

HEALTH BEHAVIOR  
IR-PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
ORAL HYGIENE  
DENTAL CARIES IN CHILDREN

**PENGETAHUAN TENTANG KESEHATAN GIGI DAN  
PREVALENSI KARIES PADA ANAK JALANAN**

**SKRIPSI**

K6.95/10  
Nur  
P



MILIK  
PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA

Oleh:

**NURHAYATI**  
**020513618**

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI  
UNIVERSITAS AIRLANGGA BHMN  
SURABAYA**

**2009**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**PENGETAHUAN TENTANG KESEHATAN GIGI DAN  
PREVALENSI KARIES PADA ANAK JALANAN**

**SKRIPSI**

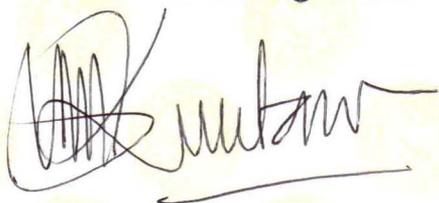
**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan  
Pendidikan Dokter Gigi di Fakultas Kedokteran Gigi  
Universitas Airlangga Surabaya**

Oleh:

**NURHAYATI  
NIM. 020513618**

Menyetujui

Pembimbing Utama



Satiti Kuntari, drg., MS., Sp KGA (K)  
NIP: 130808964

Pembimbing Serta



Herawati, drg., MS., Sp KGA (K)  
NIP: 130675832

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI  
UNIVERSITAS AIRLANGGA BHMN  
SURABAYA  
2009**

## **PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI**

**Skripsi ini telah diuji pada tanggal 15 Desember 2009**

### **PANITIA PENGUJI SKRIPSI**

- 1. Els S. Budipramana, drg., MS.,Sp.KGA (K)**
- 2. Satiti Kuntari, drg.,MS.,Sp.KGA (K)**
- 3. Herawati.,drg.,MS.,Sp.KGA (K)**
- 4. Teguh Budi W.,drg.,MS.,SP.KGA (K)**
- 5. FX Suhariadji.,drg.,Sp.KGA (K)**

## UCAPAN TERIMA KASIH

Pertama-tama saya panjatkan puji syukur pada Allah SWT atas segala rahmad dan karuniaNya sehingga skripsi ini dapat diselesaikan. Perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ruslan Effendi, Dr., drg., MS., Sp.KG selaku Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga yang telah memberi kesempatan untuk menempuh pendidikan di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga.
2. Satiti Kuntari, drg. MS. Sp KGA (K) selaku Kepala Departemen Kedokteran Gigi Anak Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga dan sebagai Pembimbing utama yang telah membimbing dan memberikan waktu serta pikiran kepada penulis.
3. Herawati.,drg.,MS.,Sp KGA (K) selaku Pembimbing serta yang telah membimbing dan memberikan waktu serta pikiran kepada penulis.
4. Kedua orang tua tercinta, Bapak Sadju dan Ibu Mariyatun, kakak tercinta, yang telah memberikan doa, dukungan, kasih sayang, semangat dan segalanya kepada penulis.
5. Segenap keluarga besar yang tidak mungkin disebutkan satu persatu, terima kasih atas segala dukungan yang diberikan kepada penulis selama ini.
6. Bapak Didit Hape selaku pemilik Rumah Singgah Alang-Alang Surabaya beserta adik-adik Alang-Alang atas bantuan dan kerjasama yang baik.

7. Teman-teman seperjuangan, Mia Eliza, Desi Maulia Sari, Lilik Alfiyah, Dwi Rahayu, Ganis Arik, Luluk Farida, Astri Diah, Liya Yuliana, Nurul. Terima kasih atas segala bantuan, dukungan dan doa yang diberikan.
8. Teman-temanku, Ika Kurnia, Ditta, Ajeng, Tri Wijayanti, Mara, terima kasih bantuannya.
9. Semua pihak yang secara langsung maupun tidak langsung turut membantu dalam penyelesaian skripsi ini. Semoga Allah SWT memberikan rahmad dan balasan.

Diharapkan skripsi ini memberi manfaat bagi semua pihak yang memerlukan.

Surabaya, Desember 2009

Penulis

**PENGETAHUAN TENTANG KESEHATAN GIGI DAN PREVALENSI  
KARIES PADA ANAK JALANAN**

**(THE KNOWLEDGE ABOUT DENTAL HEALTH AND CARIES  
PREVALENCY IN ROAD CHILD)**

**ABSTRACT**

Tooth well-being problem in indonesia till now still necessary get attention. follow survey household well-being, tooth caries disease is society disease that suffered by 90% Indonesian citizen. Survey result from SKRT in 2001, declare that 53,3% citizen age 10 year to on experience tooth caries not yet handled. Degree of caries tooth in road child is showing that them has degree of caries very low 53,1%, low 18,8%, moderate 18,8%, high 3,1% and very high 6,3%. In connection test between road child knowledge with degree of tooth caries with correlation spearman test got result there is no connection because value significancy larger ones from  $\alpha$  (0,05) that is as big as 0,111. Road child tooth cleanliness degree shows from 32 respondents most of has bad tooth cleanliness degree that is as big as 62,5%. Degree of oral hygiene as big as 34,4% and has good tooth cleanliness degree as big as 3,1%. In connection test between road child knowledge with tooth cleanliness degree with correlation spearman test show there is no connection that with value significancy higher that is 0,289. So that habit or alive habit very determine the happening of tooth caries and mouth cleanliness condition. Although road child get information moment reside in homestay in but this matter not yet can change their alive habit from dirty life style be alive pattern that well. Knowledge whom they have not yet applied in life everyday.

