah kesehatan gigi terutama karies gigi, karena pada umumnya memiliki pengetahuan yang kurang. Tingkat pengetahuan tentang kesehatan gigi berhubungan kuat dengan perilaku perawatan gigi pada anak usia sekolah. Hasil penelitian menunjukkan ada kecendrungan responden mengalami karies gigi yang apabila perilaku menggosok gigi ini tidak diperbaiki hingga usia 10-11 akan menyebabkan karies pada gigi permanen (Sufriani & Aflah, 2018).

Pola makan yang baik maupun kebiasaan memeriksakan kesehatan gigi ke dokter gigi sangat penting untuk rentan tidaknya gigi berlubang. Dalam penelitian oleh Budisuari dkk. (2010) disebutkan bahwa kebiasaan mengkonsumsi makanan manis cenderung terjadinya karies gigi lebih besar dibandingkan dengan yang memiliki pola makan berserat (Gayatri, 2017).

Makanan kariogenik adalah makanan yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit karies gigi. Sifat makanan kariogenik adalah banyak mengandung karbohidrat, lengket dan mudah hancur di dalam mulut.

Pengulangan konsumsi karbohidrat yang terlalu sering menyebabkan produksi asam oleh bakteri menjadi lebih sering sehingga keasaman rongga mulut akan meningkat dan semakin banyak email yang terlarut. Plak terbentuk dari sisa makanan yang melekat di sela-sela gigi yang kemudian akan ditumbuhi bakteri yang dapat mengubah glukosa menjadi asam sehingga pH rongga mulut menurun hingga 4,5. Pada keadaan ini struktur email gigi akan terlarut (Sufriani & Aflah, 2018).

Makanan yang mengandung gula berperan penting dalam perkembangan karies gigi karena karies gigi tidak dapat terjadi tanpa adanya gula makanan. Karies gigi berkembang ketika bakteri dalam mulut memetabolisme gula untuk menghasilkan asam yang mendemineralisasi jaringan keras gigi (enamel dan dentin). Minuman yang diberi gula pemanis, termasuk minuman yang dibuat dengan bahan dasar buah dan susu ataupun 100% jus buah merupakan sumber utama gula bebas. Makanan manis, kue, biskuit, sereal, makanan penutup manis, sukrosa, madu, sirup, dan pengawet adalah sumber gula bebas yang banyak dikonsumsi (Schwendicke et al., 2016).

Perawatan gigi harus dimulai sedini mungkin karena sangat berpengaruh terhadap kesehatan, terutama kesehatan gigi susu mempunyai pengaruh yang cukup besar terhadap pertumbuhan gigi tetap. Selain itu gigi tetap ini tumbuhnya untuk masing-masing gigi tidak sama dengan tanggalnya gigi susu melainkan mempunyai periode tersendiri. Gigi yang tidak teratur rapi akan memudahkan sisa makanan bersembunyi lebih lama sehingga menyebabkan penyakit gigi. Selain itu pada gigi berlubang merupakan

tempat yang sangat baik untuk berkumpulnya sisa-sisa makanan yang lama kelamaan akan menjadi busuk dan menimbulkan bau mulut yang tidak sedap (Roza & Nopriyani, 2017).

Studi menurut Hongru Su et al, menyatakan bahwa prevalensi karies gigi meningkat dengan bertambahnya usia, dengan data yang dianalisis yaitu anak-anak berusia antara 2 sampai 6 tahun dan dalam kisaran usia ini orang tua dan pengasuh bertanggung jawab atas kebersihan rongga mulut anak-anak. Dimana tingkat keparahan karies meningkat secara bertahap seiring dengan bertambahnya usia dalam pertumbuhan gigi sulung, karena karies adalah proses kumulatif. Oleh karena itu, promosi kesehatan untuk pencegahan karies gigi harus dimulai sejak dini pada tahun pertama kehidupan anak-anak (Su et al., 2018).

American Academy of Pediatric Dentistry merekomendasikan untuk menyikat gigi dua kali sehari untuk anak-anak dan dimulai segera setelah gigi sulung pertama erupsi, hanya 48,02% dari penelitian telah menyikat gigi sekali sehari atau lebih dan sebagian besar dari mereka sudah mulai menyikat gigi pada usia 2 tahun atau lebih. Perilaku anak mengenai Kesehatan gigi memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kualitas hidup terkait kesehatan mulut dan merupakan prediktor penting dari karies gigi. Oleh karena itu, orang tua atau pengasuh harus memahami akibat bahwa tidak menyikat gigi dapat berdampak pada kesehatan mulut anak dan harus membantu anak menyikat gigi sejak dini (Su et al., 2018).

Menggosok gigi dengan teratur hingga bersih dapat membantu membersihkan sisa makanan dan plak gigi serta mencegah kerusakan

gigi(karies gigi), penyakit gusi dan nafas berbau. Ada beberapa faktor yang harus diperhatikan saat menggosok gigi yaitu: cara menggosok gigi yang benar, pemilihan sikat gigi yang benar, frekuensi menggosok gigi yang tepat. Sikat gigi yang baik sebaiknya mempunyai ukuran yang sesuai dengan mulut anak, dengan gagang sikat gigi yang nyaman dan kuat serta mempunyai bulu sikat yang lembut dan ujung yang membulat. Frekuensi menggosok gigi adalah 2 kali sehari yaitu pagi setelah sarapan pagi dan malam sebelum tidur (Sufriani & Aflah, 2018).

Penyikatan gigi dua kali sehari dengan menggunakan pasta gigi yang mengandung fluor terbukti dapat menurunkan karies oleh karena fluor dapat membantu memperkuat email gigi (Hermawan et al., 2015).

Status gizi juga dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah pendidikan orang tua, dimana Pendidikan orang tua yang tinggi dapat mengubah pola makan seseorang yang pada akhirnya nanti dapat berpengaruh terhadap status gizi keluarga termasuk anak. Anak dengan pendidikan ayah dan ibu rendah akan mengalami kurang gizi atau memiliki perawakan pendek dengan rasio 20 kali lebih besar dibandingkan dengan anak dari orang tua yang berpendidikan tinggi, faktor lain yang mempengaruhi yaitu pola asuh, pola makan dan penghasilan orang tua (Sugeng et al., 2019).

Status gizi juga dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah pendidikan orang tua, dimana Pendidikan orang tua yang tinggi dapat mengubah pola makan seseorang yang pada akhirnya nanti dapat berpengaruh terhadap status gizi keluarga termasuk anak. Anak dengan

pendidikan ayah dan ibu rendah akan mengalami kurang gizi atau memiliki perawatan pendek dengan rasio 20 kali lebih besar dibandingkan dengan anak dari orang tua yang berpendidikan tinggi, faktor lain yang mempengaruhi yaitu pola asuh, pola makan dan penghasilan orang tua (Sugeng et al., 2019).

Ketidakmampuan anak menggosok gigi yang benar dan pada waktu yang tepat bisa saja disebabkan karena kurangnya pengetahuan anak tentang cara menggosok gigi dan frekuensi menggosok gigi yang benar. Anak-anak harus diajarkan perawatan gigi dan mulut secara mandiri dengan pengawasan dan panduan dari orangtua. Orang tua mempunyai peran penting dalam perawatan kesehatan gigi dan mulut anak, ada hubungan yang bermakna antara peran orangtua tentang menggosok gigi anak dengan skor plak pada anak usia sekolah. Orangtua sebaiknya mempelajari teknik menyikat gigi yang benar untuk anak agar dapat membantu membimbing anak melakukan sikat gigi yang benar. Sehingga dapat membimbing anak tentang pemeliharaan gigi khususnya cara menggosok gigi yang benar dan frekuensi menggosok gigi. Orangtua berperan membentuk kebiasaan anak untuk selalu menggosok gigi minimal 2 kali sehari yaitu setelah makan dan sebelum tidur (Sufriani & Aflah, 2018).

Selain itu, hubungan antara karies dan status sosial ekonomi telah diuji dalam beberapa penelitian. Studi menunjukkan bahwa karies lebih umum ditemukan pada anak-anak yang hidup dalam kemiskinan atau dalam kondisi ekonomi yang buruk, yang termasuk dalam etnis dan ras minoritas, yang lahir dari ibu tunggal, yang orang tuanya memiliki tingkat pendidikan

yang rendah, terutama mereka yang dari ibu yang buta huruf. Dalam populasi ini, karena malnutrisi prenatal dan perinatal atau kekurangan gizi, anak-anak memiliki peningkatan risiko untuk mengalami hipoplasia enamel gigi dan ada yang lebih penting yaitu preferensi untuk makanan manis (Colak *et al*, 2013).

Lingkungan di mana anak-anak tinggal dan tumbuh berperan penting sebagai faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan anak. Status sosial ekonomi keluarga memiliki hubungan dengan prevalensi karies gigi. Keluarga dengan status sosial ekonomi rendah dan tingkat pendidikan yang rendah memiliki lebih sedikit akses ke layanan gigi, produk untuk menjaga *oral hygiene*; dan memiliki pengetahuan yang buruk tentang kebersihan gigi dan mulut, yang berakibat pada prevalensi dan keparahan karies gigi yang lebih besar. Pada penelitian Johnsen, mengamati bahwa anak-anak bebas karies memiliki orang tua dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi, menyadari tentang retensi yang berkepanjangan dari gigi mereka sendiri, memiliki keluarga dengan anggota keluarga yang lebih sedikit, kunjungan ke dokter gigi yang terjadwal, dan frekuensi makan camilan yang rendah (Al-Meedani & Al-Dlaigan, 2016).

Beberapa penelitian menemukan bahwa ibu dengan kualifikasi pendidikan tinggi memiliki anak dengan kesehatan gigi yang lebih baik. Pada sebuah studi di Turki, tingkat karies gigi yang lebih rendah pada anak-anak Turki yang ibunya memiliki tingkat pendidikan yang tinggi. Demikian pula, prevalensi karies yang lebih rendah dilaporkan pada anak-anak Yordania di mana para ibu memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi. Ukuran

keluarga yang memiliki anggota lebih banyak juga telah dilaporkan terkait dengan risiko karies gigi yang lebih tinggi pada anak-anak (Al-Meedani & Al-Dlaigan, 2016).

Pengaruh status sosial ekonomi pada kesehatan gigi mungkin juga nampak akibat dari perbedaan kebiasaan konsumsi diet makanan dan peran gula dalam makanan. Dalam ulasan mengenai ketidaksetaraan dalam kesehatan mulut, Sheiham dan Watt menunjukkan bahwa penyebab utama ketidaksetaraan dalam kesehatan mulut adalah perbedaan dalam pola konsumsi gula non-susu dan pasta gigi berfluoride. Penulis dalam Ref. mengkonfirmasi bahwa anak-anak dengan orang tua dalam kelompok berpenghasilan terendah memiliki skor Decayed, Missing, and Filled Teeth (dmft) empat kali lebih tinggi daripada anak-anak dengan orang tua dalam kelompok berpenghasilan tertinggi (Colak *et al*, 2013).

2.5. Indonesian Family Live Survey (IFLS)

Indonesian Family Live Survey (IFLS) atau Survei Aspek Kehidupan Rumah Tangga Indonesia adalah survei nasional rumah tangga, komunitas dan fasilitas yang dilakukan di negara berkembang oleh Research And Development (RAND) Corporation, bekerja sama dengan lembaga penelitian di masing-masing survei. IFLS merupakan survei komprehensif dari banyak aspek kehidupan rumah tangga Indonesia, yang mengumpulkan data tentang pendapatan, konsumsi, kesehatan, pendidikan, pekerjaan, aset, migrasi, dan lainnya (Wijayanti & Adrison, 2018).

IFLS adalah survei longitudinal yang berlangsung secara terintegrasi lima gelombang semenjak tahun 1993 di Indonesia dilanjutkan tahun 1997,

2000, 2007 dan yang paling baru tahun 2014. Sampel pada IFLS merupakan representasi 83% populasi yang ada di 13 provinsi di Indonesia, yang terdiri dari 16.204 rumah tangga, jumlah individu sebanyak 58.325 individu. 13 provinsi di Indonesia tersebut, yaitu : DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, Sumatera Selatan, Nusa Tenggara Barat, Jawa Tengah, D.I Yogyakarta, Bali, Sumatera Utara, Sumatera Barat dan Lampung (Strauss, Witoelar & Sikoki, 2016).

Pada IFLS 5 terdapat 11 buku, yaitu buku T (*Tracking Book*) berisi kontak dan lokasi semua rumah tangga; buku K (*Control Book*) berisi lokasi rumah tangga yang diwawancarai; buku 1 (*Household Expenditures and Knowledge of Health Facilities*) berisi pengetahuan mengenai pengeluaran rumah tangga dan sarana kesehatan; buku 2 (*Household Economy*) berisi tentang usaha, pendapatan, dan aset rumah tangga; buku 3A berisi mengenai pendidikan, pernikahan, pekerjaan, dan sejarah migrasi semua anggota rumah tangga (*Adult Information*); buku 3B berisi mengenai kebiasaan merokok, kepemilikan asuransi, dan kondisi kesehatan (*Adult Information*); buku 4 (*Ever Married Woman Life*) berisi mengenai retrospektif pernikahan dan anak-anak yang lahir; buku 5 (*Child Information*) berisi mengenai informasi tentang anak berusia kurang dari 15 tahun; buku *proxy*; buku US mengenai *physical health assessment*; dan buku EK mengenai *cognitive assessment* (Strauss, Witoelar and Sikoki, 2016).

2.6. Geospatial Information System (GIS)

Geospatial Information System atau Sistem Informasi Geospasial diartikan sebagai sistem informasi yang digunakan untuk memasukkan,

menyimpan, mengelola, mengolah, menganalisis dan menghasilkan data referensi geografis atau data geospasial, untuk berbagai tujuan yang berkaitan dengan pemetaan dan perencanaan (Wisnarini dan Khristianto,2014).

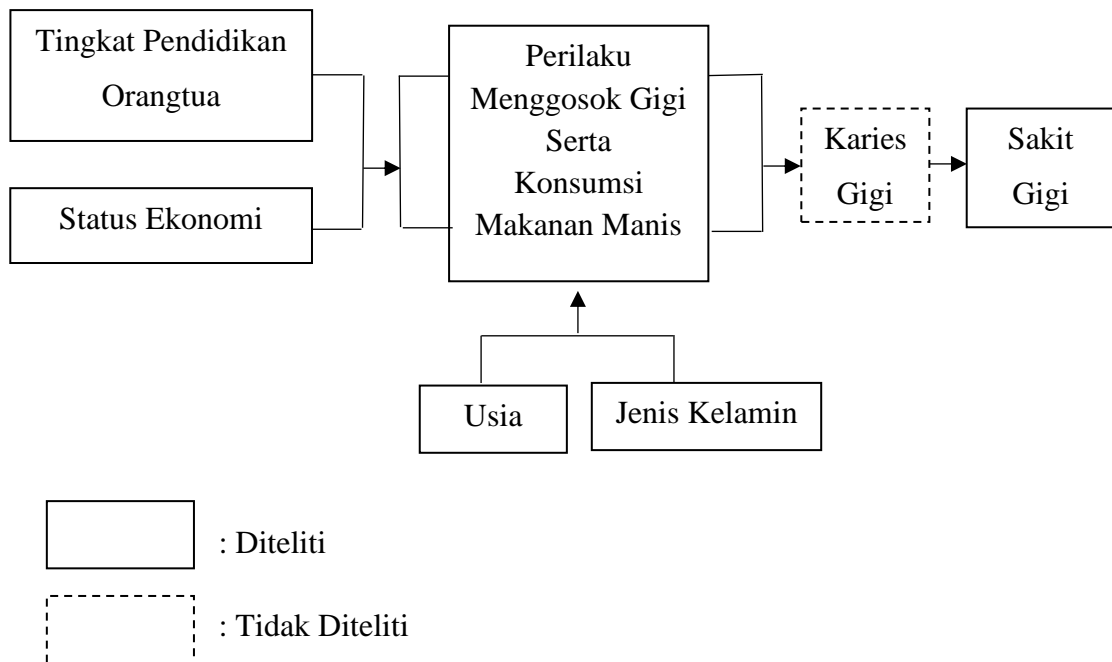
Komponen utama GIS adalah sistem komputer, data geospasial dan pengguna. Sistem komputer untuk GIS terdiri dari perangkat keras (hardware), perangkat lunak (software) dan prosedur untuk penyusunan pemasukkan data, pengolahan, analisis, pemodelan (modelling), dan penayangan data geospasial (Wijaya dan Ayundha,2014).

Saat ini GIS sudah dimanfaatkan oleh berbagai disiplin ilmu seperti ilmu kesehatan, ilmu ekonomi, ilmu lingkungan, ilmu pertanian dan lain sebagainya. Analisis spasial menggunakan GIS banyak dimanfaatkan di bidang kesehatan, yang dapat membantu mengidentifikasi distribusi dan clustering kasus penyakit, daerah yang berisiko tinggi, serta mengidentifikasi faktor risiko yang mempengaruhinya, sehingga dapat membantu upaya pengendalian penyakit. Secara khusus, GIS dapat menghubungkan individu dengan lingkungan dan memberikan wawasan yang lebih untuk memahami distribusi spasial pasien yang terkena penyakit tertentu (McGuire S, et al., 2011).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1. Kerangka Konseptual



3.2. Keterangan Kerangka Konsep

Sakit gigi mengacu pada rasa sakit yang berasal dari gigi atau jaringan yang ada di sekitar gigi, yang mengindikasikan adanya peradangan dan kemungkinan infeksi. Sakit gigi merupakan salah satu gejala paling umum dari masalah mulut yang tidak diobati dan memberikan dampak terhadap kesejahteraan pada anak-anak. Dimana penyebab utama sakit gigi pada anak adalah karies gigi. Karies atau gigi berlubang merupakan penyakit kronis multifaktorial yang mengakibatkan kerusakan dan demineralisasi jaringan keras gigi karena produksi asam dari fermentasi bakteri yang berinteraksi dengan sisa makanan yang menempel pada gigi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya karies gigi antara lain usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status ekonomi orang tua, perilaku anak dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut yaitu kebiasaan menyikat gigi, serta konsumsi makanan manis.

Karies gigi dipengaruhi dua faktor utama yaitu perilaku menggosok gigi anak serta konsumsi makanan dan minuman manis. Jika dilihat dari konsumsi makanan dan minuman manis, semakin banyak makanan dan minuman manis dikonsumsi maka semakin besar pula kemungkinan anak terkena karies gigi, seperti konsumsi makanan manis tanpa diimbangi dengan menggosok gigi yang baik dan benar.

Dari faktor usia dan jenis kelamin menunjukkan hubungan dengan karies gigi terkait perilaku menggosok gigi dan konsumsi makanan manis. Perempuan memiliki status kesehatan rongga mulut yang lebih baik dibandingkan laki-laki. Hal ini dikarenakan perempuan memiliki sikap dan perilaku yang lebih baik pada kesehatan gigi dan mulut. Pada anak yang memiliki orang tua dengan tingkat pendidikan dan status ekonomi yang lebih tinggi, orang tua menyadari tentang pentingnya menjaga kesehatan gigi mulut, yang mempengaruhi kesadaran untuk mengajarkan anak mengenai perilaku menggosok gigi yang baik dan benar serta mempengaruhi frekuensi makan *snack* seperti makanan manis yang rendah.

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan data sekunder yang diperoleh dari Indonesian Family Life Survey (IFLS) wave 5. IFLS wave 5 digunakan sebagai sumber data pada penelitian ini karena IFLS wave 5 merupakan survei terbaru dari rangkaian survei longitudinal IFLS. Pada penelitian ini, *secondary data analysis* dilakukan dengan menggunakan data IFLS 5 pada anak berusia 5 tahun sampai dengan 15 tahun. Pada usia anak 5 tahun pemeriksaan gigi mulai perlu menjadi perhatian dalam kaitannya dengan tingkat karies gigi pada gigi sulung, sampai dengan usia 15 tahun, dimana semua gigi permanen telah erupsi kecuali gigi molar ketiga gigi permanen dan telah terpapar dengan lingkungan *oral* selama tiga sampai sembilan tahun.

Secondary data analysis dilakukan dengan menggunakan *software* Statistical Package for the Social Science (SPSS) versi 25 dan Quantum GIS (QGIS) versi 3.10. Pada tahap awal, dilakukan pemetaan kejadian sakit gigi pada anak di Indonesia yang berupa distribusi frekuensi data kejadian sakit gigi pada anak di Indonesia serta pemetaan faktor determinan sakit gigi. Kemudian dilakukan pemetaan data spasial atau data GIS (*Geospatial Information System*) dengan memasukkan data kondisi sakit gigi dan faktor determinan sakit gigi ke dalam peta geografis.

4.2. Tempat dan Waktu Penelitian

4.2.1. Tempat Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di Indonesia.

4.2.2. Waktu Penelitian

Penelitian analisis data sekunder dilakukan mulai dari bulan September-Desember 2020.

4.3. Data Penelitian

Data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan data sekunder yang diperoleh dari data survey yang dilakukan oleh RAND, yaitu Indonesian Family Life Survey (IFLS) gelombang 5 yang dilaksanakan pada tahun 2014-2015. IFLS merupakan survei longitudinal di Indonesia yang berisikan informasi secara ekstensif mengenai bidang sosio ekonomi, kesehatan dan sebagainya baik pada level rumah tangga, individu, maupun komunitas. IFLS merupakan survei yang paling komprehensif yang pernah dilakukan di Indonesia (Strauss, Witoelar & Sikoki, 2016). Survei sampel IFLS mewakili sekitar 83% populasi Indonesia yang tinggal di 13 dari 27 Provinsi yang ada di Indonesia.

4.4. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini menggunakan data sekunder dari hasil survey IFLS-5 yaitu anak berusia 5-15 tahun di Indonesia.

4.5. Sampel Penelitian

Sampel yang di analisis dalam penelitian ini adalah sub sampel penelitian anak pada data IFLS 5, dengan rentang usia yang diikutkan adalah usia 5-15 tahun. Semua data anak dalam rentang usia tersebut yang mempunyai data mengenai kejadian sakit gigi dan faktor determinannya diikutkan dalam analisis.

4.6. Variabel Penelitian

4.6.1. Variabel Terikat

Variabel terikat dari penelitian ini adalah kejadian sakit gigi pada anak berusia 5-15 tahun, yaitu anak yang mengalami sakit gigi dalam 4 minggu terakhir terhitung sejak dilakukan wawancara atau pengisian kuisioner.

4.6.2. Variabel Bebas

Variabel bebas dari penelitian ini adalah perilaku menyikat gigi, perilaku mengkonsumsi makanan dan minuman manis, usia anak, jenis kelamin anak, tingkat pendidikan dan status ekonomi orang tua.

4.7. Definisi Operasional

Agar variabel dapat dinilai atau diamati maupun diukur, maka variabel tersebut perlu didefinisikan sebagai berikut :

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria
Variabel Terikat			
Sakit Gigi	Sakit gigi adalah sakit yang berasal dari gigi atau jaringan yang ada disekitar gigi, dan didapatkan	Data diperoleh dari informasi yang dikumpulkan berdasarkan pertanyaan IFLS	-Sakit gigi : jika mengalami sakit gigi dalam 4 minggu terakhir -tidak sakit gigi :jika

	berdasarkan tinjauan riwayat sakit gigi dan kondisi kesehatan umum responden dalam 4 minggu terakhir.	5 book V tentang sakit gigi yang dirasakan oleh anak-anak : Riwayat sakit gigi anak dalam 4 minggu terakhir, terdapat dalam book V kolom MAA01 dengan kode LA.	tidak mengalami sakit gigi dalam 4 minggu terakhir -Responden menjawab pertanyaan mengenai sakit gigi yang dirasakan selama 4 minggu terakhir dengan jawaban dengan jawaban “ya” atau “tidak” Skala data : Nominal
Variabel Bebas			
Perilaku Menyikat Gigi	Perilaku menyikat gigi merupakan perilaku atau kebiasaan dalam hal menyikat gigi. Indikator perilaku menyikat gigi pada penelitian ini yaitu waktu dan frekuensi menyikat gigi.	Data diperoleh dari informasi yang dikumpulkan berdasarkan pertanyaan IFLS 5 pada book V pada kolom FMA01a. Responden menjawab pertanyaan mengenai perilaku menyikat gigi dengan pilihan jawaban A. Pagi B. Malam C. Siang D. Setelah makan E. Tidak pernah F. Kadang-kadang Y. Tidak tahu Z. Kosong Responden bisa memberikan jawaban lebih dari satu	Data perilaku menyikat gigi di recode menjadi 2 kategori : 1. Menyikat gigi kurang dari 2 kali sehari atau 2 kali sehari, tetapi tidak rutin. 2. Menyikat gigi 2 kali sehari atau lebih. Skala data : Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria
Konsumsi Makanan dan Minuman Manis	Konsumsi makanan dan minuman manis merupakan diet makanan atau minuman yang mengandung glukosa tinggi.	<p>Data diperoleh dari informasi yang dikumpulkan berdasarkan pertanyaan IFLS 5 book V tentang konsumsi makanan dan minuman manis</p> <p>Data konsumsi makanan manis responden dalam 1 minggu terakhir, terdapat dalam data IFLS5 book V kolom FMA02 dan FMA03 kode Q.</p> <p>Data konsumsi minuman berkarbonasi responden dalam 1 minggu terakhir, terdapat dalam data IFLS5 book V kolom FMA02 dan FMA03 kode M.</p> <p>Pada kolom FMA03, responden menjawab pertanyaan mengenai berapa hari konsumsi makanan dan minuman manis dalam 1 minggu terakhir, dengan pilihan jawaban</p>	<p>Data konsumsi makanan dan minuman manis dikategorikan menjadi 2, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Baik (0-7) 2. Buruk (8-14) <p>Skala data : Ordinal</p>

		<p>“1” sampai dengan “7”.</p> <p>Lalu data didapat dengan menjumlahkan hasil dari FMA03 kode Q dan kode M. Sehingga dihasilkan continuous data dari 0-14.</p>	
Usia	Usia atau umur merupakan lama waktu hidup seseorang sejak dilahirkan. Indikator usia dalam penelitian ini adalah anak-anak berusia 5-15 tahun.	Data usia diperoleh dari informasi yang dikumpulkan berdasarkan pertanyaan IFLS 5 book V dengan kode AGE.	<p>Kategori usia dalam penelitian ini dibagi menjadi 2, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usia 5-9 tahun 2. Usia 10-15 tahun <p>Skala data : Ordinal</p>
Jenis Kelamin	Jenis kelamin merupakan gender yang ditentukan secara biologis dan anatomis yang dibedakan menjadi jenis kelamin laki-laki dan jenis kelamin perempuan.	Data diperoleh dari data yang dikumpulkan berdasarkan pertanyaan IFLS 5 book V dengan kode SEX.	<p>Kategori jenis kelamin ada 2 yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Laki-laki 2. Perempuan <p>Skala data : Nominal</p>
Pendidikan Orangtua	Lama waktu pendidikan formal yang telah ditempuh orangtua responden (ayah) yang kemudian di kelompokkan menjadi 2 tingkatan.	<p>Pengukuran dengan cara memperoleh informasi dari data IFLS5 pada book 3A pada kolom DL04, DL06, dan DL07.</p> <p>Data pendidikan orang tua pada awalnya dihitung berdasarkan lamanya waktu pendidikan formal yang telah ditempuh ayah</p>	<p>Dikategorikan menjadi 2, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 0-6 tahun (Sekolah Dasar) 4. 7-12 tahun (Sekolah Menengah/ SMP ke atas) <p>Skala data : Ordinal</p>

		<p>melalui analisa ketiga variabel tersebut. Untuk pendidikan di atas SMA, digabungkan dengan lama pendidikan 12 tahun.</p> <p>Sehingga terbentuk continuous data 0 – 12 tahun. Kemudian data dikategorikan menjadi 2, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 0-6 tahun (Sekolah Dasar) 2. 7-12 tahun (SMP keatas) 	
Status Ekonomi Keluarga	Tingkat ekonomi yang dinilai dan dilaporkan sendiri oleh orang tua (ayah).	<p>Data diperoleh dari data yang dikumpulkan berdasarkan pertanyaan IFLS 5 book IIIA pada kolom SW01. Data berupa continuous ladder, yang berupa tangga/tingkatan berkelanjutan dari 1-6.</p> <p>Dimana anak tangga pertama (1) yaitu status ekonomi paling miskin dan anak tangga tertinggi (6) yaitu status ekonomi paling kaya.</p>	<p>Kategori status ekonomi keluarga dibagi menjadi 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menengah kebawah (1-3) 2. Menengah keatas (4-6) <p>Skala data : Nominal</p>

4.8 Instrumen Penelitian

1. Data IFLS 5
2. Software SPSS versi 25
3. Software QGIS versi 3.10

4.9 Teknik Pengambilan Data

Penelitian ini menggunakan data sekunder oleh IFLS gelombang 5. Prosedur pengumpulan data penelitian ini adalah mengumpulkan variabel yang dibutuhkan dari data IFLS-5 sesuai kriteria penelitian, dengan batasan kriteria inklusi yaitu anak-anak usia 5-15 tahun yang memiliki data lengkap mengenai kejadian rasa sakit, perilaku konsumsi makanan dan minuman manis, perilaku menyikat gigi, status ekonomi keluarga dan tingkat pendidikan orang tua mereka.

4.10 Cara Pengolahan Data

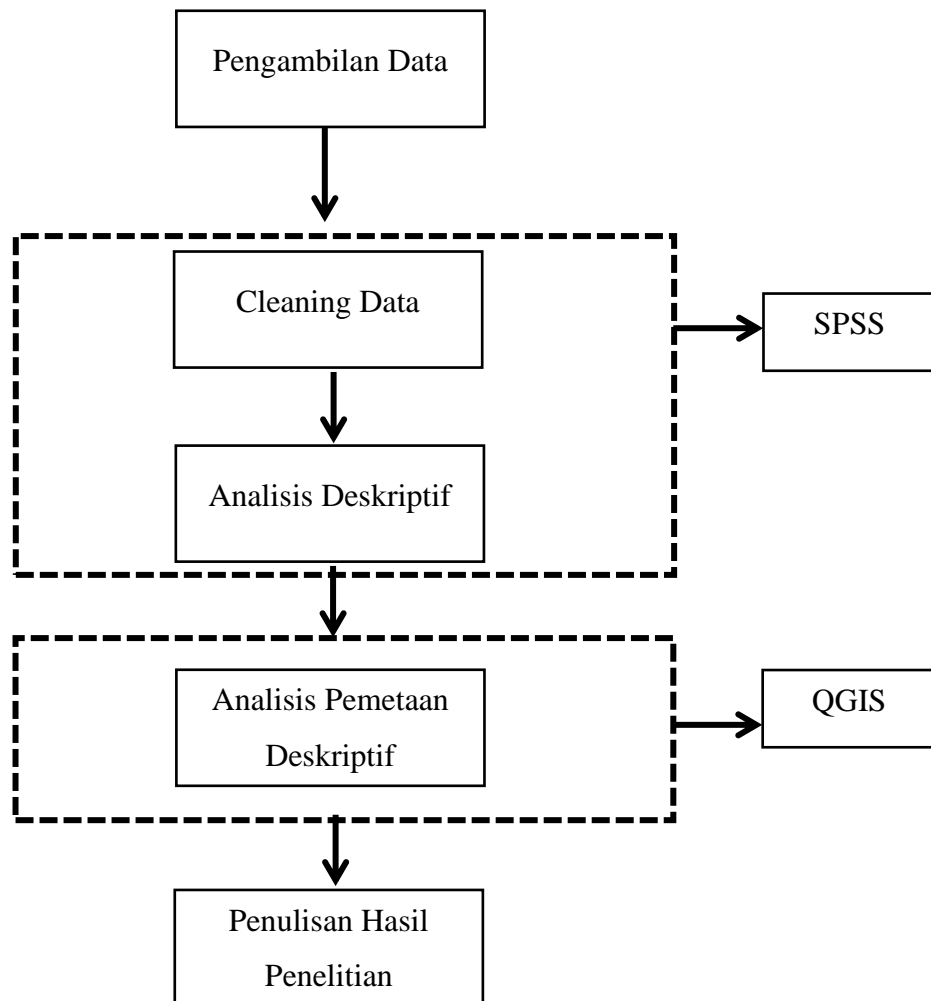
Setelah data dikumpulkan dan dikelompokkan kemudian dilakukan analisis deskriptif menggunakan SPSS dan dipetakan dengan menggunakan QGIS.

4.11 Analisis Data

Data sekunder yang diperoleh dari IFLS 5 akan dilakukan analisis deskriptif menggunakan aplikasi SPSS dan dipetakan dengan metode *geospasial modelling* dengan aplikasi QGIS.

Analisa deskriptif akan ditampilkan dalam bentuk proporsi maupun mean. Penggambaran faktor determinan akan ditunjukkan dalam tabulasi deskriptif dan pada akhirnya akan dilakukan penggambaran secara geospasial untuk wilayah Indonesia.

4.12 Alur Penelitian



BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

5.1 Distribusi Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini sebanyak 7.010 orang, yang terdiri dari 17,7% orang menderita sakit gigi dan 82,3% orang yang tidak menderita sakit gigi. Distribusi frekuensi responden berdasarkan variabel penelitian dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1. Gambaran distribusi karakteristik sakit gigi dan faktor determinan sakit gigi pada responden.

	Frekuensi	Persentase
Usia Anak		
5 - 9 Tahun	3731	53.2%
10 - 15 Tahun	3279	46.8%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	3625	51.7%
Perempuan	3385	48.3%
Sakit Gigi		
Ya	1241	17.7%
Tidak	5769	82.3%
Konsumsi Makanan Manis		
Baik	6321	90.2%
Buruk	689	9.8%
Perilaku Menyikat Gigi		
Menyikat Gigi kurang dari 2kali atau 2kali tetapi tidak rutin	1369	19.5%
Menyikat Gigi 2kali sehari atau lebih	5641	80.5%
Status Ekonomi Keluarga		
Menengah Kebawah	5503	78.5%
Menengah Keatas	1507	21.5%
Tingkat Pendidikan Orang Tua		
Sekolah Dasar	2375	33.9%
Sekolah Menengah	4635	66.1%

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan menggunakan data sekunder dari data anak berusia 5-15 tahun yang didapatkan dari IFLS 5 dengan sampel data sejumlah 7.010 responden setelah dilakukan cleaning data, didapatkan gambaran distribusi karakteristik responden penelitian ini yaitu sebanyak 3.731 (53,2%) berusia 5-9 tahun, 3.279 (46.8%) berusia 10-15 tahun, 3.625 (51.7%) responden berjenis kelamin laki-laki dan 3.385 (48.3%) berjenis kelamin perempuan. Berdasarkan konsumsi makanan manis, sebanyak 6.321 (90.2%) responden memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan manis yang baik, sedangkan 689 (9.8%) memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan manis yang buruk. Untuk perilaku menyikat gigi, sebanyak 1.369 (19.5%) responden memiliki kebiasaan menyikat gigi kurang dari 2 kali atau 2 kali tetapi tidak rutin, dan 5.641 (80.5%) menyikat gigi 2 kali sehari atau lebih.

Berdasarkan dari status ekonomi keluarga responden, sebanyak 5.503 (78.5%) berasal dari keluarga dengan status ekonomi menengah kebawah, dan 1.507 (21.5%) berasal dari keluarga dengan status ekonomi menengah keatas. Tingkat pendidikan orang tua, sebanyak 2.375 (33.9%) orang tua responden telah menjalani pendidikan di Sekolah Dasar, dan 4.635 (66.1%) telah menjalani pendidikan di Sekolah Menengah baik Sekolah Menengah Pertama (SMP) ataupun telah mencapai SMA/SMK. Berdasarkan data pada Tabel 1. diketahui bahwa sebanyak 1.241 (17.7%) responden mengalami sakit gigi dalam 4 minggu terakhir sejak dilakukan survei IFLS 5, sedangkan sebanyak 5.769 (82.3%) responden tidak mengalami sakit gigi dalam 4 minggu terakhir sejak dilakukan survei IFLS 5.

Tabel 2. Gambaran distribusi karakteristik usia, jenis kelamin, konsumsi makanan manis, perilaku menyikat gigi, tingkat pendidikan orang tua dan status ekonomi keluarga dengan sakit gigi.

	Sakit Gigi	
	Ya	Tidak
Usia Anak		
5 - 9 Tahun	751 (20.1%)	2.980 (79.9%)
10 - 15 Tahun	490 (14.9%)	2789 (85.1%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	606 (16.7%)	3019 (83.3%)
Perempuan	635 (18.8%)	2750 (81.2%)
Konsumsi Makanan Manis		
Baik	1096 (17.3%)	5225 (82.7%)
Buruk	145 (21.0%)	544 (79.0%)
Perilaku Menyikat Gigi		
Menyikat Gigi kurang dari 2kali atau 2kali tetapi tidak rutin	276 (20.2%)	1093 (79.8%)
Menyikat Gigi 2kali sehari atau lebih	965 (17.1%)	4676 (82.9%)
Status Ekonomi Keluarga		
Menengah Kebawah	998 (18.1%)	4505 (81.9%)
Menengah Keatas	243 (16.1%)	1264 (83.9%)
Tingkat Pendidikan Ayah		
Sekolah Dasar	425 (17.9%)	1950 (82.1%)
Sekolah Menengah	816 (17.6%)	3819 (82.4%)

Berdasarkan data pada tabel 2, pada variabel usia dengan rentang 5–9 tahun didapatkan data sebanyak 751 (20.1%) responden mengalami sakit gigi. Kemudian pada rentang usia 10–15 tahun didapatkan data sebanyak 490 (14.9%) responden mengalami sakit gigi. Pada variabel jenis kelamin, jenis kelamin laki-laki didapatkan data sebanyak 606 (16.7%) responden mengalami sakit gigi. Kemudian pada jenis kelamin perempuan didapatkan data sebanyak 635 (18.8%) responden mengalami sakit gigi. Pada variabel

konsumsi makanan manis, responden yang memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan manis yang baik mengalami sakit gigi sebanyak 1.096 (17.3%), sedangkan responden yang memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan manis yang buruk sebanyak 145 (21.0%). Berdasarkan variabel perilaku menyikat gigi, sebanyak 276 (20.2%) responden yang menyikat gigi kurang dari 2 kali atau 2 kali sehari tetapi tidak rutin mengalami sakit gigi. Sebanyak 4.676 (82.9%) responden yang menyikat gigi 2 kali sehari atau lebih tidak mengalami sakit gigi.

Pada variabel status ekonomi keluarga menengah kebawah didapatkan data sebanyak 998 (18.1%) responden mengalami kejadian sakit gigi. Kemudian pada status ekonomi keluarga menengah keatas didapatkan data sebanyak 243 (16.1%) responden mengalami kejadian sakit gigi. Pada variabel tingkat pendidikan orang tua kelompok Sekolah Dasar didapatkan data sebanyak 425 (17.9%) responden mengalami sakit gigi. Kemudian pada tingkat pendidikan orang tua kelompok Sekolah Menengah, baik SMP ataupun SMA/SMK didapatkan data sebanyak 816 (17.6%) responden mengalami sakit gigi.