**Key words:** Knowledge, Caries, Road Child

## DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan .....	i
Sampul Dalam.....	ii
Prasarat Gelar/ Persetujuan .....	iii
Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Ucapan Terima Kasih .....	v
Abstract .....	vii
Daftar Isi .....	viii
Daftar Tabel .....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan .....	3
1.4 Manfaat .....	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	4
2.1 Pengetahuan .....	4
2.2 Definisi Karies .....	6
2.2.1 Etiologi Karies Gigi .....	7
2.2.2 Indeks Pengukuran Karies Gigi .....	8

2.2.3	Gambaran Klinis Karies Gigi.....	10
2.2.4	Oral Hygiene Index.....	11
2.3	Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Prevalensi Karies Gigi.....	13
2.4	Upaya Menjaga Kesehatan Gigi.....	14
2.5	Karakteristik Anak Jalanan.....	15
2.5.1	Pengertian Anak Jalanan.....	15
2.5.2	Alasan Mengapa Menjadi Anak Jalanan.....	15
2.5.3	Definisi Rumah Singgah.....	16
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL.....</b>		<b>18</b>
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN.....</b>		<b>20</b>
4.1	Jenis Penelitian.....	20
4.2	Lokasi Penelitian.....	20
4.3	Populasi Penelitian.....	20
4.4	Sampel Penelitian.....	20
4.4.1	Teknik Sampling.....	20
4.4.2	Besar Sampel.....	20
4.5	Variabel Penelitian.....	21
4.6	Definisi Operasional.....	21
4.7	Instrumen Penelitian.....	21
4.8	Cara Kerja.....	24
4.9	Analisa Data.....	25

BAB5 HASIL PENELITIAN .....	26
5.1 Gambaran Umum Responden .....	26
5.2 Data Khusus .....	27
BAB 6 PEMBAHASAN.....	29
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	34
7.1 Kesimpulan .....	34
7.2 Saran .....	34
DAFTAR PUSTAKA .....	35
LAMPIRAN.....	38

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 5.1 Distribusi responden menurut usia.....	26
Tabel 5.2 Gambaran pengetahuan responden tentang kesehatan gigi dan mulut.....	27
Tabel 5.3 Derajat karies gigi pada anak jalanan.....	27
Tabel 5.4 Derajat kebersihan gigi anak jalanan.....	28

**BAB 1**  
**PENDAHULUAN**

**BAB 1****PENDAHULUAN****1.1 Latar belakang**

Masalah kesehatan gigi di Indonesia sampai saat ini masih perlu mendapatkan perhatian. Hal ini disebabkan oleh berbagai upaya peningkatan kesehatan gigi dan mulut yang belum menunjukkan hasil yang nyata. Menurut survey Kesehatan rumah Tangga, penyakit karies gigi merupakan penyakit masyarakat yang diderita oleh 90% penduduk Indonesia. Karies gigi mempunyai sifat progresif yang bila tidak dirawat atau diobati akan semakin parah dan bersifat irreversible, yaitu jaringan yang rusak tidak dapat utuh kembali (Natamiharja, 2007).

Hasil SKRT 2001, menyatakan bahwa 53,3% penduduk usia 10 tahun ke atas mengalami karies gigi yang belum ditangani. Prevalensi karies usia 10 tahun keatas 71,2%, dengan catatan bahwa prevalensi karies lebih tinggi pada usia lebih tinggi, pada pendidikan lebih rendah, serta pada status ekonomi lebih rendah. Penduduk usia 10 tahun keatas, 46% mengalami penyakit gusi, prevalensi semakin tinggi pada usia yang lebih tinggi. Hasil SKRT 2001 memperlihatkan bahwa indeks DMF-T pada penduduk usia 10 tahun keatas sebesar 5,3 yang berarti bahwa jumlah kerusakan gigi rata-rata adalah 5 gigi per orang. Krisis ekonomi yang melanda Indonesia sejak tahun 1997 membuat semakin banyak keluarga miskin yang terpinggirkan. Konsekuensi logis dari fenomena tersebut adalah meningkatnya jumlah anak usia sekolah bahkan prasekolah yang "dipekerjakan" oleh orang tua untuk menopang kehidupan keluarga, atau merupakan kompensasi terputusnya kegiatan belajar/ sekolah. Dalam keadaan

merupakan kompensasi terputusnya kegiatan belajar/ sekolah. Dalam keadaan seperti ini, sangatlah besar kemungkinan bagi anak untuk terjerumus kejalanan. Anak jalanan sering diidentikan sebagai komunitas yang kurang memperhatikan hidup sehat, termasuk yang berhubungan dengan personal higiene (Dogan dan Haytac, 2006).

Di Indonesia, prevalensi penyakit dental bervariasi menurut keadaan dan karakteristik sosio-ekonomi-geografik. Karies lebih banyak terjadi pada masyarakat yang kurang berpendidikan dibanding masyarakat yang berpendidikan. Kesehatan gigi dan mulut pada kelompok masyarakat yang berpenghasilan rendah merupakan masalah yang sering terabaikan. Prevalensi penyakit gigi dan mulut pada masyarakat ini menjadi lebih besar oleh karena sikap dan perilaku mereka hal menghadapi penyakit ini. Tidak semua orang memandang gangguan gigi-geligi mereka sebagai suatu penyakit yang perlu mendapatkan perawatan. Faktor yang mempengaruhi diantaranya faktor keuangan, pengetahuan masyarakat tentang kesehatan gigi-geligi yang rendah dan pelayanan kesehatan gigi yang kurang (Wangsarhardja, 2007).

Anak jalanan adalah salah satu anak bangsa yang akan menjadi penerus masa depan. Kesehatan adalah kebutuhan bagi mereka, termasuk kebutuhan tentang kesehatan gigi. Anak jalanan pada umumnya memiliki masalah dengan kesehatan mulut. Harusnya ada kebijakan kesehatan mulut dan upaya preventif dengan memberikan penyuluhan kesehatan gigi, yang bertujuan memberikan informasi tentang kesehatan gigi dan mulut. Sehingga diharapkan bisa mempengaruhi perilaku kesehatan gigi dan mulut menjadi lebih baik. (Dogan dan Haytac, 2006).

Penelitian terdahulu yang pernah dilakukan di Rumah Singgah Alang-Alang Surabaya menunjukkan kondisi kebersihan gigi anak-anak jalanan yang ada disana adalah rendah (Farida, 2007). Berdasarkan uraian diatas, perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan prevalensi karies gigi anak jalanan di Rumah Singgah Alang-Alang Surabaya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan prevalensi karies gigi dan kebersihan mulut anak jalanan di Rumah Singgah Alang-Alang Surabaya.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Mengetahui apakah ada hubungan tingkat pengetahuan dengan prevalensi karies gigi dan kebersihan mulut anak jalanan di Rumah Singgah Alang-Alang Surabaya.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

Manfaat penelitian ini diharapkan bisa dijadikan pertimbangan bagi Lembaga Swadaya masyarakat setempat dan yang lain untuk merencanakan program kesehatan gigi khususnya pada masyarakat dilembaga tersebut dan masyarakat pada umumnya.

**BAB 2**  
**TINJAUAN PUSTAKA**

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Pengetahuan

Pengetahuan menyangkut kognisi seseorang yang pembuktiannya dengan jalan mengutarakan kembali ide atau fenomena yang diketahui dengan pengalamannya selama proses belajar.

Ilmu pengetahuan mempunyai dua fungsi, yaitu memungkinkan kita mengetahui berbagai hal, dan memungkinkan kita melakukan berbagai hal. Dan diharapkan seseorang yang memiliki pengetahuan yang benar tentang sesuatu akan bertindak sesuai dengan pengetahuannya tersebut atau seseorang yang menyadari ketidaktahuan akan berusaha untuk mendapatkan pengetahuan itu (Notoatmodjo, 1993).

Secara garis besar, pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan yaitu:

1. Tahu (know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut dengan benar. Orang yang telah paham tentang obyek

materi tersebut dengan benar. Orang yang telah paham tentang obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap suatu obyek yang dipelajari.

### 3. Aplikasi

Aplikasi adalah suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebelumnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan rumus, hukum-hukum, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks yang lain.

### 4. Analisis

Kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organ tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

### 5. Sintesis

Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian kedalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Sintesis adalah kemampuan untuk menyusun informasi baru dari formulasi yang telah ada.

### 6. Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang akan menanyakan tentang materi yang akan diukur dari responden. Kedalamannya dapat diukur berdasarkan tingkatan-tingkatan diatas (Notoatmodjo, 1993).

## 2.2 Definisi Karies

Karies berasal dari bahasa latin yaitu *caries* yang artinya kebusukan. Definisi sederhana karies gigi adalah suatu proses kronis regresif yang dimulai dengan larutnya mineral email sebagai akibat terganggunya keseimbangan antara email dan sekelilingnya yang disebabkan oleh pembentukan asam mikrobial dari substrat sehingga timbul destruksi komponen-komponen organik yang akhirnya terjadi kavitas (Suharsono, 1992).

Menurut Sumawinata (2000), karies gigi adalah suatu penyakit jaringan keras gigi yang diakibatkan oleh mikroorganisme pada karbohidrat yang dapat difermentasikan sehingga terbentuk asam dan menurunkan pH dibawah pH kritis, sehingga terjadi demineralisasi jaringan keras gigi. Tanda karies adalah terjadinya demineralisasi mineral email dan dentin diikuti oleh disintegrasi bagian organiknya.

Karies gigi adalah penghancuran terlokalisasi dari jaringan gigi oleh mikroorganisme (Pine, 1997). Karies merupakan suatu penyakit jaringan keras gigi yaitu email, dentin, dan sementum yang disebabkan oleh aktivitas suatu jasad renik dalam suatu karbohidrat yang dapat diragikan (Kidd & Bechal,1991) Newburn mendefinisikan karies gigi sebagai penyakit bacterial yang

menyerang gigi dimana bagian organik dari gigi mengalami destruksi, sedangkan bagian anorganiknya mengalami dekalsifikasi (Darwita,2004)

Dari pengertian tersebut diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa karies gigi adalah suatu proses kronis regresif , dimana prosesnya terjadi terus berjalan ke bagian yang lebih dalam dari gigi sehingga membentuk lubang yang tidak dapat diperbaiki kembali oleh tubuh melalui proses penyembuhan, pada proses ini terjadi demineralisasi yang disebabkan oleh adanya interaksi kuman, karbohidrat yang sesuai pada permukaan gigi dan waktu.

### **2.2.1 Etiologi Karies Gigi**

Karies gigi adalah penyakit multifaktor yang merupakan hasil kombinasi dari 4 faktor utama yaitu inang dan gigi, mikroorganisme di dalam plak, substrat dan waktu.