5.2 Pemetaan Geospasial Persebaran Sakit Gigi, Konsumsi Makanan Manis yang Buruk, dan Perilaku Menyikat Gigi yang Buruk pada Anak Usia 5-15 Tahun di Indonesia menggunakan GIS

Pemetaan geospasial menggunakan *Geospatial Information System* (GIS) dilakukan pada 13 provinsi utama IFLS, yaitu Sumatera Utara, Sumatera Barat, Sumatera Selatan, Lampung, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa

Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, NTB, Kalimantan Selatan, dan Sulawesi Selatan. Hal ini dikarenakan data pengembangan pada provinsi berikutnya hanya terjadi ketika ada perpindahan subject utama IFLS atau anggota keluarganya ke provinsi lain, yang mengakibatkan minimnya sampel di provinsi-provinsi lain diluar ke 13 provinsi utama tersebut. Kurangnya jumlah sampel tersebut menyebabkan gambaran yang ditampilkan tidak bisa mewakili seluruh provinsi. Contohnya pada provinsi Kalimantan Barat hanya terdapat satu sampel penelitian. Semua provinsi diluar ke 13 provinsi utama hanya memiliki sampel kurang dari 100, sehingga untuk menjaga kemampuan deskripsi, pemetaan dengan GIS hanya dilakukan pada 13 provinsi utama IFLS. Hasil dari pemetaan rasa sakit dan faktor determinannya per provinsi dapat dilihat pada tabel 3 dan gambar 1,2,dan 3.

Tabel 3. Prevalensi sakit gigi, konsumsi makanan manis yang buruk, dan perilaku menyikat gigi yang buruk pada setiap provinsi.

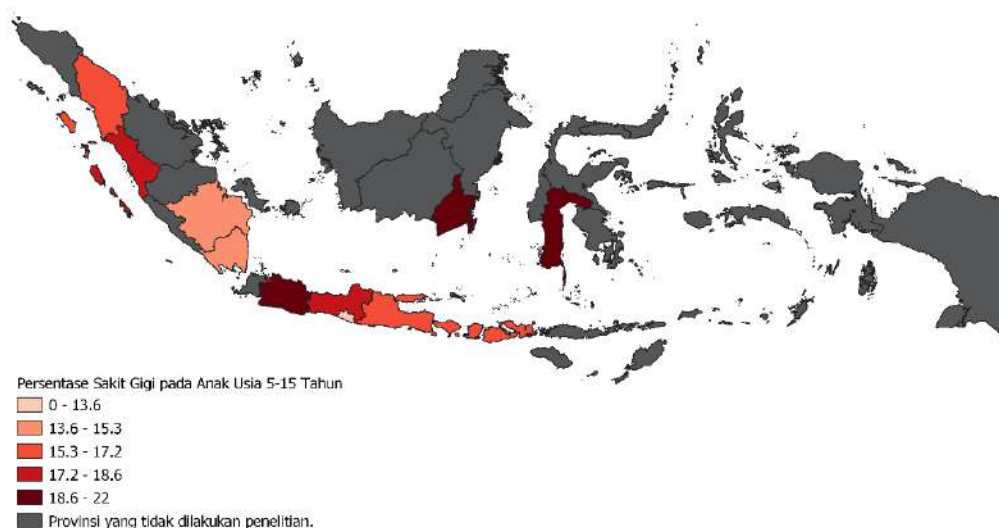
Provinsi	Prevalensi (Proporsi)		
	Sakit Gigi	Konsumsi Makanan Manis yang Buruk	Perilaku Menyikat Gigi yang Buruk
Sumatra Utara	16.5%	9.1%	25.9%
Sumatra Barat	18.2%	7.7%	26.2%
Sumatra Selatan	15.3%	5.9%	12.9%
Lampung	15.3%	10.1%	14.4%
DKI Jakarta	18.6%	10.8%	15.9%
Jawa Barat	22.0%	8.3%	19.3%
Jawa Tengah	17.9%	6.7%	18.3%
D.I.Yogyakarta	13.6%	7.5%	11.2%
Jawa Timur	16.0%	9.0%	17.2%
Bali	16.6%	14.9%	20.8%
Nusa Tenggara Barat	17.2%	15.2%	25.7%
Kalimantan Selatan	21.2%	13.2%	21.5%
Sulawesi Selatan	20.3%	16.0%	22.3%

Keterangan tabel: perilaku menyikat gigi yang buruk pada tabel 3 didefinisikan sebagai perilaku menyikat gigi yang kurang dari 2 kali atau 2 kali sehari tetapi tidak rutin.

Berdasarkan tabel 3, 3 provinsi yang memiliki prevalensi sakit gigi paling tinggi yaitu Provinsi Jawa Barat sebanyak 22,0%, lalu Provinsi Kalimantan Selatan sebanyak 21,2%, dan Provinsi Sulawesi Selatan sebanyak 20,3%. Konsumsi makanan manis yang buruk pada tabel 3 didefinisikan sebagai konsumsi makanan manis yang sering (8-14 kali dalam seminggu), dimana proporsi konsumsi makanan manis yang buruk paling banyak pada Provinsi Sulawesi Selatan sebanyak 16% dan proporsi yang paling sedikit pada Provinsi Sumatra Selatan. Selain itu, perilaku menyikat gigi yang buruk pada tabel 3 didefinisikan sebagai perilaku menyikat gigi yang kurang dari 2 kali atau 2 kali sehari tetapi tidak rutin. Provinsi yang memiliki proporsi perilaku menyikat gigi yang buruk paling banyak yaitu Sumatra Barat sebanyak 26,2%, lalu yang memiliki proporsi paling sedikit yaitu D.I.Yogyakarta sebanyak 11,2%.

Peta geospasial digambarkan pada 3 variabel sesuai dengan tabel 3 yaitu variabel sakit gigi, serta faktor determinan sakit gigi yaitu variabel konsumsi makanan manis yang buruk dan perilaku menyikat gigi yang buruk.

Peta Geospasial Proporsi Sakit Gigi pada Anak Usia 5-15 Tahun di Indonesia



Gambar 1. Peta Geospasial Proporsi Sakit Gigi pada Anak Usia 5-15 Tahun di Indonesia.

Berdasarkan gambar 1, provinsi yang memiliki proporsi sakit gigi paling tinggi dengan warna merah paling gelap yaitu Provinsi Jawa Barat, Provinsi Kalimantan Selatan, Provinsi Sulawesi Selatan, dan Provinsi DKI Jakarta.

Peta Geospasial Proporsi Konsumsi Makanan Manis yang Buruk pada Anak Usia 5-15 Tahun di Indonesia



Gambar 2. Peta Geospasial Proporsi Konsumsi Makanan Manis yang Buruk pada Anak Usia 5-15 Tahun di Indonesia.

Berdasarkan gambar 2, provinsi yang memiliki proporsi konsumsi makanan dan minuman manis yang buruk yang paling tinggi dengan warna biru paling gelap yaitu Provinsi Bali, Provinsi Nusa Tenggara Barat, Provinsi Kalimantan Selatan, dan Provinsi Sulawesi Selatan.



Gambar 3. Peta Geospasial Proporsi Perilaku Menyikat Gigi yang Buruk pada Anak Usia 5-15 Tahun di Indonesia. Keterangan gambar: perilaku menyikat gigi yang buruk pada gambar didefinisikan sebagai perilaku menyikat gigi yang kurang dari 2 kali atau 2 kali sehari tetapi tidak rutin.

Berdasarkan gambar 3, provinsi yang memiliki proporsi perilaku menyikat gigi yang buruk yang paling tinggi dengan warna hijau paling gelap yaitu Provinsi Nusa Tenggara Barat, Provinsi Sumatra Utara, dan Provinsi Sumatra Barat.

Berdasarkan gambar 1,2, dan 3, pada peta geospasial apabila suatu wilayah memiliki kejadian sakit gigi dengan warna yang gelap, maka pada salah satu faktor resiko juga akan cenderung memiliki warna yang gelap. Akan tetapi gradasi warna tersebut dapat bervariasi di masing-masing wilayah tergantung faktor lain yang mungkin juga berpengaruh terhadap kejadian sakit gigi.

BAB 6

PEMBAHASAN

Sakit gigi mengacu pada rasa nyeri di sekitar gigi atau rahang, yang mengindikasikan adanya peradangan dan kemungkinan infeksi. Data keluhan sakit gigi dalam penelitian ini merupakan data sekunder yang didapatkan dari IFLS 5, dengan sakit gigi pada IFLS 5 dinilai berdasarkan hasil wawancara terhadap gejala sakit gigi yang dirasakan oleh responden dalam empat minggu terakhir masa survei IFLS 5.

Pada penelitian didapatkan responden yang memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan dan minuman manis yang buruk (konsumsi makanan manis sering, 8-14 kali dalam seminggu) menunjukkan prevalensi kejadian sakit gigi yang lebih tinggi daripada responden yang memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan manis yang baik. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Carolina Selatan, dimana makanan dan minuman manis secara signifikan berhubungan dengan sakit gigi (Yuen, H.K. et al.,2011). Makanan dan minuman manis yang mengandung glukosa difermentasi bakteri sehingga membentuk asam yang menyebabkan derajat keasaman pH saliva menurun sampai dibawah 5. Penurunan pH saliva yang berulang-ulang dalam waktu tertentu akan menyebabkan demineralisasi gigi. Sehingga konsumsi gula yang sering dan berulang-ulang akan tetap menahan pH plak di bawah normal menyebabkan demineralisasi gigi yang berakibat pada karies gigi. Dimana karies gigi merupakan penyebab utama terjadinya sakit gigi pada anak (Asridiana & Ernie, 2019; Lestari & Tara, 2016).

Setiap satu hari tambahan untuk mengonsumsi makanan manis di antara waktu makan menghasilkan peningkatan 21% kemungkinan mengalami sakit gigi. Demikian pula, tambahan sekaleng minuman berkarbonasi (*soft drink*) yang dikonsumsi setiap hari meningkatkan kemungkinan mengalami sakit gigi sebesar 16% (Yuen, H.K. et al.,2011).

Pada responden yang menyikat gigi kurang dari 2 kali sehari atau 2 kali tetapi tidak rutin, mengalami keluhan sakit gigi lebih tinggi dibandingkan pada responden yang menyikat gigi 2 kali sehari atau lebih. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan di Meksiko, yang menunjukkan bahwa frekuensi menyikat gigi yang lebih rendah dikaitkan dengan terjadinya sakit gigi, yang dapat dijelaskan dengan frekuensi karies yang lebih rendah (menyebabkan frekuensi sakit gigi yang lebih rendah) pada anak-anak dengan kebiasaan *oral hygiene* yang lebih baik (Ramirez, M.E, et al., 2017).

Hasil analisis menunjukkan bahwa keluhan sakit gigi lebih banyak pada perempuan. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian di Karachi oleh Shahzad yang menyatakan bahwa prevalensi sakit gigi tertinggi ditemukan pada perempuan yaitu sebanyak 21,4%, serta individu berjenis kelamin perempuan menunjukkan prevalensi sakit gigi 60% lebih tinggi dibandingkan laki-laki (Shahzad et.al, 2015). Akan tetapi berbeda dengan penelitian oleh Misrohmasari, Misrohmasari dalam penelitian deskriptifnya menunjukkan bahwa persentase sakit gigi pada anak laki-laki lebih tinggi, tetapi hasil ini secara statistik tidak signifikan pada model regresi. Sehingga Misrohmasari menyimpulkan adanya pola yang tidak konsisten antara jenis kelamin dan sakit gigi (Misrohmasari, et.al, 2018). Begitu

juga, Pau et al. dalam review artikelnya, tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan sakit gigi (Kakoei et.al, 2013).

Berdasarkan data yang diperoleh menunjukkan keluhan sakit gigi pada anak usia 5-9 tahun lebih tinggi daripada anak usia 10-15 tahun. Hal ini terjadi karena pada anak usia 10-15 tahun, gigi sulung sudah banyak yang berganti menjadi gigi permanen jika dibandingkan dengan anak usia 5-9 tahun. Gigi permanen yang baru erupsi membutuhkan waktu untuk terjadi karies. Karies gigi terjadi karena demineralisasi jaringan permukaan gigi oleh asam organik yang berasal dari makanan yang mengandung gula. Karies bersifat kronis dan dalam perkembangannya membutuhkan waktu yang lama. Sedangkan pada survei IFLS 5, keluhan sakit gigi yang dilaporkan hanya dirasakan oleh responden dalam empat minggu terakhir masa survei IFLS 5 (Rosanti, Hadi dan Ulfah,2020).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluhan sakit gigi lebih banyak ditemukan pada anak dengan status ekonomi keluarga yang lebih rendah. Hal ini sesuai dengan penelitian AlAgili dan Alaki pada tahun 2014. Status ekonomi keluarga memiliki hubungan dengan prevalensi sakit gigi terkait dengan karies gigi. Keluarga dengan status ekonomi rendah memiliki lebih sedikit akses ke layanan gigi, produk untuk menjaga *oral hygiene*; dan memiliki pengetahuan yang buruk tentang kebersihan gigi dan mulut, yang berakibat pada prevalensi dan keparahan karies gigi yang lebih besar (AlAgili dan Alaki SM, 2014).

Pada variabel pendidikan orang tua, hasil analisis menunjukkan bahwa keluhan sakit gigi sedikit lebih banyak pada responden dengan tingkat pendidikan orang tua yang lebih rendah. Semakin tinggi pendidikan orang tua responden

maka semakin berkurang keluhan sakit gigi. Hal ini sesuai dengan beberapa hasil penelitian. Penelitian oleh Misrohmasari menemukan persentase anak yang mengalami sakit gigi lebih tinggi pada keluarga orang tua dengan pendidikan rendah. Pendidikan orang tua dapat mempengaruhi melalui perilaku yang mencerminkan pengetahuan dan keterampilan untuk mendukung *oral hygiene* anak (Misrohmasari, et.al, 2018). Penelitian Eronat dan Koparal menemukan bahwa orang tua dengan kualifikasi pendidikan tinggi memiliki anak dengan kesehatan gigi yang lebih baik. Demikian pula penelitian oleh Sayegh A., prevalensi karies, yang merupakan faktor utama penyebab sakit gigi pada anak, yang lebih rendah dilaporkan pada anak-anak Yordania di mana para orangtua memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi (Al-Meedani & Al-Dlaigan, 2016).

Pada penelitian ini, penggambaran hasil dalam bentuk peta menggunakan GIS bertujuan untuk mengidentifikasi prevalensi dan distribusi rasa sakit gigi pada anak usia 5-15 tahun di Indonesia. Pada peta, dapat diketahui daerah provinsi yang memiliki proporsi sakit gigi yang tinggi, serta faktor determinan sakit gigi yang berupa konsumsi makanan manis yang buruk dan perilaku menyikat gigi yang buruk sehingga dapat menjadi saran bagi pembuat kebijakan di daerah provinsi terkait intervensi untuk merencanakan dan membuat program untuk mengatasi sakit gigi yang terjadi pada anak di Indonesia ini.

Pada peta geospasial persebaran sakit gigi dan faktor determinan sakit gigi anak usia 5-15 tahun di Indonesia menunjukkan perbedaan gradasi warna pada setiap wilayah provinsi yang dilakukan penelitian. Dimana semakin gelap warna pada peta geospasial menunjukkan semakin tingginya kasus prevalensi rasa sakit

atau faktor determinannya, sebaliknya semakin terang warna pada peta geospasial menunjukkan prevalensi kasus yang semakin rendah.

Dari peta geospasial, dapat diketahui bahwa daerah provinsi seperti Provinsi Kalimantan Selatan dan Provinsi Sulawesi Selatan perlu dilakukan intervensi untuk mengatasi kasus sakit gigi yang tinggi tersebut terkait dengan faktor determinan sakit gigi. Karena pada provinsi tersebut memiliki prevalensi sakit gigi yang tinggi disertai dengan prevalensi faktor determinan sakit gigi yang tinggi yaitu pada perilaku konsumsi makanan manis yang buruk serta menyikat gigi yang buruk.

Pada pembacaan peta geospasial hanya dapat dilihat kecenderungannya, dimana apabila pada peta kejadian sakit gigi memiliki warna gelap (proporsi yang tinggi) maka daerah ini memiliki salah satu atau kedua faktor resiko sakit gigi yang cenderung memiliki warna yang gelap juga (proporsi yang tinggi). Akan tetapi, masih terdapat banyak variasi pada setiap daerah provinsi yang diteliti. Dimana pada peta, daerah provinsi yang memiliki sakit gigi dengan warna yang paling gelap akan tetapi pada salah satu faktor resiko sakit gigi tidak berwarna paling gelap. Hal ini bermakna bahwa masih banyak faktor lain yang mungkin mempengaruhi perbedaan rasa sakit antar daerah provinsi di Indonesia, yang tidak cukup hanya dengan melihat variabel pada individu saja. Dimungkinkan adanya faktor daerah yang mungkin juga merupakan faktor determinan rasa sakit gigi yang menyebabkan variasi tersebut misalkan adanya inequality antar provinsi-provinsi di Indonesia.

Terdapat beberapa kelebihan dari penelitian ini. Yang pertama, penelitian ini menggunakan data berskala besar yang berasal dari IFLS yang menurut jurnal MKMI menggambarkan 83% populasi masyarakat Indonesia (Rahmawati, Tri, dan Akhmad D, 2019). Selain itu, pemetaan menggunakan GIS masih jarang dilakukan. Akan tetapi di sisi lain, penelitian ini juga memiliki beberapa kekurangan. Penelitian ini hanya menggunakan determinan dalam skala individu dan belum memperhitungkan determinan dari segi wilayah seperti tingkat inequality antar wilayah, contohnya kesenjangan pendapatan rumah tangga, maupun kesenjangan dalam kemudahan memperoleh layanan kesehatan gigi.

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari survei IFLS 5. Sehingga pemetaan geospasial menggunakan *Geospatial Information System* (GIS) dilakukan pada 13 provinsi utama IFLS. Hal ini dikarenakan data pengembangan pada provinsi berikutnya hanya terjadi ketika ada perpindahan subject utama IFLS atau anggota keluarganya ke provinsi lain, yang mengakibatkan minimnya sampel di provinsi-provinsi lain diluar ke 13 provinsi utama tersebut. Kurangnya jumlah sampel tersebut menyebabkan gambaran yang ditampilkan tidak bisa mewakili seluruh provinsi. Contohnya pada provinsi Kalimantan Barat hanya terdapat satu sampel penelitian. Semua provinsi diluar ke 13 provinsi utama hanya memiliki sampel kurang dari 100, sehingga untuk menjaga kemampuan deskripsi, pemetaan dengan GIS hanya dilakukan pada 13 provinsi utama IFLS.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Dari analisis deskriptif yang dilakukan telah didapatkan gambaran prevalensi dan distribusi rasa sakit gigi pada anak usia 5-15 tahun di Indonesia. Berdasarkan hasil penelitian, sakit gigi pada anak Indonesia merupakan masalah kesehatan gigi dan mulut yang perlu diperhatikan dan perlu adanya intervensi untuk menanganinya. Dari deskripsi faktor determinan dari sakit gigi, didapatkan kesimpulan bahwa sakit gigi pada anak usia 5-15 tahun di Indonesia lebih banyak terjadi di usia 5-9 tahun, jenis kelamin perempuan, konsumsi makanan manis yang buruk, perilaku menyikat gigi yang buruk, status ekonomi keluarga menengah kebawah, dan tingkat pendidikan ayah sekolah dasar.

7.2 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari survei IFLS 5. Sehingga pemetaan geospasial menggunakan *Geospatial Information System* (GIS) dilakukan pada 13 provinsi utama IFLS. Hal ini dikarenakan data pengembangan pada provinsi berikutnya hanya terjadi ketika ada perpindahan subject utama IFLS atau anggota keluarganya ke provinsi lain, yang mengakibatkan minimnya sampel di provinsi-provinsi lain diluar ke 13 provinsi utama tersebut. Kurangnya jumlah sampel tersebut menyebabkan gambaran yang ditampilkan tidak bisa mewakili seluruh provinsi. Contohnya pada provinsi Kalimantan Barat hanya terdapat satu sampel penelitian. Semua provinsi diluar ke 13 provinsi utama hanya memiliki sampel kurang dari 100,

sehingga untuk menjaga kemampuan deskripsi, pemetaan dengan GIS hanya dilakukan pada 13 provinsi utama IFLS.

Selain itu, penelitian ini hanya menggunakan determinan dalam skala individu dan belum memperhitungkan determinan dari segi wilayah seperti tingkat inequality antar wilayah, contohnya kesenjangan pendapatan rumah tangga, maupun kesenjangan dalam kemudahan memperoleh layanan kesehatan gigi.

7.3 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, serta dari hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat disarankan hal sebagai berikut:

1. Penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan ataupun bahan pertimbangan bagi pembuat kebijakan di wilayah terkait untuk merencanakan dan membuat program untuk mengatasi sakit gigi yang terjadi pada anak di Indonesia ini.
2. Selain itu penulis juga mengharapkan untuk sebaiknya di kemudian hari dapat dilakukan penelitian lebih lanjut yaitu mengenai penelitian analitik tentang hubungan dan pengaruh faktor determinan sakit gigi terhadap sakit gigi yang dirasakan anak dengan mengikutkan faktor-faktor wilayah sehingga dapat memberikan penjelasan dan gambaran yang lebih lengkap mengenai faktor determinan kejadian sakit gigi.

DAFTAR PUSTAKA

- AlAgili DE, Alaki SM. (2014). Can socioeconomic status indicators predict caries risk in school children in Saudi Arabia? Acrosssectional study. *Oral Health Prev Dent.* 2014;12(3):277-288.
- Al-Meedani, L. A., & Al-Dlaigan, Y. H. (2016). *Prevalence of dental caries and associated social risk factors among preschool children in Riyadh , Saudi Arabia.* 32(2), 452–456.
- Almujadi & Taadi. (2017). Hubungan Pengetahuan Kesehatan Gigi Dan Mulut Terhadap Jumlah Karies Anak Kelas III - V Di Sd Muhammadiyah Sangonan II Godean Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Gigi.*04(1):1-7
- Asridiana, dan Ernie Thioritz. (2019). Pengaruh Mengkonsumsi Makanan Manis dan Lengket terhadap pH Saliva pada Murid SDN Mamajang Makassar. *Media Kesehatan Gigi;*18(1):34-40.
- Breunig, M. *et al.* (2020) ‘Geospatial data management research: Progress and future directions’, *ISPRS International Journal of Geo-Information*, 9(2). doi: 10.3390/ijgi9020095.
- Burhaein, E. (2017). Aktivitas Fisik Olahraga untuk Pertumbuhan dan Perkembangan Siswa SD. *Indonesian Journal of Primary Education*, 1(1), 51. <https://doi.org/10.17509/ijpe.v1i1.7497>
- Fernandes IB, Reis SP, Gomes RL, Costa LR, Ramos-Jorge ML. (2018). Factors associated with dental pain in toddlers detected using the dental discomfort questionnaire. *J Indian Soc Pedod Prey Dent.*36:250-6.

- Gayatri, Rara Warih. (2017). Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Perilaku Pemeliharaan Kesehatan Gigi Anak Sdn Kauman 2 Malang. *Journal of Health*. 2(2):201-211.
- Hermawan, R., Warastuti, W., & Kasianah. (2015). Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan gigi dan mulut anak usia prasekolah di pos paud perlitavina kelurahan mojolangu. *Jurnal Keperawatan*, 6(2), 132–141.
- Kail, R. V. (2016). *Children and Their Development* (A. Chow & L. Robbins (eds.); 7ed ed.). Pearson Education Limited.
- Kakoei, S., Parirokha, M., Nakhaee, M., Jamshidshirazi F., Rada, M., Kakoei, S. (2013). Prevalence of Toothache and Associated Factors: A Population-Based Study in Southeast Iran. *J Iranian Endodontic Journal*;8(3):123-128
- Kane, S. F. (2017). The effects of oral health on systemic health. *General Dentistry*, 65(6), 30–34.
- Kapner, M., Turley, R. K., & Sather, R. (2020). *Toothache in Children*. University of Rochester Medical Center Rochester. <https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?contenttypeid=90&contentid=P02770>
- Lestari, Sri dan Tara Ayu Atmadi P. (2016). Hubungan antara kebiasaan konsumsi makanan manis dengan karies gigi anak usia sekolah. *Jurnal PDGI*;65(2):55-59.
- McGuire S, Kruger E, Tennant M. (2011). Travel patterns for government emergency dental care in Australia: a new approach using GIS tools. *Aust Dent J*;56(4):389-393.
- Misrohmasari EAA, Hadnyanawati H, Kiswaluyo, Prihartiningrum B, Putri DE.

- (2018). Family characteristics on self-reported toothache among Indonesian children aged 12-14 years. *Front Nurs*; 5(3): 235-240.
- Muirhead, V. E., Quayyum, Z., Markey, D., Weston-Price, S., Kimber, A., Rouse, W., & Pine, C. M. (2018). Children's toothache is becoming everybody's business: Where do parents go when their children have oral pain in London, England? A cross-sectional analysis. *BMJ Open*, 8(2), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020771>
- Oktarina, Tumaji, Roosihermiatie,B. (2016). Correlation of Mother Factors and Their Kindergarten's Oral Health Status in Kelurahan Kemayoran, Krembangan Subdistrict, Surabaya City. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* .19(4): 226–235
- Pereira S, Pardi V, Cortellazzi K, et al. (2014). Geographic information system and multilevel analysis: Gingival status among 12-year-old schoolchildren in São Paulo, Brazil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*;35(2):136-143.
- Rahmawati, Fitria Nur. Tri M., Akhmad D. (2019). Pengaruh Karakteristik Rumah Tangga, Keragaman Makanan, Lingkungan Hidup terhadap Status Gizi Balita. *Jurnal MKMI*:15(4).Ramirez ,Mauricio Escoffié, et al. (2017). Factors Associated with Dental Pain in Mexican Schoolchildren Aged 6 to 12 Years. *Hindawi BioMed Research International*, pg.1-10.
- Riyanti, E. (2012). *Pengenalan dan Perawatan Kesehatan Gigi Anak Sejak Dini*. Jurnal Kedokteran Gigi Anak. Bandung.
- Rosanti,SD., Hadi,S., Ulfah,SF. (2020). Gambaran Pengetahuan Orang Tua Tentang Karies Gigi (Studi Siswa Kelas 1 SD Negeri Kebonagung 1

- Kecamatan Sukodono Kabupaten Sidoarjo). *Jurnal Skala Kesehatan Politeknik Kesehatan Banjarmasin*; 11(2): 80-9.
- Roza, A., & Nopriyani, S. (2017). FAKTOR- FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN GIGI DAN MULUT. *Menara Ilmu*, XI(78), 1–10.
- Salinas, T. J. (2018). *Toothache*. Mayo Foundation for Medical Education and Research.
- Santos, P. S., Paiva, S. M., Martins, P. A., Klein, D., Torres, F. M., Giacomin, A., Bolan, M., Cardoso, M., & Goncalves, M. (2019). *Prevalence of self-reported dental pain and associated factors among eight- to ten-year- old Brazilian schoolchildren*. 1–13.
- Schwendicke, F., Thomson, W. M., Broadbent, J. M., & Stolpe, M. (2016). Effects of taxing sugar-sweetened beverages on caries and treatment costs. *Journal of Dental Research*, 95(12), 1327–1332.
- Shahzad M, Moosa Y, Ahmad F, et al. Prevalence of Oral diseases-A Study Done on World Oral Health Day. *Pakistan Oral & Dental Journal*. 2015; 35. (3) : 483-484
- Strauss, J., Witoelar, F., & Sikoki, B. (2016). The fifth wave of the indonesia family life survey (IFLS5): overview and field report. WR-1143/1-NIA/NICHD.
- Su, H., Yang, R., Deng, Q., Qian, W., & Yu, J. (2018). *Deciduous dental caries status and associated risk factors among preschool children in Xuhui District of Shanghai* ,. 1–10.
- Sufriani, & Aflah, R. (2018). Gambaran Menggosok Gigi Dan Kebiasaan

- Mengonsumsi Makanan Kariogenik Pada Anak Usia Sekolah Di Sdn 54 Tahija Banda Aceh. *Journal Of Syiah Kuala Dentistry Society*, 1(3), 37–43.
- Sugeng, H. M., Tarigan, R., & Sari, N. M. (2019). Gambaran Tumbuh Kembang Anak pada Periode Emas Usia 0-24 Bulan di Posyandu Wilayah Kecamatan Jatinangor. *Journal Jsk*, 4(3), 96–101.
- Wijaya,A. dan Ayundha,O. (2014). Sistem Informasi Geografis Pemetaan Kantor Dinas Pemerintah Kota Palembang menggunakan ArcGIS. ISBN: 979-26-0276-3
- Wijayanti, N. D., & Adrison, V. (2018). Effect of Wages On Multiple Job Holding Decisions in Indonesia: Evidence from The Indonesian Family Life Survey (IFLS) Data of 2007 and 2014. *Journal of Indonesian Economy and Business*, 33(1), 1-22.
- Wismarini,D. dan Khristianto,T. (2014). Pemodelan Aplikasi Informasi Geospasial Potensi dan Pendayagunaan Sumber Daya Wilayah serta Matapencaharian Penduduk Desa Kabupaten Grobogan berbasis WebGIS. *Jurnal Teknologi Informasi DINAMIK*; 19(1): 86-94
- World Health Organisation. (2017). WHO expert consultation on public health intervention against early childhood caries: report of a meeting, Bangkok, Thailand, 26-28 January 2016. *REPORT OF A MEETING – Bangkok, Thailand, 26–28 January 2016, January, 26–28.*
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255627/WHO-NMH-PND-17.1-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2013). Oral Health Surveys : Basic Methods 5th ed. WHO Press: Geneva.

Yuen, H.K. et al. (2011). Factors Associated with Toothache Among African American Adolescents Living in Rural South Carolina. *Social Work in Public Health*, 26:695–707.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Laik Etik

**UNIVERSITAS AIRLANGGA FACULTY OF DENTAL MEDICINE
HEALTH RESEARCH ETHICAL CLEARANCE COMMISSION**

ETHICAL CLEARANCE CERTIFICATE
Number : 342/HRECC.FODM/VII/2020

Universitas Airlangga Faculty Of Dental Medicine Health Research Ethical Clearance Commission has studied the proposed research design carefully, Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011, and therefore, shall herewith certify that the research entitled :

"Determinants of Perceived Dental Pain among Indonesian Children and its geographical mapping"

Principal Researcher : DEFITA AYU LAISYAINA
Unit/Institution/Place of Research : - Indonesia

CERTIFIED TO BE ETHICALLY CLEARED

July 30, 2020
Chairman,
Prof. Dr. M. Kibianto, drg., MS., Sp.Perio(K)
Official No.195009081978021001

Lampiran 2. Kuisisioner pada IFLS V

TO BE FILLED OUT BY INTERVIEWER FOR BOOK V

AGE. How old is [NAME OF CHILD]? [] [] years

SEX. Sex: Male 1
Female 3

DL04. Have you ever attended/are you attending school?	No 3 →DL05b
	Yes 1

DL06. What is the highest education level attended? [NOTE TO INTERVIEWER: IF THEY ARE CURRENTLY ATTENDING SCHOOL, RECORD THE LEVEL THEY ARE CURRENTLY ATTENDING]	ELEMENTARY 02
	JUNIOR HIGH GENERAL 03
	JUNIOR HIGH VOCATIONAL 04
	SENIOR HIGH GENERAL 05
	SENIOR HIGH VOCATIONAL 06
	COLLEGE (D1, D2, D3) 60
	UNIVERSITY (BACHELOR) 61
	UNIVERSITY (MASTER) 62
	UNIVERSITY (DOCTORATE) 63
	ADULT EDUCATION A 11
	ADULT EDUCATION B 12
	ADULT EDUCATION C 15
	OPENUNIVERSITY 13
	ISLAMIC SCHOOL (PESANTREN) 14 →DL05b
	SCHOOL FOR DISABLED 17
ISLAMIC ELEMENTARY SCHOOL (MADRASAH IBTIDAIYAH) 72	
JUNIOR/HIGH SCHOOL (MADRASAH TSANAWIYAH) 73	
ISLAMIC SENIOR HIGH SCHOOL (MADRASAH AALIYAH) 74	
KINDERGARTEN 90	
DON'T KNOW 98	
OTHER 95	

DL07. What is the highest grade completed at that school?	Did not complete first grade at that level 00
	1 01 5 05
	2 02 6 06
	3 03 Graduated 07
	4 04 DON'T KNOW 98

(BAATYPE)	Father (1)
BAA00. CAPI CHECK: [CHILD'S NAME]'S MOTHER/FATHER IS RESPONDENT FOR BOOK V?	YES 1 →BAA00 FOR MOTHER NO 3
BAA02. CAPI CHECK: 1. CHILD'S [...] STAYS IN HOUSEHOLD AND REGISTERED ON HOUSEHOLD ROSTER, FILL IN NUMBER [...] FROM AR00 2. CHILD'S [...] DIED/DOES NOT STAY IN HOUSEHOLD, BUT REGISTERED ON HOUSEHOLD ROSTER, FILL IN NUMBER [...] FROM AR00 3. CHILD'S [...] IS NOT REGISTERED ON HOUSEHOLD ROSTER	1. [] [] AR00 AND STAYS IN HOUSEHOLD →BAA00 COLUMN MOTHER 2. [] [] AR00 AND DIED/DOES NOT STAY IN HOUSEHOLD 3. NOT IN HOUSEHOLD ROSTER
BAA03. Is [child's name] father/mother still alive?	No 3 →BAA06 DON'T KNOW 8 →BAA06 Yes 1
BAA04. How often has [child's name] seen his/her father/mother in the last 12 months?	Everyday 5 →BAA05 Never 1 At least once per year 2 At least once per month 3 At least once per week 4
BAA04a. How often has [child's name] been in telephone contact with his/her father/mother in the last 12 months?	Everyday 5 →BAA05 Never 1 At least once per year 2 At least once per month 3 At least once per week 4
BAA04b. How often has [child's name] been in contact with his/her father/mother through email, sms, chatting, or letter in the last 12 months?	Never 1 At least once per year 2 At least once per month 3 At least once per week 4 Everyday 5
BAA05. Where does [child's name] father/mother live?	[] [] []
BAA06. What is the highest level of education of father/mother?	[] []

Now we would like to ask you about the type of food [CHILD'S NAME] usually eat.

TYPE OF FOOD FM TYPE (FM TYPE)	FMA02		FMA03						
	In the last week, did [CHILD'S NAME] eat any [...]?		How many days did [CHILD'S NAME] eat [...] in the last week?						
A. Sweet potatoes	3. No ↓	1. Yes	1	2	3	4	5	6	7
B. Eggs	3. No ↓	1. Yes	1	2	3	4	5	6	7
C. Fish	3. No ↓	1. Yes	1	2	3	4	5	6	7
D. Meat (beef, chicken, pork, etc.)	3. No ↓	1. Yes	1	2	3	4	5	6	7
E. Dairy	3. No ↓	1. Yes	1	2	3	4	5	6	7
F. Green leafy vegetables	3. No ↓	1. Yes	1	2	3	4	5	6	7
G. Banana	3. No ↓	1. Yes	1	2	3	4	5	6	7
H. Papaya	3. No ↓	1. Yes	1	2	3	4	5	6	7
I. Carrot	3. No ↓	1. Yes	1	2	3	4	5	6	7
J. Mango	3. No ↓	1. Yes	1	2	3	4	5	6	7
K. Instant Noodle	3. No ↓	1. Yes	1	2	3	4	5	6	7
L. Fast food (eg. KFC)	3. No ↓	1. Yes	1	2	3	4	5	6	7
M. Carbonated beverages (Coca cola, sprite, etc)	3. No ↓	1. Yes	1	2	3	4	5	6	7
N. Chili sauces/Sambal	3. No ↓	1. Yes	1	2	3	4	5	6	7
O. Fried snacks (fried tempe, tahu, bakwan, etc)	3. No ↓	1. Yes	1	2	3	4	5	6	7
P. Rice	3. No ↓	1. Yes	1	2	3	4	5	6	7
Q. Sweet snacks (waik, geplak, donat, wafer, coolate, dll)	3. No ↓	1. Yes	1	2	3	4	5	6	7

FMA01a. Does [CHILD'S NAME] brush their teeth?

(CIRCLE ALL THAT APPLY)

In the morningA
 At nightB
 In the afternoonC
 After mealsD
 Never.....E
 DON'T KNOWY

SW00.	Please think about your life as a whole. How satisfied are you with it?	1. Completely satisfied. 2. Very satisfied 3. Somewhat satisfied 4. Not very satisfied 5. Not at all satisfied
SW01.	Please imagine a six-step ladder where on the bottom (the first step), stand the poorest people, and on the highest step (the sixth step), stand the richest people. On which step are you today?	Poorest 1 2 3 4 5 6 Richest 8. DON'T KNOW
SW02.	On which step were you five years ago?	Poorest 1 2 3 4 5 6 Richest 8. DON'T KNOW
SW03.	On which step do you expect to find five years from now?	Poorest 1 2 3 4 5 6 Richest 8. DON'T KNOW

		MAA01.	
		Did your child ever experience [...] in the last 4 weeks?	
		1. Yes	3. No
KA	Eye Infection	1	3↓
LA	Toothache	1	3↓

**LIFESTYLE SEBAGAI FAKTOR RESIKO
TINGGINYA PREVALENSI PERIODONTITIS DAN
DIABETES MELITUS TIPE 2 DI SURABAYA**

SKRIPSI



Oleh:

DHINDA NOVIA
NIM: 021711133012

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

**LIFESTYLE SEBAGAI FAKTOR RESIKO
TINGGINYA PREVALENSI PERIODONTITIS DAN
DIABETES MELITUS TIPE 2 DI SURABAYA**

SKRIPSI



Oleh:

DHINDA NOVIA
NIM: 021711133012

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

LEMBAR PENGESAHAN

**LIFESTYLE SEBAGAI FAKTOR RESIKO
TINGGINYA PREVALENSI PERIODONTITIS DAN
DIABETES MELITUS TIPE 2 DI SURABAYA**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi Di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas
Airlangga Surabaya**

Oleh:

DHINDA NOVIA

NIM. 021711133012

Menyetujui

Pembimbing Utama



Prof. Dr. Titiek Berniyanti, drg., M.Kes

NIP: 195810201989022001

Pembimbing Serta



Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes

NIP: 197112112008121003

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal 25 Januari 2021

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Prof. Dr. Titiek Berniyanti., drg., M.Kes**
- 2. Dr.Agung Sosiawan, drg.,M.Kes**
- 3. Ninuk Hariyani, drg., M.Kes., MPH. PhD**
- 4. Dr. Retno Palupi, drg M.Kes**
- 5. Gilang R. Sabdho Wening, drg., M.Kes.**

SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS

SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Dhinda Novia
NIM : 021711133012
Program Studi : Pendidikan Dokter Gigi
Fakultas : Kedokteran Gigi
Jenjang : Sarjana (S1)

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

“Lifestyle sebagai faktor risiko tingginya prevalensi periodontitis dan diabetes mellitus tipe 2 di Surabaya”

Apabila pada suatu saat nanti terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Surabaya, 25 Januari 2021



Dhinda
DHINDA NOVIA

NIM. 021711133012

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur terucap kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karuniaNya sehingga skripsi yang berjudul **“Lifestyle sebagai faktor resiko tingginya prevalensi periodontitis dan diabetes melitus tipe 2 di Surabaya”** dapat diselesaikan dengan sebaik-baiknya dan tepat waktu. Dalam mengerjakan skripsi ini tentu banyak pihak yang telah memberikan kontribusi kepada penulis, untuk itu perkenankan penulis mengucapkan terimakasih pada :

1. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes selaku dekan Dekan FKG Universitas Airlangga yang telah memberi kesempatan untuk menempuh pendidikan di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga serta selaku dosen pembimbing serta yang telah memberikan bimbingan, waktu, masukan dalam pembuatan skripsi ini.
2. Prof. Dr. Titiek Berniyanti, drg., M.Kes selaku Ketua Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat serta selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan, waktu, masukan dalam pembuatan skripsi ini.
3. Dosen-dosen penguji yang telah memberikan koreksi dan kritik yang membangun demi mencapai hasil skripsi yang baik .
4. Orangtua tercinta yaitu bapak Suhartodin dan ibu Yuniaida dan adik tercinta yaitu Anggun Dwi Putri yang telah memberikan dukungan berupa support material, motivasi dan doa kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.