Peran bakteri dalam menyebabkan terjadinya karies sangatlah besar. Bakteri plak sangat dominan dalam karies gigi adalah streptococcus mutans. Bakteri ini sangat kariogen karena mampu membuat asam dari karbohidrat yang dapat difermentasikan. Dapat menempel pada permukaan gigi karena kemampuannya membuat polisakarida ekstrasel yang sangat lengket dari karbohidrat makanan. Polisakarida ini terdiri dari polimer glukosa, menyebabkan matriks plak gigi mempunyai konsistensi seperti gelatin. Akibatnya bakteri-bakteri terbantu untuk melekat pada gigi serta saling melekat satu sama lain. (Suharsono, 1992).

Substrat adalah campuran makanan halus dan minuman yang dikonsumsi sehari-hari yang menempel pada gigi. Seringnya mengkonsumsi gula akan menambah pertumbuhan plak dan menambah jumlah Streptococcus mutans

didalamnya. Sukrosa merupakan gula yang kariogen, walaupun gula lainnya tetap berbahaya. Sukrosa merupakan gula yang paling banyak dikonsumsi, maka sukrosa merupakan penyebab karies yang utama (Kidd & Bechal, 1991)

Faktor- faktor dari gigi yang berpengaruh terhadap peningkatan karies, yaitu : bentuk gigi dengan pit dan fisur yang dalam lebih mudah terserang karies. Posisi gigi yang berjejal dan susunannya tidak teratur lebih sukar dibersihkan. Hal ini cenderung meningkatkan penyakit periodontal dan karies. Keberadaan fluor dalam konsentrasi yang optimum pada jaringan gigi dan lingkungannya merangsang efek anti karies (Kidd & Bechal, 1991)

Waktu menjadi salah satu faktor penting, karena meskipun ada ketiga faktor sebelumnya proses pembentukan karies gigi relatif lambat dan secara klinis terlihat kehancuran dari email lebih dari empat tahun (Pine, 1997) Adanya kemampuan saliva untuk mendepositkan kembali mineral selama berlangsungnya proses karies, menandakan bahwa proses karies tersebut terdiri atas periode kerusakan dan perbaikan yang bergantian. Apabila saliva ada di dalam lingkungan gigi, maka karies tidak menghancurkan gigi dalam hitungan hari atau minggu, melainkan dalam bulan atau tahun (Kidd & Bechal, 1991)

### **2.2.2 Indeks Pengukuran Karies Gigi**

Indikator karies gigi dapat berupa prevalensi karies dan indeks karies. Indeks karies gigi yaitu angka yang menunjukkan jumlah gigi karies seseorang atau sekelompok orang. Pengukuran karies dikenal sebagai indeks DMF dan merupakan indeks aritmetika penyebaran karies yang kumulatif. Beberapa metode pengukuran karies gigi yaitu indeks DMF-T digunakan untuk

menyatakan gigi yang karies, hilang dan ditambal. DMF-S digunakan untuk menyatakan gigi karies, hilang dan permukaan gigi yang ditambal pada gigi permanen, sehingga jumlah permukaan gigi yang terkena harus diperhitungkan. (Tarigan, 1995).

Indeks DMF-T digunakan untuk pencatatan gigi permanen. Indeks DMF-T adalah indeks dari pengalaman kerusakan seluruh gigi yang rusak, yang dicabut dan yang ditambal. Tujuan dari indeks DMF-T adalah untuk menentukan jumlah total pengalaman karies gigi pada masa lalu dan yang sekarang.

Untuk pencatatan DMF-T dilakukan dengan kriteria sebagai berikut; Setiap gigi dicatat satu kali. D berarti *decay* atau rusak yaitu ada karies pada gigi dan restorasi atau mahkota gigi hancur karena karies gigi. M berarti *missing* atau hilang dengan ketentuan gigi yang telah dicabut karena karies gigi atau gigi karies yang tidak dapat diperbaiki dan indikasi untuk pencabutan. F berarti *filled*, yaitu tambalan permanen dan tambalan sementara.

Perhitungan DMF-T berdasarkan pada 28 gigi permanen, adapun gigi yang tidak dihitung adalah gigi molar ketiga dan gigi yang belum erupsi. Gigi disebut erupsi apabila ada bagian gigi yang menembus gusi baik itu erupsi awal (*clinical emergence*), erupsi sebagian (*partial eruption*) maupun erupsi penuh (*full eruption*). Gigi yang tidak ada karena kelainan kongenital dan gigi berlebih (*supernumerary teeth*). Gigi yang hilang bukan karena karies, seperti impaksi atau perawatan ortodontik. Gigi tiruan yang disebabkan trauma, estetik dan jembatan dan gigi susu yang belum tanggal.

Indeks def adalah jumlah gigi sulung seluruhnya yang telah terkena karies. Tujuan dari indeks def adalah untuk menentukan pengalaman karies gigi

yang terlihat pada gigi sulung dalam rongga mulut. Untuk pencatatan def-t dilakukan dengan kriteria sebagai berikut; d = *decayed* / rusak, e = *indicated for extracted* / indikasi untuk pencabutan, f = *filled* / Tambal

Jumlah gigi sulung yang ditambal pada permukaan yang tidak terdapat karies gigi. Perhitungan def-t berdasarkan pada 20 gigi sulung. Adapun gigi-gigi yang tidak dihitung adalah sebagai berikut, gigi yang hilang termasuk gigi yang belum erupsi dan tidak ada karena kelainan genetal, gigi *supernumerary*. Gigi tiruan yang disebabkan bukan karena karies gigi, tidak dihitung sebagai *filled* (tambalan).