5. Ahmad Cholifa Fahrudin yang selalu membantu penulis dalam segala hal dalam pengerjaan skripsi ini dan selalu memberikan support mental serta doa kepada penulis.
6. Teman-teman penulis karlina, mba ayu, mba tika yang telah memberikan motivasi, doa dan dukungan kepada penulis.
7. Kepada diri penulis sendiri karna sudah sabar dan tidak menyerah dalam mengerjakan skripsi meski banyak rintangan sehingga skripsi ini dapat selesai tepat waktu.
8. Pihak-pihak lain yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu dalam pembuatan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari sempurna sehingga dengan segala kerendahan hati, penulis mengharapkan seluruh saran dan kritik demi penyempurnaan skripsi ini. Penulis berharap skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak yang membutuhkan.

Surabaya, Januari 2021

Penulis

LIFESTYLE AS A RISK FACTOR FOR THE HIGH PREVALENCE OF PERIODONTITIS AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN SURABAYA

ABSTRACT

Background: *Diabetes mellitus and Periodontitis are 2 diseases that have a high prevalence in Indonesia. There is evidence to support a two-way relationship between Diabetes Mellitus and periodontitis, Diabetes Mellitus increases the risk of periodontitis, and periodontal inflammation negatively affects blood sugar control and tooth loss. Lifestyle is one of the factors that can be changed to avoid the occurrence of diabetes mellitus and periodontitis.* **Objective :** *The purpose of this study was to identify lifestyle diet, smoking habits, exercise and alcohol consumption as risk factors for high prevalence of periodontitis and type 2 diabetes mellitus in Surabaya.* **Method:** *This research includes analytical observational research with Cross Sectional approach which is a type of research that emphasizes the time of measurement or observation of data at one time conducted on bound variables and free variables.* **Results:** *There were significant differences in alcohol consumption in all four health statuses and there were no significant differences in exercise, smoking and diet in all four health status groups.* **Conclusion:** *Lifestyle alcohol consumption plays a role in the keempast group's health status.*

Keywords: *Blood sugar, periodontal status, lifestyle.*

LIFESTYLE SEBAGAI FAKTOR RESIKO TINGGINYA PREVALENSI PERIODONTITIS DAN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI SURABAYA

ABSTRAK

Latar belakang : Diabetes mellitus dan Periodontitis merupakan 2 penyakit yang memiliki prevalensi tinggi di Indonesia. Terdapat bukti yang mendukung adanya hubungan dua arah antara Diabetes Mellitus dan periodontitis, Diabetes Mellitus meningkatkan risiko periodontitis, dan inflamasi periodontal memberi dampak negatif pada kontrol gula darah serta kehilangan gigi. Lifestyle menjadi salah satu faktor yang dapat di ubah untuk menghindari terjadinya diabetes mellitus dan periodontitis. **Tujuan :** Untuk mengidentifikasi lifestyle pola makan, kebiasaan merokok, olahraga dan konsumsi alkohol sebagai faktor resiko tingginya prevalensi periodontitis dan diabetes melitus tipe 2 di Surabaya. **Metode :** Penelitian ini termasuk penelitian observasional analitik dengan pendekatan Cross Sectional yaitu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran atau observasi data dalam satu kali pada satu waktu yang dilakukan pada variabel terikat dan variabel bebas. **Hasil :** Terdapat perbedaan signifikan lifestyle konsumsi alkohol pada keempat status kesehatan dan tidak terdapat perbedaan signifikan lifestyle olahraga, merokok dan pola makan pada keempat kelompok status kesehatan. **Kesimpulan :** Lifestyle konsumsi alkohol berperan pada keempat kelompok status kesehatan

Kata kunci: Gula darah, status periodontal, lifestyle.

DAFTAR ISI

Sampul Depan.....	i
Sampul Dalam	i
Lembar Pengesahan	ii
Penetapan Panitia Penguji Skripsi	iii
Surat Pernyataan Orisinalitas.....	iv
Ucapan Terima Kasih	v
<i>Abstract</i>	vii
Abstrak.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat Penulisan	4
1.4.1 Manfaat Teoritik.....	4
1.4.2 Manfaat Terapan	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Diabetes Melitus	5
2.1.1 Pengertian.....	5
2.1.2 Etiologi	5
2.1.3 Klasifikasi Diabetes Melitus	7
2.1.4 Patofisiologi	9
2.2 Periodontitis.....	11
2.2.1 Pengertian.....	11
2.2.2 Etiologi	13
2.2.3 Klasifikasi Periodontitis	13
2.2.4 Patofisiologi	14
2.2.5 Pengukuran periodontitis.....	16

2.3 Patofisiologis Diabetes Mellitus menyebabkan Periodontitis	17
2.4 Patogenesis Periodontitis sebagai Faktor Risiko Diabetes Mellitus.....	17
2.5 Lifestyle sebagai faktor resiko terjadinya diabetes mellitus dan periodontitis	18
2.5.1 Pola makan	19
2.5.2 Kebiasaan Olahraga/Aktifitas Fisik	20
2.5.3 Kebiasaan Merokok.....	21
2.5.4 Konsumsi Alkohol	22

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL	23
3.1 Kerangka Konseptual.....	23
3.2 Keterangan Kerangka Konseptual	24
3.3 Hipotesis Penelitian	25

BAB 4 METODE PENELITIAN	26
4.1 Jenis Penelitian	26
4.2 Lokasi Penelitian	26
4.3 Waktu Penelitian.....	26
4.4 Populasi Penelitian.....	26
4.5 Sampel Penelitian	26
4.5.1 Teknik Sampling	26
4.5.2 Besar Sampel.....	27
4.6 Variabel Penelitian.....	28
4.6.1 Variabel Terikat.....	28
4.6.2 Variabel Bebas	28
4.7 Definisi Operasional Variabel	28
4.8 Instrumen Penelitian	33
4.9 Alat dan Bahan	33
4.10 Cara Kerja	34
4.11 Analisis Data.....	35
4.12 Alur penelitian	36

BAB 5 HASIL DAN ANALISIS DATA	37
5.1.1 Distribusi subyek berdasarkan faktor sosio demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan) dengan kejadian Diabetes Mellitus , Periodontitis, Diabetes Mellitus yang disertai Periodontitis.....	37
5.1.2 Distribusi kejadian Diabetes Mellitus, Periodontitis, Diabetes Mellitus disertai Periodontitis pada sampel di Surabaya.....	39
5.2 Analisis Analitik	39
5.2.1 Uji Normalitas	39
5.2.2 Distribusi beda lifestyle pada 4 kelompok Status Kesehatan.....	40
5.2.3. Distribusi beda umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan,GDA pada 4 kelompok.....	41

BAB 6 PEMBAHASAN.....	42
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	48
7.1 Simpulan.....	48
7.2 Saran	48
DAFTAR PUSTAKA.....	49
LAMPIRAN.....	55

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1 Faktor Sosiodemografi.....	37
Tabel 5.2 Distribusi Penyakit.....	39
Tabel 5.3 Uji Normalitas.....	39
Tabel 5.4 Uji beda lifestyle pada 4 kelompok.....	40
Tabel 0.5 Uji beda umur,jenis kelamin, tingkat Pendidikan,GDA pada 4 kelompok.....	41

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Klasifikasi periodontitis tahun 2017.	14
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Dinas Kesehatan	55
Lampiran 2. <i>Informed consent</i>	56
Lampiran 3. <i>Ethical Clearance Certificate</i>	57
Lampiran 4 Tabel Hasil Uji SPSS.....	58
Lampiran 5 Tabel form kuesioner	78

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Prevalensi Diabetes Mellitus (DM) di Indonesia meningkat dari tahun 2013 sampai 2018, data terbaru dari Riskesdas 2018 prevalensi penderita Diabetes Mellitus meningkat menjadi 2% dan Jawa Timur menempati peringkat kedua tertinggi setelah DKI Jakarta (Riskesdas, 2018). Prevalensi Diabetes Mellitus pada kelompok usia lebih dari 45 tahun di daerah perkotaan di Indonesia adalah 14,7% (menduduki peringkat ke-2). WHO memperkirakan penyandang Diabetes Mellitus di Indonesia pada tahun 2030 akan mencapai 21,3 juta jiwa, menjadikan Indonesia menduduki peringkat ke 4 di dunia (Istiqomah, 2014). Diabetes Mellitus menjadi penyebab terjadinya amputasi (yang bukan disebabkan oleh trauma), disabilitas, hingga kematian, Dampak lain dari Diabetes Mellitus adalah mengurangi usia harapan hidup sebesar 5-10 tahun (Sari, 2017). Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018 prevalensi periodontitis di Indonesia mencapai 74,1% (Riskesdas, 2018). Periodontitis kronis kategori severe merupakan penyakit dengan prevalensi tertinggi keenam di dunia, yaitu 10,8% atau diderita 743 juta orang secara global (Kassebaum et al,2014).

Data epidemiologi mengkonfirmasi bahwa Diabetes Mellitus merupakan risiko utama factor periodontitis. Terdapat bukti yang mendukung hubungan dua arah antara Diabetes Mellitus dan periodontitis, Diabetes Mellitus meningkatkan risiko periodontitis, dan inflamasi periodontal memberi dampak negatif pada kontrol gula darah serta kehilangan gigi (Preshaw, 2012). Periodontitis adalah penyakit radang khas yang merusak jaringan periodontal, termasuk jaringan lunak

dan tulang alveolar, dan dapat menyebabkan penderita kehilangan gigi (Cho et al,2019) . Periodontitis menyebabkan inflamasi terkait dengan pelepasan faktor bakteri dan virulensi dan / atau mediator inflamasi dari jaringan periodontal ke dalam aliran darah. Faktor tersebut memungkinkan adanya sirkulasi sitokin yang menyebabkan meningkatkan faktor risiko penyakit jantung, resistensi insulin, komplikasi diabetes mellitus, dan penyakit sistemik lainnya. Diabetes Mellitus menyebabkan suatu kondisi disfungsi sekresi kelenjar saliva yang disebut xerostomia. Xerostomia yang terjadi pada penderita Diabetes Mellitus menyebabkan mikroorganisme oportunistik seperti lebih banyak tumbuh. Oleh karena itu penderita cenderung memiliki oral hygiene yang buruk, sehingga terjadi penumpukan plak dan kalkulus. Jika plak dan kalkulus tidak dihilangkan maka dapat berkembang menjadi penyakit periodontal yang lebih parah (Carlen et al,2003).

Diabetes mellitus tipe 2 adalah bentuk paling umum dari penyakit gangguan metabolik yang di tandai dengan adanya kenaikan gula darah akibat penurunan sekresi insulin oleh sel beta pankreas atau adanya gangguan fungsi insulin (resistensi insulin) yang menyebabkan kerusakan produksi insulin. Hal ini berkaitan dengan terganggunya proses metabolisme lemak, protein dan karbohidrat (Halim, 2019). Diabetes Mellitus tipe 2 disebabkan oleh banyak faktor risiko yang tidak dapat berubah misalnya jenis kelamin, usia, dan faktor genetik dan yang kedua adalah faktor risiko yang dapat diubah misalnya pola makan, kebiasaan merokok, aktivitas fisik (olahraga), konsumsi alkohol, tingkat pendidikan, pekerjaan (Fatimah et al, 2015).

Oleh karena itu penelitian ini perlu dilakukan untuk mengetahui dan membuktikan peran lifestyle (pola makan, kebiasaan merokok, olahraga, konsumsi alkohol) terhadap tingginya prevalensi periodontitis dan diabetes melitus tipe 2 di Surabaya, sehingga dapat ditemukan langkah yang efektif untuk mencegah dan mengurangi kejadian Diabetes mellitus dan Periodontitis yang terkait lifestyle di kota Surabaya, sehingga menurunkan angka resiko kematian dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah lifestyle pola makan, kebiasaan merokok, olahraga dan minum alkohol memiliki peran terhadap tingginya prevalensi periodontitis dan diabetes melitus tipe 2 di Surabaya?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengidentifikasi lifestyle pola makan, kebiasaan merokok, olahraga dan konsumsi alkohol sebagai faktor resiko tingginya prevalensi periodontitis dan diabetes melitus tipe 2 di Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengukur kadar gula darah acak dan status periodontal untuk menentukan prevalensi status kesehatan.
2. Mengidentifikasi karakteristik responden yang ditinjau dari faktor sosiodemografi (usia, jenis kelamin, pendidikan) terhadap kejadian terjadinya diabetes mellitus, periodontitis, diabetes mellitus yang disertai periodontitis
3. Mengukur lifestyle pada 4 kelompok status kesehatan.

4. Mengetahui perbedaan antara lifestyle pola makan, kebiasaan merokok, olahraga, dan konsumsi alkohol pada masing-masing kelompok status kesehatan.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritik

Di dapatkan prevalensi diabetes mellitus tipe 2 dan periodontitis di kota Surabaya dan data ini nanti bisa digunakan sebagai ajang promosi kesehatan kepada masyarakat agar lebih peduli terhadap peran lifestyle pola makan, kebiasaan merokok, olahraga, konsumsi alkohol terhadap tingginya kejadian diabetes mellitus dan periodontitis serta agar masyarakat lebih peduli terhadap kesehatan rongga mulut.

1.4.2 Manfaat Terapan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan dasar ilmiah untuk penelitian lebih lanjut tentang peran lifestyle pola makan, olahraga, kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol terhadap tingginya prevalensi periodontitis dan diabetes melitus tipe 2 di surabaya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Diabetes Melitus

2.1.1 Pengertian

Diabetes mellitus adalah suatu penyakit gangguan metabolik yang secara genetik maupun klinis yang memiliki manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat, secara klinis diabetes mellitus ditandai dengan hiperglikemia dan postprandial (kadar gula darah dua jam sesudah makan yang melebihi nilai normal), aterosklerosis dan penyakit vaskular mikroangiopati. Gejala klinis diabetes mellitus secara umum meliputi poliuri, polidipsi, polifagi serta adanya penurunan berat badan, kesemutan dan pengaburan penglihatan yang biasanya terjadi ketika hiperglikemia yang berkepanjangan dan parah (Holt et al, 2017) (Fatimah,2015).

2.1.2 Etiologi

Diabetes Mellitus Tipe 2 terjadi akibat akibat penurunan sekresi insulin oleh sel beta pankreas atau gangguan fungsi insulin (resistensi insulin) (Fatimah,2015). Obesitas juga merupakan salah satu faktor risiko utama penyebab diabetes mellitus tipe 2, yang diperkirakan akan mempengaruhi hampir setengah juta orang pada tahun 2030 (Koivusalo and Associates.2016). Tingginya prevalensi Diabetes Mellitus tipe 2 juga disebabkan oleh faktor risiko yang tidak dapat berubah misalnya jenis kelamin, umur, dan faktor genetik yang kedua adalah faktor risiko yang dapat diubah misalnya kebiasaan merokok tingkat pendidikan, pekerjaan, aktivitas fisik, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, Indeks Masa Tubuh, lingkar pinggang dan umur (Fatimah,2015).

Obesitas dan gaya hidup merupakan faktor risiko Diabetes Mellitus tipe 2. Kejadian Diabetes Mellitus tipe 2 di masyarakat dapat diturunkan dengan memperbaiki perilaku gaya hidup sehat dengan melakukan aktivitas fisik, pola diet sehat seperti makan buah dan sayur, tidak minum alkohol dan tidak merokok (Sundari et al,2016).

Gaya hidup (*lifestyle*) merupakan gambaran yang bisa menggambarkan tentang perilaku seseorang. *Lifestyle* juga dapat diartikan sebagai suatu seni yang dibudayakan oleh setiap orang. Gaya hidup yang dilakukan setiap orang dapat menentukan kualitas hidup dan kesehatan tubuh dari orang tersebut jika orang tersebut memiliki gaya hidup yang baik dan pola hidup yang sehat maka orang tersebut cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik dan memadai, begitu juga sebaliknya (safri et al,2015). Olahraga secara teratur dapat membantu mengontrol glukosa darah dan membantu tubuh menggunakan glukosa dengan baik. Seseorang dengan Diabetes Mellitus type 2 dianjurkan aktif dalam macam-macam latihan fisik untuk meningkatkan control metabolic seperti : *Cardiovaskuler fitness, psychological well-being*, dan interaksi sosial. Latihan secara regular dengan intensitas, memperbaiki sensitivitas insulin. Aktifitas fisik terstruktur yang terdiri dari latihan aerobik, latihan daya tahan, atau gabungan keduanya dapat menurunkan HbA1c pada pasien dengan diabetes tipe 2 (Gandini et al,2013).

Diabetes mellitus tipe 1 (Diabetes Mellitus tipe-1) yang juga merupakan kelainan metabolik yang disebabkan oleh reaksi autoimun yang menyebabkan kerusakan sel β pankreas dan terjadi pada hampir semua anak yang menderita diabetes (Himawan et al,2016). Sementara GDM adalah gangguan heterogen, yang

dihasilkan dari interaksi antara faktor risiko genetik dan lingkungan. Hal ini ditandai dengan resistensi insulin serta gangguan fungsi sel-sel β pankreas dan merupakan prediktor terkenal diabetes di masa depan (Koivusalo,2016).

2.1.3 Klasifikasi Diabetes Melitus

Pengelompokan penyakit diabetes melitus menurut American Diabetes Association (ADA) dibedakan atas empat yaitu : Diabetes Mellitus tipe 1 yang sebelumnya dikenal dengan *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM) atau *diabetes mellitus juvenil*; Diabetes Mellitus tipe 2 atau *Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) yang umumnya terjadinya setelah dewasa; Diabetes Mellitus gestasional (selama masa kehamilan); Diabetes Mellitus oleh karena penyebab lain (Zuhrinah,2016). Sedangkan, World Health Organization (WHO) mengklasifikasikan diabetes berdasarkan usia onset penyakit, terutama diabetes onset juvenil dan diabetes onset usia lanjut. Diabetes mellitus dapat diklasifikasikan sebagai berikut: (i) *insulin-dependent diabetes mellitus* (type 1); (ii) *non-insulin-dependent diabetes mellitus* (type 2); (iii) tipe khusus lainnya; dan (iv) diabetes mellitus gestatinal atau *gestational diabetes mellitus* (GDM) (Holt et al,2017).

1. Diabetes Mellitus Tipe 1

Diabetes mellitus tipe 1 dikenal juga dengan istilah *insulin dependent diabetes*, diabetes tipe 1, atau *juvenile-onset diabetes* yang terjadi akibat destruksi autoimun seluler dari sel β pankreas. Penderita diabetes mellitus tipe 1 hanya ada 5-10% dari keseluruhan penderita diabetes (American Diabetes Association,2010). Angka kejadian diabetes mellitus tipe 1 di USA adalah sekitar 1 dari 1500 anak (usia 5 tahun) dan sekitar 1 dari 350 anak (usia 18 tahun). Puncak kejadian diabetes mellitus tipe 1 terjadi pada usia antara 5–7 tahun serta pada masa awal akil balik

seorang anak. Angka kejadian pada anak laki-laki dan perempuan sama. Kejadian tertinggi penyakit diabetes melitus tipe 1 terjadi di Finlandia, Denmark dan Swedia, yaitu setiap tahun sekitar 30 kasus baru dari 100.000 penduduk. Kejadian di Indonesia sampai saat ini belum diketahui, tetapi dari data catatan Nasional untuk penyakit Diabetes Mellitus di anak dari UKK Endokrinologi Anak PP IDAI terjadi peningkatan dari jumlah sekitar 200 orang dengan Diabetes Mellitus pada tahun 2008 menjadi 580 pada tahun 2011 (Zuhrinah,2016).

Kerusakan autoimun dari sel β memiliki beberapa predisposisi genetik yang juga terkait dengan faktor lingkungan. Meskipun penderita diabetes mellitus tipe 1 jarang ada yang mengalami obesitas, tetapi jika penderita mengalami obesitas juga dapat digunakan sebagai pertimbangan diagnosis.

Penderita diabetes mellitus tipe 1 rentan terhadap gangguan autoimun lain seperti *Graves' disease*, *Hashimoto's thyroiditis*, *Addison's disease*, *vitiligo*, *celiac sprue*, hepatitis autoimun, *miastenia gravis*, dan anemia pernisiiosa (American Diabetes Association,2010).

2. Diabetes Mellitus Tipe 2

Diabetes Mellitus tipe 2 dikenal juga sebagai non-insulin-dependent diabetes, merupakan diabetes mellitus yang terjadi pada lebih dari 95% dari total populasi dengan diabetes. Individu dengan diabetes mellitus tipe 2 memiliki kekurangan insulin relatif, penderita dapat menghasilkan insulin tetapi tidak cukup untuk mengatasi resistensi insulin. Penyebab utama diabetes mellitus tipe 2 adalah kepayahan kronis fungsi sel β (Holt et al,2017).

3. Tipe khusus lainnya

Tipe diabetes ini relatif jarang ditemukan, biasanya mendasari beberapa penyakit lain seperti : defek genetic dalam aksi insulin, endokrinopati dan penyakit lainya (Holt et al,2017)

4. Diabetes Mellitus Gestational (GDM)

GDM atau gestational diabetes mellitus didefinisikan sebagai tingkat intoleransi glukosa atau karbohidrat yang dapat dideteksi atau dikenali selama kehamilan (Johns emma et al,2018) . Kebanyakan kasus gestational diabetes mellitus bisa sembuh sendiri pasca melahirkan (American Diabetes Association,2010).

2.1.4 Patofisiologi

Hiperglikemia dengan respon fisiologis dan perilaku memiliki hubungan secara langsung. Ketika terjadi hiperglikemia maka otak akan mengenalinya lalu mengirim sinyal melalui impuls saraf ke pankreas dan organ lain untuk mengurangi efeknya (Patidar, 2011).

Diabetes mellitus tipe 2 dapat terjadi karena dipengaruhi banyak factor. Penyakit ini ditandai dengan adanya gangguan fungsi sel β dan resistensi insulin di jaringan perifer seperti jaringan otot, jaringan lemak, dan pada hepar. Sehingga terjadilah hiperglikemia kronik dan jika terjadi dalam jangka panjang dapat mengakibatkan komplikasi serius. Secara keseluruhan diabetes mellitus tipe 2 bersifat merusak terhadap diri sendiri dan memburuk secara progresif seiring berjalannya waktu. Resistensi insulin dianggap sebagai salah satu mekanisme yang menyebabkan diabetes mellitus tipe 2. Resistensi insulin mengganggu pengikatan glukosa di jaringan perifer dan mengakibatkan produksi glukosa yang berlebihan

pada hepar. Hal ini berpengaruh pada terjadinya hiperglikemia pada penderita diabetes mellitus tipe 2. Keadaan awal diabetes tipe 2 adalah terjadinya resistensi insulin dan hiperinsulinemia, tetapi tidak terjadi hiperglikemia. Namun dengan berjalannya waktu, mekanisme kompensasi ini tidak lagi dapat menahan progresifitas penyakit ini, sehingga terjadi diabetes mellitus tipe 2 (Tjandrawinata, 2016).

Kriteria Diabetes Mellitus :

1. Glukosa plasma puasa

Glukosa plasma dalam keadaan puasa dibagi atas tiga nilai, yaitu: 1) < 110 mg/dl (normal); 2) antara ≥ 110 mg/dl - ≤ 126 mg/dl (glukosa darah puasa terganggu (GDPT)); dan 3) >126 mg/dl (diabetes melitus). Pada individu dengan kadar glukosa plasma setelah berpuasa sedikitnya 8 jam ≥ 126 mg/dl sudah cukup untuk membuat diagnosis diabetes melitus (Gayatri,2019).

2. Glukosa 2 jam Post Prandial (GD2PP)

Glukosa darah 2 jam pp adalah tes gula darah yang di lakukan setelah pasien makan yang di lakukan. Pemeriksaan glukosa 2 jam pp untuk mengetahui kadar glukosa agar yang lebih akurat. Glukosa 2 jam Post Prandial menunjukan pasien menderita diabetes mellitus bila kadar glukosa darah ≥ 200 mg/dl, sedangkan nilai normalnya ≤ 140 . Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) apabila kadar glukosa > 140 mg/dl tetapi < 200 mg/dl.1,9 (Maulidiyanti,2017).

3. Glukosa jam ke-2 pada Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO)

Apabila pada pemeriksaan glukosa darah sewaktu kadar glukosa plasma tidak normal, yaitu antara 140-200 mg/dl, maka pada mereka ini harus dilakukan pemeriksaan tes toleransi glukosa oral untuk meyakinkan apakah diabetes mellitus

atau bukan. Sesuai dengan kesepakatan WHO tahun 2006 maka tes toleransi glukosa oral harus dilakukan dengan memberikan 75 gram glukosa (rata-rata pada orang dewasa) atau 1,75 gr per kilogram berat badan pada anak-anak. Serbuk glukosa ini dilarutkan dalam 250-300 ml air kemudian dihabiskan dalam waktu 5 menit. TTGO dilakukan setelah pasien berpuasa minimal 8 jam. Penilaian adalah sebagai berikut; 1) Toleransi glukosa normal apabila ≤ 140 mg/dl; 2) Toleransi glukosa terganggu (TGT) apabila kadar glukosa > 140 mg/dl tetapi < 200 mg/dl; dan 3) Toleransi glukosa ≥ 200 mg/dl disebut diabetes melitus.

4. Tes Hemoglobin A1c (HbA1c)

Tes ini dilakukan untuk mengukur seberapa banyak glukosa (gula) yang menempel dalam sel darah merah. Tes ini digunakan untuk mendiagnosis diabetes dan juga dapat menunjukkan sudah seberapa baik orang dengan diabetes dapat mengontrol penyakit diabetesnya selama 2-3 bulan terakhir. Hasil tes A1c dapat digunakan untuk memperkirakan kadar gula darah rata-rata. Kadar HbA1C dapat di kelompokkan menjadi 3 kelompok :

- a) kontrol baik (kadar HbA1C $< 6,5\%$),
- b) kontrol sedang (kadar HbA1C $6,5\% - 8\%$), dan
- c) kontrol buruk (kadar HbA1C $\geq 8\%$) (Que,2013).

2.2 Periodontitis

2.2.1 Pengertian

Periodontitis didefinisikan sebagai penyakit inflamasi pada jaringan pendukung gigi yang disebabkan oleh mikroorganisme spesifik atau kelompok mikroorganisme spesifik, yang mengakibatkan kerusakan progresif ligamen periodontal dan tulang alveolar dengan peningkatan pembentukan kedalaman

probing, resesi, atau keduanya. Gambaran klinis yang membedakan periodontitis dari gingivitis adalah adanya kehilangan perlekatan yang dapat dideteksi secara klinis sebagai akibat dari kerusakan inflamasi pada ligamen periodontal dan tulang alveolar. Kerusakan jaringan periodontal sering disertai dengan pembentukan poket periodontal dan perubahan kepadatan dan tinggi tulang alveolar yang berdekatan. Dalam beberapa kasus, resesi gingiva marginal dapat menyertai kehilangan perlekatan, sehingga menutupi perkembangan penyakit yang sedang berlangsung jika hanya pengukuran kedalaman probing diambil tanpa pengukuran tingkat perlekatan klinis (Carranza et al,2019).

Periodontitis adalah penyakit radang khas yang merusak jaringan periodontal, termasuk jaringan lunak dan tulang alveolar, dan dapat menyebabkan penderita kehilangan gigi (Cho et al,2019).

Periodontitis merupakan penyakit paling umum menyerang jaringan periodontal pada rongga mulut (Aljehani,2014). Prevalensi periodontitis di Indonesia mencapai 74,1% (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Periodontitis kronis kategori *severe* merupakan penyakit dengan prevalensi tertinggi keenam di dunia, yaitu 10,8% atau diderita 743 juta orang secara global (Kassebaum et al, 2014).

Periodontitis merupakan penyebab utama kehilangan gigi pada populasi orang dewasa di seluruh dunia. Penderita periodontitis berisiko kehilangan banyak gigi, edentulisme, dan disfungsi pengunyahan, sehingga mempengaruhi nutrisi, kualitas hidup, dan harga diri. Bukti yang cukup juga menunjukkan fakta bahwa efek dari periodontitis melampaui rongga mulut dan tubuh dipengaruhi oleh penyebaran hematogen bakteri dan produk bakteri yang berasal dari biofilm oral

dan mediator inflamasi yang berasal dari jaringan periodontal yang meradang (Tonetti et al, 2017).

2.2.2 Etiologi

Periodontitis merupakan salah satu penyakit jaringan penyangga gigi yang dapat bersifat kronis maupun akut dengan etiologi beragam. Periodontitis disebabkan oleh kesehatan rongga mulut yang kurang baik (adanya plak/kalkulus), kebiasaan (merokok), gangguan sistemik (diabetes) (Kumar,2019). Selain itu gen spesifik seperti Interleukin-1 (IL-1), IL-6, Tumor Necrosis Factor- α (TNF- α), Fc Fragment Of IgG Receptor Iia (FCGR2A), C5, CD14, dan WNT5A memiliki peran dalam menyebabkan periodontitis (Hajishengallis, 2015). Bakteri oportunist periodontopatogen yang menyebabkan periodontitis adalah *P. gingivalis*, *T. denticola*, dan *T. forsythia*. Bakteri tersebut merupakan bakteri anaerob gram negatif yang dapat tumbuh menjadi patogen ketika keadaan lingkungan serta respon host mendukung sehingga akan terinduksinya penyakit periodontitis (Kumar, 2019; Hajishengallis, 2015).

2.2.3 Klasifikasi Periodontitis

Dalam 30 tahun terakhir, klasifikasi periodontitis telah berulang kali dimodifikasi dalam upaya menyelaraskannya dengan bukti ilmiah yang muncul. Lokakarya yang diadakan *American Academy of Periodontology* (AAP) dan *the European Federation of Periodontology* (EFP) sepakat bahwa, sesuai dengan pengetahuan terkini tentang patofisiologi, tiga bentuk periodontitis dapat diidentifikasi: periodontitis nekrotikans, periodontitis sebagai manifestasi penyakit sistemik, dan bentuk-bentuk penyakit yang sebelumnya dikenal sebagai "kronis" atau "agresif", sekarang dikelompokkan di bawah satu kategori, "periodontitis".

Dalam merevisi klasifikasi, lokakarya menyetujui kerangka klasifikasi untuk periodontitis lebih lanjut yang dikarakteristikan berdasarkan sistem *staging* dan gradasi multidimensi yang dapat diadaptasi dari waktu ke waktu ketika bukti baru muncul (Caton et al,2018).

Periodontitis stage		Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV
Severity	Interdental CAL at site of greatest loss	1 to 2 mm	3 to 4 mm	≥5 mm	≥5 mm
	Radiographic bone loss	Coronal third (<15%)	Coronal third (15% to 33%)	Extending to mid-third of root and beyond	Extending to mid-third of root and beyond
	Tooth loss	No tooth loss due to periodontitis		Tooth loss due to periodontitis of ≤4 teeth	Tooth loss due to periodontitis of ≥5 teeth
Complexity	Local	Maximum probing depth ≤4 mm Mostly horizontal bone loss	Maximum probing depth ≤5 mm Mostly horizontal bone loss	In addition to stage II complexity: Probing depth ≥6 mm Vertical bone loss ≥3 mm Furcation involvement Class II or III Moderate ridge defect	In addition to stage III complexity: Need for complex rehabilitation due to: Masticatory dysfunction Secondary occlusal trauma (tooth mobility degree ≥2) Severe ridge defect Bite collapse, drifting, flaring Less than 20 remaining teeth (10 opposing pairs)
		Extent and distribution			
Add to stage as descriptor		For each stage, describe extent as localized (<30% of teeth involved), generalized, or molar/incisor pattern			

Gambar 2.1 Klasifikasi periodontitis tahun 2017 (Papapanou et al,2018).

2.2.4 Patofisiologi

Komponen bakteri, seperti Lipopolisakarida (LPS), peptidoglikan, lipoteichoicacids, protease dan *toxin*, yang memicu reaksi inflamasi, dapat ditemukan dalam biofilm pada permukaan gigi. Respon host terhadap infeksi bakteri termasuk aksi dan stimulasi berbagai jenis sel inflamasi serta sel-sel residen (Yucel et al, 2013).

Sitokin inflamasi interleukin-1 (IL-1) dan *tumor necrotizing factor-α* (TNFα) memainkan peran penting dalam patogenesis periodontitis. TNFα terlibat pada

tahap awal dalam kaskade inflamasi, karena dilepaskan dari sel mast sebagai respons terhadap tantangan bakteri. Dalam konteks klinis, TNF α dan IL-1 β telah ditemukan dalam peningkatan konsentrasi dalam GCF dan jaringan gingiva pada situs periodontitis. Sitokin TNF α dan IL-1 disintesis oleh banyak tipe sel dalam jaringan periodontal: monosit / makrofag, sel PMN, fibroblas, sel epitel, sel endotel dan sel osteoblas (Graves, 2003).

Pada periodontitis, keseimbangan normal dialihkan ke arah resorpsi melalui mekanisme termasuk peningkatan aktivasi osteoklas. Sitokin seperti IL-1 β , TNF α , IL-6, faktor perangsang koloni makrofag (M-CSF), IL-17 dan PGE2 adalah beberapa mediator proinflamasi yang dilaporkan merangsang aktivasi osteoklas (Braun, 2011; Schett, 2011).

IL-1 β mendorong sel T yang naif untuk meningkatkan penyerapan glukosa dan aktivitas glikolitiknya untuk mendukung ekspansi dan induksi program Th17 yang stabil. Respon Th17 paling mungkin diinduksi dalam kondisi homeostatis untuk menyeimbangkan mikrobiota komensal dan mempromosikan perbaikan jaringan setelah kerusakan jaringan. Jika lingkungan jaringan lokal diubah untuk meningkatkan ekspresi sitokin pro-inflamasi, maka ekspansi sel Th17 yang tidak teratur dapat mengarah pada keadaan imunopatologi (Revu et al, 2017).

Subset sel TH17 mensekresi IL-17, IL-23, IL-22, IL-6 dan TNF α . Khususnya, IL-17 merangsang produksi berbagai mediator inflamasi termasuk TNF α , prostaglandin E2 (PGE2), IL-6 dan IL-1 β , yang memediasi resorpsi tulang melalui aktivasi osteoklas (Yucel et al, 2013).

Respon IL-17 yang menyimpang atau berkepanjangan dalam jaringan periodontal dapat berkontribusi pada lingkungan mikro yang cocok untuk

osteoklastogenesis melalui disregulasi sistem RANKL dan OPG dari sel ligamen periodontal. Penelitian telah menunjukkan bahwa IL-17 dapat meningkatkan ekspresi RANKL dan menurunkan ekspresi OPG. Selain itu, telah dilaporkan bahwa tingkat IL-17 meningkat pada jaringan ligamen periodontal yang mengalami tekanan ortodontik, dan IL-17 dapat merangsang osteoklastogenesis dari sel-sel prekursor osteoklas manusia, menunjukkan bahwa IL-17 juga dapat memperburuk proses resorpsi akar yang diinduksi secara ortodontik (Lin et al, 2015).

2.2.5 Pengukuran periodontitis

Dalam buku Metodologi Penelitian dalam Pendidikan Jasmani menyebutkan jika pengukuran atau *measurement* merupakan prosedur untuk menetapkan angka yang mewakili kuantitas ciri yang dimiliki oleh subjek dalam suatu populasi atau sampel (Winarno,2013).

Untuk dapat mengetahui suatu penyakit periodontal, keparahannya serta kaitannya dengan berbagai faktor yang mempengaruhi diperlukan suatu alat ukur yang disebut dengan indeks. Ada beberapa indeks penyakit periodontal yang dapat digunakan seperti Indeks Periodontal oleh Russel, Indeks Penyakit Periodontal oleh Ramfjord, dan CPITN (Community Index of Periodontal Treatment Needs) (Dhingra, 2011).

Community Index of Periodontal Treatment Needs atau CPITN adalah suatu alat yang dikembangkan oleh WHO untuk mengevaluasi status jaringan periodontal seseorang yang biasanya dilakukan pada populasi untuk penelitian dengan mengukur tingkat kebutuhan perawatan penyakit periodontal serta merekomendasikan jenis perawatan yang dibutuhkan untuk mencegah penyakit periodontal. Sistem kebutuhan perawatan periodontal telah dimodifikasi menjadi

CPITN pada tahun 1978 dan disadur dari epidemiologi survey oleh WHO dan FDI. Modifikasi ini termasuk merekomendasikan penggunaan probe WHO, pada gigi molar dan gigi insisivus pertama kanan sebagai indeks gigi. Adapun skoring CPITN ada 4 yaitu skor 0 jika jaringan periodonsium sehat, tidak ada poket maupun bleeding on probing ataupun loss of attachment, skor 1 jika ada perdarahan setelah dilakukan probing, skor 2 jika tiak terdapat poket dengan kedalaman lebih dari 3 mm, skor 3 jika didapatkan poket dengan kedalaman 4 sampai 5 mm dan yang terakhir skor 4 jika didapatkan poket lebih dari 6 mm (Ermawati et al,2011).

Pemeriksaan dengan indeks CPITN di lakukan pada area fasial (mesio fasial, mid fasial dan disto facial) dan lingual/palatal (mesio lingual/palatal, mid lingual/palatal, disto lingual/palatal) (Hervina et al, 2020).

2.3 Patofisiologis Diabetes Mellitus menyebabkan Periodontitis

Kontrol glikemik yang memburuk berkaitan erat dengan penyakit periodontal sedangkan pasien dengan penyakit periodontal dan diabetes mellitus mengalami kontrol glikemik yang memburuk sebagaimana dibuktikan oleh peningkatan hemoglobin terglikasi (Genco,2013).

2.4 Patogenesis Periodontitis sebagai Faktor Risiko Diabetes Mellitus

Penelitian oleh Teeuw et al, pada tahun 2016 menunjukkan bahwa rata-rata kadar HbA1c pada penderita severe periodontitis sebesar 6.3% (45 mmol/mol), mild/moderate 6.1% (43 mmol/mol), dan pada individu sehat 5.7% (39 mmol/mol) (Teeuw et al, 2016). Peningkatan kadar tumor necrosis factor- α (TNF), interleukin-6 (IL-6) dan interleukin (IL-8) berpengaruh pada resistensi insulin. Inflammatory marker lainnya seperti C-reactive protein (CRP) biasanya meningkat pada keadaan resisten insulin (Wang et al, 2013).

Hotamisligil et al dan Karasik et al pertama kali menunjukkan bahwa sitokin pro-inflamasi TNF- α mampu menginduksi resistensi insulin (Shoelson et al, 2006).

TNF- α dapat menurunkan regulasi aktivitas tirosin kinase dari reseptor insulin dan dapat menyebabkan resistensi insulin (Exel et al, 2002). Selain sitokin pro-inflamasi, sitokin anti-inflamasi juga berhubungan dengan perkembangan diabetes mellitus. IL-10 diperkirakan dapat memperbaiki kontrol glikemik dengan menghambat sekresi dari sitokin proinflamasi penyebab resistensi insulin seperti IL-6 dan TNF- α (Exel et al, 2002). IL-10 merupakan sitokin anti inflamasi yang mewakili sebagian respon anti inflamasi pada sindrom metabolik dan diabetes mellitus tipe 2. Terdapat produksi IL-10 yang rendah sebagai respon dari aktivitas sitokin pro-inflamasi pada IL-10 yang berhubungan dengan tingginya kadar HbA1c dan dapat menjadi prediktor untuk hiperglikemia (Exel et al, 2002; Dong et al, 2015).

IL-10 diperkirakan dapat memperbaiki kontrol glikemik dengan menghambat sekresi dari sitokin pro-inflamasi penyebab resistensi insulin seperti IL-6 dan TNF- α (Exel et al, 2002; Dong et al, 2015).