WHO memberikan kategori dalam perhitungan DMF-T dan def-t berupa derajat interval sebagai berikut :

1. Sangat rendah : 0,0 – 1,1
2. Rendah : 1,2 – 2,6
3. Moderat : 2,7 – 4,4
4. Tinggi : 4,5 – 6,5
5. Sangat Tinggi : > 6,6

(<http://www.whocollab.od.mah.se/index.html>)

### 2.2.3 Gambaran Klinis Karies Gigi

Menurut Kidd & Bechal, 1991, Karies dapat diklasifikasikan berdasarkan anatomi tempat karies itu timbul. Karies dapat dimulai pada pit dan fisur atau pada permukaan licin. Karies permukaan licin berawal dari email atau sementum dan dentin akar yang terbuka atau yang terkenal dengan karies

akar. Karies dapat terjadi pada tepi restorasi atau dikenal dengan karies rekuren / sekunder .

Gambaran karies :

1. Karies pada pit dan fisur . Perkembangan karies dimulai pada pit dan fisur gigi yang rumit. Dari berbagai bentuk variasinya, semuanya diawali dengan tanda-tanda dini sampai kerusakan yang sempurna
2. Karies permukaan licin gigi (*smooth surface caries*). Karies permukaan licin gigi biasanya ditemukan pada daerah titik kontak pada interproksimal gigi, tetapi dapat terjadi pada permukaan licin lain pada gigi. Gambaran klinis karies ini pada mulanya merupakan suatu daerah putih seperti kapur secara bertahap menjadi kasar sesuai dengan rusaknya email. Akhirnya terbentuk kavitas yang terbuka dan selanjutnya akan menyebar sama seperti karies pit dan fisur.
3. Karies Servikal (*cervical caries*). Karies ini menyerang bagian servikal gigi dengan dentin terbuka, tetapi gambarannya tidak sama dengan karies pit dan fisur. Dentin mulai pecah dan luruh, membentuk kavitas yang terbuka dari bagian luar. Karies ini cenderung terdapat pada subyek yang mempunyai umur tua dibandingkan dengan kedua tipe karies diatas.

#### **2.2.4 Oral Hygiene Index.**

Pemeriksaan OHI-S (*Simplified Oral Hygiene Index*) adalah pemeriksaan gigi dan mulut dengan menjumlahkan Debris Index (DI) dan Calculus Index (CI). DI adalah score/nilai dari endapan lunak yang terjadi karena adanya sisa makanan yang melekat pada gigi penentu. CI adalah score/nilai dari endapan keras/karang gigi terjadi karena debris yang mengalami pengapuran yang melekat pada gigi penentu.

a) Score Simplified Debris Index (DI-S)

0 : tidak ada debris maupun stain

1 : debris lunak menutupi tidak lebih 1/3 permukaan gigi / ekstrinsik stain tanpa debris

2 : debris lunak menutupi lebih 1/3 s.d tidak lebih 2/3 permukaan gigi

3 : debris lunak menutupi lebih 2/3 permukaan gigi

b) Score Simplified Calculus Index (CI-S)

0 : tidak ada kalkulus

1 : supragingival kalkulus menutupi tidak lebih 1/3 permukaan gigi

2 : supragingival calculus menutupi lebih 1/3 s.d tidak lebih 2/3 permukaan gigi / subgingival kalkulus sedikit

3 : supragingival kalkulus menutupi lebih 2/3 permukaan gigi / subgingival kalkulus banyak

Tingkat kebersihan mulut secara klinis pada OHI-S dapat dikategorikan sebagai berikut:

baik 0,1 – 1,2

sedang 1,3 - 3,0

buruk 3,1 – 6,0

(<http://www.whocollab.od.mah.se/index>)

### 2.3 Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Prevalensi Karies Gigi

Makanan dan gaya hidup sangat berpengaruh terhadap kesehatan gigi dan mulut anak-anak maupun orang dewasa. Di negeri kita ini, banyak sekali anak-anak, juga orang dewasa, yang mengalami masalah dengan kesehatan gigi dan mulutnya. Survei Kesehatan Rumah Tangga - Survei Kesehatan Nasional (SKRT-SURKESNAS) 1995 menunjukkan, 90 persen penduduk Indonesia menderita penyakit gigi dan mulut yang sifatnya agresif kumulatif, artinya daerah yang rusak tidak dapat disembuhkan. Sementara itu, lebih dari setengah populasi usia 10 tahun ke atas di Indonesia mengalami masalah karies (gigi berlubang) yang belum ditangani. (Astoeti, Tri Ery, 2007)

Fakta lain tentang rendahnya kesadaran masyarakat terhadap perawatan gigi dan mulut tampak dari SURKESNAS 1998. Disebutkan, walau 77,2 persen penduduk telah menyikat gigi, namun hanya 8,1 persen saja yang menyikat gigi sesuai anjuran yakni setelah sarapan pagi dan sebelum tidur malam. (Astoety, Tri Ery, 2007)

Di Indonesia, prevalensi penyakit dental bervariasi menurut keadaan dan karakteristik sosio-ekonomi-geografik. Karies lebih banyak terjadi pada masyarakat yang kurang berpendidikan dibanding masyarakat yang berpendidikan. Kesehatan gigi dan mulut pada kelompok masyarakat yang berpenghasilan rendah merupakan masalah yang sering terabaikan. (Moeis, 2004). Prevalensi penyakit gigi dan mulut pada masyarakat ini menjadi lebih besar oleh karena sikap dan perilaku mereka hal menghadapi penyakit ini. Tidak semua orang memandang gangguan gigi-geligi mereka sebagai suatu penyakit yang perlu mendapatkan perawatan. Faktor yang mempengaruhi diantaranya faktor

keuangan, pengetahuan masyarakat tentang kesehatan gigi-geligi yang rendah dan pelayanan kesehatan gigi yang kurang (Wangsarahardja, 2007).

Sekitar 63 persen penduduk Indonesia ternyata memiliki karies yang tidak diobati, dengan rata-rata 1,89 karies per orang. Persentase itu menurun pada mereka yang tingkat pendidikannya makin tinggi. Hal ini berarti, tingkat pendidikan mempengaruhi kesehatan gigi dan mulut. Makin tinggi pendidikannya, makin tinggi pula tingkat kesehatan gigi dan mulutnya. Oleh karena itu, pendidikan tentang kesehatan gigi dan mulut menjadi penting, terutama pada masyarakat. (Astoety, Tri Ery, 2007)

Rendahnya pengetahuan kesehatan gigi masyarakat, mengakibatkan perilaku mencari pengobatan ke puskesmas maupun Rumah Sakit juga rendah. Data Survei kesehatan Nasional (Susenas) 1998, yang menyatakan bahwa 87% masyarakat yang mengeluh sakit gigi tidak berobat, sedangkan yang berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan hanyalah 12,3% dan 0,7% mencari pengobatan tradisional. (Pratiwi, Niniek L, 2004)

#### **2.4 Upaya Menjaga Kesehatan Gigi**

Hal-hal yang dilakukan untuk menjaga kesehatan gigi antara lain:

- Menggosok gigi dengan pasta gigi berfluoride (sebaiknya segera setelah makan)
- Makan makanan yang berserat
- Menghindari makan makanan yang lengket dan bergula
- Datang ke dokter gigi setiap enam bulan sekali

(Arisman, 2004)

## **2.5 Karakteristik Anak Jalanan**

### **2.5.1 Pengertian Anak Jalanan**

Anak jalanan adalah anak yang berusia 6-18 tahun, menghabiskan waktu di jalan atau tempat-tempat umum lainnya minimal 4 jam untuk mencari nafkah (Depsos 1998 dalam Hartini, 2001). Anak jalanan dikelompokkan menjadi 3 kelompok besar, yaitu :Anak yang hidup dijalanan dimana mereka sejak kecil sudah menjalani kehidupan dijalanan bersama orang tuanya. Anak yang bekerja dijalanan, yaitu mereka yang berada di jalanan hanya untuk melakukan aktivitas mereka, mencari nafkah. Anak jalanan yaitu mereka yang karena faktor kemiskinan dipaksa untuk mencari nafkah di jalanan, sedangkan orang tuanya masih mempunyai fungsi sebagai orang tua secara penuh.

### **2.5.2. Alasan Mengapa Menjadi Anak Jalanan**

Banyak alasan yang melatarbelakangi, mengapa anak terpaksa harus bekerja dijalanan. Alasan utama dari anak-anak turun ke jalanan adalah faktor ekonomi keluarga yang miskin dan tidak mampu memberikan kehidupan yang layak bagi anak, walaupun ada faktor-faktor lain, seperti lingkungan rumah yang tidak nyaman ataupun kebebasan yang penuh. Faktor ekonomi yang dikatakan sebagai penyebab utama adalah juga disebabkan oleh kemalasan orang tua dalam bekerja serta pandangan orang tua terhadap anak bahwa anak wajib membantu kehidupan keluarga karena orang tua sudah memelihara anak sejak kecil. "kewajiban" yang didengungkan tersebut membuat anak terpaksa mencari rupiah di jalan dan menyetorkan kepada orang tua (Ikhsan dkk, 2004).

### 2.5.3. Definisi Rumah Singgah

Rumah Singgah adalah rumah persinggahan bagi anak jalanan. Rumah singgah diperuntukkan sebagai tempat persinggahan anak-anak jalanan yang bekerja di jalanan sebagai pengasong yang menjual koran, gula-gula, tukar uang, bahkan pengemis. Rumah itu tidak menampung anak-anak secara permanen tapi hanya untuk waktu tertentu. Konsep ideal dari rumah singgah adalah anak yang berada di jalanan dapat singgah di rumah untuk melakukan kegiatan tambahan misalnya bagi yang putus sekolah dapat memperoleh pelajaran informal, dapat bermain, memperoleh tambahan gizi seperti minum susu atau bubur kacang ijo atau aktivitas lainnya yang merupakan pemenuhan hak anak-anak, yang tidak bisa diperolehnya di rumahnya.