2.5 Lifestyle sebagai faktor resiko terjadinya diabetes mellitus dan periodontitis

Gaya hidup atau lifestyle merupakan bagian dari kebutuhan sekunder manusia yang bisa berubah-ubah menyesuaikan zaman maupun keinginan seseorang untuk mengubah gaya hidupnya atau lifestyle. Lifestyle manusia saat ini di dunia modern sudah banyak mengalami perubahan, manusia cenderung mengabaikan sisi kesehatan seperti pola

makan yang tinggi lemak, garam, dan gula, serta cara hidup yang kurang sehat (Susilowati,2019).

2.5.1 Pola makan

Pola makan adalah cara yang ditempuh seseorang atau kelompok orang untuk memilih makanan dan mengkonsumsinya sebagai reaksi terhadap pengaruh fisiologis, psikologis, budaya, dan social, juga dapat diartikan sebagai kuantitas, variasi,proporsi,maupun kombinasi dari berbagai makanan dan minum dalam diet dan frekuensi yang biasanya dikonsumsi. Kualitas pola makan dapat ditentukan dengan menilai kadar zat gizi dari makanan dan minuman dan disesuaikan dengan kebutuhan sesuai usia dan jenis kelamin dan standar gizi yang cukup (Utami,2017).

Hal yang dapat mempengaruhi pola makan adalah aktivitas sehari-hari, misalnya seseorang yang memiliki pola makan tanpa sarapan akan menyebabkan orang tersebut memiliki dorongan untuk mengonsumsi makanan ringan dan makanan cepat saji (Utami,2017). Pengukuran pola makan dapat dilakukan dengan memberikan kuesioner Frekuensi makan (Food Frequency Questionnaire) Kuisisioner ini terdiri atas checklist makanan atau minuman dengan respon responden berupa frekuensi yang dikonsumsi oleh responden atau subyek dalam periode tertentu. Data yang di dapat berupa data frekuensi berapa kali sehari/seminggu/sebulan seseorang menyantap makanan tertentu (Utami,2017).

Menurut Abdul kadir pada tahun 2016, kadar gula darah dapat diatur sehingga menjadi lebih stabil dengan cara mengatur jadwal pola makan agar menjadi teratur contohnya mengatur jadwal makan pagi, jadwal makan siang dan makan malam, sehingga dengan mengatur jadwal makan dapat membuat kadar gula darah bisa menjadi lebih stabil. Mengatur porsi makan juga memberikan efek

positif terhadap kadar gula darah, mengurangi porsi makan dapat membantu mengontrol gula darah sebaliknya seseorang yang makan dengan porsi lebih banyak atau menambah porsi makan dapat menimbulkan komplikasi diabetes mellitus (Susilowati,2019).

2.5.2 Kebiasaan Olahraga/Aktifitas Fisik

Aktivitas fisik didefinisikan sebagai kuantitas, proporsi, variasi maupun kombinasi dari serangkaian gerakan yang dilakukan anggota tubuh dan sistem penunjang tubuh lainnya yang membutuhkan energi dalam pelaksanaannya (Utami,2017). Olahraga didefinisikan sebagai suatu bentuk fisik yang terencana dan terstruktur yang melibatkan gerakan tubuh berulang-ulang dan ditujukan untuk meningkatkan kebugaran jasmani (Fayasari et al,2018)..

Jenis Aktivitas fisik terbagi menjadi :

1. *Inactive* adalah kondisi ketika seseorang tidak melakukan aktivitas lain selain aktivitas dasar atau aktivitas kecil misal seperti berdiri dan berjalan pelan.
2. Aktivitas Ringan adalah kondisi Ketika seseorang melakukan aktivitas fisik selain aktivitas dasar (seperti berdiri dan berjalan pelan) dengan intensitas < 150 menit perminggu
3. Aktivitas sedang adalah kondisi ketika seseorang melakukan aktivitas fisik selain aktivitas dasar (seperti berdiri dan berjalan pelan), dengan intensitas 150-300 menit perminggu
4. Aktivitas Berat adalah kondisi ketika seseorang melakukan aktivitas fisik yang dilakukan >300 menit perminggunya (Utami,2017)

Penelitian yang dilakukan oleh Fayasari et al pada tahun 2018 mengatakan bahwa aktivitas atau olahraga yang kurang mempunyai risiko 4,5 kali terkena diabetes mellitus tipe 2 dibandingkan dengan seseorang yang melakukan aktivitas fisik atau olahraga secara terus atau rutin (Fayasari et al,2018).

2.5.3 Kebiasaan Merokok

Merokok didefinisikan sebagai kebiasaan yang bisa memberikan efek negatif cukup besar terhadap kesehatan. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), lingkungan asap rokok adalah penyebab berbagai penyakit (Kusuma,2019). Selain sistemik, merokok juga dapat menyebabkan timbulnya kondisi patologis pada rongga mulut dan jaringan periodontal. Penyakit periodontal seperti karies, kehilangan gigi, resesi gingiva, bahkan hingga penyakit kanker mulut adalah contoh kasus yang bisa terjadi akibat kebiasaan merokok (Warnakulasuriya,2010).

Seseorang yang memiliki kebiasaan merokok memiliki peluang lebih besar menderita penyakit periodontal dibandingkan dengan seseorang yang tidak merokok, penyakit periodontal yang bisa dialami seperti kehilangan tulang alveolar, peningkatan kedalaman saku gigi atau pocket serta kehilangan gigi. Kondisi patologis ini bisa muncul atau termanifestasi secara sistemik maupun lokal di rongga mulut hal ini dapat terjadi karena terjadinya penurunan fungsi molekul, termasuk saliva. Kerusakan komponen antioksidan saliva, diikuti dengan penurunan fungsinya, ditemukan pada beberapa kelainan di rongga mulut (Kusuma,2019).

Studi sebelumnya membuktikan bahwa faktor terjadinya periodontitis melibatkan adanya plak gigi, atau karena faktor individu yang rentan terkena periodontitis secara genetik dan adanya satu atau lebih faktor risiko seperti stres

atau depresi yang dapat mengubah respon imun dan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan gigi termasuk kebersihan mulut (Quamilla,2016).

2.5.4 Konsumsi Alkohol

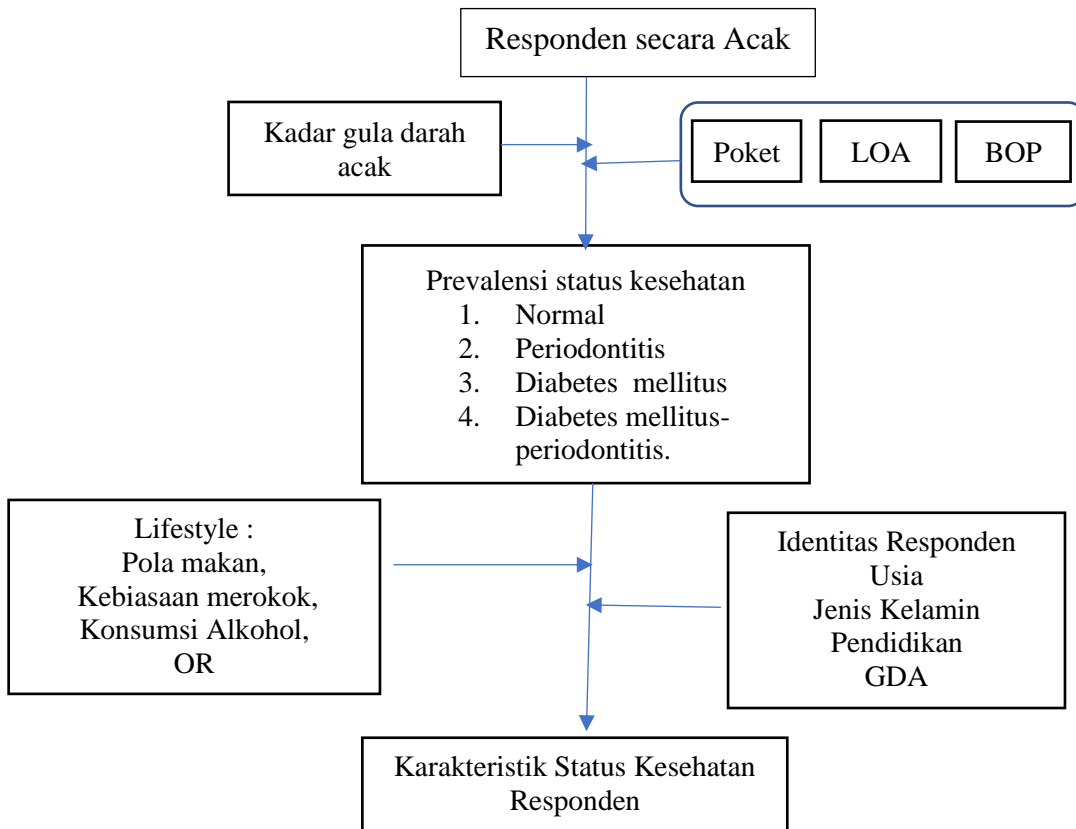
Alkohol merupakan minuman yang sudah dikenal di seluruh dunia. Konsumsi alkohol memberikan banyak efek yang merugikan untuk tubuh dari aspek kesehatan maupun dari aspek sosial. Alkohol dapat menyebabkan ketergantungan dan menyebabkan gangguan mental yang diinduksi alkohol seperti depresi atau psikosis bagi si pengonsumsi. Konsumsi alkohol dalam jangka waktu yang lama dapat mengubah respon inang terhadap infeksi sehingga meningkatkan resiko periodontitis, ini di sebabkan karena kebiasaan makan pecandu alcohol buruk sehingga menyebabkan kekurangan gizi yang mempengaruhi kekebalan tubuh, konsumsi alcohol juga dapat menyebabkan tubuh dehidrasi sehingga terjadi penumpukan plak yang menajadi alasan pecandu alcohol dapat mengalami periodontitis kronis (Katyal et al,2012)

Konsumsi alkohol secara berlebihan dapat memberikan efek yang buruk untuk kesehatan khususnya jaringan periodontal. WHO menyatakan bahwa sebesar 43% atau 2,3 milyar dari populasi penduduk di dunia mulai umur 15 tahun ke atas mengkonsumsi alcohol (Hervina et al,2020).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual



5.2 Keterangan Kerangka Konseptual

Diabetes mellitus tipe 2 adalah bentuk paling umum dari penyakit gangguan metabolik yang ditandai dengan adanya kenaikan gula darah akibat penurunan adanya gangguan fungsi insulin (resistensi insulin) yang menyebabkan kerusakan produksi insulin. Obesitas dan gaya hidup merupakan faktor risiko Diabetes Mellitus tipe 2. Kejadian Diabetes Mellitus tipe 2 di masyarakat dapat diturunkan dengan memperbaiki perilaku gaya hidup sehat dengan melakukan aktivitas fisik, pola diet sehat seperti makan buah dan sayur, tidak minum alkohol dan tidak merokok. Lifestyle merupakan gambaran yang bisa menggambarkan tentang perilaku seseorang. Salah satu cara menentukan seseorang terkena diabetes mellitus adalah dengan melakukan pemeriksaan kadar gula darah acak.

Data epidemiologi mengkonfirmasi bahwa Diabetes Mellitus merupakan risiko utama faktor periodontitis. Terdapat bukti yang mendukung hubungan dua arah antara Diabetes Mellitus dan periodontitis, Diabetes Mellitus meningkatkan risiko periodontitis, dan inflamasi periodontal memberi dampak negatif pada kontrol gula darah serta kehilangan gigi.

Periodontitis merupakan penyakit radang khas yang merusak jaringan periodontal, termasuk jaringan lunak dan tulang alveolar, dan dapat menyebabkan penderita kehilangan gigi. Untuk menegakan diagnosa seseorang mengalami periodontitis maka responden akan di periksa kedalaman poket, ada tidaknya BOP (bleeding on probing) dan LOA (loss of attachment).

Dari hasil gula darah acak dan status kesehatan periodontal maka di kelompokkan menjadi 4 kelompok yaitu kelompok normal, kelompok periodontitis, kelompok diabetes mellitus dan kelompok diabetes mellitus disertai periodontitis.

Karakteristik demografi berupa usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan, dapat berperan dalam tingginya prevalensi diabetes mellitus dan periodontitis di Surabaya.

5.3 Hipotesis Penelitian

Ada perbedaan antara lifestyle (pola makan, kebiasaan merokok, olahraga atau aktivitas fisik, konsumsi alkohol) sebagai faktor resiko tingginya prevalensi Periodontitis dan Diabetes Mellitus tipe 2 di Surabaya.

BAB 4

METODE PENELITIAN

6.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini termasuk penelitian observasional analitik dengan pendekatan Cross Sectional yaitu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran atau observasi data dalam satu kali pada satu waktu yang dilakukan pada variabel terikat dan variabel bebas.

6.2 Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di 5 wilayah Surabaya pusat, Surabaya selatan, Surabaya utara, Surabaya timur, Surabaya barat.

6.3 Waktu Penelitian

Penelitian akan dilakukan mulai bulan Juli – Desember 2020.

6.4 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat Surabaya usia lebih dari sama dengan 40 tahun ke atas di Surabaya

6.5 Sampel Penelitian

6.5.1 Teknik Sampling

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini diambil menggunakan teknik *quota sampling*. Kuota sampling adalah teknik sampling yang menentukan jumlah sampel dari populasi yang memiliki ciri tertentu sampai jumlah kuota (jatah) yang diinginkan. Puskesmas di wilayah Surabaya dibagi menjadi lima bagian yaitu Surabaya Pusat, Surabaya Utara, Surabaya Selatan, Surabaya Timur, Surabaya Barat Kemudian sampel diambil sesuai besar sampel yang telah di tentukan, yakni

96 yang dibagi untuk 5 wilayah, sehingga masing-masing wilayah dibutuhkan sebanyak 19. kemudian diambil acak dari setiap bagian surabaya sesuai dengan proporsi, dengan kriteria sampel sebagai berikut:

1. Usia lebih dari sama dengan 40 tahun ke atas
2. Kooperatif.

6.5.2 Besar Sampel

Karena populasi masyarakat yang menderita periodontitis dan diabetes mellitus tipe 2 di Surabaya tidak diketahui jumlahnya, maka rumus yang dapat digunakan untuk mengetahui jumlah sampel ialah rumus Lemeshow (Riduwan & Akdon, 2010).

Besar sampel : Rumus Lemeshow

$$n = \frac{Z\alpha^2 \times P \times Q}{L^2}$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel minimal yang diperlukan

$Z\alpha$ = Nilai standar dari distribusi sesuai nilai

$\alpha = 5\% = 1.96$

P = maksimal estimasi 50% = 0,5 (Riduwan & Akdon, 2010).

$Q = 1 - P$ L = Tingkat ketelitian atau sampling eror 10%

Berdasarkan rumus, maka :

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.1)^2} = 96.04$$

Maka diperoleh hasil jumlah sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 96 responden.

6.6 Variabel Penelitian

6.6.1 Variabel Terikat

Variabel terikat pada penelitian ini adalah Periodontitis dan Diabetes Mellitus tipe 2.

6.6.2 Variabel Bebas

Variabel bebas pada penelitian ini adalah *life style* (pola makan, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, olahraga).

6.7 Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara pengukuran	Skala data
1.	Usia	Usia adalah lama waktu seseorang hidup atau ada (sejak dilahirkan)	Kuesioner	Responden di berikan kuesioner yang berisi pertanyaan tentang usia responden. Kemudian jawaban responden dikelompokkan menjadi : 1=40-54 th 2=55-64 th 3=65-74 th	Rasio
2.	Jenis kelamin	Jenis kelamin adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-	Kuesioner	Responden di berikan kuesioner yang berisi pertanyaan	Nominal

		laki yang secara biologis sudah ada sejak seseorang dilahirkan.		jenis kelamin responden. Kemudian jawaban responden dikategorikan menjadi: 1= laki-laki 2=Perempuan	
3.	Tingkat pendidikan	Tingkat pendidikan adalah tahap pendidikan berkelanjutan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, tingkat kerumitan bahan pengajaran dan cara menyajikan bahan pengajaran.	Kuesioner	Responden di berikan form kuesioner yang berisi pertanyaan tentang Riwayat Pendidikan terakhir responden. Kemudian jawaban responden dikelompokkan menjadi : 1=dibawah SMA 2=SMA keatas	Interval
4.	Status periodontal	Status periodontal adalah status Kesehatan jaringan penyangga gigi.	Probe WHO	Pengukuran dilakukan menggunakan probe WHO, dengan menggunakan indeks CPITN, dimana seluruh gigi di bagi menjadi 6 sextan/segmen. Kemudian gigi yang di periksa adalah gigi indeks. Gigi indeks yang di gunakan adalah gigi insisif dan gigi molar dan di	Interval Dari skoring indeks CPITN (ordinal) selanjutnya dikategorikan berdasarkan yang mengalami periodontitis dan tidak periodontitis 1= tidak periodontitis 2=periodontitis Sehingga skala datanya menjadi interval

				<p>ambil skor tertinggi.</p> <p>Sistem skoring CPITN :</p> <p>0 : jaringan periodonsium sehat, tidak ada poket maupun BOP (bleeding on probing) dan LOA (loss of attachment)</p> <p>1 : Didapatkan perdarahan setelah probing</p> <p>2 : Tidak ada poket dengan kedalaman lebih dari 3 mm</p> <p>3 :Didapatkan poket dengan kedalaman 4 sampai 5 mm</p> <p>4 :Terdapat poket lebih dari 6 mm</p>	
5.	Diabetes Mellitus	Diabetes mellitus adalah penyakit gangguan metabolisme yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah.	Alat POCT dan glucose strip	<p>Pengukuran kadar gula darah acak dilakukan menggunakan alat POCT dan glucose strip kemudian di kelompokkan ke dalam kelompok normal dan diabetes mellitus. Kemudian hasil pemeriksaan kadar GDA responden</p>	Rasio

				dikelompokkan menjadi : 1= Normal 2= Diabetes Melitus	
6.	Pola makan	Pola makan adalah cara yang ditempuh seseorang atau kelompok orang untuk memilih makanan dan mengkonsumsinya sebagai reaksi terhadap pengaruh fisiologis, psikologis, budaya, dan social	Kuesioner	Terdiri dari 4 item pertanyaan pada form kuesioner yang terkait tentang pola makan. Kemudian di jumlahkan untuk mendapatkan skor total.	Interval
7.	Olahraga	Olahraga adalah suatu bentuk fisik yang terencana dan terstruktur yang melibatkan gerakan tubuh berulang-ulang dan ditujukan untuk meningkatkan kebugaran jasmani	Kuesioner	Terdiri dari 5 item pertanyaan kuesioner yang terkait dengan kebiasaan olahraga. Kemudian di jumlahkan untuk mendapatkan skor total.	Interval
8.	Kebiasaan merokok	Merokok didefinisikan sebagai kebiasaan menghisap rokok sehari-hari yang	Kuesioner	Terdiri dari 1 item pertanyaan kuesioner yang terkait dengan kebiasaan merokok.	Ordinal

		bisa memberikan efek negatif cukup besar terhadap kesehatan			
9.	Kebiasaan konsumsi alkohol	Kebiasaan konsumsi alcohol adalah kebiasaan meminum minuman beralkohol yang dapat memberikan banyak dampak negative terhadap tubuh.	Kuesioner	Terdiri dari 1 item pertanyaan kuesioner yang terkait dengan kebiasaan konsumsi alkohol.	Ordinal

6.8 Instrumen Penelitian

1. Lembar pemeriksaan kadar gula darah.
2. Lembar pemeriksaan status periodontal untuk menilai bleeding on probing, kedalaman poket dan loss of attachment.
3. Form kuesioner untuk mengetahui data dan lifestyle (pola makan, olahraga, kebiasaan merokok, konsumsi alcohol) responden.

6.9 Alat dan Bahan

1. Kaca mulut,
2. Probe periodontal khusus (WHO),
3. Alkohol 70%,
4. Air mineral,
5. Headlamp untuk pencahayaan saat memeriksa poket, LOA (loss of attachment) dan BOP (bleeding on probing)
6. Nierbeken,
7. *Deppand glass*,
8. Alat pemeriksaan kadar gula darah POCT dan glucose strip.
9. Masker N95
10. Hazmat
11. Sepatu bot
12. Face shield
13. Sarung tangan bedah karet steril sekali pakai
14. Penutup kepala
15. Apron

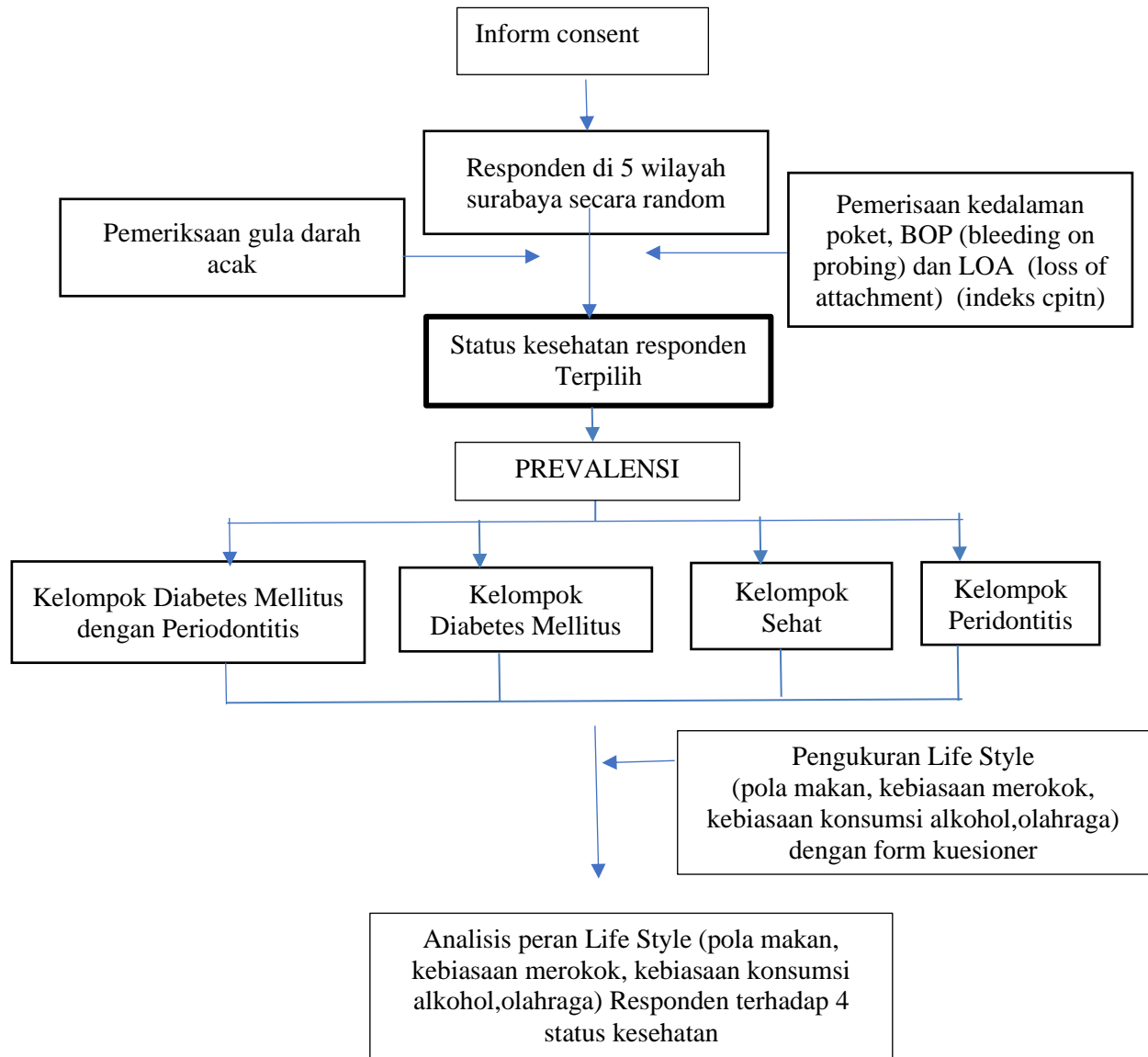
6.10 Cara Kerja

1. Sampel diambil dari populasi masyarakat Surabaya yang berusia lebih dari 40 yang terbagi ke dalam 5 wilayah Surabaya.
2. Pengisian informed consent oleh responden sebagai persetujuan menjadi subyek penelitian.
3. Menggunakan APD (alat pelindung diri) seperti masker N95, hazmat, sepatu bot, pelindung mata atau face shield, sarung tangan bedah karet steril sekali pakai, penutup kepala, dan apron.
4. Melakukan pemeriksaan kadar gula darah acak menggunakan alat POCT dan glucose strip.
5. Melakukan pemeriksaan intra oral dengan menggunakan probe periodontal WHO dan kaca mulut untuk menilai poket, LOA (loss of attachment) dan BOP (bleeding on probing) responden menggunakan indeks CPITN.
6. Menjelaskan tentang kuisioner yang akan diberikan pada responden lalu meminta responden mengisi kuisioner tersebut untuk melihat riwayat kesehatan dan kebiasaan responden. Kuisioner tersebut berisi pertanyaan yang terkait dengan diabetes mellitus dan periodontitis.
7. Hasil pemeriksaan poket, LOA (loss of attachment), BOP (bleeding on probing) dan gula darah lalu dikelompokkan menjadi 4 kelompok yakni kelompok normal, kelompok periodontitis, kelompok periodontitis dengan diabetes mellitus, dan kelompok diabetes mellitus.
8. Melakukan pengolahan data yang telah terkumpul untuk mengetahui perbedaan

6.11 Analisis Data

Setelah data diperoleh selanjutnya dikumpulkan, dikelompokkan, dan disajikan dalam bentuk tabel lalu dilakukan uji normalitas *Kolmogrov-Smirnov* dan apabila hasil data berdistribusi tidak normal dilanjutkan dengan uji perbedaan *Kruskal wallis* untuk mengetahui perbedaan antara lifestyle pola makan, kebiasaan merokok, olahraga dan konsumsi alkohol pada kejadian periodontitis dan diabetes mellitus di Surabaya.

6.12 Alur penelitian



BAB 5

HASIL DAN ANALISIS DATA

Penelitian ini dilakukan selama 6 bulan yaitu pada bulan Juli-Desember 2020 pada 90 responden yang telah memenuhi kriteria sampel. Penelitian dilakukan di puskesmas pada 5 wilayah di Surabaya.

5.1. Analisis Deskriptif

5.1.1. Distribusi subyek berdasarkan faktor sosio demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan) dengan kejadian Diabetes Mellitus , Periodontitis, Diabetes Mellitus yang disertai Periodontitis

Tabel 5.1 Faktor Sosiodemografi

Faktor sosio demografi		Kelompok									
	Kategori	Normal		Periodontitis		Diabetes Mellitus		Periodontitis dan Diabetes Mellitus		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Usia	40-54	15	32,6%	17	37%	11	24%	3	6,5%	46	100,0%
	55-64	3	10%	15	50%	3	10%	9	30%	30	100,0%
	65-74	1	7,2%	9	64,3%	0	0,00%	4	28,6%	14	100,0%
	Total	19	21,1%	41	45,6%	14	15,6%	16	17,8%	90	100,0%
Jenis kelamin	Perempuan	10	20%	25	50%	8	16%	7	14%	50	100,0%
	Laki-laki	9	22,5%	16	40%	6	15%	9	22,5%	40	100,0%
	Total	19	21%	41	45,6%	14	15,6%	16	17,8%	90	100,0%
Tingkat Pendidikan	<SMA	11	16,7%	28	42,4%	10	15,2%	9	13,6%	66	100,0%
	>SMA	8	23,5%	13	38,2%	2	5,9%	7	20,6%	34	100,0%
	Total	19	21%	41	45,6%	14	15,6%	16	17,8%	90	100,0%

Dari tabel karakteristik usia di atas dibagi menjadi 3 kelompok yang terdiri dari kelompok usia 40-54 tahun, 55-64 tahun, 65-74 tahun. Kemudian dari hasil penelitian didapatkan persebaran usia responden paling banyak terdapat pada kategori usia 40-54 tahun yaitu sebesar 51,1% dari total keseluruhan responden sedangkan persebaran usia responden paling sedikit di dapatkan pada kelompok usia 65-74 tahun dengan persentase 15,6% dari total keseluruhan jumlah responden

Pada tabel karakteristik jenis kelamin di ketahui bahwa responden yang paling banyak pada penelitian ini adalah responden yang berjenis kelamin perempuan yaitu sebesar 55,6% sedangkan responden yang berjenis kelamin laki-laki memiliki persentase sebesar 44,4%.

Pada tabel karakteristik tingkat Pendidikan di ketahui bahwa distribusi tingkat pendidikan responden paling banyak di temukan pada kelompok <SMA yaitu sebesar 73,3% dari total keseluruhan responden sedangkan untuk kelompok >SMA sebesar 37,8% dari total keseluruhan responden. Pada tingkat kelompok <SMA paling banyak responden di temukan pada kelompok periodontitis dengan persentase sebesar 42,4% sama pula halnya pada kelompok >SMA responden paling banyak di temukan pada kelompok periodontitis dengan persentase sebesar 38,2%.

5.1.2. Distribusi kejadian Diabetes Mellitus, Periodontitis, Diabetes Mellitus disertai Periodontitis pada sampel di Surabaya

Tabel 5.2 Distribusi Penyakit

Penyakit	n	%
Normal	19	21%
Periodontitis	41	45,6%
Diabetes mellitus	14	15,6%
Periodontitis- Diabetes Mellitus	16	17,8%
Total	90	100%

Dari tabel di atas di peroleh informasi jika prevalensi penyakit terbanyak yang di derita responden adalah periodontitis dengan persentase sebesar 45,6% , sementara untuk penyakit diabetes mellitus didapatkan sebesar 15,6%, kelompok normal sebesar 21% dan terakhir kelompok periodontitis dengan diabetes mellitus sebesar 17,8%.

5.2. Analisis Analitik

5.2.1. Uji Normalitas

Uji normalitas data dilakukan dengan menggunakan uji Kolmogrov-Smirnov untuk melihat persebaran data :

Tabel 5.3 Uji Normalitas

Kelompok	Sig.
Gula darah	0,00 ^c
Status periodontal	0,000 ^c
Olahraga	0,00 ^c
Kebiasaan merokok	0,00 ^c
Konsumsi alkohol	0,00 ^c
Pola makan	0,00 ^c

c = Lilliefors Significance Correction.

distribusi normal ($p > 0,05$), distribusi tidak normal ($p < 0,05$)

Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa data gula darah dan status periodontal, pola makan, olahraga, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol tersebut berdistribusi tidak normal ($p < 0,05$).

5.2.2. Distribusi beda lifestyle pada 4 kelompok Status Kesehatan

Tabel 5.4 Uji beda lifestyle pada 4 kelompok

Variabel /Status Kesehatan					
Lifestyle	Normal	Periodontitis	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus-Periodontitis	Signifikansi
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	<i>p</i>
Pola makan	8,105±1,329	8,341±0,965	8,071±1,141	8,188±1,109	0,777
Kebiasaan merokok	1,842±0,375	1,415±0,499	1,714±0,469	1,813±0,403	0,0561
Konsumsi alkohol	1,842±0,375	1,854±0,358	1,5 ± 0,519	1,813±0,403	0,040*
Olahraga	7,579±1,071	7,512±1,052	7,357±1,082	7,688±0,873	0,909

Keterangan :

(*) → bermakna signifikan = $p < 0,05$

Dengan menggunakan uji beda Kruskal wallis sehingga berdasarkan tabel di atas dapat diketahui jika pola makan memiliki *P-Value* sebesar 0,777 ($p > 0,05$) sehingga dapat disimpulkan jika tidak ada perbedaan signifikan pola makan pada keempat kelompok status kesehatan. Kemudian untuk variabel Kebiasaan Merokok didapatkan *P-Value* sebesar 0,561 sehingga dapat disimpulkan jika tidak ada perbedaan signifikan kebiasaan merokok pada keempat kelompok status kesehatan. Sedangkan pada variabel kebiasaan konsumsi alkohol didapatkan *P-Value* sebesar

0,040 sehingga dapat disimpulkan jika ada perbedaan signifikan konsumsi alkohol pada keempat kelompok status kesehatan. Selanjutnya untuk variabel olahraga didapatkan *P-Value* sebesar 0,909 sehingga dapat disimpulkan jika tidak ada perbedaan signifikan kebiasaan olahraga pada keempat kelompok status kesehatan .

5.2.3. Distribusi beda umur, jenis kelamin, tingkat Pendidikan dan GDA pada 4 kelompok Status Kesehatan

Tabel 5.5 Uji beda umur, jenis kelamin, tingkat Pendidikan, GDA pada 4 kelompok

Variabel	Variabel /Status Kesehatan				Signifikan <i>P</i>
	Normal	Periodontitis	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus-Periodontitis	
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	
Umur	1,895 ± 0,875	2,610±1,046	2,214±0,426	3,063±0,680	0,001*
Jenis Kelamin	1,632 ± 0,496	1,610±0,494	1,571±0,514	1,438±0,512	0,719
Tingkat Pendidikan	3,263 ± 0,806	3,049±0,893	3 ± 0,961	3,438±0,512	0,529
GDA	110,68 ± 21,62	113,44±27,18	216,29±71,46	210,94±110,49	0,000*

Dengan menggunakan uji beda Kruskal wallis sehingga berdasarkan tabel di atas dapat diketahui jika ada perbedaan yang signifikan umur dan GDA pada keempat kelompok status kesehatan di karenakan nilai *P-Value* sebesar 0,001 dan 0,000 ($p < 0.05$). sedangkan pada jenis kelamin dan tingkat Pendidikan memiliki nilai p sebesar ($p > 0.05$) sehingga dapat di simpulkan tidak terdapat perbedaan signifikan antara jenis kelamin dan tingkat Pendidikan terhadap kejadian 4 kelompok status kesehatan.

BAB 6

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil analisis yang telah di lakukan, kelompok usia 40 tahun ke atas banyak yang menderita periodontitis dan diabetes mellitus, menurut penulis ini di karenakan pada usia 40 tahun ke atas sistem imun tubuh responden telah mengalami penurunan sehingga tubuh tidak mampu memproduksi insulin yang cukup dan pada usia tersebut saliva berkurang sehingga meningkatkan resiko periodontitis . Menurut Fathimah restyana tahun 2015 salah satu faktor risiko terjadinya diabetes mellitus adalah usia diatas 45 tahun (Fathimah restyana,2015), penelitian lain menyebutkan melaporkan bahwa diabetes mellitus tipe 2 terjadi karena terjadinya resistensi tubuh dan biasanya dialami oleh orang dewasa berusia diatas 40 tahun. Literatur lain menyebutkan jika peningkatan risiko diabetes mellitus terjadi seiring dengan bertambahnya usia, khususnya untuk usia lebih dari 40 tahun, hal ini disebabkan karena pada usia tersebut mulai terjadi peningkatan intoleransi glukosa. Akibat proses penuaan ini mengakibatkan berkurangnya kemampuan sel β pancreas dalam memproduksi insulin (Sunjaya, 2009). Selain itu pada individu yang berusia lebih tua terdapat penurunan aktivitas mitokondria di sel-sel otot sebesar 35%. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar lemak di otot sebesar 30% dan memicu terjadinya resistensi insulin (Trisnawati et al,2012). Sedangkan Bokhari,et al di tahun 2015 melaporkan bahwa risiko terjadinya periodontitis pada kelompok usia di atas 40 tahun lebih besar dari pada usia di bawah 40 tahun (Bokhar et all, 2015). Penelitian yang di lakukan oleh santik tahun

2017 juga menunjukkan adanya hubungan umur responden dengan kejadian periodontitis (Santik,2017).

Berdasarkan hasil analisis yang telah di lakukan responden dengan jenis kelamin perempuan lebih banyak menderita diabetes mellitus dan periodontitis. Menurut penulis hal ini disebabkan karena perempuan cenderung suka makan dan sedikit olahraga sehingga perempuan lebih beresiko terkena mengalami peningkatan berat badan di banding laki-laki dan pada perempuan yang mengalami menopause meningkatkan resiko periodontitis. Hal ini sejalan dengan penelitian Fathimah restyana tahun 2015 yang melaporkan jika wanita mempunyai risiko lebih tinggi untuk mengalami diabetes karena secara fisik wanita memiliki peluang peningkatan indeks masa tubuh yang lebih besar dari pada laki-laki (Fathimah restyana,2015). Menurut Rudi tahun 2017 juga melaporkan jika faktor risiko terjadinya diabetes mellitus adalah jenis kelamin (Rudi,2017) . Menurut Hidayati tahun 2012 perempuan mengalami menopause pada usia diatas 45 tahun, ini juga menyebabkan terjadinya perubahan seperti hipofungsi kelenjar saliva akibatnya wanita cenderung mengalami mulut kering yang di akibatkan karena volume saliva berkurang sehingga meningkatkan resiko karies gigi, periodontitis, maupun osteoporosis (Hidayati et al,2012).

Berdasarkan hasil analisis yang telah di lakukan distribusi tingkat Pendidikan didapatkan bahwa kelompok dengan riwayat pendidikan <SMA lebih banyak menderita diabetes mellitus dan periodontitis dari total keseluruhan responden, Menurut penulis hal ini disebabkan karena seseorang dengan Pendidikan yang lebih tinggi memiliki pengetahuan dan sikap yang lebih baik mengenai kesehatan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang di lakukan sebelumnya

yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan tinggi tidak memberikan pengaruh langsung pada kontrol gula darah tetapi pendidikan tinggi membuat seseorang lebih sadar akan komplikasi dan memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi terhadap makanan yang di konsumsi, Serta didukung oleh peneliti yang di lakukan Ratnasari tahun 2017 yang menyatakan jika orang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi diindikasikan lebih cepat mencari pertolongan tim kesehatan dibandingkan dengan masyarakat yang berstatus sosial lebih rendah, biasanya seseorang dengan tingkat Pendidikan lebih tinggi akan lebih banyak memiliki pengetahuan tentang kesehatan dan dengan pengetahuan tersebut maka kelompok orang yang memiliki pengetahuan tinggi akan memiliki kesadaran dalam menjaga kesehatannya (Ratnasari,2017).

Berdasarkan hasil analisis statistik lifestyle konsumsi alkohol memiliki perbedaan yang signifikan pada keempat kelompok status kesehatan. Menurut penulis hal ini disebabkan karena seseorang yang mengkonsumsi alkohol dapat menyebabkan rongga mulut menjadi kering yang lama-kelamaan dapat menyebabkan terjadinya periodontitis sedangkan konsumsi alkohol juga menjadi salah satu faktor penyebab diabetes mellitus. Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang menyatakan alkohol dapat mengganggu metabolisme gula darah,, sehingga akan mempersulit regulasi gula darah dan meningkatkan tekanan darah. Tingginya prevalensi Diabetes Melitus tipe 2 disebabkan oleh faktor risiko yang tidak dapat berubah dan oleh faktor yang dapat di ubah, faktor yang tidak bisa di ubah adalah jenis kelamin, umur, dan faktor genetik kemudian faktor risiko yang dapat diubah misalnya kebiasaan merokok tingkat pendidikan, pekerjaan, aktivitas

fisik, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, Indeks Masa Tubuh, lingkaran pinggang (Fatimah,2015).

Berdasarkan hasil analisis statistik lifestyle pola makan, kebiasaan merokok dan olahraga tidak memiliki perbedaan yang signifikan pada keempat kelompok status kesehatan. Menurut penulis hal ini disebabkan karena responden pada kelompok diabetes mellitus dan periodontitis sudah terkontrol sehingga pola makan,kebiasaan merokok dan olahraga responden menjadi lebih baik serta ini bisa terjadi akibat pertanyaan pada kuesioner yang kurang. Hal ini sejalan teori yang menyebutkan bahwa faktor utama diabetes mellitus dan periodontitis adalah multifaktorial seperti etnik, riwayat melahirkan bayi dengan berat badan lahir bayi >4000 gram atau riwayat pernah menderita DM gestasional dan riwayat lahir dengan berat badan rendah (<2,5 kg), dislipidemi (fatimah,2015). Hasil yang berbeda di sebutkan oleh Rahayu (2019) yang menyatakan bahwa Pola Makan merupakan salah satu faktor yang dapat menimbulkan penyakit Diabetes Melitus. hasil penelitian Frankilwari (2013) juga membuktikan jika terdapat hubungan antara pola makan atau konsumsi makanan dengan kejadian Diabetes Melitus (Rahayu,2019; Frankilwari,2013).

Penelitian yang di lakukan oleh Kusuma tahun 2019 mengenai pengaruh merokok terhadap kesehatan gigi dan rongga mulut yang menyatakn bahwa kandungan berbahaya dalam rokok ada 3 yaitu tar, nikotin, dan karbonmonoksida, Kusuma 2019 juga menyatakan bahwa merokok dapat memberikan pengaruh langsung terhadap jaringan periodontal (Kusuma,2019). Merokok adalah salah satu faktor risiko terjadinya penyakit DM Tipe 2. Asap rokok dapat meningkatkan kadar gula darah. Pengaruh rokok (nikotin) merangsang kelenjar adrenal dan dapat

meningkatkan kadar glukosa (Trisnawati,2013). Akibat yang ditimbulkan dari merokok adalah terjadi perubahan panas, menyebabkan terjadinya perubahan vaskularisasi dan sekresi kelenjar liur, paparan asap rokok yang lama dapat menyebabkan kerusakan pada bagian mukosa mulut yang terpapar (sham,2003). Literatur lain menyebutkan seseorang dengan durasi merokok dalam jangka waktu yang lama ddilaporkan dapat mengalami kehilangan tulang dua kali lebih besar dari pada perokok pemula dan akumulasi dari nikotin dapat menekan respon imun yang berdampak buruk bagi kesehatan jaringan periodontal (Nelis et al,2015). Tar yang terkandung dalam rokok lama kelamaan akan mengendap pada gigi mengakibatkan permukaan gigi menjadi kasar, jika permukaan gigi kasar akan mudah dilekati plak dan bakteri. Invasi kronis bakteri plak di bawah margin gingival mengakibatkan terjadinya gingivitis yang dapat berlanjut menjadi periodontitis (Rohmawati et al,2019). Hasil penelitian yang berbeda yang dilakukan oleh Ambarwati (2014), menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara kebiasaan merokok dengan kejadian periodontitis. Penelitian ini menjelaskan bahwa hal ini disebabkan perubahan mukosa akibat merokok sangat bervariasi. Perubahan tersebut akibat iritan, toksin, dan karsinogen yang berasal dari rokok (Santik,2017).

Menurut Mundiratri olahraga bukan satu-satunya faktor yang berpengaruh terhadap rongga mulut seseorang melainkan di pengaruhi oleh faktor lain seperti cara menyikat gigi yang salah, namun olahraga dapat memberikan efek yang menguntungkan pada sensitivitas insulin baik pada subjek yang sehat dan juga pada orang dengan resistensi insulin. Pelatihan dalam jangka panjang dapat meningkatkan sensitivitas terhadap insulin melalui beberapa adaptasi pada

transportasi glukosa (*glucose transport*). Temuan lain menunjukkan bahwa olahraga dapat menginduksi peningkatan level sitokin antiinflamasi. Dengan menurunnya sitokin pro inflamasi, pada periodontal terjadi peningkatan aliran darah, penurunan level kerusakan tulang, perbaikan jaringan periodontal sehingga status periodontal pada pasien yang melakukan *exercise* secara teratur menjadi baik (Mundiratri et al, 2020).

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1. Simpulan

Dalam penelitian ini dapat di simpulkan bahwa :

1. Lifestyle konsumsi alkohol berperan dalam terjadinya diabetes mellitus tipe 2 dan periodontitis di Surabaya.
2. Terdapat perbedaan signifikan lifestyle konsumsi alkohol pada keempat kelompok status kesehatan.
3. Tidak terdapat perbedaan signifikan lifestyle pola makan,kebiasaan merokok, dan olahraga pada keempat kelompok status kesehatan.

7.2. Saran

Adanya keterbatasan peneliti dalam melakukan penelitian ini sehingga memerlukan penelitian lanjutan untuk meneruskan penelitian ini. Jumlah sampel penelitian perlu.diperluas, jenis desain penelitian dan variabel yang digunakan perlu di tambah dan berbeda untuk lebih mengetahui faktor lain yang berhubungan dengan kejadian periodontitis dan diabetes mellitus di Surabaya.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Rasheedi A. A. (2014). The Role of Educational Level in Glycemic Control among Patients with Type II Diabetes Mellitus. *International journal of health sciences*, 8(2), 177–187. <https://doi.org/10.12816/0006084>
- American Diabetes Association. 2010. *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*. 33(Suppl 1): S62–S69.
- Bokhari SAH, Suhail AM, Malik AR, Imran MF. 2015. Periodontal Disease Status and Associated Risk Factors in Patients Attending a Dental Teaching Hospital in Rawalpindi, Pakistan. *J Indian Soc Periodontol.*;19:678-82.
- Braun, T., & Zwerina, J. (2011). Positive regulators of osteoclastogenesis and bone resorption in rheumatoid arthritis. *Arthritis Research and Therapy*, 13(4). doi:10.1186/ar3380
- Carranza, F. A., Newman, M. G., H.Tahei, H., & Klokkevold, P. R. (2019). *Newman and Carranza's Clinical Periodontology*, 13th Edition. Saunders.
- Carlen, A. Rudiger, SG, Loggner, I, Olsson, J. 2003. Bacteria –binding plasma protein in pellicles formed on hydroxyapatite in Vitro and teeth In Vivo. *Oral Microbiol Immunol* 18: 203-207
- Casanova L, Hughes FJ, and Preshaw PM. 2014. Diabetes and periodontal disease: a two-way relationship. *BRITISH DENTAL JOURNAL VOLUME 217 NO. 8 OCT 24 2014*. DOI: 10.1038/sj.bdj.2014.907
- Cho Young-Dan, Pil-Jong Kimc, Hong-Gee Kimc, Yang-Jo Seola, Yong-Moo Leea, Hyun-Mo Ryoob, Young Ku. (2019). Transcriptome and methylome analysis of periodontitis and peri-implantitis with tobacco use. <https://doi.org/10.1016/j.gene.2019.144258>
- De Graaf, C., Donnelly, D., Wootten, D., Lau, J., Sexton, P. M., Miller, L. J., Wang, M.-W. 2016. Glucagon-Like Peptide-1 and Its Class B G Protein–Coupled Receptors: A Long March to Therapeutic Successes. *Pharmacological Reviews*, 68(4), 954-1013. (<http://doi.org/10.1124/pr.115.011395>)
- Dhingra K and Vandana KL. 2011. Indices for measuring periodontitis: a literature review. *International Dental Journal*
- Ermawati Tantin, Sari Desi Sandra, Kundari Melok Aris Wahyu. 2011. Status kesehatan periodontal dan tingkat kebutuhan perawatan pasien yang datang ke klinik periodonsia rsgm universitas jember tahun 2011. *Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember*.
- Exel EV, Gussekloo J, Craen AJ.M. de, Frölich M, Bootsma-Van Der Wiel A, Westendorp RG; Leiden 85 Plus Study. 2002. Low Production Capacity of Interleukin-10 Associates With the Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes The Leiden 85-Plus Study. *DIABETES, VOL. 51, APRIL 2002*.

- Fayasari, Julia dan Emy, 2018. Pola Makan dan indikator lemak tubuh pada remaja. *Jurnal Gizi Indonesia*. Vol 7 No 1. Pp 15-21.
- Frankilwari, Ayu D., Sudaryanto A., Setiyadi, Alis N., 2014. Hubungan antara pola makan, genetic dan kebiasaan kerja puskesmas nusukan- Banjarsari.
- Gandini Andi L.A, Agustina Hanna R. 2013. Latihan Fisik Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. Vol III No. 6 hal. 263 – 318. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran-Bandung.
- Gayatri Rara Warih. 2019. Hubungan faktor riwayat diabetes mellitus dan kadar gula darah puasa dengan kejadian diabetes mellitus tipe 2 pada pasien usia 25-64 tahun di puskesmas kendal kerep kota malang. Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Malang
- Genco RJ and Borgnakke WS. 2013. Risk factors for periodontal Disease. *Periodontology* 2000, Vol. 62, 2013, 59–94. <https://doi.org/10.1111/j.16000757.2012.00457.x>
- Graves, D. T., & Cochran, D. (2003). The Contribution of Interleukin-1 and Tumor Necrosis Factor to Periodontal Tissue Destruction. *Journal of Periodontology*, 74(3), 391–401. doi:10.1902/jop.2003.74.3.391
- Hajishengallis, G. (2015). Periodontitis: From microbial immune subversion to systemic inflammation. *Nature Reviews Immunology*, 15(1), 30–44. doi:10.1038/nri3785.
- Halim Michael, Halim Alice. (2019). The effects of inflammation, aging and oxidative stress on the pathogenesis of diabetes mellitus (type 2 diabetes). *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 13 (2019) 1165-1172. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2019.01.040>.
- Hervina, Syahriel Dwis, Haryani IGA Dewi. 2020. Gambaran status kebersihan gigi dan mulut serta kebutuhan perawatan periodontal pada remaja yang mengkonsumsi alcohol. Fakultas kedokteran gigi Universitas Mahasaraswati Denpasar-Bali.
- Himawan Indra W, Pulungan Aman B, Tridjaja Bambang, Batubara Jose R.L. 2016. Komplikasi jangka pendek dan jangka Panjang diabetes mellitus tipe 1. Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM, Jakarta
- Hidayati, Semiarty Rima, Septevani Winerli. 2012. Pengaruh oral hygiene pada wanita paskamenopause dengan kejadian gingivitis pada kelompok wanita tani (kwt) di kecamatan lubuk alung kabupaten padang pariaman. *Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Andalas-Andalas Dental Journal*

- Holt R, Cockram C, Flyvbjerg, A, & Goldstein B. 2017. Textbook of Diabetes (5th ed.). Chichester: John Wiley & Sons Ltd
- Istiqomah, Efendi Asri Ahram. 2014. Faktor Resiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ulkus Kaki Deabetik Pada Pasien Diabetes Mellitus Di Rsu Anutapura Palu. Vol.1 No.2. Universitas Tadulako
- Johns, Emma, C., Fiona, C., Denison, Jane E., Norman., Rebecca ,M. Reynolds. 2018. Gestational Diabetes Mellitus: Mechanisms, Treatment, and Complications. Trends in Endocrinology & Metabolism : Elsevier, Vol. 29, No. 11.
- Kassebaum, N. J., Bernabé, E., Dahiya, M., Bhandari, B., Murray, C. J. L., & Marcenes, W. (2014). Global Burden of Severe Periodontitis in 1990-2010. *Journal of Dental Research*, 93(11): 1045–1053.
- Katyal R Saroch, Bharat Bhushan. 2012. alcohol and periodontal health in adolescence. *Dental sciences*, 3(4) 257.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan Nasional RISKESDAS 2018. P. 207. Available at: <https://dinkes.kalbarprov.go.id/wp-content/uploads/2019/03/Laporan-Riskesdas-2018-Nasional.pdf>. Accessed August 30, 2019.
- Khairunnisa, Febriana Sabrian, Safri. 2015. Hubungan Gaya Hidup Dengan Prestasi Akademik Mahasiswa Keperawatan Universitas Riau. Vol 2 No 2. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau.
- Koivusalo and Associates. 2016. Gestational Diabetes Mellitus Can Be Prevented by Lifestyle Intervention: The Finnish Gestational Diabetes Prevention Study (RADIEL). care.diabetesjournals.org
- Kumar, S. (2019). Evidence-Based Update on Diagnosis and Management of Gingivitis and Periodontitis. *Dental Clinics of North America*, 63(1), 69–81. doi:10.1016/j.cden.2018.08.005
- Kusuma Andina Rizkia Putri. 2019. Pengaruh Merokok Terhadap Kesehatan Gigi Dan Rongga Mulut. *Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Islam Sultan Agung. Majalah ilmiah sultan agung* 49(124):12-19.
- Lin, D., Li, L., Sun, Y., Wang, W., Wang, X., Ye, Y., ... Xu, Y. (2015). Interleukin-17 regulates the expressions of RANKL and OPG in human periodontal ligament cells via TRAF6/TBK1-JNK/NF- κ B pathways . *Immunology*, 144(3), 472–485. doi:10.1111/imm.12395.
- Maulidiyanti, E.T.S. 2017. Perbedaan Hasil Pemeriksaan Kadar Glukosa Darah 2 Jam PP Dengan Menggunakan Glukometer Dan Analyzer Pada Penderita Diabetes Melitus. Surabaya : *The Journal of Muhamadiyah Medical Laboratory Technologist*. Vol: 2, No.1 (16-22).

- Mundiratri Karina, Herdianti Nur Cecilia, Irmawati Anis.2020. *Effect Of Exercise On Periodontal Tissues Of Diabetes Mellitus Type 2 Patient : A Review*. Biochem. Cell. Arch20 (1), 2907-291.
- Nelis Surya, Machmud Rizanda, Putri Indah Endranovi.2015. Hubungan Kebiasaan Merokok dengan Status Kesehatan Jaringan Periodontal. Stomatognatic (J. K. G Unej) Vol. 12 No. 2, 2015: 71-74.
- Papapanou, P. N., Sanz, M., Buduneli, N., Dietrich, T., Feres, M., Fine, D. H.,Tonetti, M. S. (2018). Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. Journal of Periodontology, 89(December 2017), S173–S182. doi:10.1002/JPER.17-0721
- Patidar D . 2011. Pharmacology- III. (2ndedtn). Meerut: Shree Sai Prakashan. 113–4. Restyana Noor Fatimah. 2015. Diabetes Melitus Tipe 2. Volume 4 Nomor 5. Lampung University.
- Preshaw PM,Alba AL,Herrera D. 2012. Periodontitis and diabetes mellitus:a two way relationship. Diabetologia 55,21-31.
- Revu, S., Wu, J., & Henkel, M. (2017). IL-23 and IL-1 β Drive Human Th17 Cell Differentiation and Metabolic Reprogramming in Absence of CD28 Costimulation. Physiology & Behavior, 176(1), 139–148. doi:10.1016/j.physbeh.2017.03.040.
- Quamilla Nadia.2016. Stres dan kejadian periodontitis (kajian literatur). Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Syiah Kuala. 1 (2): 161 – 168.
- Que Airin, Yasa I Wayan Putu Sutirta , Lestari A.A. Wiradewi.2013. Gambaran hasil pemeriksaan kadar hba1c pada penderita diabetes mellitus di laboratorium rumah sakit umum surya husadha tahun 2013. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana-Bali.
- Restyana Noor Fatimah.2015. DIABETES MELITUS TIPE 2 . Fakultas kedokteran-Universitas Lampung.
- Ratnasari, Isnaini Nur.2017. Faktor risiko mempengaruhi kejadian Diabetes mellitus tipe dua. Jurnal Keperawatan dan Kebidanan Aisyiyah ISSN 2477-8184 Vol 14, No. 1, Juni 2018, pp.59-68.
- Riduwan & Akdon. (2010). Rumus dan Data dalam Analisis Data Statistika. Bandung: Alfabeta.
- Rohmawati Nia, Santik Yunita Dyah Puspita.2019. Status periodontal pada pria

perokok dewasa. Universitas Negeri Semarang.
<http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia>

Rudi Abil, Kwureh Hendrikus Nara.2017. Faktor risiko yang mempengaruhi kadar gula darah puasa pada pengguna layanan laboratorium. Volume 3 Nomor 2 Januari Tahun 2017

Sari Lusiani Septika.2017. Analisis Biaya Akibat Sakit serta Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan Penyakit Jantung. Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

Santik yunita Dyah Puspita, Sugiarti Titik. 2017. Kejadian periodontitis di kabupaten malang. HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development).

Susilowati Arikha Ayu, Waskita Kuncara Nata.2019.Pengaruh pola makan terhadap resiko penyakit diabetes mellitus.STIKES Bhakti Husada Mulia. Jurnal Mandala Pharmacon Indonesia, Vol 5.No.1 Juni 2019

Utami Neva Arunika.2017.hubungan pola makan dan aktivitas fisik terhadap kejadian overweight dan obesitas pada remaja. Fakultas Kedokteran-Universitas Diponegoro.

Sham A., Cheung L., Jin L., dan Corbet E. 2003.The effects of tobacco use on oral health. Hong Kong Med J. 9 : 271-7

Sundari Neni, Dewi Fatwa Sari Tetra, Ikhsan Muhammad Robikhul.2016. Kebiasaan gaya hidup dan obesitas sebagai faktor risiko kejadian diabetes melitus tipe 2 di rumah sakit Kutai Kartanegara. Volume 32 Nomor 12 Hal 461-466. Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada-Yogyakarta.

Sunjaya, I Nyoman. 2009. Pola Konsumsi Makanan Tradisional Bali sebagai Faktor Risiko Diabetes Melitus Tipe 2 di Tabanan. Jurnal Skala Husada Vol. 6 No.1 hal: 75-81

Teeuw WJ, Kosho MXF, Poland DCW, Gerdes VEA, Loos BG. 2016. Periodontitis as a possible early sign of diabetes mellitus. BMJ Open Diabetes Research and Care 2017;5:e000326.doi:10.1136/bmjdr-2016-000326

Tjandrawinata RR. 2016. Patogenesis Diabetes Tipe 2: Resistensi Insulin dan Defisiensi Insulin. Dexa Medica.

Tonetti, M. (2018). A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. Journal of Clinical Periodontology, 45(March), S1–S8. doi:10.1111/jcpe.12935.

- Trisnawati, K. T., Soedijono, S. 2012. Faktor Risiko Kejadian Diabetes Melitus Tipe II Di Puskesmas Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 5(1) .
- Wang X, Bao W, Liu J, Ouyang YY, Wang D, Rong S, Xiao X, Shan ZL, Zhang Y, Yao P, Liu LG. 2013. Inflammatory Markers and Risk of Type 2 Diabetes A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*, Volume 36, January 2013. DOI: 10.2337/dc12-0702
- Warnakulasuriya S., Dietrich T., Bornstein M., Peidr  E., Preshaw P., Walter C., Wennstr m J., and Bergstr m J.2010. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *International Dental Journal* 2010. 60:7-30.
- Wulandari Pitu, Syahputra Armia, Rusli Ria Septina.2012. Status periodontal pasien yang menjalani hemodialisis di rsup haji adam malik medan. Departemen Periodonsia Fakultas Kedokteran Gigi-Universitas Sumatera Utara
- Yucel-Lindberg, T., & B ge, T. (2013). Inflammatory mediators in the pathogenesis of periodontitis. *Expert Reviews in Molecular Medicine*, 15, 1–22. doi:10.1017/erm.2013.8
- Zuhrinah Ridwan, Uleng Bahrn, Ruland DN Pakasi R.2016. Ketoasidosis Diabetik Di Diabetes Melitus Tipe 1. Vol. 22, No. 2, Hal. 200–203. *Majalah Patologi Klinik Indonesia dan Laboratorium Medik*

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Dinas Kesehatan



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
**BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Jalan Jaks Agung Suprpto Nomor 2 Surabaya 60272
Telepon (031) 5343000, (031) 5312144 Pesawat 112

Surabaya, 18 November 2020

Nomor : 070/15736/436.8.5/2020
Lampiran :-
Hal : Penelitian

Kepada
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya
di -
SURABAYA

REKOMENDASI PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Sebagaimana Telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Sebagaimana Telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
- Memperhatikan : Surat dari Wakil Dekan I Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga Surabaya No. 2963/UN3.1.2/PK/2020 Tanggal 22 Oktober 2020 Hal Permohonan Ijin melakukan Penelitian
- Pt. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada
- a. Nama : DHINDA NOVIA
b. Alamat : AIR DUKU RT 014/RW003 KELURAHAN AIR DUKU KECAMATAN SELUPLU REJANG
c. Pekerjaan/Jabatan : MAHASISWA
d. Instansi/Organisasi : UNIVERSITAS AIRLANGGA KOTA SURABAYA
e. Kewarganegaraan : INDONESIA
- Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :
- a. Judul/ Tema : LIFESTYLE SEBAGAI FAKTOR RISIKO TINGGINYA PREVALENSI PERIODONTITIS DAN DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI SURABAYA
b. Tujuan : Penelitian
c. Bidang Penelitian : ILMU KESEHATAN GIGI MASYARAKAT
d. Penanggung Jawab : PROF. DR. TITIEK BERNYANTI, DRG., M.KES
e. Anggota Peserta : ANNAFSA ZAKY RAHMI;
f. Waktu : 1 (Satu) Bulan, TMT Surat Dikeluarkan, Puskesmas Simolawang Jl. Simolawang II Barat No. 45 A, Kec. Simokerto
Puskesmas Tambak Rejo Jl. Ngaglik 87, Kec. Simokerto Puskesmas Kotabang Jl. Jaks Agung Suprpto No 10, Kec. Genteng Puskesmas Rangkah Jl. Rangkah VII/94, Kec. Tambak Sari Puskesmas Gading Jl. Kapesari Lor II/1, Kec. Tambak Sari
Puskesmas Mojo Jl. Mojo Klanggri Wetan II/11, Kec. Gubeng Puskesmas Kaljudan Jl. Kaljudan 123, Kec. Mulyorejo Puskesmas Mulyorejo Jl. Mulyorejo Utara 201 Bk, Kec. Mulyorejo Puskesmas Klampis Ngadem Jl. Arief Rachman Hakim 99 B, Kec. Sukolilo Puskesmas Kenjeran Jl. Tambak Deras No 2, Kec. Bulak
- g. Lokasi : 1. Penelitian yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib menaati persyaratan/peraturan yang berlaku di Lokasi/Tempat dilakukan Penelitian serta tidak membebani kepada CPD, Camat, Lurah dalam pengambilan data primer dan sekunder;
2. Penelitian yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu ketuhanan NKRI;
3. Dalam proses Penelitian harap tidak membebani atau memberatkan warga;
4. Setelah melakukan Penelitian wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya;
5. Rekomendasi ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.
- Dengan persyaratan

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih



Scan QR code untuk informasi lebih lanjut mengenai pelayanan kami.

Tembusan
Yth. 1. Wakil Dekan I Fakultas Kedokteran
Gigi Universitas Airlangga
Surabaya
2. Saudara yang bersangkutan



Pt. KEPALA BADAN
Ivan Widianto, AMP, S.Pes., M.H.
Pembinu Utama Muda
NIP. 19690715 199003 1 011

Lampiran 2. Informed consent

PERNYATAAN KESEDIAAN UNTUK IKUT PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama :

Alamat :

Telepon :

Usia :

Pekerjaan :

Setelah mendapat penjelasan tentang maksud dan tujuan serta memahami penelitian yang dilakukan dengan judul :

LIFESTYLE SEBAGAI FAKTOR RESIKO TINGGINYA
PREVALENSI PERIODONTITIS DAN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI
SURABAYA

Yang dibuat oleh :

Nama : Dhinda Novia

Fakultas : Kedokteran Gigi Universitas Airlangga, Surabaya

NIM : 021711133012

Dengan ini saya menyatakan kesediaan untuk berperan serta menjadi subjek penelitian dan bersedia melakukan pemeriksaan sesuai dengan data yang diperlukan. Demikian pernyataan ini dibuat dengan penuh kesadaran tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Yang membuat pernyataan,

Lampiran 3. Ethical Clearance Certificate



**UNIVERSITAS AIRLANGGA FACULTY OF DENTAL MEDICINE
HEALTH RESEARCH ETHICAL CLEARANCE COMMISSION**

ETHICAL CLEARANCE CERTIFICATE
Number : 341/HRECC.FODM/VII/2020

Universitas Airlangga Faculty Of Dental Medicine Health Research Ethical Clearance Commission has studied the proposed research design carefully, Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011, and therefore, shall herewith certify that the research entitled :

*"Lifestyle as a Risk Factor for The High Prevalence of
Periodontitis and Type 2 Diabetes Mellitus in Surabaya"*

Principal Researcher : DHINDA NOVIA
Unit/Institution/Place of Research : -Surabaya

CERTIFIED TO BE ETHICALLY CLEARED


Surabaya, July 30, 2020
Chairman,
Prof. Dr. M. Rubianto, drg. MS. Sp.Perlo(K)
Official No.195009081978021001

Lampiran 4 Tabel Hasil Uji SPSS

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pola makan	90	8.22	1.089	6	10
Score Merokok	90	2.82	.439	1	3
Score Alkohol	90	2.79	.410	2	3
Pola Olahraga	90	7.53	1.019	5	9
Kelompok penyakit	90	2.30	.999	1	4

Kruskal-Wallis Test**Ranks**

		Kelompok penyakit	N	Mean Rank
Pola makan	Normal		19	42.66
	Periodontitis		41	48.35
	Diabetes Mellitus		14	41.71
	Diabetes Mellitus disertai Periodontitis		16	44.88
	Total		90	
Score Merokok	Normal		19	50.18
	Periodontitis		41	44.65
	Diabetes Mellitus		14	43.07
	Diabetes Mellitus disertai Periodontitis		16	44.25
	Total		90	
Score Alkohol	Normal		19	47.89
	Periodontitis		41	48.41
	Diabetes Mellitus		14	32.50
	Diabetes Mellitus disertai Periodontitis		16	46.56
	Total		90	

Olahraga	Pola	Normal	19	47.21
		Periodontitis	41	44.95
		Diabetes Mellitus	14	42.00
		Diabetes Mellitus disertai Periodontitis	16	47.94
		Total	90	

Test Statistics^{a,b}

	Pola makan	Score Merokok	Score Alkohol	Pola Olahraga
Kruskal-Wallis H	1.101	2.054	8.331	.543
df	3	3	3	3
Asymp. Sig.	.777	.561	.040	.909

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Kelompok penyakit

Crosstab

		gda_2		Total	
		normal	dm		
olahraga2	memiliki intensitas olahraga baik	Count	21	25	46
		% within olahraga2	45.7%	54.3%	100.0%
	intensitas olahraga kurang	Count	27	17	44
		% within olahraga2	61.4%	38.6%	100.0%
Total		Count	48	42	90
		% within olahraga2	53.3%	46.7%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.157	.104	-1.495	.138 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.157	.104	-1.495	.138 ^c
N of Valid Cases		90			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Crosstab

		status_periodontitis	Total

		normal	periodontitis		
olahraga2	memiliki intensitas olahraga baik	Count 13	33	46	
	% within olahraga2	28.3%	71.7%	100.0%	
	intensitas olahraga kurang	Count 18	26	44	
	% within olahraga2	40.9%	59.1%	100.0%	
Total		Count 31	59	90	
		% within olahraga2	34.4%	65.6%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.133	.104	-1.259	.211 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.133	.104	-1.259	.211 ^c
N of Valid Cases		90			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Crosstab

		gda_2		Total	
		normal	dm		
pola_makan2	pola makan baik	Count 30	26	56	
	% within pola_makan2	53.6%	46.4%	100.0%	
	pola makan kurang baik	Count 18	16	34	
	% within pola_makan2	52.9%	47.1%	100.0%	
Total		Count 48	42	90	
		% within pola_makan2	53.3%	46.7%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.006	.105	.057	.954 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.006	.105	.057	.954 ^c
N of Valid Cases		90			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Crosstab

		status_periodontitis	Total

		normal	periodontitis	
pola_makan2	Count	22	34	56
.00	% within pola_makan2	39.3%	60.7%	100.0%
	Count	9	25	34
.00	% within pola_makan2	26.5%	73.5%	100.0%
Total	Count	31	59	90
	% within pola_makan2	34.4%	65.6%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.131	.102	1.237	.219 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.131	.102	1.237	.219 ^c
N of Valid Cases		90			

- a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c. Based on normal approximation.

Crosstab

		gda_2		Total	
		normal	dm		
merokok2	merokok	Count	6	8	14
		% within merokok2	42.9%	57.1%	100.0%
	tidak merokok	Count	42	34	76
		% within merokok2	55.3%	44.7%	100.0%
Total		Count	48	42	90
		% within merokok2	53.3%	46.7%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.090	.105	-.849	.398 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.090	.105	-.849	.398 ^c
N of Valid Cases		90			

- a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c. Based on normal approximation.

Crosstab

			status_periodontitis		Total
			normal	periodontitis	
merokok2	merokok	Count	1	13	14
		% within merokok2	7.1%	92.9%	100.0%
	tidak merokok	Count	30	46	76
		% within merokok2	39.5%	60.5%	100.0%
Total		Count	31	59	90
		% within merokok2	34.4%	65.6%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.247	.070	-2.387	.019 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.247	.070	-2.387	.019 ^c
N of Valid Cases		90			

- a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c. Based on normal approximation.

Crosstab

			gda_2		Total
			normal	dm	
alkohol2	konsumsialkohol	Count	8	11	19
		% within alkohol2	42.1%	57.9%	100.0%
	tidakkonsumsialkohol	Count	40	31	71
		% within alkohol2	56.3%	43.7%	100.0%
Total		Count	48	42	90
		% within alkohol2	53.3%	46.7%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.116	.105	-1.100	.274 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.116	.105	-1.100	.274 ^c
N of Valid Cases		90			

- a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c. Based on normal approximation.

Crosstab

			status_periodontitis		Total
			normal	periodontitis	
alkohol2	konsumsialkohol	Count	6	13	19
		% within alkohol2	31.6%	68.4%	100.0%
	tidakkonsumsialkohol	Count	25	46	71
		% within alkohol2	35.2%	64.8%	100.0%
Total		Count	31	59	90
		% within	3	65.6	1
		alkohol2	4.4%	%	00.0%

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.031	.104	-.293	.770 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.031	.104	-.293	.770 ^c
N of Valid Cases		90			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Uji normalitas

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		gda_2	olahraga2	status_periodontitis	alkohol2	merokok2	pola_makan2
N		90	90	90	90	90	90
Normal Parameters ^{a,b}							
	Mean	1.4667	1.4889	1.6556	1.7889	1.8444	1.3778
	Std. Deviation	.50168	.50268	.47785	.41038	.36446	.48755
Most Extreme Differences							
	Absolute	.357	.346	.420	.485	.510	.403
	Positive	.357	.346	.259	.303	.335	.403
	Negative	-.323	-.334	-.420	-.485	-.510	-.277
	Test Statistic	.357	.346	.420	.485	.510	.403
	Asymp. Sig. (2-tailed)	.000 ^c	.000 ^c	.000 ^c	.000 ^c	.000 ^c	.000 ^c

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

Uji homogenitas

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
pola_makan2	Between Groups	.975	1	.975	4.250	.042

	Within Groups	20.181	88	.229		
	Total	21.156	89			
olahraga2	Between Groups	.034	1	.034	.132	.717
	Within Groups	22.455	88	.255		
	Total	22.489	89			
alkohol2	Between Groups	14.989	1	14.989	.	.
	Within Groups	.000	88	.000		
	Total	14.989	89			
merokok2	Between Groups	.073	1	.073	.545	.462
	Within Groups	11.749	88	.134		
	Total	11.822	89			
status_periodontitis	Between Groups	.020	1	.020	.086	.770
	Within Groups	20.302	88	.231		
	Total	20.322	89			
gda_2	Between Groups	.304	1	.304	1.209	.274
	Within Groups	22.096	88	.251		
	Total	22.400	89			

Lampiran 5 Tabel form kuesioner

1. Berapakah usia anda saat ini?

1. 40-44 tahun
2. 45-54 tahun
3. 55-64 tahun
4. 65-74 tahun

2. Jenis kelamin

1. Laki-laki
2. Perempuan

3. Riwayat pendidikan terakhir anda?

1. SD/tidak sekolah
2. SMP
3. SMA
4. perguruan tinggi/sarjana

4. Olahraga apa yang paling sering anda lakukan?

1. jalan kaki, biliard, bowling, golf

2. lari, badminton, senam, berenang, bersepeda
 3. basket, voli, sepak bola
5. Berapa kali anda berolahraga dalam seminggu?
1. Lebih dari 3 kali dalam seminggu
 2. Kurang dari 3 kali dalam seminggu
 3. Tidak tentu
6. Dalam aktivitas sehari-hari, manakah hal dibawah ini yang paling sering anda lakukan?
1. Bekerja sambil duduk
 2. Bekerja sambil berdiri
 3. Bekerja dengan lebih banyak berjalan kaki
7. Apakah Anda mengetahui jika olahraga sebaiknya dilakukan minimal 30 menit?
1. ya
 2. tidak
8. Berapa lama durasi anda berolahraga?
1. > 45 menit
 2. < 45 menit
 3. 15 – 30 menit
9. Berapa kali anda mengonsumsi minuman/minuman manis seperti teh manis, sirup, kue atau minuman/makanan yang mengandung gula dalam sehari?
1. Lebih dari 3 kali sehari
 2. Kurang dari 3 kali sehari
 3. Tidak mengonsumsi
10. Sesering apakah anda mengonsumsi buah dan sayur?
1. setiap hari
 2. Tidak setiap hari
11. Berapa kali frekuensi makan utama anda dalam sehari?
1. Teratur, lebih dari 3 kali sehari
 2. Teratur, 3 kali sehari

3. Teratur, kurang dari 3 kali sehari
 4. Tidak teratur setiap harinya
12. Dalam seminggu, berapa kali anda mengonsumsi makanan cepat saji?
1. Lebih dari 3 kali
 2. Kurang dari 3 kali
 3. Tidak mengonsumsi
13. Apakah anda memiliki kebiasaan merokok:
1. Tidak merokok
 2. Merokok, Kurang dari 5 batang per hari
 3. Merokok, Lebih dari 5 batang per hari
14. Apakah anda mengonsumsi alkohol?
1. Iya, Lebih dari 3 kali dalam sebulan
 2. Iya, Kurang dari 3 kali dalam sebulan
 3. Tidak mengonsumsi alkohol

**PENENTUAN JENIS KELAMIN MELALUI ANALISIS
MORFOMETRIK MANDIBULA PADA FOTO
RADIOGRAFI PANORAMIK**

SKRIPSI



Oleh:

TITIAN FAUZI NURRAHMAN

NIM: 021711133115

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2021**

**PENENTUAN JENIS KELAMIN MELALUI ANALISIS
MORFOMETRIK MANDIBULA PADA FOTO
RADIOGRAFI PANORAMIK**

SKRIPSI



Oleh:

TITIAN FAUZI NURRAHMAN

NIM: 021711133115

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2021**

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

LEMBAR PENGESAHAN

**PENENTUAN JENIS KELAMIN MELALUI ANALISIS
MORFOMETRIK MANDIBULA PADA FOTO RADIOGRAFI
PANORAMIK**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan
Dokter Gigi Di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga Surabaya

Oleh:

TITIAN FAUZI NURRAHMAN

NIM. 021711133115

Menyetujui

Pembimbing Utama,



Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes
NIP: 197112112008121003

Pembimbing Serta,



Arofi Kurniawan, drg., Ph.D.
NIP: 198708042012121001

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2021

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal 20 Januari 2021

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Dr. Agung Sosiawan, drg., M. Kes**
- 2. Arofi Kurniawan, drg., Ph.D**
- 3. Prof. Dr. Mieke Sylvia Margaretha Amiatun Ruth drg., MS.,
Sp.OF(K)**
- 4. An'nisaa Chusida, drg., M. Kes., PA**
- 5. Gilang Rasuna Sabdho Wening, drg., M. Kes**

SURAT PERNYATAAN TENTANG ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Titian Fauzi Nurrahman

NIM : 021711133115

Program Studi : Pendidikan Dokter Gigi

Fakultas : Kedokteran Gigi

Jenjang : Sarjana (S1)

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

**PENENTUAN JENIS KELAMIN MELALUI ANALISIS MORFOMETRIK MANDIBULA
PADA FOTO RADIOGRAFI PANORAMIK**

Apabila pada suatu saat nanti terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Surabaya, Januari 2021



TITIAN FAUZI NURRAHMAN
NIM. 021711133115

UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillahrabbi'l'alamiin, segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi yang berjudul **“PENENTUAN JENIS KELAMIN MELALUI ANALISIS MORFOMETRIK MANDIBULA PADA FOTO RADIOGRAFI PANORAMIK”** dengan baik. Dalam kesempatan ini, izinkan saya selaku penulis menyampaikan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. R. Darmawan Setijanto, drg., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga yang telah memberi kesempatan untuk menempuh pendidikan Strata 1 di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga.
2. Prof. Dr. Mieke Sylvia Margaretha Amiatun Ruth drg., MS., Sp.OF(K) selaku Ketua Departemen Odontologi Forensik yang telah memberi izin untuk pembuatan skripsi.
3. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes selaku pembimbing utama yang telah rela meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta berbagi ilmu dari pembuatan proposal hingga skripsi.
4. Arofi Kurniawan, drg., Ph.D selaku pembimbing serta yang selalu memberi tambahan ilmu dan evaluasi dari pembuatan proposal hingga skripsi.
5. Ayah dan Ibu Saya, Mohammad Taufiq Sirat dan Sumini, yang telah memberi dukungan yang amat banyak selama saya mengerjakan proposal hingga skripsi.
6. Saudara-saudara dan anggota keluarga saya yang juga telah memberi dukungan yang amat banyak kepada saya selama mengerjakan proposal hingga skripsi.

7. Civitas academica Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga yang telah memberi saya kesempatan untuk menuntut ilmu dari saat masa perkenalan hingga saat ini.
8. Prof. Dr. Mieke Sylvia Margaretha Amiatun Ruth drg., MS., Sp.OF(K) selaku ketua penguji skripsi dan sekaligus pembimbing khusus bagi saya, yang telah membimbing, menuntun, dan memberikan ilmu selama pembuatan proposal hingga skripsi.
9. An'nisaa Chusida, drg., M.Kes., PA selaku anggota penguji skripsi yang telah memberi saran serta arahan yang membangun dan sangat berarti untuk kesempurnaan skripsi ini.
10. Gilang Rasuna Sabdho Wening, drg., M.Kes selaku anggota penguji skripsi yang telah memberi saran serta arahan yang membangun dan sangat berarti untuk kesempurnaan skripsi ini.
11. Seluruh dosen dan staf Departemen Odontologi Forensik Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun akan selalu penulis harapkan. Semoga skripsi ini memberikan manfaat dan kontribusi dalam perkembangan ilmu pengetahuan, masyarakat, bangsa dan negara.

Surabaya, Januari 2021

Penulis

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul “Penentuan Jenis Kelamin Melalui Analisis Morfometrik Mandibula Pada Foto Radiografi Panoramik” tepat waktu. Berkat penyertaan-Nya, penulis dapat menyelesaikan proposal ini dengan baik. Penulis juga ingin mengucapkan banyak terima kasih kepada Dr. Agung Sosiawan, drg., M. Kes. dan dokter Arofi Kurniawan, drg., Ph.D. selaku dosen-dosen pembimbing penulis, serta jajaran dosen dan staf dari departemen Odontologi Forensik Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan, bimbingan, dan saran yang membangun dalam proses penulisan skripsi ini menjadi lebih baik.

Skripsi dengan judul “Penentuan Jenis Kelamin Melalui Analisis Morfometrik Mandibula Pada Foto Radiografi Panoramik” menjelaskan mengenai fungsi dan peran mandibula apabila digunakan sebagai alat untuk menentukan jenis kelamin dengan foto radiografi panoramik. Skripsi ini juga menjabarkan mengenai bagian-bagian dari tulang mandibula yang dapat digunakan untuk menentukan jenis kelamin secara efektif pada proses identifikasi dengan foto radiografi panoramik.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun akan selalu penulis harapkan. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat dan kontribusi dalam perkembangan ilmu pengetahuan, masyarakat, bangsa dan negara, khususnya di Indonesia.