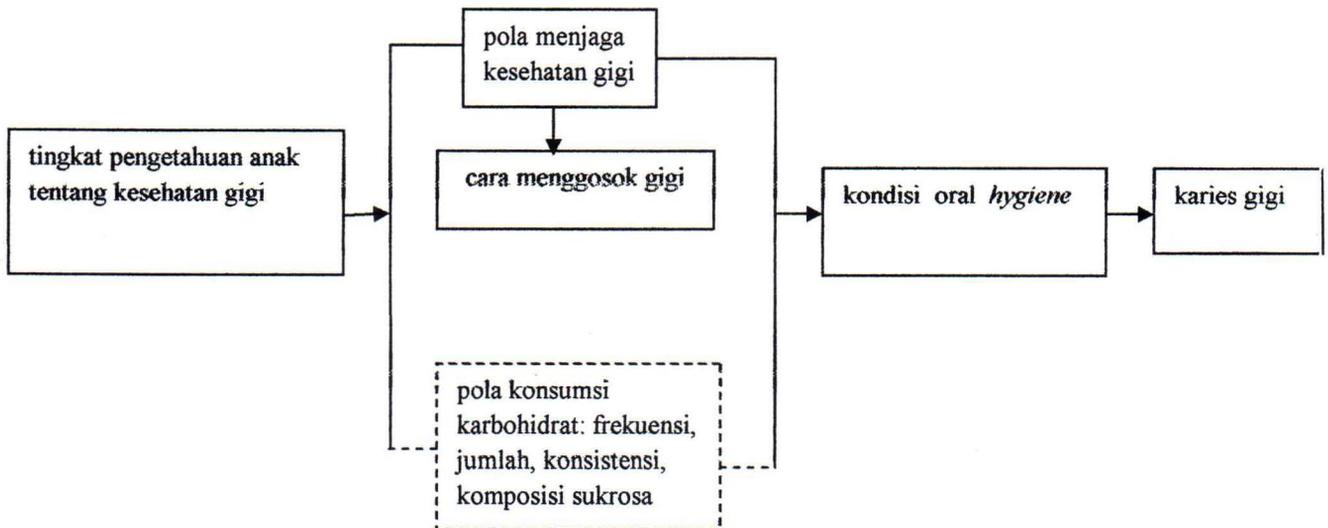
Sanggar Alang-alang adalah sekolah alternatif atau pendidikan luar sekolah yang dikhususkan untuk anak keluarga miskin kota. Pada awalnya alang-alang hanyalah sebuah komunitas atau kelompok belajar anak jalanan yang ada di pinggiran terminal bis joyoboyo, Surabaya. Alang-alang tumbuh dan berkembang sejak 16 April 1999 yang berdirinya diprakarsai oleh haji Didit Hape yang selama ini dikenal sebagai seorang seniman, budayawan sekaligus reporter senior TVRI Surabaya. Pada tanggal 28 Maret 2001 sanggar Alang-alang secara resmi terdaftar sebagai Yayasan Pendidikan dengan SK.MENKUMDANG RI tanggal 19 Januari 2000 no. C-32.HT.03.01 tahun 2000.

Melalui metode belajar sekolah malam pengamen dan sekolah malam Asongan dihaapkan dapat mengubah pola pikir dan perilaku anak jalanan dan anak terlantar yang sebagian besar adalah anak putus sekolah bahkan tidak pernah bersekolah. Selain mengajar pendidikan umum, Didit Hape mengenalkan etika

(budi pekerti), estetika (gaya hidup sehat), norma dan agama melalui kesenian. Hal ini sangat penting karena anak-anak terlantar yang sebagian waktunya dihabiskan dijalanan di nilai sangat rawan tindak kriminal dan tindak asusila lainnya. Hingga saat ini ada kurang lebih 170 anak binaan yang ikut belajar di sanggar.

Setelah tiga tahun lebih berkiprah sanggar alang-alang anak jalanan yang selama ini dikenal sebagai anak yang liar, binal, jorok, kumuh dan susah diatur setelah dididik di sanggar alang-alang berubah perilakunya menjadi anak yang santun, bersih, sehat, dan lebih berbudaya layaknya anak-anak yang lain. Dibalik kekumuhan, ternyata tak sedikit anak jalanan yang memiliki potensi, bakat dan talenta seni yang luar biasa. Hal ini terbukti selama ini sanggar alang-alang mendapatkan simpati dan penghargaan dari berbagai kalangan baik pemerintah maupun swasta. Berkat prestasinya itulah Bapak Gubernur Jawa Timur sering menampilkan Alang-alang dalam acara kenegaraan. (Hape, 2007).

**BAB 3**  
**KERANGKA KONSEPTUAL**

**BAB 3****KERANGKA KONSEPTUAL**

Pengetahuan anak sangat mempengaruhi terjadinya karies gigi pada anak. Tingkat pengetahuan anak tentang kesehatan gigi ini akan mempengaruhi perilaku anak dalam hal cara menggosok gigi, pola menjaga kesehatan gigi, dan pola konsumsi karbohidrat. Kedua hal tersebut akan mempengaruhi kondisi oral *hygiene* yang sangat menentukan terjadinya karies gigi.

**Hipotesis** : Semakin tinggi pengetahuan pada anak jalanan di Rumah Singgah Alang-Alang Surabaya maka prevalensi karies gigi akan semakin rendah dan kebersihan mulut akan semakin tinggi.

**ALUR PENELITIAN**

Pemberian kuisioner pada anak-anak jalanan usia 10-15 tahun untuk mengetahui

pengetahuan anak tentang kesehatan gigi



Pemeriksaan karies gigi



Pemeriksaan kalkulus dan debris



Menghubungkan pengetahuan dengan derajat karies dan hubungan pengetahuan

dengan derajat kebersihan mulut

**BAB 4**  
**METODE PENELITIAN**

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1 Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan adalah analisis, yaitu menganalisa hubungan antara tingkat pengetahuan tentang kesehatan gigi dengan prevalensi karies gigi.

#### **4.2 Lokasi Penelitian**

Penelitian dilakukan di Rumah Singgah Alang-Alang Surabaya

#### **4.3 Populasi Penelitian**

Populasi penelitian adalah anak jalanan di Rumah Singgah Alang-Alang Surabaya.

#### **4.4 Sampel Penelitian**

##### **4.4.1 Teknik Sampling**

Teknik sampling yang digunakan adalah total sampling pada anak-anak jalanan usia 10-15 tahun di Rumah Singgah Alang-Alang Surabaya.