Surabaya, Januari 2021

Penulis

LEMBAR PENGESAHAN

**TINGKAT PENGETAHUAN DAN PERSEPSI ORANG
TUA TERHADAP PEMANFAATAN SIWAK SEBAGAI
SARANA PEMBERSIHAN GIGI PADA ANAK DI
SEKOLAH DASAR ISLAM AL-FATIH
KAB.BANDUNG**

SKRIPSI

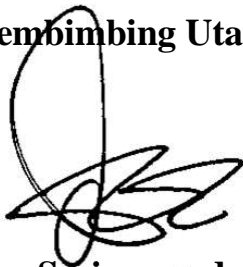
**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi Di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas
Airlangga Surabaya**

Oleh:

ZHARA ROBYANA
NIM. 021811133161

Menyetujui

Pembimbing Utama



Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes.
NIP: 197112112008121003

Pembimbing Serta



Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes.
NIP: 198406222008121004

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2022**

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini diuji pada tanggal 13 Januari 2022

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Dini Setyowati., MPH., Ph.D (Ketua Penguji)**
- 2. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes. (Pembimbing
Utama/Anggota Penguji)**
- 3. Dr.Taufan Bramantoro, drg., M.Kes. (Pembimbing Serta/
Anggota Penguji)**
- 4. Ninuk Hariyani, drg., M.Kes., MPH., Ph.D (Anggota Penguji)**
- 5. Dr. Retno Palupi, drg., M.Kes. (Anggota Penguji)**

**PERSEPSI ORANG TUA TERHADAP KEBUTUHAN
PERAWATAN GIGI DAN MULUT PADA ANAK
AUTIS DI SIDOARJO: PENELITIAN KUALITATIF**

SKRIPSI



Oleh:

ANINDITA AISYAH PUTRI

NIM: 021811133118

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2021**

**PERSEPSI ORANG TUA TERHADAP KEBUTUHAN
PERAWATAN GIGI DAN MULUT PADA ANAK
AUTIS DI SIDOARJO: PENELITIAN KUALITATIF**

SKRIPSI



Oleh:

ANINDITA AISYAH PUTRI

NIM: 021811133118

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

**PERSEPSI ORANG TUA TERHADAP KEBUTUHAN
PERAWATAN GIGI DAN MULUT PADA ANAK AUTIS DI
SIDOARJO: PENELITIAN KUALITATIF**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi Di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas
Airlangga Surabaya**

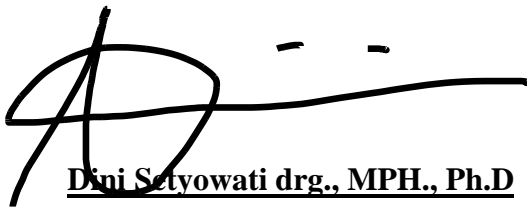
Oleh:

ANINDITA AISYAH PUTRI

NIM: 021811133118

Menyetujui

Pembimbing Utama:



Dini Setyowati drg., MPH., Ph.D

NIP: 198412082008012004

Pembimbing Serta:



Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes.,
M.H

NIP: 197112112008121003

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI

UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2021

PENETAPAN PANITIA SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Dini Setyowati, drg., MPH., Ph.D**
- 2. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes., M.H**
- 3. Prof. Dr. Titiek Berniyanti, drg., M.Kes**
- 4. Prof. Dr. R. Darmawan Setijanto, drg., M.Kes**
- 5. Dr. Gilang Rasuma Sabdho Wening, drg., M.Kes**

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur atas rahmat dan karunia dari Allah SWT, sehingga saya dapat menyelesaikan penulisan skripsi saya yang berjudul “Persepsi Orang Tua Terhadap Kebutuhan Perawatan Gigi dan Mulut Pada Anak Autis di Sidoarjo: Penelitian Kualitatif” dengan baik. Pada kesempatan ini, saya ingin menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. Agung Sosiawan, drg., M. Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan untuk menempuh pendidikan di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga. Sekaligus selaku pembimbing serta saya dalam menyusun skripsi yang telah meluangkan waktu untuk memberikan arahan dan bimbingan kepada saya.
2. Dini Setyowati, drg., MPH., Ph.D selaku pembimbing utama skripsi saya yang selama penyusunan skripsi telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, arahan, dan masukan yang sangat mendukung dalam berhasilnya penulisan skripsi ini.
3. Tim penguji skripsi saya yang telah membimbing, menuntun, dan memberikan masukan dan arahan selama berjalannya skripsi ini.
4. Seluruh dosen dan staf Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga yang telah membantu dalam penulisan skripsi ini.
5. Kedua orang tua saya, yaitu (Alm) Widjarko dan Purwaningsih, serta kakak dan adik saya yaitu Judo Aditya Prabowo dan Nathania Adinda Putri yang selalu memberikan dukungan, semangat, dan doa yang tiada henti selama penyusunan skripsi ini.
6. Saudara saya tercinta yaitu Ain Damayanti dan Balqish Salsabilah yang tiada henti memberikan saya dukungan dan selalu mendengarkan keluh kesah saya dalam penyusunan skripsi ini.
7. Rex Orange County yang selalu menemani dan menghibur saya lewat semua lagu yang dinyanyikan sehingga membuat saya lebih semangat dalam penyusunan skripsi ini.
8. Sahabat kampus saya tercinta Rasendriya Chandramurti, Catya Kinanti,

Marselina Sesaria, Rivaldi Amarsha, Koko Muzari, dan Dimas Ridzky yang selalu menemani, menghibur, mendengarkan keluh kesah, dan selalu memberikan dukungan serta doa dalam penyusunan skripsi ini.

9. Sahabat baik saya tercinta Ervina Cintya, Riza Sarwono, Vemita Alifia, Adinda Nurul, Ryan Arinanda, Trossa Kadhavi, Rifqi Abiyyu yang tetap memberikan saya dukungan walaupun sulit untuk bertemu dan selalu menemani saya kemanapun saya butuhkan.
10. Teman-teman Odontoblast 2018 yang selalu ada dan menemani dalam segala urusan akademik.
11. Teman-teman skripsi departemen IKGM yang selalu berbagi cerita dan keluh kesah bersama.
12. SLB dan Yayasan Anak Autis di Sidoarjo yang telah membantu saya dalam mendapatkan responden untuk melakukan penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT melimpahkan rahmat dan membalas segala kebaikan yang telah dilakukan oleh seluruh pihak yang berperan dalam penulisan skripsi saya sehingga dapat terselesaikan dengan baik. Mohon maaf jika beberapa pihak tidak sengaja tidak tertulis diatas. Akhir kata, penulis mengucapkan terima kasih banyak dan semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat serta berguna untuk seluruh pembaca.

ABSTRACT

EXPLORING PARENTAL PERCEPTION ABOUT DENTAL TREATMENT NEEDS FOR CHILDREN WITH AUTISM: A QUALITATIVE STUDY

Background: Autism is a developmental disorder in brain function for socializing, communicating with the surrounding environment and abnormalities in verbal and non-verbal development. Dental and oral hygiene is one of the most important things, especially children with special needs who have mental, physical, and emotional limitations that are different from children in general. Poor oral and dental health conditions in autism children increase the risk of autism children to experience dental caries problems, so dental care is needed for autism children. However, the needs of children with autism for dental care are often not fulfilled.

Objective: To determine the parents perception of the need for dental and oral care for autism children in Sidoarjo. **Methods:** The research that will be conducted is qualitative research that will use a narrative approach with in-depth interviews. The sample used is parents who have autism children aged 6-12 years. This research was conducted in Sidoarjo in July-December 2021. **Results:** There are perceptions of parents regarding the need for oral care in autism children, namely perceptions of susceptibility, perception of severity, perception of barriers, perceptions of benefits, perceptions of self efficacy and perceptions of cues to action

Conclusion: Based on the Health Belief Model theory used as a theoretical framework, it can be concluded that perceptions of vulnerability, perceived severity, perceived barriers, perceived benefits, perceived self efficacy and perceived cues to act influence parents to take their children to the dentist in meeting their needs dental and oral care.

Keywords: Autism, Health Belief Model, Dental and Oral Hygiene, Perception

ABSTRAK

PERSEPSI ORANG TUA TERHADAP KEBUTUHAN PERAWATAN GIGI DAN MULUT PADA ANAK AUTIS DI SIDOARJO: PENELITIAN KUALITATIF

Latar Belakang: Autisme adalah keadaan gangguan perkembangan pada fungsi otak untuk bersosialisasi, berkomunikasi terhadap lingkungan sekitar dan abnormalitas dalam perkembangan verbal dan non verbal. Kebersihan gigi dan mulut merupakan salah satu hal yang terpenting, terutama pada anak berkebutuhan khusus yang memiliki keterbatasan mental, fisik, dan emosi yang berbeda dengan anak pada umumnya. Kondisi kesehatan gigi dan mulut pada anak autis yang buruk meningkatkan resiko anak autis untuk mengalami masalah karies gigi, sehingga dibutuhkan perawatan gigi pada anak autis. Akan tetapi, kebutuhan anak autis terhadap perawatan gigi masih sering tidak terpenuhi. **Tujuan:** Untuk mengetahui persepsi orang tua terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis di Sidoarjo. **Metode:** Penelitian yang akan dilakukan adalah penelitian kualitatif yang akan menggunakan pendekatan naratif dengan wawancara mendalam (*in-depth interview*). Sampel yang digunakan adalah orang tua yang memiliki anak autis usia 6-12 tahun. Penelitian ini dilakukan di Sidoarjo pada bulan Juli-Desember 2021. **Hasil:** Terdapat persepsi orang tua mengenai kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis, yaitu persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi hambatan, persepsi manfaat, persepsi kepercayaan diri dan persepsi adanya isyarat untuk bertindak. **Simpulan:** Berdasarkan teori *Health Belief Model* yang digunakan sebagai kerangka teori dapat disimpulkan bahwa persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi hambatan, persepsi manfaat, persepsi kepercayaan diri, dan persepsi isyarat untuk bertindak mempengaruhi orang tua untuk membawa anak mereka pergi ke dokter gigi dalam memenuhi kebutuhan perawatan gigi dan mulut.

Kata Kunci: Autisme, *Health Belief Model*, Kebersihan Gigi dan Mulut, Persepsi

DAFTAR ISI

SKRIPSI.....	i
SKRIPSI.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PENETAPAN PANITIA SKRIPSI	iv
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	12
DAFTAR LAMPIRAN	13
DAFTAR SINGKATAN	14
BAB 1 PENDAHULUAN	15
1.1 Latar Belakang	15
1.2 Rumusan Masalah.....	19
1.3 Tujuan Penelitian	19
1.3.1 Tujuan Umum	19
1.3.2 Tujuan Khusus	19
1.4 Manfaat Penelitian	20
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	20
1.4.2 Manfaat Praktis.....	20
1.4.3 Manfaat Akademis.....	20
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	21
2.1 Anak Berkebutuhan Khusus.....	21
2.1.1 Pengertian Anak Berkebutuhan Khusus	21
2.1.2 Klasifikasi Anak Berkebutuhan Khusus.....	23
2.1.3 Gambaran Keadaan Gigi dan Mulut Anak Berkebutuhan Khusus.....	25
2.2 Autis.....	26
2.2.1 Karakteristik Autis	27
2.2.2 Gambaran Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak Autis.....	29
2.3 Hambatan Perawatan Gigi dan Mulut pada Anak Autis.....	30
2.4 Peran Orang Tua dalam Memelihara Kesehatan Gigi dan Mulut Anak Autis.....	31
2.5 Persepsi.....	32

2.5.1 Pengertian Persepsi.....	32
2.5.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persepsi.....	33
2.6 Persepsi terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis	35
BAB 3 KERANGKA KONSEP.....	39
3.1 Kerangka Konsep.....	39
3.2 Penjelasan Kerangka Konsep	40
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	42
4.1 Jenis penelitian	42
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	44
4.3.1 Populasi Penelitian	44
4.3.2 Sampel Penelitian	45
4.3.3 Identifikasi dan Recruitment Partisipan	45
4.3.4 Teknik Pengambilan Sampel	45
4.3.5 Besar Sampel	46
4.4 Instrumen Penelitian.....	46
4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	46
4.5.1 Lokasi Penelitian	46
4.5.2 Waktu Penelitian.....	46
4.6 Alat dan Bahan Penelitian.....	46
4.7 Cara Kerja	47
4.7.1 Pengajuan Laik Etik Penelitian	47
4.7.2 Persiapan Penelitian.....	47
4.7.3 Pelaksanaan Penelitian	47
4.8 Prosedur Penelitian	48
4.9 Rancangan Jadwal Pelaksanaan Penelitian.....	49
4.10 Analisis Data	49
BAB 5 HASIL PENELITIAN	52
BAB 6 PEMBAHASAN	70
BAB 7 KSEIMPULAN DAN SARAN	76
DAFTAR PUSTAKA	78
LAMPIRAN.....	82

DAFTAR TABEL

Tabel 4 1 Rancangan Jadwal Pelaksanaan Penelitian.....	49
Tabel 5 1 Karakteristik Responden	52
Tabel 5 2 Tema dan Sub-Tema.....	53

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pedoman Wawancara	81
Lampiran 2 Laik Etik	82

DAFTAR SINGKATAN

Daftar singkatan yang sebaiknya diketahui antara lain adalah:

Et al : *et alia* (dan lainnya)

ABK : Anak Berkebutuhan Khusus

HBM : Health Belief Model

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anak berkebutuhan khusus merupakan anak dengan karakteristik khusus yang berbeda dengan anak pada umumnya, tanpa selalu menunjukkan pada ketidakmampuan mental, emosi, dan fisik. Anak berkebutuhan khusus juga dapat diartikan sebagai seorang anak yang memerlukan pendidikan yang sesuai dengan hambatan dan kebutuhan masing-masing anak tersebut secara individual. Secara fisik, psikologis, kognitif atau sosial anak berkebutuhan khusus terhambat dalam mencapai tujuan kebutuhan dan potensinya secara maksimal, sehingga memerlukan penanganan yang seharusnya sesuai dengan kebutuhan anak tersebut (Desiningrum, 2015). Terdapat beberapa istilah yang dapat digunakan untuk menunjukkan keadaan anak berkebutuhan khusus, istilah anak berkebutuhan khusus (ABK) adalah istilah terbaru yang digunakan dan merupakan terjemahan dari (*children with special need*) yang telah digunakan dalam dunia internasional (Purwanti, 2012).

Kebersihan gigi dan mulut merupakan salah satu hal yang terpenting, beberapa masalah gigi dan mulut sering terjadi pada anak-anak karena merupakan usia yang rentan terhadap karies dan penyakit mulut lainnya. Terutama pada anak berkebutuhan khusus yang memiliki keterbatasan mental, fisik, dan emosi yang berbeda dengan anak pada umumnya (Indahwati *et al*, 2015). ABK merupakan termasuk dalam kelompok yang berisiko tinggi terhadap masalah kesehatan, sehingga perlu membutuhkan bantuan dan kerjasama dengan orang lain untuk

mendapatkan dan memelihara kesehatan mereka salah satunya dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut. Kondisi rongga mulut dipengaruhi oleh faktor usia, keparahan gangguan/kelainan, serta kondisi lingkungan dimana anak masih sangat tergantung pada orang tua atau seseorang yang merawat rongga mulutnya. ABK rentan terkena penyakit gigi dan mulut karena mereka memiliki kekurangan dan keterbatasan mental maupun fisik untuk dapat melakukan pembersihan gigi dan mulut secara optimal (Desiningrum, 2015). Hasil penelitian menunjukkan kebersihan rongga mulut ABK termasuk pada kategori buruk dengan insiden penyakit gigitiva dan periodontal lebih tinggi dibandingkan dengan anak normal, namun hal ini tergantung pada derajat dan tipe ABK tersebut (Hanoush & Helail, 2016). Anak-anak berkebutuhan khusus membutuhkan perawatan gigi untuk mengatasi berbagai masalah giginya, namun pada kenyataannya mereka sering terlambat dan terhambat untuk mendapatkan perawatan gigi dan mulut atau tidak pernah mendapatkan perawatan tersebut (Fulda *et al*, 2013).

Menurut Limeres (2014), penyakit pada mulut yang sering muncul pada anak berkebutuhan khusus yaitu karies, gingivitis, dan periodontitis. Salah satu contohnya yaitu adalah pada anak autis, anak autis memiliki resiko karies lebih tinggi dibandingkan penyakit gigi dan mulut lainnya, hal ini disebabkan karena koordinasi gerakan lidah yang tidak teratur menyebabkan makanan sering ditahan di dalam mulut dan tidak langsung ditelan sehingga terbentuk menjadi debris. Nilai debris yang tinggi menyebabkan kalkulus dan bila dibiarkan lebih lanjut akan berkembang menjadi kerusakan gigi dan gusi yang lebih buruk. Pola telan pada anak *autisme* tersebut diperparah dengan kebiasaan mengonsumsi makanan yang kariogenik, serta kondisi pH saliva yang lebih rendah dibandingkan dengan anak

normal lainnya (Anggraeni, 2016). Kondisi ABK ini dapat dikaitkan dengan kebiasaan menyikat gigi yang tidak teratur, kesulitan yang dihadapi oleh orang tua ketika menyikat gigi pada anak *autisme*, serta kurangnya ketangkasan manual dari anak *autisme* untuk dapat menyikat gigi dengan baik. Selain itu, terdapat penelitian yang menggambarkan kesadaran terhadap kondisi gigi yaitu kurangnya pembelajaran gigi dan kekurangan dalam menerima instruksi kebersihan gigi dan mulut dari dokter gigi maupun staff gigi (Sandy, 2018).

Autis merupakan suatu gangguan yang mempengaruhi perkembangan dan bersifat kompleks menyangkut aktivitas imajinasi, komunikasi, dan interaksi sosial. Gejalanya dapat terlihat ketika anak sebelum berumur 3 tahun. Anak penyandang autis mempunyai berbagai masalah yang mengganggu dalam berbagai bidang, antara lain dalam bidang interaksi sosial, komunikasi, pola bermain, gangguan sensoris, perilaku, dan emosi (Suryana, 2004). Autisme adalah keadaan gangguan perkembangan pada fungsi otak untuk bersosialisasi, berkomunikasi terhadap lingkungan sekitar dan abnormalitas dalam perkembangan verbal dan non verbal seperti interaksi, kognitif, atensi, dan perilaku (Salsabila & Ningrum, 2018).

Hasil penelitian di SLB Harmoni Gedangan Sidoarjo menunjukkan bahwa anak autis tidak memiliki kemampuan untuk membersihkan gigi dan mulut, dan bergantung pada orang tua (Silfia & Ardianingsih, 2018). Kondisi kesehatan gigi dan mulut pada anak autis yang buruk meningkatkan resiko anak autis untuk mengalami masalah karies gigi, sehingga dibutuhkan perawatan gigi pada anak autis (Lasmi *et al*, 2005). Akan tetapi, kebutuhan anak autis terhadap perawatan gigi sering tidak terpenuhi (Lai *et al*, 2012). Perawatan gigi dan mulut anak autis

bergantung pada persepsi orang tua terhadap kebutuhan dan hambatan perawatan gigi dan mulut untuk anak autis.

Menurut teori *Health Belief Model* (HBM) terdapat beberapa komponen yang mempengaruhi persepsi seseorang yaitu kerentanan yang dirasakan, tingkat keparahan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, hambatan yang dirasakan, isyarat untuk bertindak, *self efficacy* dan pengetahuan (Polit & Beck, 2008). Salah satu contoh yang terkait dengan teori HBM yaitu anak autis memiliki keterbatasan dalam melakukan sesuatu, sehingga membuat mereka tidak bisa maksimal dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut. Oleh karena itu, kerentanan dalam masalah kesehatan gigi dan mulut yang terjadi pada anak autis jauh lebih tinggi dan anak autis lebih rentan terkena masalah kesehatan gigi dan mulut maka mereka akan lebih menderita keparahan yang lebih besar dibandingkan dengan anak normal.

Pada saat ini, penelitian kesehatan gigi dan mulut pada anak autis di Sidoarjo masih sangat terbatas. Hasil wawancara dengan guru di 3 SLB di Sidoarjo menunjukkan bahwa sebagian besar anak autis di SLB tersebut mengalami karies gigi. Akan tetapi masih banyak yang belum mendapatkan perawatan. Penelitian mengenai persepsi orang tua terhadap kebutuhan gigi dan mulut anak autis di Sidoarjo sangat dibutuhkan untuk dapat meningkatkan derajat kesehatan gigi dan mulut serta kualitas hidup anak autis di Sidoarjo. Akan tetapi, hingga saat ini belum terdapat penelitian yang dilakukan yang bertujuan untuk menggali persepsi orang tua terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis di Sidoarjo. Untuk dapat memahami persepsi orang tua terhadap kebutuhan gigi dan mulut pada anak autis di Sidoarjo secara mendalam dibutuhkan penelitian kualitatif agar dapat menggali berbagai persepsi dari orang tua. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan

dengan menggunakan penelitian kualitatif yang bertujuan untuk menggali persepsi orang tua terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana persepsi orang tua terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis di Sidoarjo?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui persepsi orang tua terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis di Sidoarjo.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui persepsi orang tua terhadap kerentanan terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis
2. Untuk mengetahui persepsi orang tua terhadap keparahan penyakit gigi dan mulut pada anak autis
3. Untuk mengetahui persepsi orang tua terhadap hambatan yang terjadi dalam perawatan penyakit gigi dan mulut pada anak autis
4. Untuk mengetahui persepsi orang tua terhadap kemampuan mencegah dan meminimalisir terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis
5. Untuk mengetahui persepsi orang tua terhadap adanya isyarat informasi dan saran dari tenaga medis untuk melakukan pencegahan penyakit gigi dan mulut pada anak autis
6. Untuk mengetahui persepsi orang tua terhadap mengevaluasi manfaat penerapan pencegahan terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis yaitu penelitian ini dapat memberikan pemahaman orang tua untuk mewujudkan keinginan terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis di Sidoarjo.

1.4.2 Manfaat Praktis

Manfaat praktis yaitu penelitian ini dapat menjadi dasar untuk membuat atau merencanakan program promosi kesehatan gigi dan mulut untuk anak-anak autis di Sidoarjo. Selain itu juga dapat menjadi bahan pertimbangan dalam perencanaan perawatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus yang masih sering terhambat.

1.4.3 Manfaat Akademis

Manfaat akademis yaitu hasil penelitian ini dapat menjadi referensi dan faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi orang tua terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anak Berkebutuhan Khusus

2.1.1 Pengertian Anak Berkebutuhan Khusus

Anak berkebutuhan khusus (ABK) dapat diartikan sebagai individu-individu yang mempunyai karakteristik yang berbeda dari individu atau anak normal lainnya yang dipandang oleh masyarakat pada umumnya. Anak berkebutuhan khusus secara lebih khusus menunjukkan karakteristik fisik, intelektual, dan emosional yang lebih rendah atau lebih tinggi dari anak normal yang sebaya atau berada di luar standar normal yang berlaku di tengah masyarakat. Oleh karena itu, anak berkebutuhan khusus mengalami kesulitan dalam meraih kesuksesan atau keberhasilan baik dari segi sosial, personal, maupun aktivitas pendidikan (Bahri, 2010).

Anak berkebutuhan khusus merupakan anak dengan karakteristik khusus yang berbeda dengan anak pada umumnya, tanpa selalu menunjukkan pada ketidakmampuan mental, emosi, dan fisik. Anak berkebutuhan khusus juga dapat diartikan sebagai seorang anak yang memerlukan pendidikan yang sesuai dengan hambatan dan kebutuhan masing-masing anak secara individual. Secara fisik, psikologis, kognitif atau sosial anak berkebutuhan khusus terhambat dalam mencapai tujuan kebutuhan dan potensinya secara maksimal, sehingga memerlukan penanganan yang semestinya sesuai dengan kebutuhan anak tersebut (Desiningrum, 2015).

Menurut Purwanti (2012), terdapat beberapa istilah yang digunakan untuk menunjukkan keadaan anak berkebutuhan khusus, istilah anak berkebutuhan khusus (ABK) adalah istilah terbaru yang digunakan dan merupakan terjemahan dari (*children with special need*) yang telah digunakan didalam dunia internasional. Ada beberapa istilah lain yang dapat digunakan untuk menyebut anak berkebutuhan khusus antara lain adalah anak cacat, anak tuna, anak berkelainan, anak menyimpang, dan anak luar biasa. Selain itu, WHO juga merumuskan beberapa istilah yang digunakan untuk menyebut anak berkebutuhan khusus, yaitu:

- a. *Impairment* : merupakan suatu keadaan atau kondisi dimana individu mengalami kehilangan atau abnormalitas psikologi, fisiologi atau fungsi struktur anatomi secara umum pada tingkat organ tubuh. Contohnya yaitu seseorang yang mengalami amputasi satu kaki, maka ia mengalami kecacatan kaki.
- b. *Disability* : merupakan suatu keadaan dimana individu menjadi “kurang mampu” melakukan kegiatan sehari-hari karena adanya keadaan impairment, seperti kecacatan pada orang tubuh. Contohnya yaitu pada prang yang cacat kaki, dia akan merasakan berkurangnya fungsi kaki untuk mobilitas.
- c. *Handicaped* : merupakan suatu keadaan dimana individu mengalami ketidak mampuan dalam bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungan. Hal ini dimungkinkan karena adanya kelainan dan berkurangnya fungsi organ individu. Contohnya yaitu orang yang mengalami amputasi kaki, dia akan mengalami masalah mobilitas sehingga dia memerlukan kursi roda.

2.1.2 Klasifikasi Anak Berkebutuhan Khusus

Menurut Ramadhan (2013), terdapat tujuh jenis anak berkebutuhan khusus yaitu:

1. Tunarungu : seseorang yang memiliki hambatan pendengaran permanen maupun semetara. Seorang yang menderita tunarungu pasti juga memiliki kelainan ganda atau tundaganda, selain itu juga memiliki hambatan dalam berbicara. Oleh karena itu, mereka juga disebut dengan tunawicara.
2. Tunagrahita : seseorang yang memiliki gangguan mental dan intelektual. Seorang yang mengalami tunagrahita memiliki intelegensi dibawah rata-rata normal dan disertai dengan perilaku adaptif. Pada perkembangan intelektualnya, seorang tunagrahita memiliki perkembangan kecerdasan yang sangat terbatas. Sehingga, sulit sekali untuk mengembangkan ide yang dimilikinya. Serta memiliki kemampuan bersosialisasi yang terbatas dibandingkan dengan anak normal seusianya.
3. Tunadaksa : seseorang yang mengalami gangguan pada anggota tubuhnya, biasanya mengalami kelainan fisik atau cacat pada bagian anggota tubuh. Selain itu, seseorang tunadaksa juga memiliki gangguan dalam bergerak yang disebabkan oleh kelainan *neuro-maskular* dan struktur tulang yang bersifat bawaan sejak lahir, sakit, disebabkan oleh obat-obatan atau kecelakaan, termasuk *cerebral palsy* (kelainan yang terdapat di syaraf pusat atau otak).
4. Tunawicara : seseorang yang memiliki ketidakmampuan dalam berbicara. Hal ini disebabkan karena adanya gangguan pada beberapa organ yaitu pita suara, paru-paru, muluy, lidah, langit-langit dan tenggorokan. Tidak

berfungsinya organ pendengaran, perkembangan bahasa yang terlambat, kerusakan pada sistem syaraf dan struktur otot, tidak mampu mengontrol gerak, hal tersebut yang menyebabkan hambatan dalam berbicara.

5. Autis : seseorang dengan kelainan yang berpusat pada otak sehingga penderitanya kesulitan dalam mengolah suatu perintah yang diterima. Seseorang yang mengalami gangguan autis cenderung suka menyendiri dan terlalu asik dengan dunianya.
6. Disleksia : seseorang yang mengalami kesulitan mengenali huruf maupun kata-kata. Disleksia juga mengalami kesulitan membaca, mengeja, menulis maupun tata Bahasa. Dari segi inteligensinya mereka mempunyai tingkat kecerdasan yang normal, bahkan sebagian lain diatas normal.
7. Disgrafia : seseorang yang mengalami kesulitan dalam menulis, tulisan buruk atau bahkan tidak mampu memegang pensil dengan baik. Bentuk huruf atau angka yang ditulis oleh seorang disleksia ukurannya tidak konsisten dalam satu baris, terkadang besar tetapi tak jarang juga ukurannya kecil. Seseorang disgrafia juga memiliki kesulitan untuk membaca, terlebih ketika membaca tulisannya sendiri.
8. Hiperaktif : hiperaktif bukan merupakan penyakit, tetapi suatu gejala. Ciri yang paling mudah dikenal bagi anak hiperaktif adalah anak akan selalu bergerak dari suatu tempat ke tempat lain dalam waktu kurang dari 5 sampai 10 menit. Sulit mengikuti perintah atau arahan lebih dari satu pada waktu yang bersamaan.

2.1.3 Gambaran Keadaan Gigi dan Mulut Anak Berkebutuhan Khusus

Anak berkebutuhan khusus dapat mengalami kelainan atau kondisi tertentu pada gigi dan mulutnya. Kondisi tertentu yang umum ditemukan adalah erupsi gigi terlambat, anomali gigi, maloklusi, trauma oral, *bruxism*, karies, dan penyakit periodontal (Isman, 2008).

1. Terlambat Erupsi Gigi : Erupsi gigi dapat terhambat atau tidak konsisten pada anak dengan gangguan pertumbuhan. Erupsi gigi terlambat biasanya terjadi pada anak dengan *down syndrome* dan hipotiroid (*American Academy of Pediatrics*, 2012).
2. Anomali Gigi : Pada penderita *down syndrome* sering ditemukan anomali bentuk dan ukuran gigi, yaitu gigi berbentuk konus dan mikrodonsia (Nunn, 2005).
3. Maloklusi : Maloklusi dan gigi berjejal sering terjadi pada anak dengan tonus otot yang abnormal, misalnya *cerebral palsy*, gangguan mental, dan kelainan kraniofasial (*American Academy of Pediatrics*, 2012).
4. Trauma Oral : Trauma pada wajah dan mulut sering terjadi pada anak berkebutuhan khusus yang disertai dengan kelainan intelektual, kejang, refleks protektif yang abnormal, atau otot yang tidak terkoordinasi (Isman, 2008).
5. *Bruxism* : *Bruxism* merupakan hal yang umum terjadi pada penderita *cerebral palsy* atau kelainan intelektual yang parah (Isman, 2008).
6. Karies : Karies gigi sering terjadi pada anak berkebutuhan khusus berhubungan dengan adanya ketidakmampuan pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut, refleks gastroesophagus, penurunan jumlah saliva, obat-obatan

mengandung gula, atau diet khusus yang membutuhkan waktu lama, hal ini yang menyebabkan anak berkebutuhan khusus lebih rentan terjadinya karies (Isman, 2008).

7. Penyakit Periodontal : penyakit gusi atau periodontal parah biasanya dapat terjadi pada anak dengan gangguan sistem imun atau kelainan jaringan ikat, serta kebersihan gigi dan mulut yang tidak baik (Isman, 2008).

2.2 Autis

Autisme didefinisikan sebagai suatu gangguan yang mempengaruhi perkembangan dan bersifat kompleks menyangkut aktivitas imajinasi, komunikasi dan, interaksi sosial. Gejalanya dapat terlihat ketika anak sebelum berumur 3 tahun. Anak penyandang autis mempunyai berbagai masalah yang mengganggu dalam berbagai bidang, antara lain dalam bidang interaksi sosial, komunikasi, pola bermain, gangguan sensoris, perilaku, dan emosi (Suryana, 2004). Menurut Sutadi (2011), autisme sebenarnya adalah suatu gangguan perkembangan *neurobiologist* yang luas atau berat. Terdapat banyak faktor penyebab seseorang terkena autis. Kemungkinan besar dapat disebabkan karena adanya kerentanan genetik, kemudian dipicu oleh faktor-faktor lingkungan yang multifaktor, seperti infeksi (*rubella*, *cytomegalovirus*) saat orang tua masih mengandung anak tersebut, bahan-bahan kimia (pewarna makanan, pengawet makanan, perasa makanan dan berbagai food additives lainnya) serta polutan seperti timbal, timah hitam atau air raksa dari ikan yang tercemar merkuri sebagai bahan pengawet vaksin. Dikarenakan autisme merupakan kelainan genetika yang polimorfis serta dapat dipengaruhi oleh faktor lingkungan yang multifaktor, maka dalam penanganannya perlu melibatkan banyak bidang keilmuan atau keahlian yang ditinjau secara holistik dan komprehensif.

Menurut Childhood Autism Rating Scale (CARS), autisme dibagi menjadi tiga tingkatan, yaitu (Mujiyanti, 2011):

1. Autis Ringan : Pada kondisi ini anak autisme masih menunjukkan adanya kontak mata walaupun tidak berlangsung lama. Anak autisme ini dapat memberikan sedikit respon ketika dipanggil namanya, menunjukkan ekspresi-ekspresi muka, dan dalam berkomunikasi dua arah meskipun terjadinya hanya sesekali.
2. Autis Sedang : Pada kondisi ini anak autisme masih menunjukkan sedikit kontak mata namun tidak memberikan respon ketika namanya dipanggil. Tindakan agresif atau hiperaktif, menyakiti diri sendiri, acuh, dan gangguan motorik yang stereotip cenderung agak sulit untuk dikendalikan tetapi masih bisa dikendalikan.
3. Autis Berat : Anak autisme yang berada pada kategori ini menunjukkan tindakan-tindakan yang sangat tidak terkendali. Biasanya anak autisme memukul-mukulkan kepalanya ke tembok secara berulang-ulang dan terus menerus tanpa henti. Ketika orang tua berusaha mencegah, namun anak tidak memberikan respon dan tetap melakukannya, bahkan dalam kondisi berada di pelukan orang tuanya, anak autisme tetap memukul- mukulkan kepalanya. Anak baru berhenti setelah merasa kelelahan kemudian langsung tertidur.

2.2.1 Karakteristik Autis

Menurut Handojo (2004), beberapa karakteristik dari perilaku autisme pada anak-anak antara lain :

1. Bahasa / komunikasi meliputi ekspresi wajah yang datar, bicara sedikit, atau tidak ada, jarang memaulai dengan komunikasi, tidak menggunakan bahasa / isyarat tubuh, tidak meniru aksi atau suara, tampak Tidak mengerti arti kata, mengerti dan menggunakan kata secara terbatas, Intonasi atau ritme vokal yang aneh.
2. Hubungan dengan orang meliputi tidak responsif, tidak ada senyum sosial, tidak berkomunikasi dengan mata, kontak mata terbatas, tampak asik bila dibiarkan sendiri, tidak melakukan permainan giliran, genggungan tangan orang dewasa sebagai alat.
3. Hubungan dengan lingkungan meliputi bermain *refetitif* (diulang-ulang), marah atau tidak menghendaki perubahan-perubahan, berkembangnya rutinitas yang kaku, memperlihatkan ketertarikan yang sangat tak fleksibel.
4. Respon terhadap indera / sensoris meliputi kadang panik terhadap suara-suara tertentu, sangat sensitif terhadap suara, bermain-main dengan cahaya dan pantulan, memainkan jari-jari di depan mata, menarik diri ketika disentuh, tertarik pada pola dan tekstur tertentu, sangat in aktif atau hiperaktif, seringkali memutar-mutar, membentur-bentur kepala, menggingit pergelangan, melompat-lompat atau mengepak-ngepakan tangan, atau merespon aneh terhadap nyeri.
5. Kesenjangan perkembangan perilaku meliputi kemampuan mungkin sangat baik atau sangat terlambat, mempelajari keterampilan diluar urutan normal, misalnya membaca tapi tak mengerti arti, menggambar secara rinci tapi tidak dapat mengancing baju, pintar mengerjakan puzzle, tapi amat sukar mengikuti perintah, berjalan pada usia normal, tetapi tidak berkomunikasi,

lancar membeo suara, tetapi sulit berbicara dari diri sendiri, suatu waktu dapat melakukan sesuatu, tapi tidak di lain waktu.

2.2.2 Gambaran Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak Autis

Keadaan rongga mulut individu penyandang gangguan perkembangan sama dengan individu normal. Karena tidak ada perbedaan signifikan dengan anak normal dalam erupsi gigi sulung dan gigi tetap. Namun sebagian besar individu penyandang gangguan perkembangan mempunyai kebersihan mulut yang lebih buruk dan kurangnya pemeliharaan dirumah, sehingga gigi banyak yang rusak dan berlubang. Apabila orangtua menyadari betapa sulit dan mahal untuk merestorasi gigi berlubang yang diabaikan, orangtua akan patuh dan menyetujui pencegahan penyakit gigi (Inarto, 2008). Menurut Noerdin (1999), perawatan gigi pada individu penyandang gangguan perkembangan pun umumnya sama dengan perawatan gigi pada inidividu normal, tetapi cara pelaksanaannya yang lebih sulit. Pentingnya perawatan gigi pada penyandang autisme sama dengan individu normal, tetapi dengan adanya masalah keterbatasan penyandang autisme, maka lebih ditekankan pada usaha pencegahan. Seperti halnya kebanyakan penyakit lain, penanganan secara dini terhadap masalah penyakit gigi dan mulut jauh lebih menguntungkan karena dapat mencegah semakin parahnya penyakit tersebut.

Anak autis tidak mempunyai banyak masalah medis yang perlu dipertimbangkan, tetapi pada umumnya tetap mengalami penderitaan masalah kesehatan gigi dan mulut yang lebih berat dikarenakan kondisinya yang tidak normal (Scully, 2014). Anak autis pada umumnya mempunyai kebiasaan yang rutin dan teratur, dan biasanya lebih menyukai makanan lunak dan makanan yang manis-manis. Karena koordinasi gerakan lidah tidak teratur, sehingga sering kali menahan

makanannya. Biasanya penderita autis jika sering kali tidak langsung ditelan atau bahkan sampai di emut, kebiasaan ini didukung oleh konsumsi makanan manis yang menyebabkan peningkatan kerusakan pada gigi penderita autis menjadi karies.

2.3 Hambatan Perawatan Gigi dan Mulut pada Anak Autis

Kebersihan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus lebih rendah dibandingkan dengan anak yang normal. Hal ini dikarenakan oleh kesulitan yang ditemui anak berkebutuhan khusus dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut yang baik. Hal ini juga dikarenakan kurangnya konsentrasi serta kemampuan motorik dari seorang anak berkebutuhan khusus tersebut. Secara umum terdapat rentan kemampuan dalam menyikat gigi pada anak berkebutuhan khusus karena koordinasi gerakan, kemampuan bawaan, kemampuan untuk memahami instruksi, serta usia dari individu anak berkebutuhan khusus tersebut (Rao, 2005).

Menurut Welburry *et al* (2005), anak berkebutuhan khusus membutuhkan pertimbangan perawatan kesehatan gigi dan mulut dikarenakan beberapa alasan yaitu:

1. Kesehatan gigi dan mulut beberapa anak dengan kebutuhan khusus berbeda dengan anak yang normal.
2. Pencegahan penyakit gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus memiliki prioritas yang lebih tinggi dibandingkan dengan anak normal.
3. Rencana serta ketentuan perawatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus perlu dilakukan modifikasi dengan melihat kemampuan anak tersebut.

Keterbatasan fisik dalam hal mendengar dan berbicara juga dapat menyebabkan terjadinya gangguan fungsi psikologis, fisiologis maupun struktur anatomi yang

berbeda dari anak normal sehingga anak berkebutuhan khusus tidak bisa melakukan kegiatan sehari-hari dengan normal (Atmaja, 2018). Anak berkebutuhan khusus memiliki tingkat kesehatan dan kebersihan gigi dan mulut yang lebih rendah dibandingkan dengan orang normal. Tingkat pengetahuan tentang menjaga kesehatan gigi dan mulut yang rendah akan menyebabkan tingginya angka karies, kalkulus, dan debris (Motto *et al*, 2017).

Kekurangan dan keterbatasan yang ada pada penderita autisme merupakan hambatan untuk dapat memelihara kesehatan dan kebersihan gigi dan mulut dengan baik. Koordinasi gerakan lidah yang tidak teratur yang menyebabkan makanan sering ditahan didalam mulut dan tidak langsung ditelan. Pola telan ini diperparah dengan kebiasaan mengkonsumsi makanan kariogenik sehingga resiko karies lebih tinggi pada anak autisme (Lisma *et al*, 2005).

2.4 Peran Orang Tua dalam Memelihara Kesehatan Gigi dan Mulut Anak Autis

Peran orang tua merupakan faktor penting terhadap perawatan kesehatan gigi anak. Keberhasilan perawatan gigi pada anak dipengaruhi oleh peran orang tua dalam melakukan perawatan gigi. Orang tua yang menjadi teladan lebih efisien dibandingkan anak yang melakukan tindakan perawatan gigi dan mulut. Salah satu contoh yang dapat dilakukan orang tua dalam perawatan gigi pada anak yaitu dengan membantu anak menggosok gigi (Notoatmodjo, 2010).

Anak autisme juga mempunyai suatu kebiasaan yang teratur dan rutin dan biasanya mereka lebih menyukai makanan yang lunak dan manis. Karena koordinasi gerakan lidah yang tidak teratur, makanannya sering ditahan, diemut, dan tidak langsung ditelan. Para orangtua harus dapat mengenali aturan diet dalam

mencegah penyakit gigi. Sejak dini orangtua harus dapat mengajarkan anak-anak mereka mengenai pentingnya makanan yang baik dan sehat. Makanan yang mudah melekat pada gigi seperti roti, tepung, dapat mempercepat kerusakan gigi. Orangtua diharuskan untuk memperhatikan cara anak menyikat gigi dan memberikan arahan cara menyikat gigi yang baik. Hal ini menunjukkan tanggung jawab orangtua terhadap anak (Inarto, 2008).

Peranan orang tua sangat penting untuk menjaga kebersihan mulut anak autis, sebagai upaya pencegahan karies dan penyakit periodontal. Pengetahuan orang tua sangat berperan penting dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut pada anak, terutama pada anak yang memiliki kebutuhan khusus. Orang tua sangat berperan sebagai orang terdekat dari anak tersebut yang senantiasa mendidik, melatih, serta memberikan kasih sayang kepada anak. Jika pengetahuan dan sikap orang tua dalam memperhatikan kesehatan gigi dan mulut pada anak kurang maka akan menyebabkan kerentanan dalam terjadinya karies termasuk pada anak berkebutuhan khusus yang dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut kurang baik. Oleh karena itu, peran orang tua disini sangatlah penting.

2.5 Persepsi

2.5.1 Pengertian Persepsi

Persepsi merupakan suatu proses dalam diri untuk mengetahui dan mengevaluasi sejauh mana kita mengetahuai sebuah hal pada orang lain . Pada proses persepsi ini kepekaan dalam diri seseorang terhadap lingkungan sekitar mulai terlihat. Persepsi akan menghasilkan suatu penilaian terhadap sikap, perilaku, dan tindakan orang lain. Proses interaksi seseorang dengan orang lain tidak dapat

dilepaskan dari persepsi oleh satu sama lain. Cara pandang seseorang akan menentukan kesan yang diperoleh tentang orang lain dari proses persepsi tersebut (Listyana, 2015). Menurut Sarwono (2010) secara umum persepsi merupakan proses perolehan, penafsiran, pemilihan dan pengaturan informasi indrawi. Persepsi berlangsung pada saat seseorang menerima stimulus dari dunia luar yang ditangkap oleh organ-organ lainnya yang kemudian akan masuk ke dalam otak. Persepsi merupakan proses pencarian informasi untuk dipahami yang menggunakan alat pengindraan.

2.5.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persepsi

Persepsi dipengaruhi oleh pengetahuan, pengalaman serta wawasan seseorang, maka semakin baik pengetahuan yang didapat semakin banyak wawasan serta pengalaman maka akan semakin baik persepsi yang dimiliki oleh seseorang. Menurut Jenny (2012) faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi pada dasarnya dibagi menjadi 2 kategori yaitu faktor internal dan faktor eksternal:

1. Faktor internal yang mempengaruhi persepsi yaitu faktor-faktor yang terdapat dalam diri individu, mencakup beberapa hal yaitu:
 - a. Fisiologis : Informasi masuk melalui alat indera, lalu informasi yang diperoleh akan mempengaruhi dan melengkapi untuk memberikan arti terhadap lingkungan sekitar.
 - b. Perhatian : Seseorang memerlukan sejumlah energi yang dikeluarkan untuk memperhatikan atau memfokuskan pada bentuk fisik dan fasilitas mental yang ada pada suatu objek atau peristiwa.

- c. Minat : Persepsi terhadap suatu objek sangat bervariasi tergantung pada seberapa banyak energi atau *perceptual vigilance* yang digerakkan untuk memberikan persepsi.
- d. Kebutuhan yang searah : Faktor yang dapat dilihat yaitu dari bagaimana kuatnya seseorang mencari objek-objek atau pesan yang dapat memberikan jawaban sesuai dengan dirinya sendiri.
- e. Pengalaman dan ingatan : Pengalaman dapat bergantung pada ingatan dalam arti sejauh mana seseorang dapat mengingat kejadian-kejadian lampau untuk mengetahui suatu rangsa dalam pengertian luas.
- f. Suasana hati : Keadaan hati emosi seseorang sangat mempengaruhi perilaku, *mood* ini menunjukkan bagaimana perasaan seseorang pada waktu yang dapat mempengaruhi bagaimana seseorang dalam menerima, bereaksi, dan mengingat.

Faktor eksternal yang mempengaruhi persepsi merupakan karakteristik dari lingkungan dan objek-objek yang terlibat didalamnya. Elemen-elemen dapat mengubah sudut pandang seseorang terhadap sekitarnya dan akan mempengaruhi bagaimana seseorang merasakannya atau menerimanya.

- a. Ukuran dan penempatan dari objek atau stimulus : Faktor ini menyebabkan bahwa semakin besarnya hubungan suatu objek, maka semakin mudah untuk dipahami oleh seseorang.
- b. Warna dari objek-objek : Objek-objek yang memiliki cahaya lebih banyak akan lebih mudah untuk dipahami (*to be perceived*) dibandingkan dengan yang sedikit.

- c. Keunikan dan kontrasan stimulus : Stimulus luar yang penampilannya dengan latar belakang dan sekelilingnya sama sekali diluar dugaan seseorang yang lain akan banyak menarik perhatian.
- d. Intensitas dan kekuatan dari stimulus : Stimulus dari luar akan memberi makna lebih bila lebih sering diperhatikan dibandingkan dengan yang hanya sekali dilihat.
- e. Motion atau gerakan : Seseorang akan banyak memberikan perhatian terhadap objek yang memberikan gerakan dalam jangkauan pandangan dibandingkan objek yang diam.

2.6 Persepsi terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autisme

Berdasarkan *Health Belief Model* (HBM) yang dikembangkan oleh sekelompok psikolog pada tahun 1950 dengan tujuan untuk menjelaskan seseorang atau individu harus mencegah dan melindungi terhadap suatu penyakit. HBM merupakan suatu teori dimana seseorang atau individu akan mengambil suatu tindakan untuk mencegah, melawan, dan mengobati penyakitnya (Polit & Beck, 2008). Berdasarkan model kognitif, HBM merupakan kemungkinan seseorang melakukan tindakan pencegahan tergantung pada persepsi terhadap tindakan tersebut yang dipengaruhi oleh informasi dari lingkungan sekitar. (Glanz, *et al* 2002). HBM digunakan untuk mendukung intervensi dalam perubahan perilaku kesehatan, HBM digunakan untuk memprediksi kecenderungan seseorang untuk berperilaku yang dapat untuk mencegah terjadinya upaya-upaya pencegahan dan pengendalian dari suatu penyakit (Sakinah, 2017).

Health Belief Model (HBM) terdiri dari beberapa variabel utama yaitu kerentanan yang dirasakan, tingkat keparahan yang dirasakan, manfaat yang

dirasakan, hambatan yang dirasakan, isyarat untuk bertindak, *self efficacy* dan pengetahuan. Seseorang akan mengambil suatu tindakan untuk mencegah, menyaring atau mengendalikan kondisi kesehatan buruk jika mereka merasa bahwa dirinya rentan terhadap kondisi tersebut, jika mereka yakin bahwa efek atau konsekuensinya berpotensi serius, jika mereka yakin bahwa tindakan tersebut akan mengurangi kerentanan mereka atau tingkat keparahan kondisi dan jika mereka percaya bahwa rintangan atau hambatan yang diantisipasi untuk mengambil tindakan tersebut sebanding dengan manfaatnya (Polit & Beck, 2008). Terdapat beberapa komponen dalam HBM, yaitu:

1. Persepsi mengenai kerentanan penyakit atau *Perceived Susceptibility*

Perceived Susceptibility merupakan persepsi seseorang mengenai kerentanan penyakit yang mengacu pada kepercayaan seseorang tentang kemungkinan mengalami resiko terjadinya suatu penyakit. Persepsi orang tua terhadap kerentanan terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis akan mempengaruhi kecenderungan seseorang untuk menerapkan bagaimana melakukan pencegahan untuk terjadinya kerentanan penyakit gigi dan mulut pada anak autis.

2. Persepsi mengenai keparahan penyakit atau *Perceived Severity*

Perceived Severity merupakan persepsi seseorang mengenai keparahan penyakit yang dapat terjadi apabila orang tersebut terinfeksi.

3. Persepsi mengenai hambatan atau *Perceived Barrier*

Perceived Barrier merupakan persepsi seseorang dalam melakukan evaluasi terhadap hambatan yang mungkin akan dihadapi saat menerapkan perilaku tertentu. Persepsi orang tua terhadap kebutuhan perawatan gigi

dan mulut pada anak autis akan mempengaruhi kecenderungan perilaku mereka dalam menerapkan pencegahan dan pengendalian terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis.

4. Persepsi mengenai kepercayaan diri untuk melakukan sesuatu atau *Self Efficacy*

Self Efficacy merupakan persepsi mengenai kemampuan yang dimiliki seseorang untuk dapat berhasil melakukan sesuatu atau berperilaku tertentu untuk mencapai hasil yang diinginkan. Persepsi orang tua mengenai kemampuan untuk dapat menerapkan kebiasaan dalam mencegah terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis akan mempengaruhi kecenderungan mereka dalam menerapkan kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis.

5. Isyarat bertindak atau *Cues to Action*

Cues to Action merupakan adanya suatu isyarat yang mendorong seseorang untuk segera melakukan tindakan tertentu, yang dapat diperoleh dari informasi di media massa, pengalaman dari keluarga, saran dari tenaga medis, dan lain sebagainya. Persepsi orang tua mengenai adanya informasi dan saran dari tenaga medis mengenai kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis akan mempengaruhi orang tua untuk melakukan pencegahan penyakit gigi dan mulut pada anak autis.

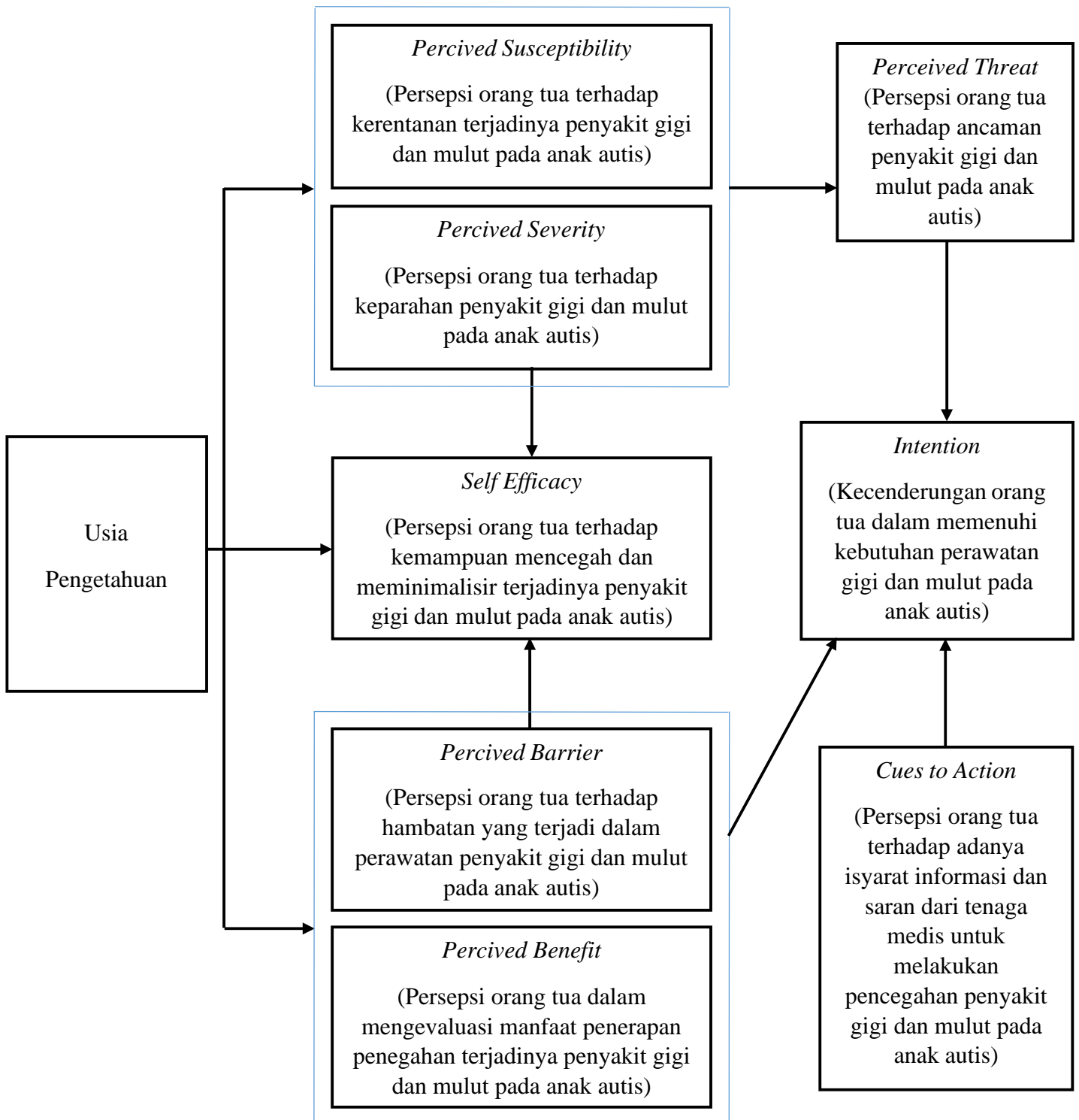
6. Persepsi terhadap manfaat yang dirasakan atau *Perceived Benefit*

Perceived Benefit merupakan persepsi seseorang mengenai manfaat yang akan diperoleh apabila mereka berperilaku tertentu. Orang biasanya akan menimbang manfaat dan konsekuensi yang akan diperoleh sebelum

bertindak. Persepsi orang tua setelah mengetahui kebutuhan perawatan gigi dan mulut yang dibutuhkan pada anak autis akan mengurangi resiko terjadinya keparahan suatu penyakit.

BAB 3
KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



3.2 Penjelasan Kerangka Konsep

Persepsi seseorang terhadap kesehatan gigi dan mulut dapat mempengaruhi bagaimana sikap dan perilaku seseorang dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut. Terutama pada ABK yang merupakan anak dengan karakteristik berbeda dengan anak pada umumnya, yang membuat terhambatnya anak berkebutuhan khusus dalam mencapai suatu tujuan kebutuhannya secara maksimal.

Kebersihan gigi dan mulut merupakan salah satu hal yang terpenting demi kesenjangan hidup seseorang, masalah gigi dan mulut sering terjadi terutama pada anak-anak karena anak-anak merupakan usia yang rentan terhadap karies gigi dan penyakit gigi dan mulut lainnya.

Persepsi merupakan salah satu aspek yang sangat penting dalam kehidupan sehari-hari. Berdasarkan teori *Health Belief Model*, faktor-faktor seperti usia dan pengetahuan dari orang tua dapat mempengaruhi terbentuknya suatu persepsi yaitu *perceived severity*, *perceived susceptibility*, *self efficacy*, *perceived barrier*, *peerceived benefit*.

Persepsi orang tua mengenai kerentanan atau *perceived susceptibility* akan timbulnya suatu masalah kesehatan gigi dan mulut pada anak autis dan keparahan atau *perceived severity* terhadap penyakit gigi dan mulut yang terjadi pada anak autis, kerentanan dan keparahan merupakan suatu kesatuan yang akan mempengaruhi timbulnya suatu rasa ancaman atau *perceived threat* mereka yaitu persepsi akan terjadinya sesuatu yang terjadi terkait kesehatan gigi dan mulut pada anak autis.

Persepsi terkait hambatan atau *perceived barrier* dan manfaat atau *perceived benefit* yang terjadi pada perawatan pencegahan penyakit gigi dan mulut pada anak

autis merupakan suatu kesatuan. Maka orang tua akan mempertimbangkan keuntungan, kelebihan, hambatan, dan kerugiannya. Jika menurut orang tua tersebut keuntungan lebih besar daripada kerugiannya maka akan memilih untuk membawa anaknya ke dokter gigi, tetapi jika hambatan dan kerugiannya lebih besar daripada manfaatnya maka orang tua akan memilih untuk tidak membawa anaknya ke dokter gigi. Hal tersebut akan mempengaruhi terbentuknya suatu persepsi terhadap kemampuan atau *self efficacy* mereka dalam menerapkan perilaku untuk meminimalisir terjadinya suatu masalah kesehatan gigi dan mulut pada anak autis.

Timbulnya isyarat untuk bertindak atau *cues to action* juga dipengaruhi oleh keinginan atau *intention* dari orang tua dalam memenuhi kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis dan pencegahan penyakit gigi dan mulut yang terjadi pada anak autis. Jika orang tua merasa butuh untuk melakukan penanganan, maka akan membawa anak tersebut untuk ke dokter gigi, sebaliknya juga dengan jika orang tua merasa hal tersebut dapat ditangani secara mandiri maka orang tua memilih untuk tidak membawa anak tersebut ke dokter gigi.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis penelitian

Penelitian yang akan dilakukan ini merupakan penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang tidak menggunakan prosedur statistik. Prinsip dasar dari penelitian kualitatif adalah pada interaksi antara peneliti dan responden untuk menggali informasi yang lebih mendalam (Kusumawardani *et al*, 2015). Penelitian kuantitatif cenderung lebih terfokus pada isu-isu yang berkaitan dengan metodologis dan kuantifikasi. Sementara, proses bagaimana pengetahuan dapat dihasilkan dari fenomena sosial tersebut cenderung kurang diperhatikan. Mengingat fokus peneliti lebih mengarah pada bagaimana hasil dari suatu metode yang digunakan (melalui statistik), penelitian kuantitatif terbatas dalam memahami bagaimana eksplanasi dan pemahaman terhadap suatu fenomena yang terjadi (Goodson & Phillimore, 2004). Data – data yang diperoleh melalui metode kualitatif tidak memiliki standar yang baku dalam hal perhitungan. Apa yang disampaikan oleh informan dan dilihat oleh peneliti tidak dapat di kuantifikasi sebagaimana layaknya standar statistik yang digunakan dalam penelitian kuantitatif (Alasuutari, 2010).

Metode penelitian kualitatif memiliki perbedaan jika dibandingkan dengan metode kuantitatif. Perbedaan mendasar yang membedakan dari metode penelitian kualitatif dan kuantitatif terletak pada pendekatan penelitiannya. Penelitian kuantitatif dipandang sebagai sesuatu yang bersifat deduktif dan konfirmatis, sedangkan penelitian kualitatif bersifat eksploratis dan induktif (Anggito & Setiawan, 2018). Metode kuantitatif memiliki keterbatasan dalam menggali secara

mendalam, maka dengan keterbatasan tersebut metode kualitatif dibutuhkan untuk bisa menjawab pertanyaan-pertanyaan yang tidak bisa dijawab dengan metode kuantitatif. Pemilihan penggunaan metode kualitatif dalam penelitian ini adalah untuk memahami bagaimana suatu komunitas atau individu-individu dalam memahami topik atau masalah tertentu (McCusker & Gunaydin, 2015). Pada penelitian yang akan dilakukan ini akan menggunakan pendekatan secara naratif yang merupakan studi tentang kehidupan individu yang akan diceritakan melalui kisah-kisah pengalaman seseorang, termasuk diskusi tentang makna dari pengalaman-pengalaman bagi individu mereka (James & Kimberly, 2011). Dalam penelitian ini, responden akan diminta untuk menceritakan pengalaman-pengalaman dalam mengasuh anak autis terutama terkait dalam perawatan gigi dan mulut sejak bayi hingga saat ini.

Metode penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian kualitatif, karena dengan menggunakan penelitian kualitatif persepsi orang tua terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis dapat dipahami secara mendalam dimana setiap orang tua memiliki persepsi yang berbeda-beda (subjektif). Dari hasil penelitian kualitatif juga dapat diketahui kebutuhan orang tua agar mau dan mampu memenuhi perawatan kesehatan gigi dan mulut pada anak autis. Penelitian ini tidak menggunakan penelitian kuantitatif karena tujuan dari penelitian ini adalah untuk menggali persepsi orang tua secara mendalam terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut anak autis yang bersifat subjektif dan berbeda-beda (*multiple*). Sedangkan, pada penelitian kuantitatif masalah dilihat atau diteliti secara objektif dan bersifat tunggal. Sehingga penelitian kualitatif lebih tepat diterapkan untuk tujuan penelitian ini.

4.2 Rancangan Penelitian

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan metode wawancara mendalam (*in-depth semi-structured interview*). Wawancara mendalam merupakan metode pengumpulan data yang sering digunakan dalam penelitian kualitatif. Wawancara mendalam secara umum adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab secara bertatap muka antara pewawancara dengan informan atau orang yang diwawancarai. Metode wawancara mendalam ini dilakukan dengan menggunakan daftar pertanyaan yang telah dipersiapkan sebelumnya sebagai pedoman (Moleong, 2014). Wawancara secara mendalam dilakukan dalam penelitian ini karena peneliti ingin menggali secara mendalam informasi mengenai persepsi orang tua terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus. Wawancara mendalam yang akan dilakukan pada penelitian ini yaitu secara offline dengan bertemu kepada pihak-pihak yang berkaitan jika hal tersebut memungkinkan, atau secara *online* melalui *voice call/video call* agar dapat saling berkomunikasi walaupun terhalang oleh jarak tetapi hal tersebut akan tetap berjalan dengan baik, selain itu akan dilakukan perekaman atas persetujuan responden yang bersangkutan.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah orang tua dari anak autis di Sidoarjo.

4.3.2 Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini merupakan orang tua dari berbagai SLB yang tersebar di Sidoarjo, dengan kriteria sebagai berikut:

Kriteria Inklusi:

1. Orang tua yang memiliki anak autis berusia 6-12 tahun
2. Tidak ada gangguan kesehatan lain pada anak
3. Bersedia untuk menjadi responden dan dilakukan wawancara yang direkam melalui *offline* atau *online*

Kriteria Eksklusi:

1. Orang tua yang memiliki anak autis disertai dengan gangguan kesehatan lainnya.
2. Orang tua tidak bersedia untuk dilakukan wawancara atau dilakukan rekaman wawancara

4.3.3 Identifikasi dan Recruitment Partisipan

Untuk mengidentifikasi dan merekrut partisipan dalam penelitian ini, peneliti akan melakukan kerjasama dengan UPTD Anak Berkebutuhan Khusus di Sidoarjo untuk membantu menyebarkan atau memberikan informasi terkait penelitian ini kepada SLB di Sidoarjo. Jika responden bersedia akan diminta untuk mengisi link pendaftaran, kemudian akan dihubungi oleh peneliti untuk menentukan jadwal dan lokasi wawancara.

4.3.4 Teknik Pengambilan Sampel

Dalam pengambilan sampel penelitian ini, teknik yang digunakan adalah *non-probability sampling* dengan teknik *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2016).

Teknik ini dipilih karena adanya kriteria responden yang dibutuhkan dan tidak semua sampel yang ada memiliki kriteria yang sesuai dengan dibutuhkan. Oleh karena itu, penulis memilih teknik ini untuk menetapkan kriteria-kriteria tertentu yang harus dipenuhi oleh responden yang akan diwawancara dalam penelitian ini.

4.3.5 Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan saturasi data. Saturasi data merupakan keadaan dimana data yang diperoleh tidak lagi mendapatkan informasi yang baru, hal ini terjadi karena terdapat kejenuhan informasi. Artinya penambahan responden berikutnya tidak akan memberikan tambahan informasi yang baru (Murti, 2010). Dalam penelitian ini perkiraan jumlah sampel adalah sekitar 20-25 responden.

4.4 Instrumen Penelitian

Pada penelitian ini instrumen dalam pengambilan data adalah berupa pedoman wawancara.

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.5.1 Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Kota Sidoarjo

4.5.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan Juli hingga Desember 2021.

4.6 Alat dan Bahan Penelitian

1. Pedoman wawancara
2. Buku tulis

3. Ballpoint
4. Mobile phone/*voice recorder*
5. Laptop

4.7 Cara Kerja

4.7.1 Pengajuan Laik Etik Penelitian

Pengajuan laik etik penelitian kepada komisi laik etik penelitian kesehatan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga.

4.7.2 Persiapan Penelitian

Penelitian dilakukan di SLB yang tersedar di wilayah Kota Sidoarjo.

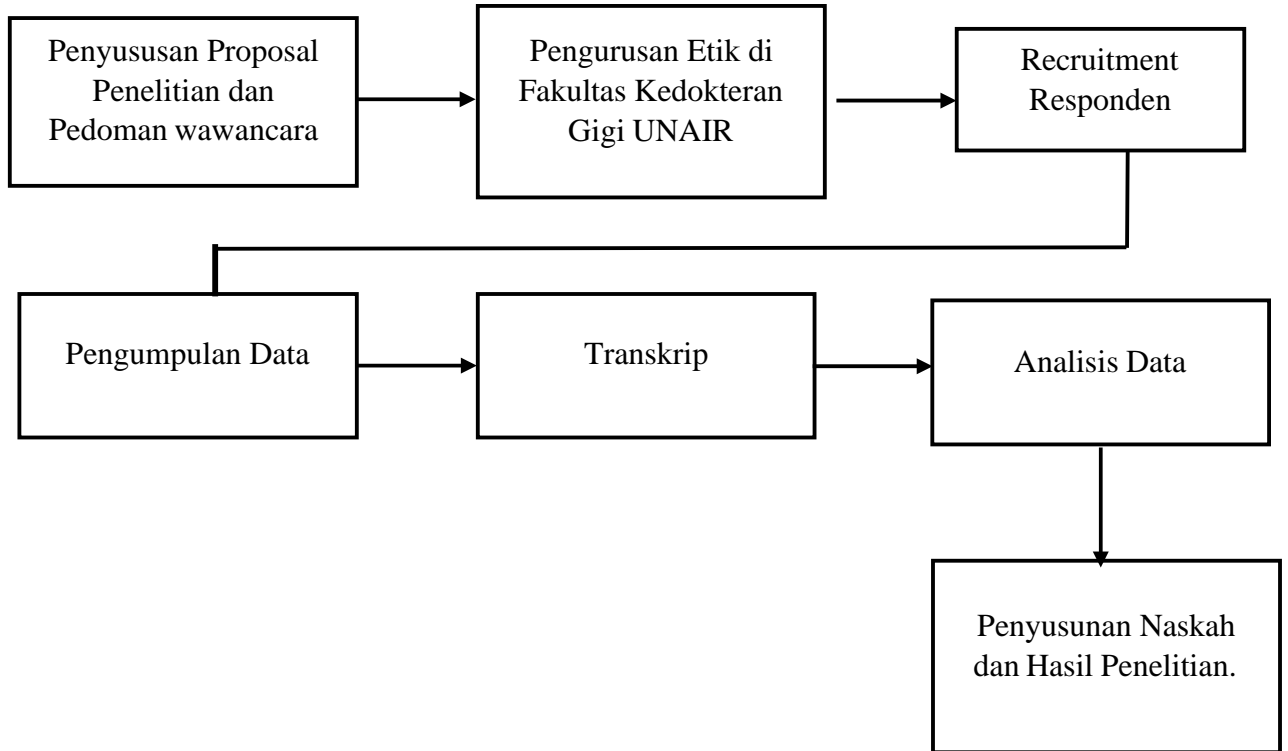
1. Memberikan informasi kepada yang terkait dengan penelitian melalui UPTD Anak Berkebutuhan Khusus di Sidoarjo dan memberikan informasi kepada SLB terkait
2. Melakukan pendataan terhadap responden yang bersedia menjadi calon responden melalui link pendaftaran
3. Mempersiapkan alat bahan yang dibutuhkan dalam melakukan wawancara
4. Menghubungi responden untuk memastikan waktu dan tempat pelaksanaan wawancara

4.7.3 Pelaksanaan Penelitian

1. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan pada saat penelitian
2. Memberikan pernyataan persetujuan atau informed consent untuk menjadi responden penelitian

3. Melakukan wawancara secara *offline/online* sesuai kesepakatan dengan responden
4. Membuat transkrip dan analisis dari wawancara yang telah dilakukan

4.8 Prosedur Penelitian



4.9 Rancangan Jadwal Pelaksanaan Penelitian

Tabel 4.1 Rancangan Jadwal Pelaksanaan Penelitian

No.	Kegiatan	Mar 2021	Apr 2021	Mei 2021	Juni 2021	Juli 2021	Agst 2021	Sept 2021	Okt 2021	Nov 2021	Des 2021
1.	Penyusunan Proposal										
2.	Penyusunan Pedoman Wawancara										
3.	Ujian Proposal										
4.	Pengurusan Etik										
5.	Recruitment Responden										
6.	Pengumpulan Data										
7.	Transkrip										
8.	Analisis Data										
9.	Penyusunan Naskah										

4.10 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis tematik. Analisis tematik merupakan salah satu cara untuk menganalisis data dengan tujuan untuk mengidentifikasi pola atau untuk menentukan tema melalui data yang telah dikumpulkan oleh peneliti (Braun & Clarke, 2013). Metode ini merupakan metode yang sangat efektif apabila sebuah penelitian bermaksud untuk mengungkapkan secara rinci informasi yang mereka miliki. Tahapan analisis data secara tematik adalah sebagai berikut:

1. Mengenali data

Dalam pengenalan data, peneliti telah mengumpulkan data dengan melakukan wawancara atau *in-depth* interview menggunakan *recorder*

handphone untuk merekam wawancara. Kemudian peneliti harus mengenal dan memahami data dengan cara membaca dan mendengarkan kembali data mereka beberapa kali, dan mencatat hal-hal yang dianggap penting untuk menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian. Transkrip data dalam bentuk teks dapat menjadi cara yang sangat baik untuk mengenali data. Setelah transkrip sudah dibuat, peneliti melakukan pemeriksaan ulang sekali lagi untuk memastikan bahwa transkrip wawancara sesuai dengan data audio. Peneliti kemudian membaca kembali transkrip wawancara untuk menemukan hal-hal yang dianggap penting terkait persepsi orang tua terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis.

2. Menyusun kode

Menyusun kode merupakan menghasilkan kode dari data. Peneliti melakukan pengkodean dari hasil membaca transkrip wawancara dengan seksama dengan membuat catatan disamping jawaban responden atau memberi highlight pada jawaban yang terkait dengan persepsi orang tua terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis.

3. Menentukan tema dan sub tema

Mencari tema merupakan makna yang lebih luas dari kode, tema memiliki pola yang koheren dan bermakna dari data untuk menjawab suatu pertanyaan penelitian. Pada fase ini peneliti mulai memilah dan menyusun kode yang berbeda ke dalam tema yang dianggap potensial untuk menjawab suatu pertanyaan penelitian mengenai persepsi orang tua terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis.

4. Meninjau tema dan sub tema

Penulis meninjau kembali tema-tema yang telah dibuat. Hubungan antara tema dan kode harus jelas dan koheren. Oleh karena itu, peneliti perlu membaca kembali kode-kode yang sudah dikumpulkan untuk setiap tema. Apabila ada tema yang dianggap tidak sesuai maka tema tersebut dapat direduksi atau dihilangkan. Hal ini dilakukan untuk menentukan tema yang akurat mengenai persepsi orang tua terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis.

5. Mendefinisikan dan memberi nama tema dan sub tema

Mendefinisikan dan memberi nama tema dan sub tema merupakan menjelaskan tema yang telah dibuat berdasarkan data-data yang telah ditemukan. Peneliti membuat sebuah cerita analitis bagaimana tema tersebut sesuai untuk menjawab pertanyaan penelitian mengenai persepsi orang tua terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis.

6. Membuat laporan

Peneliti menuliskan laporan hasil analisis tematik dari transkrip wawancara untuk menjawab pertanyaan dan tujuan dari penelitian mengenai persepsi orang tua terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis.

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1 Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan menggunakan teori *Health Belief Model* dengan melakukan wawancara terhadap 20 responden. Responden yang dilakukan wawancara merupakan orang tua yang memiliki anak berkebutuhan khusus usia 6-12 tahun di Sidoarjo. Rentang usia ibu dari anak berkebutuhan khusus yang menjadi responden adalah 25 – 45 tahun. Karakteristik responden diberikan pada tabel 5.1

Tabel 5 1 Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Jumlah Responden
Usia responden	
25-30 tahun	9
30-35 tahun	6
36-40 tahun	3
41-45 tahun	2
Usia anak responden	
6-8 tahun	8
8-10 tahun	5
11-12 tahun	7
Data pekerjaan informan	
Bekerja	8
Tidak Bekerja/Ibu Rumah Tangga	12

Dari hasil analisis tematik dengan menggunakan *health belief model* sebagai kerangka teori didapatkan enam tema yang berkaitan dengan persepsi orang tua terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis di Sidoarjo, yaitu: 1. Persepsi orang tua terhadap kerentanan terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis; 2. Persepsi orang tua terhadap keparahan karies gigi pada anak autis; 3. Persepsi orang tua terhadap hambatan yang terjadi dalam menangani perawatan gigi dan mulut pada anak autis; 4. Persepsi orang tua dalam mengevaluasi manfaat penerapan pencegahan terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis; 5. Persepsi orang tua terhadap kemampuan diri dalam mencegah dan meminimalisir terjadinya dan timbulnya penyakit gigi dan mulut pada anak autis; 6. Persepsi orang tua terhadap adanya isyarat untuk melakukan pencegahan dan perawatan gigi dan mulut pada anak autis.

Tabel 5 2 Tema dan Sub-Tema

TEMA	SUB TEMA
1. <i>Perceived susceptibility</i> / Persepsi orang tua terhadap kerentanan terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis	- Persepsi terhadap kebersihan gigi dan mulut pada anak autis - Persepsi terhadap kebiasaan makan makanan manis pada anak autis
2. <i>Perceived severity</i> / Persepsi orang tua terhadap keparahan karies gigi pada anak autis	- Persepsi terhadap dampak karies gigi pada kondisi emosional anak autis

	<ul style="list-style-type: none"> - Persepsi terhadap hambatan makan dan minum akibat karies gigi pada anak autis
<p>3. <i>Perceived barrier/</i> Persepsi orang tua terhadap hambatan yang terjadi dalam menangani perawatan gigi dan mulut pada anak autis</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Persepsi hambatan terkait dengan keterbatasan kemampuan motorik anak autis dalam menyikat gigi - Persepsi hambatan dalam membatasi konsumsi makanan dan minuman manis pada anak autis - Persepsi hambatan untuk membawa anak autis ke dokter gigi
<p>4. <i>Perceived benefit/</i> Persepsi orang tua dalam mengevaluasi manfaat penerapan pencegahan terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Persepsi manfaat pada kualitas hidup anak autis - Persepsi manfaat pada rasa kepuasan pribadi
<p>5. <i>Self efficacy/</i> Persepsi orang tua terhadap kemampuan diri dalam mencegah dan meminimalisir terjadinya dan timbulnya penyakit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Persepsi terkait kemampuan dalam menerapkan sikat gigi yang baik dan benar - Persepsi terkait kemampuan dalam membawa anak pergi ke dokter gigi

gigi dan mulut pada anak autis	
6. <i>Cues to action</i> / Adanya isyarat untuk melakukan pencegahan dan perawatan gigi dan mulut pada anak autis	<ul style="list-style-type: none">- Akses dalam mencari informasi terkait kondisi gigi dan mulut pada anak autis- Peran orang tua dalam mengikuti komunitas aktif untuk anak autis- Upaya orang tua untuk membawa anak pergi ke dokter gigi

5.1.1 Persepsi Orang Tua Terhadap Kerentanan Terjadinya Penyakit Gigi Dan Mulut Pada Anak Autis

Tema pertama yang muncul adalah mengenai persepsi orang tua terhadap kerentanan terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis. Responden memiliki persepsi bahwa resiko terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis jauh lebih tinggi dibandingkan dengan anak normal pada umumnya. Hal tersebut didapatkan ketika responden menjawab pertanyaan terkait seberapa besar resiko terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis.

Sebagian besar responden menyampaikan bahwa anak autis memiliki motorik yang terbatas sehingga menyebabkan anak autis tidak bisa melakukan banyak hal atau memiliki keterbatasan dalam melakukan sesuatu, seperti yang disampaikan oleh salah satu responden yaitu

Namanya anak berkebutuhan khusus pasti beda ya mbak, menurut saya jauh lebih rentan terkait sama kemampuan [motorik] anak autis yang beda sama anak biasa -N, 29 tahun

Persepsi orang tua yang sudah disampaikan diatas dapat disimpulkan bahwa anak autis memiliki keterbatasan motorik sehingga menyebabkan kurangnya kesehatan gigi dan mulut anak mereka, maka responden merasa bahwa anak autis akan lebih rentan terkena penyakit gigi dan mulut. Persepsi orang tua terhadap kesehatan gigi dan mulut yang kurang menyebabkan orang tua memilih untuk melakukan perawatan gigi dan mulut secara pribadi maupun ke dokter gigi.

Akan tetapi, terdapat beberapa orang tua mengatakan bahwa kondisi gigi dan mulut pada anak autis sama dengan anak normal pada umumnya. Responden berpikir bahwa kondisi gigi dan mulut pada anak autis tergantung dengan orang tua dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut pada anak autis. Beberapa responden memiliki persepsi bahwa resiko terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis memiliki resiko yang sama besarnya dengan anak normal pada umumnya. Hal tersebut sama seperti yang dikatakan oleh salah satu responden

Kalo saya ya sama aja mbak, ngga ada bedanya mau anaknya autis atau engga kayaknya ya sama aja ya mbak kalo ngga di jaga ya pasti bakal sakit gigi gitu sih mbak – A, 37 tahun.

Responden juga berpendapat mengenai kesehatan gigi dan mulut dari anak mereka memiliki kondisi yang baik, sehingga responden memiliki persepsi bahwa anak mereka tidak rentan dalam terjadinya penyakit gigi dan mulut. Seperti yang dikatakan oleh salah satu responden “Gigi anak saya kondisinya bagus jadi kayaknya ya ngga rentan sih mbak”. –A, 37 tahun. Persepsi orang tua yang disampaikan dapat disimpulkan bahwa mereka merasa mampu untuk menjaga gigi dan mulut anak autis, sehingga responden merasa kondisi gigi dan mulut pada anak mereka baik tidak membutuhkan perawatan.

Anak autis cenderung lebih suka makan makanan yang manis, hal tersebut akan berpengaruh terhadap kerentanan dalam terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis. Beberapa responden menyampaikan bahwa mereka tidak bisa membatasi anak mereka untuk tidak memakan makanan manis, seperti yang

disampaikan oleh salah satu responden yaitu “Anak saya itu ya itu sukanya makan yang manis-manis, mau gak dikasih juga kasian mbak” –Y, 38 tahun. Mereka merasa bahwa jika anak mereka tidak diberikan apa yang ia mau, maka akan memperburuk keadaan anak mereka. Sehingga, mereka akan tetap memilih untuk memberikan apa yang anak mereka mau.

5.1.2 Persepsi Orang Tua Terhadap Keparahan Karies Gigi Pada Anak Autis

Tema kedua yang muncul adalah mengenai persepsi orang tua terhadap keparahan penyakit yang terjadi pada gigi dan mulut anak autis. Hal ini didapatkan ketika responden menjawab pertanyaan terkait bagaimana keparahan karies gigi pada anak autis. Sebagian besar responden mengatakan bahwa karies gigi memiliki dampak negatif pada anak autis terutama terkait dengan rasa sakit yang dirasakan akibat karies gigi.

Sebagian besar responden juga menyampaikan hal terkait yang dirasakan pada saat anak mereka mengalami permasalahan gigi, yaitu berkaitan dengan emosional yang dirasakan oleh anak autis. Seperti yang dikatakan oleh salah satu responden yaitu “Biasanya kalo ada sakit gigi dia suka marah-marah mbak” –N, 29 tahun. Beberapa responden juga memiliki persepsi bahwa keparahan karies gigi pada anak autis dapat menyebabkan anak autis tersebut tantrum dan bisa sampai menangis karena sakit yang dirasakan anak tersebut. Seperti yang dikatakan oleh salah satu responden yaitu

...Kalo udah tantrum gitu repot mbak, bisa sampe lempar-lempar barang terus juga nangis kalo gak diturutin. Ditanya sakitnya dimana juga kadang gak tau dia juga bingung jadi ya pinter-pinter saya aja. –PR, 39 tahun

Persepsi orang tua yang sudah disampaikan diatas dapat disimpulkan bahwa pada saat anak autis mengalami permasalahan gigi salah satunya karies akan mempengaruhi emosional pada diri mereka, karena anak autis tidak dapat terlalu mengekspresikan apa yang dia rasakan maka mereka melampiaskan dengan cara contohnya yaitu marah, menangis, melempar-lempar barang.

Selain itu juga responden menyampaikan bahwa jika anak mereka memiliki penyakit gigi dan mulut salah satunya karies akan mengganggu pola makannya, seperti yang dikatakan oleh salah satu responden yaitu “Kalo giginya sakit itu jadi susah makan dia, terus nanti saya yang harus nurutin pelan-pelan mau makan apa” –EMI, 29 tahun. Responden merasa pada saat anak mereka mengalami karies gigi akan menyusahkannya karena anak mereka akan lebih susah untuk makan dan minum akibat rasa sakit yang dirasakan. Salah satu responden menyampaikan juga alasan mengapa anak mereka mengalami gigi berlubang atau karies, seperti yang dikatakan salah satu responden dibawah yaitu

Kalo anak saya gigi nya banyak lubang, soalnya dia itu suka banget makan yang manis manis apalagi coklat dan permen itu hampir setiap saat dia makan. Sudah saya kasih tau tapi tetap saja. – PR, 39 tahun

Persepsi orang tua diatas dapat disimpulkan bahwa pada saat anak mereka mengalami karies gigi, mereka akan lebih susah untuk mengatur makan dan minum pada anak autis. Hal tersebut terjadi karena anak autis susah untuk diarahkan jika tidak sesuai dengan kemauan mereka pribadi. Dari beberapa hal diatas dapat disimpulkan bahwa orang tua merasa anak mereka butuh dalam perawatan gigi dan mulut.

5.1.3 Persepsi Orang Tua Terhadap Hambatan Yang Terjadi Dalam Menangani Dan Menjaga Gigi Dan Mulut Pada Anak Autis

Tema ketiga yang muncul adalah mengenai persepsi orang tua terhadap hambatan yang terjadi dalam menangani perawatan gigi dan mulut pada anak autis. Beberapa responden menyampaikan beberapa hambatan dan rata-rata menyampaikan mengenai kendala pada saat mengarahkan anak autis tersebut untuk melakukan sikat gigi dan kesabaran yang harus lebih ekstra agar anak tersebut mau untuk tetap menjaga kebersihan gigi dan mulut mereka. Hal ini didapatkan dari pertanyaan mengenai hambatan apa yang dialami dalam menangani dan menjaga gigi dan mulut pada anak autis.

Keterbatasan motorik pada anak autis merupakan hal yang sangat mempengaruhi pola hidup anak tersebut, salah satunya yaitu dalam hal menyikat gigi. Menyikat gigi merupakan hal yang cukup menjadi hambatan dalam menangani dan menjaga kesehatan gigi dan mulut pada anak autis, hal ini dikarenakan anak autis memiliki keterbatasan motorik dan kurang bisa untuk diajak berkoordinasi bersama. Sehingga, orang tua harus berperan dalam melakukan sikat

gigi pada anak autis. Seperti yang sudah disampaikan oleh salah satu responden yaitu:

...Kendala nya kalo disuruh sikat gigi harus saya arahin saya bantu, jadi kalo sikat gigi susah karena anaknya tidak bisa dipaksa jadi kalo tidak dituntun ya tidak mau.

– EMI, 27 tahun

Persepsi orang tua yang sudah disampaikan diatas dapat menunjukkan bahwa hambatan yang dirasakan orang tua adalah dalam hal menyikat gigi, orang tua harus tetap mengarahkan dan mengawasi agar anak mereka mau melakukan hal tersebut.

Beberapa responden juga menyampaikan hal yang serupa, yaitu kendala utama nya adalah dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut yaitu sikat gigi, karena anak autis harus tetap dibimbing dan tidak bisa melakukan apa-apa sendiri. Selain mengenai sikat gigi, beberapa responden juga menyampaikan mengenai emosional orang tua dalam menangani hal tersebut yaitu berupa kesabaran yang harus lebih besar dibanding dengan menangani anak normal pada umumnya. Seperti yang disampaikan oleh salah satu responden yaitu “Sabar yang harus luar biasa dalam menangani dan dukungan dari keluarga itu lebih penting” – N, 29 tahun.

Muncul juga pendapat terkait hambatan dalam mencegah dan menjaga gigi dan mulut pada anak autis adalah makanan yang dikonsumsi oleh anak autis. Sebagian besar responden menyampaikan jika anak mereka lebih suka memakan makanan yang mengandung gula lebih tinggi, tetapi beberapa responden memilih untuk tetap memberikan makanan manis kepada anak mereka karena responden

berpikir bahwa jika tidak diberikan apa yang anak mereka mau maka anak tersebut akan marah lebih besar. Hal tersebut didapatkan dari pernyataan salah satu responden yaitu

Saya mau gak mau harus kasih makanan yang dia mau, karena kalo gak diturutin bisa bikin dia berontak mbak. Saya juga repot sebenarnya, mau gak dikasih nanti dia marah tapi dikasih juga nanti malah bikin dia sakit gigi kalo terus terusan – PR, 39 tahun.

Persepsi orang tua yang sudah disampaikan diatas dapat disimpulkan bahwa hambatan yang orang tua rasakan adalah dalam membatasi anak mereka untuk makan dan minum yang manis, responden merasa bahwa jika membatasi hal tersebut maka akan membuat anak mereka jauh lebih buruk keadaannya dibandingkan dengan memaksa anak mereka untuk tidak makan dan minum yang manis.

Selanjutnya yaitu hambatan yang dirasakan orang tua adalah hambatan untuk pergi ke dokter gigi. Banyak pertimbangan yang perlu dipikirkan oleh orang tua untuk membawa anak mereka pergi ke dokter gigi. Responden merasa jika membawa anak mereka ke dokter gigi harus menyesuaikan dengan kondisi anak mereka yang tidak semua dokter gigi mengerti terkait hal yang dialami oleh anak mereka. Hambatan yang dirasakan responden dalam membawa anak mereka untuk pergi ke dokter gigi disampaikan oleh salah satu responden yaitu

Saya lebih mikir ke biaya bawa ke dokter gigi mbak, kan gak murah ya jadi itu juga saya pertimbangkan. Kalo anak saya gak sakit banget ya saya obatin sendiri pake obat yang ada –DP, 27 tahun

Persepsi orang tua yang muncul diatas dapat disimpulkan bahwa yang menjadi hambatan untuk membawa anak mereka pergi ke dokter gigi adalah salah satunya biaya. Biaya yang dikeluarkan pada saat membawa anak mereka ke dokter gigi merupakan biaya yang tidak cukup murah bagi beberapa responden. Mereka memilih untuk mempertimbangkan apakah anak mereka perlu ke dokter gigi atau dapat diatasi sendiri mengingat keterbatasan biaya yang responden miliki.

5.1.4 Persepsi Orang Tua Dalam Mengevaluasi Manfaat Penerapan Pencegahan Terjadinya Penyakit Gigi Dan Mulut Pada Anak Autis

Tema keempat yang muncul adalah mengenai persepsi orang tua dalam mengevaluasi manfaat penerapan pencegahan terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis. Mengevaluasi manfaat disini adalah jawaban responden terhadap apa yang sudah dilakukan selama ini dalam menangani penerapan pencegahan terjadinya penyakit gigi dan mulut. Dalam hal ini sebagian besar responden memiliki pendapat yang sama yaitu hal yang dilakukan dalam mencegah terjadinya penyakit gigi dan mulut ini sangat berpengaruh dalam kesejahteraan anak mereka.

Hal ini berkaitan dengan pertanyaan mengenai jika melakukan penerapan pencegahan terhadap terjadinya penyakit gigi dan mulut apakah cukup bermanfaat.

Sebagian besar responden merasakan manfaat yang begitu besar dalam menerapkan pencegahan terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis,

mereka merasa bahwa jika mereka menerapkan berbagai hal untuk mengatasi permasalahan gigi dan mulut. Apa yang dilakukan oleh responden akan sangat mempengaruhi pada kualitas hidup dari anak mereka, seperti yang disampaikan oleh salah satu responden yaitu

Manfaat yang saya dapat tentunya sangat bermanfaat ya apalagi untuk anak saya, karena kalo melakukan pencegahan tentunya anak saya juga akan merasa lebih safe ya. Pokoknya apapun yang bisa membuat anak saya tidak merasa kesakitan dan mendapat penyakit semua pasti akan bermanfaat – A, 31 tahun

Persepsi orang tua yang muncul diatas menunjukkan bahwa mereka merasa sangat bermanfaat untuk kualitas hidup anak mereka, jika anak mereka tidak merasakan kesakitan akan membuat orang tua juga jauh lebih tenang. Beberapa responden juga menyampaikan terkait manfaat pada kualitas hidup anak mereka, responden merasa jika mereka dapat menerapkan pencegahan terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis maka akan bermanfaat besar untuk masa depan anak mereka. Terdapat rasa kepuasan pribadi bagi orang tua jika anaknya terhindar dari penyakit gigi dan mulut, seperti yang dikatakan oleh salah satu responden yaitu:

Bermanfaat banget ya soalnya kan bisa bikin kedepannya dia jauh dari penyakit gigi mbak, kan kita sebagai orang tua juga senang kalo anak kita sehat terus apalagi kalo dijauhkan dari semua penyakit. –PR, 39 tahun

Persepsi orang tua diatas menunjukkan bahwa manfaat yang didapatkan adalah orang tua dapat merasa lega jika anaknya tidak mengalami masalah gigi dan mulut. Selain itu juga orang tua akan dapat bisa lebih mengerti kondisi gigi dan mulut pada anak mereka.

5.1.5 Persepsi Orang Tua Terhadap Kemampuan Diri Dalam Mencegah Dan Meminimalisir Terjadinya dan Timbulnya Penyakit Gigi Dan Mulut Pada Anak Autis

Tema kelima yang muncul adalah persepsi orang tua terhadap kemampuan diri dalam mencegah dan meminimalisir terjadinya dan timbulnya penyakit gigi dan mulut pada anak autis. Dalam hal ini sebagian besar responden menjawab jika mereka mampu melakukan berbagai cara dalam mencegah dan meminimalisir hal tersebut, karena menurut mereka hal itu sangat berpengaruh dan sangat penting bagi anak autis.

...Saya rasa sudah mampu dan maksimal jika dalam mencegah yaitu dengan cara menjaga pola makan dan rutin sikat gigi aja sih mba yang bisa saya lakukan. –M, 30 tahun

Selain itu juga beberapa responden berpendapat bahwa mereka harus mampu dan bisa dalam menerapkan pencegahan dan meminimalisir terjadinya penyakit gigi dan mulut, walaupun tidak maksimal tetapi mereka tetap selalu mengusahakan melakukan yang terbaik. Seperti yang dikatakan oleh salah satu

responden yaitu “Harus bisa dan mampu, namanya demi anak pasti semua harus dilakukan walaupun penuh dengan pengorbanan dan waktu yang diluangkan” – A, 41 tahun.

Persepsi orang tua yang disampaikan dapat disimpulkan bahwa mereka akan melakukan hal yang dapat meminimalisir terjadinya penyakit gigi dan mulut. Termasuk juga dengan membawa anak mereka ke dokter gigi, beberapa responden mengatakan jika mereka akan membawa anak mereka untuk pergi ke dokter gigi jika terdapat permasalahan gigi dan mulut yang dialami anak mereka “Kalo anak saya udah merasa kesakitan ya nanti saya bawa dia buat periksa mbak” –A, 41 tahun.

5.1.6 Persepsi Orang Tua Terhadap Adanya Isyarat Untuk Melakukan Pencegahan Dan Perawatan Gigi Dan Mulut Pada Anak Autis

Tema yang terakhir adalah mengenai isyarat untuk mendapat informasi dan saran dari tenaga medis untuk melakukan pencegahan dan perawatan gigi dan mulut. Dari berbagai persepsi diatas yang sudah muncul, terdapat pemicu yang diperoleh sebagai isyarat responden untuk mendapatkan informasi dan pencegahan serta perawatan gigi dan mulut pada anak autis.

Beberapa responden memilih untuk mencari informasi dari media informasi seperti internet. Responden memilih untuk melakukan hal tersebut karena pada saat ini apapun yang mereka cari dan butuhkan sudah terdapat di internet. Sama halnya dengan kondisi yang anak mereka alami, mereka terkadang memilih untuk mencari informasi tersebut di internet. Seperti yang telah disampaikan oleh salah satu responden yaitu:

Saya biasanya cari dan baca-baca lewat google, cari informasi kalau anak saya begini saya harus apa lalu apa yang saya lakukan – DP, 27 tahun

Selain itu juga beberapa responden mengatakan bahwa informasi lainnya didapatkan dari sebuah komunitas yang berjalan aktif di suatu daerah khususnya Sidoarjo, mereka mengatakan bahwa itu sangat membantu untuk mendapatkan sebuah informasi, selain itu juga pada beberapa komunitas aktif untuk anak autis terdapat pemeriksaan gigi rutin yang dilakukan di salah satu sekolah atau yayasan. Seperti yang dikatakan oleh salah satu responden yaitu:

Saya mencari tahu tentang komunitas anak berkebutuhan khusus terutama untuk anak autis, lalu saya mendapat informasi terkait hal tersebut. Setelah saya masuk ternyata kok sangat membantu saya, dalam hal menangani anak saya dan juga informasi terbaru yang saya belum tau – Y, 38 tahun

Terdapat juga beberapa responden yang mencari informasi dan bertindak dengan pergi ke dokter gigi dengan beberapa pertimbangan yang mungkin tidak mudah, seperti kondisi, emosional, biaya, dan lain sebagainya. Bagi beberapa responden pergi ke dokter gigi bukanlah hal yang mudah untuk dilakukan, mengingat dengan kondisi anak mereka yang memiliki keterbatasan. Seperti yang disampaikan responden yaitu

...Ya mungkin kalau anak saya sudah merasa sakit banget, saya akan bawa anak saya ke dokter gigi karena kalau dibiarin nanti kan kasian anak saya juga ya. Tapi saya juga tetap mempertimbangkan berbagai hal, karena mengingat anak autis memiliki perbedaan dengan anak normal pada umumnya – M, 30 tahun

Persepsi orang tua yang telah disampaikan diatas menunjukkan bahwa mereka butuh untuk membawa anak mereka untuk pergi ke dokter gigi, tetapi masih banyak kekhawatiran yang orang tua rasakan. Beberapa hal yang menjadi pertimbangan akan dipikirkan secara matang apakah membawa anak ke dokter gigi atau tetap membiarkan anak mereka merasa kesakitan.

BAB 6

PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan pada 20 orang tua yang memiliki anak dengan gangguan autisme di Sidoarjo dengan menggunakan teori *Health Belief Model* yang menghasilkan enam tema dan dianalisis menggunakan *thematic analysis* yaitu *perceived susceptibility* atau persepsi kerentanan terhadap suatu penyakit, *perceived severity* atau persepsi terhadap keparahan dari suatu penyakit, *perceived barrier* atau persepsi terhadap hambatan untuk melakukan upaya pencegahan dari suatu penyakit, *perceived benefit* atau persepsi terhadap manfaat dalam melakukan upaya pencegahan suatu penyakit, *perceived self efficacy* atau persepsi terhadap kepercayaan diri, dan *cues to action* atau isyarat untuk bertindak seseorang untuk melakukan suatu perilaku.

Persepsi yang muncul pertama adalah *perceived susceptibility* atau persepsi kerentanan terhadap suatu penyakit. Pada penelitian ini persepsi responden terhadap kerentanan terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autisme memberikan pernyataan bahwa resiko terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autisme memiliki resiko yang lebih tinggi dibandingkan dengan anak normal pada umumnya. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan Desiningrum (2015) mengatakan bahwa anak berkebutuhan khusus akan lebih rentan terkena penyakit gigi dan mulut karena mereka memiliki kekurangan dan keterbatasan mental maupun fisik untuk dapat melakukan pembersihan gigi dan mulut secara optimal. Berdasarkan *Health Belief Model* tentang *perceived susceptibility*, semakin besar resiko yang dirasakan maka akan semakin besar pula kemungkinan individu terlibat

dalam perilaku untuk mengurangi resikonya. Ketika seseorang percaya mereka berada dalam resiko penyakit, maka seseorang akan cenderung melakukan sesuatu untuk melakukan pencegahan. Sebaliknya juga jika seseorang percaya mereka tidak beresiko atau memiliki anggapan rendahnya risiko kerentanan maka perilaku pencegahan cenderung tidak dilakukan (Glanz et al., 2002).

Persepsi yang muncul kedua adalah *perceived severity* atau persepsi terhadap keparahan suatu penyakit. Pada penelitian ini orang tua memiliki persepsi bahwa keparahan penyakit gigi dan mulut salah satunya karies gigi yang timbul pada anak autis memiliki resiko keparahan yang tinggi karena pada anak autis cenderung menyukai makanan yang mengandung gula yang tinggi. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan Lisma *et al* (2005) mengatakan bahwa kebiasaan pada anak autis adalah mengkonsumsi makanan kariogenik sehingga resiko karies lebih tinggi. Selain itu juga keparahan penyakit gigi dan mulut pada anak autis ini akan mempengaruhi emosional anak tersebut, mereka akan merasakan kesakitan dan dapat membuat emosional mereka tidak stabil sampai marah, melempar barang, dan lain sebagainya. Hal ini sesuai dengan penelitian Suryana (2004) yang mengatakan bahwa anak penyandang autis mempunyai berbagai masalah yang mengganggu dalam berbagai bidang, antara lain dalam bidang interaksi sosial, komunikasi, pola bermain, gangguan sensoris, perilaku, dan emosi. Berdasarkan *health belief model* tentang *perceived severity* merupakan keparahan yang dirasakan seseorang terhadap suatu penyakit akan mempengaruhi niat untuk melakukan suatu tindakan atau perilaku, karena tindakan seseorang untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit didorong atau dibantu oleh persepsi terhadap ancaman penyakit tersebut (Agustina, et al., 2016).

Persepsi yang muncul ketiga adalah *perceived barrier* atau persepsi terhadap hambatan untuk melakukan upaya pencegahan suatu penyakit. Pada penelitian ini, dari wawancara yang sudah dilakukan orang tua merasakan bahwa mereka memiliki hambatan untuk melakukan pencegahan penyakit gigi dan mulut pada anak autis, karena pada anak autis memerlukan adanya bimbingan dan arahan dari orang tua untuk melakukan segala upaya pencegahan. Termasuk dalam sikat gigi, beberapa responden menyampaikan jika anak mereka tetap harus diarahkan untuk melakukan sikat gigi ditambah juga terkadang emosional pada anak autis sangat tidak dapat ditebak. Sesuai dengan penelitian Rao (2005) mengatakan bahwa kesulitan yang ditemui anak berkebutuhan khusus dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut yang baik karena kurangnya konsentrasi serta kemampuan motorik dari seorang anak tersebut. Secara umum terdapat rentan kemampuan dalam menyikat gigi pada anak berkebutuhan khusus karena koordinasi gerakan, kemampuan bawaan, kemampuan untuk memahami instruksi. Selain itu hambatan yang sering dirasakan adalah emosi yang tidak stabil sehingga membuat orang tua harus lebih ekstra sabar dalam membantu anak mereka untuk melakukan sikat gigi rutin. Sesuai dengan penelitian Indahwati *et al.* (2015) mengatakan bahwa emosi pada anak autis berbeda dengan anak normal pada umumnya. Pada penelitian ini, meskipun terdapat hambatan orang tua dalam melakukan pencegahan penyakit gigi dan mulut pada anak autis. Mereka tetap terdapat keinginan untuk melakukan pencegahan dengan melakukan berbagai cara dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut.

Berdasarkan *Health Belief Model* tentang *perceived barrier*, hambatan yang dirasakan seseorang terhadap suatu perilaku kesehatan dapat menjadi hal yang dipertimbangkan untuk mampu menerapkan perilaku kesehatan tersebut. *Perceived*

barrier dipertimbangkan bersama dengan *perceived susceptibility* dan *perceived severity* untuk menentukan seberapa besar keinginan individu untuk menerapkan suatu perilaku kesehatan. *Perceived barrier* juga dipertimbangkan bersama dengan *perceived benefit*, dimana seseorang yang tidak merasakan adanya hambatan maka mereka pasti menerapkan perilaku kesehatan yang mereka sukai (Glanz et al., 2002). Hasil dari penelitian ini sesuai dengan teori *Health Belief Model* karena dari persepsi orang tua akan terjadinya hambatan yang dirasakan dalam melakukan pencegahan penyakit gigi dan mulut pada anak autisme menjadi pertimbangan orang tua dalam melakukan pencegahan terjadinya penyakit gigi dan mulut.

Persepsi yang muncul keempat adalah *perceived benefit* atau persepsi terhadap manfaat dari melakukan upaya pencegahan dari suatu penyakit. Pada penelitian ini, sebagian besar responden menyatakan bahwa dengan melakukan sikat gigi yang rutin sangat bermanfaat demi mencegah terjadinya penyakit gigi dan mulut dengan tetap melakukan arahan dan bimbingan kepada anak mereka. Berdasarkan *Health Belief Model* tentang *perceived benefit*, persepsi manfaat merupakan penilaian individu mengenai keuntungan yang didapat dengan mengadopsi perilaku kesehatan yang disarankan (Agustina, et al., 2016). Semakin tinggi persepsi akan manfaat yang diterima, maka akan semakin tinggi pula *self efficacy*, sehingga nantinya akan berpengaruh pada perilaku kesehatan yang akan dilakukan (Glanz et al., 2002). Hasil dari penelitian ini sesuai dengan teori *Health Belief Model* karena dari persepsi responden terdapat manfaat yang didapatkan dalam menerapkan sikat gigi yang rutin pada anak autisme untuk menerapkan pencegahan penyakit gigi dan mulut pada anak autisme.

Persepsi kelima yang muncul adalah *perceived self efficacy* atau persepsi terhadap kepercayaan diri. Pada penelitian ini responden merasa mampu untuk melakukan pencegahan dan perawatan penyakit gigi dan mulut pada anak autis. Hal ini dipengaruhi oleh persepsi kerentanan terhadap suatu penyakit, persepsi keparahan dari suatu penyakit dan persepsi terhadap manfaat dari perilaku pencegahan penyakit. Mereka yakin bahwa hal-hal yang dilakukan cukup mampu menerapkan pencegahan pada anak mereka. Berdasarkan *Health Belief Model* tentang *self efficacy*, persepsi ini digambarkan sebagai kepercayaan seseorang akan kemampuannya untuk melakukan sesuatu. Kepercayaan diri mempengaruhi tindakan seseorang dalam berperilaku untuk melakukan pencegahan terjadinya penyakit. Semakin tinggi keyakinan diri untuk mampu melakukan tindakan pencegahan penyakit maka akan semakin baik dalam melakukan tindakan pencegahan (Agustina, et al., 2016).

Persepsi yang keenam adalah *cues to action* yaitu isyarat bertindak sebagai pemicu terbentuknya kecenderungan seseorang untuk melakukan suatu perilaku. Pada penelitian ini, isyarat yang diperoleh sebagian besar responden berasal dari informasi yang diberikan dari beberapa komunitas anak berkebutuhan khusus terutama komunitas anak autis. Selain itu juga perilaku yang dilakukan oleh beberapa responden akan tetap membawa anak mereka untuk pergi ke dokter gigi dengan berbagai macam pertimbangan mengingat tentang keterbatasan yang dialami oleh anak mereka, sehingga banyak hal yang perlu dipikirkan terlebih dahulu sebelum memutuskan untuk pergi ke dokter gigi. Berdasarkan *Health Belief Model* tentang *Cues to action*, isyarat bertindak dipengaruhi faktor eksternal dan internal dalam menentukan perilaku kesehatan yang dapat berpengaruh pada

persepsi terhadap ancaman penyakit yang berhubungan langsung dengan kecenderungan seseorang untuk melakukan perilaku kesehatan (Oh *et al.*, 2013). Hasil penelitian sesuai dengan teori health belief model karena dari isyarat bertindak berupa perilaku dari responden yang tetap mempertimbangkan untuk membawa anak mereka untuk pergi ke dokter gigi untuk mendapatkan perawatan gigi dan mulut serta mencari informasi terkait hal yang dialami oleh mereka.

Pada penelitian kali ini terdapat kelebihan dan kekurangan yang peneliti dapatkan, karena ini merupakan penelitian kualitatif sehingga peneliti dapat memahami dan menggali secara mendalam mengenai jawaban dari responden. Tetapi, pada penelitian ini juga terdapat kendala dan keterbatasan yaitu terkait sumber bahasan yang belum banyak orang membahas mengenai persepsi orang tua terhadap kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis sehingga menjadi hambatan dalam mencari literatur dan referensi mengenai hal tersebut. Penelitian ini juga dilakukan secara *online* dan *offline*, sehingga akan terjadi kesalahpahaman dan kurangnya informasi karena adanya keterbatasan tersebut.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Dengan menggunakan *Health Belief Model* sebagai kerangka teori, hasil penelitian yang didapatkan terdapat enam tema yaitu sebagai berikut:

1. Tema yang pertama yaitu persepsi terhadap kerentanan penyakit, tema ini dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden merasa bahwa resiko terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis jauh lebih besar daripada anak normal akibat keterbatasan motorik dan makanan dan minuman manis yang dikonsumsi oleh anak autis.
2. Tema yang kedua yaitu persepsi terhadap keparahan suatu penyakit, tema ini dapat disimpulkan adalah terdapat beberapa pendapat terkait keparahan karies gigi pada anak autis yaitu emosional yang dirasakan anak pada saat mengalami karies gigi akan mempengaruhi keparahan karies gigi dan pola makan yang tidak teratur akan mempengaruhi keparahan karies gigi, maka orang tua merasa bahwa mereka membutuhkan perawatan gigi dan mulut pada anak autis.
3. Tema ketiga yaitu persepsi terhadap hambatan untuk melakukan pencegahan suatu penyakit gigi dan mulut, tema ini dapat disimpulkan bahwa hambatan yang dirasakan adalah keterbatasan motorik yang dialami oleh anak autis sehingga tidak bisa melakukan sikat gigi dengan maksimal, selanjutnya adalah hambatan dalam membatasi anak untuk makan dan minum yang manis, dan yang terakhir adalah hambatan dalam ke dokter gigi yaitu masalah biaya dan pertimbangan kondisi anak tersebut.
4. Tema keempat yaitu persepsi terhadap manfaat dari melakukan upaya pencegahan suatu penyakit, tema ini dapat disimpulkan bahwa orang tua merasa sangat bermanfaat dalam kualitas hidup anak dan juga manfaat dalam terhindarnya suatu penyakit gigi dan mulut.
5. Tema kelima yaitu persepsi terhadap kepercayaan diri atau kemampuan diri, tema ini dapat disimpulkan bahwa sebagian orang tua merasa dirinya mampu tetapi beberapa orang tua juga merasa bahwa dia kurang maksimal.

Beberapa responden juga merasa mampu untuk membawa anak mereka pergi ke dokter gigi.

6. Tema keenam yaitu isyarat bertindak untuk melakukan suatu perilaku kesehatan, tema ini dapat disimpulkan bahwa terdapat isyarat bertindak yang mempengaruhi orang tua untuk membawa anak pergi ke dokter gigi, dan mencari informasi terkait hal yang dialami melalui media informasi serta mengikuti aktif komunitas untuk anak autis.

7.2 Saran

1. Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan untuk dasar penelitian selanjutnya di masa yang akan datang mengenai persepsi orang tua dalam kebutuhan perawatan gigi dan mulut pada anak autis.
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pedoman dan arahan bagi orang tua untuk meningkatkan kebersihan gigi dan mulut terutama yang memiliki anak berkebutuhan khusus (autisme).
3. Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan dokter gigi dapat meningkatkan tingkat kebersihan gigi dan mulut pada anak yang menderita autisme.

DAFTAR PUSTAKA

- Atmaja, J. R. (2018). Pendidikan dan Bimbingan Anak Berkebutuhan Khusus. Bandung: Rosda
- Alasuutari, Pertti. (2010). The rise and relevance of qualitative research. International Journal of Social Research Methodology, Vol. 13, No. 2
- American Academy of pediatrics. (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics.
- Anggito, Albi. Setiawan, Johan. 2018. Metodologi Penelitian Kualitatif. Sukabumi Jawa Barat : CV Jarak
- Desiningrum, D.R. (2016). Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus. Yogyakarta: Psikosain.
- Fulda KG, Johnsin KL, Hahn K, Lykens K. (2013). Do unmet needs differ geographically for children with special health care needs. J Matern Child Health.
- Handojo, Y. 2004. *Autism Petunjuk Praktis dan Pedoman Praktis Untuk Mengajar Anak Normal, Autis dan Perilaku Lain*. Jakarta : Buana Ilmu Popular Kelompok Gramedia.
- Hanoush SMY, Helail B. (2016). *The oral health of 6-15 year old special needs children in Baghdad. Int J Dent Scien and Research.*
- Indahwati, V., Mantik, M.F.J., Gunawan, P.N. (2015). Perbandingan Status Kebersihan Gigi dan Mulut pada Anak Berkebutuhan Khusus Slb-B dan Slb-C Kota Tomohon. e-GIGI.

- Jenny. (2012). "Persepsi; Pengertian, Definisi dan Faktor yang Mempengaruhi".
<http://www.duniapsikologi.com/persepsi-pengertian-definisi-dan-faktor-yang-mempengaruhi/>. Diakses pada jam 21.32 tanggal 20 Mei 2021.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. Rencana Program Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut.
- Lai B, Milano M, Roberts MW, Hooper SR. (2012). Unmet dental needs and barriers to dental care among children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*
- Limeres, J., F. Martinez, J. F. Feijoo, I. Ramos, A. Linares, and P. Diz. (2014). A New Indicator of the Oral Hygiene Habits of Disabled Persons: Relevance of the Carer's Personal Appearance and Interest in Oral Health. *International Journal of Dental Hygiene*.
- Listyana, Rohmaul dan Yudi Hartono. (2015). Persepsi dan Sikap Masyarakat terhadap Penanggalan Jawa dalam Penentuan Waktu Pernikahan. *Jurnal Agastya*
- Mazecaite-Vaitilaviciene, Laura, and Janine Owens. (2018). Children with Disabilities at Risk of Poor Oral Health in the Republic of Lithuania: A Retrospective Descriptive Service Evaluation. *World Medical and Health Policy*.
- McCusker, K., & Gunaydin, S. (2015). *Research using qualitative, quantitative or mixed methods and choice based on the research*. Mukhtar. 2013. Metode Penelitian Deskriptif Kualitatif. Jakarta : GP Press Group.
- Moleong, L. J. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

- Motto, J., Christavia, Christy, N., Shane, H. (2017). Gambaran Kebersihan Gigi dan Mulut Pada Anak Berkebutuhan khusus di SLB YPAC Manado. e-GiGi (Eg).
- Murray J. J, Nunn J. H, Steele J. G. (2003). *The Prevention of Oral Disease*. New York: Oxford University Press.
- Mujiyanti, DM. 2011. Tingkat Pengetahuan Ibu dan Pola Konsumsi Pada Anak Autis di Kota Bogor. Skripsi. Bogor : Fakultas Ekologi Manusia Institut Pertanian Bogor.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta
- Purwanti, Indah. (2012). Studi Kasus Tentang Pemahaman Orantua Yang Memiliki Anak Berkebutuhan Khusus Di SDN Kembangan Kecamatan Kebomas, Malang: Skripsi Tidak Diterbitkan.
- Rao, Dinesh. dan Amitha, Hedge. (2005). Oral hygiene status of disabled children and adolenscents attending spesial schools of South Canara. India. Hongkong Dental Journal 11
- Ramadhan, M. (2013). Ayo Belajar Mandiri Pendidikan Keterampilan dan Kecakapan Hidup untuk Anak Berkebutuhan Khusus. Jogjakarta: Javalitera.
- Salsabila Nadifa, Ningrum Valendriyani, S. S. L. (2018) 'Mikroorganisme Pada Saliva Anak Normal dan Anak Autisme', *Jurnal B-Dental*, 5 No.1
- Samsul Bahri Thalib. (2010). *Psikologi Pendidikan Berbasis Analisis Empiris Aplikatif*, Jakarta: Kencana.

- Sandy, L. P. A. (2018) 'Peran Orang Tua Terhadap Keterampilan Menyikat Gigi Dan Mulut Pada Anak Disabilitas Intelektual' , *Jurnal Teknosains*, 7(1)
- Sarlito, W Sarwono. (2010). Pengantar Psikologis Umum. Jakarta: Rajawali Pers.
- Silfia, M. dan Ardianingsih, F. (2018). Hubungan Pola Asuh Orangtua Terhadap Kemandirian Kebersihan Diri (Personal Hygiene) Anak Autis Di Slb Harmoni Gedangan Sidoarjo. *Jurnal Pendidikan Khusus*, 1–16.
- Suryana. 2004. Terapi Anak Autisme, Anak Berbakat dan Anak Hiperaktif. Jakarta: Progress.
- Sutadi, R. (2011). *Autisme Dari A sampai Z .Majalah anak spesial* Cetakan I. Jakarta: CV Anak Spesial Mandiri.
- Wellburry. (2005). *Pediatric Dentistry*. New York: Oxford University Press Inc.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Pedoman Wawancara

PEDOMAN WAWANCARA

Nama : _____
Usia : _____
Jenis Kelamin : _____

1. Persepsi terhadap kerentanan

- a. Menurut pendapat anda, seberapa besar resiko terjadinya masalah gigi dan mulut gigi dan mulut pada anak-anak dengan kondisi autis?
- b. Jika anda merasa resiko terjadinya penyakit gigi dan mulut pada anak autis lebih besar, mengapa hal tersebut terjadi?

2. Persepsi terhadap keparahan

- a. Menurut pendapat anda, apabila anak anda mengalami masalah kesehatan gigi dan mulut, seberapa besar dampak yang akan terjadi?
- b. Menurut pendapat anda, apa yang mempengaruhi terjadinya keparahan yang terjadi pada anak autis?

3. Persepsi mengenai hambatan

- a. Hambatan atau kendala apa yang anda hadapi? Mengapa hambatan itu terjadi?
- b. Menurut anda bagaimana cara untuk mengatasi hambatan atau kendala tersebut? Seberapa besar cara tersebut akan berhasil?
- c. Menurut pendapat anda apakah hambatan saat anda membawa anak untuk pergi ke dokter gigi?

4. Persepsi mengenai manfaat

- a. Menurut anda apa saja manfaat yang anda dapatkan dalam menerapkan pencegahan penyakit gigi dan mulut?
- b. Manfaat dari penerapan pencegahan penyakit gigi dan mulut apakah cukup berpengaruh untuk anak autis?

5. Persepsi mengenai kepercayaan diri atau kemampuan diri

- a. Apa saja upaya yang anda lakukan untuk mengatasi masalah gigi

dan mulut pada anak anda atau untuk mencegah terjadinya masalah gigi dan mulut pada anak anda? Menurut pendapat anda, apakah cara tersebut berbeda untuk kondisi anak non-autis ?

- b. Menurut anda bagaimana cara untuk mengatasi hambatan atau kendala tersebut? Seberapa besar cara tersebut akan berhasil? Seberapa yakin anda akan mampu untuk menerapkan cara tersebut?

6. Isyarat untuk bertindak

- a. Apa yang anda lakukan untuk mengatasi masalah gigi dan mulut anak anda atau mencegah terjadinya masalah gigi dan mulut anak anda?
- b. Jika anda harus membawa anak anda ke dokter gigi, apa saja pertimbangan yang anda pikirkan untuk memilih perawatan gigi dan mulut pada anak anda?

Lampiran 2 Laik Etik


**UNIVERSITAS AIRLANGGA FACULTY OF DENTAL MEDICINE
HEALTH RESEARCH ETHICAL CLEARANCE COMMISSION**

ETHICAL CLEARANCE CERTIFICATE
Number : 417/HRECC.FODM/VII/2021

Universitas Airlangga Faculty Of Dental Medicine Health Research Ethical Clearance Commission has studied the proposed research design carefully, Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011, and therefore, shall herewith certify that the research entitled :

"Exploring Parental Perception About Dental Treatment Needs for Children with Autism: A Qualitative Study"

Principal Researcher : ANINDITA AISYAH PUTRI
Unit/Institution/Place of Research : - Surabaya

CERTIFIED TO BE ETHICALLY CLEARED

Surabaya, July 30, 2021
Chairman,



Prof. Dr. TAMARA YUANITA, drg., MS., Sp.KG(K)
Official No. 196006251986012002

LEMBAR PENGESAHAN

**PERILAKU SISWA DALAM Mencari
INFORMASI TENTANG KESEHATAN GIGI DAN
MULUT BERDASARKAN *THEORY OF PLANNED
BEHAVIOR***

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Dokter Gigi Di Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Airlangga Surabaya**

Oleh:

YAALINY A/P KRISHNAMURTHI

NIM. 021711133158

Menyetujui

Pembimbing Utama



**Dr. Agung Sosiawan, drg.,
M.Kes.**

NIP: 197112112008121003

Pembimbing Serta



**Dr. Taufan Bramantoro, drg.,
M.Kes.**

NIP: 198406222008121004

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2022**

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji pada tanggal Maret 2022

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

- 1. Dr. Agung Sosiawan, drg., M.Kes. (Pembimbing Utama)**
- 2. Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes. (Pembimbing Serta)**
- 3. Prof. Dr. Titiek Berniyanti, drg., M.Kes. (Penguji)**
- 4. Prof. Dr. R. Darmawan Setijanto, drg., M.Kes (Penguji)**
- 5. Dr. Retno Palupi, drg., M.Kes (Penguji)**