##### **4.4.2 Besar Sampel**

Besar sample sebanyak 32 anak jalanan usia 10-15 tahun di Rumah Singgah anak jalanan Alang-Alang Surabaya.

#### 4.5 Variabel Penelitian

Variabel bebas : Tingkat pengetahuan anak

Variabel terikat : karies dan kondisi *oral hygiene*

#### 4.6 Definisi Operasional

- Tingkat pengetahuan adalah tingkat pemahaman yang dimiliki oleh anak-anak jalanan tentang kesehatan gigi.
- Karies gigi adalah kondisi gigi berlubang, yang diukur dengan indeks DMF-T
- Kondisi *oral hygiene* adalah tingkat kebersihan mulut yang dilihat dari adanya kalkulus dan debris yang diukur dengan indeks OHI-S
- Anak Jalanan adalah anak jalanan di Rumah Singgah Alang-Alang Surabaya

#### 4.7 Instrumen Penelitian

Kuisisioner dan alat diagnosa untuk melihat karies dan kondisi kebersihan mulut.

Kuisisioner untuk mengukur tingkat pengetahuan anak jalanan tentang kesehatan gigi.

Penilaian kuisisioner didapatkan dari total jawaban benar, yaitu dengan kriteria:

1. kategori baik : 7-10
2. kategori sedang : 4-6
3. kategori rendah : 1-3

Karies gigi diukur dengan menggunakan indeks DMF-T dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Setiap gigi dicatat satu kali
2. D = *decay* atau rusak yaitu ada karies pada gigi dan restorasi, atau mahkota gigi rusak karena karies gigi.
3. M = *missing* atau hilang yaitu gigi yang telah dicabut karena karies gigi.
4. F = *filled* atau tambal, gigi yang ditambal karena karies.

(<http://www.whocollab.od.mah.se/index.html>)

Perhitungan DMF-T berdasarkan pada 28 gigi permanen, adapun gigi yang tidak dihitung adalah sebagai berikut: 1. Gigi molar ketiga 2. Gigi yang belum erupsi. Gigi disebut erupsi apabila ada bagian gigi yang menembus gusi baik itu erupsi awal (*clinical emergence*), erupsi sebagian (*partial eruption*) maupun erupsi penuh (*full eruption*) 3. Gigi yang tidak ada karena kelainan kongenital dan gigi berlebih (*supernumerary teeth*) 4. Gigi yang hilang bukan karena karies, seperti impaksi atau perawatan ortodontik 5. Gigi tiruan yang disebabkan trauma, estetik dan jembatan 6. Gigi susu yang belum tanggal.

WHO memberikan kategori dalam perhitungan DMF-T dan def-t berupa derajat interval sebagai berikut :

1. Sangat rendah : 0,0 – 1,1
2. Rendah : 1,2 – 2,6
3. Moderat : 2,7 – 4,4
4. Tinggi : 4,5 – 6,5
5. Sangat Tinggi : > 6,6

Pemeriksaan OHI-S (*Simplified Oral Hygiene Index*) adalah pemeriksaan gigi dengan melihat endapan keras/karang gigi terjadi karena debris yang mengalami pengapuran yang melekat pada gigi penentu.

$$\text{OHI-S} = \text{DI} + \text{CI}$$

Untuk rahang atas yang diperiksa:

- a. gigi M1 kanan atas pada permukaan bukal
- b. gigi I1 kanan atas pada permukaan labial
- c. gigi M1 kiri atas pada permukaan bukal

untuk rahang bawah yang diperiksa:

- a. gigi M1 kiri bawah pada permukaan lingual
- b. gigi I1 kiri bawah pada permukaan lingual
- c. gigi M1 kanan bawah pada permukaan lingual

kriteria penilaian kalkulus

0 : tidak ada kalkulus

1 : supragingival kalkulus menutupi tidak lebih 1/3 permukaan gigi

2 : supragingival kalkulus menutupi lebih 1/3 s.d tidak lebih 2/3 permukaan gigi /  
subgingival kalkulus sedikit

3: supragingival kalkulus menutupi lebih 2/3 permukaan gigi / subgingival  
kalkulus banyak

$$\text{Kalkulus indeks} = \frac{\text{Jumlah penilaian kalkulus}}{\text{Jumlah gigi yang diperiksa}}$$

Kriteria penilaian debris:

0 : tidak ada debris atau pewarnaan ekstrinsik

1 : - ada debris lunak yang menutupi permukaan gigi seluas 1/3 permukaan atau  
kurang dari 1/3 permukaan

- pada permukaan gigi yang terlihat tidak ada debris lunak, tetapi ada pewarnaan ekstrinsik yang menutupi permukaan gigi sebagian atau seluruhnya.

2 : pada permukaan gigi yang terlihat, ada debris lunak yang menutupi permukaan tersebut seluas lebih dari 1/3 permukaan gigi, tetapi kurang dari 2/3 permukaan gigi.

3 : pada permukaan gigi yang terlihat, ada debris yang menutupi permukaan tersebut seluas lebih dari 2/3 permukaan atau seluruh permukaan gigi.

$$\text{Debris indeks} = \frac{\text{Jumlah penilaian debris}}{\text{Jumlah gigi yang diperiksa}}$$

Rumus OHI-S = Debris indeks + kalkulus indeks

Tingkat kebersihan mulut secara klinis pada OHI-S dapat dikategorikan sebagai berikut :

0,0 – 1,2 = baik

1,3 – 3,0 = sedang

3,1 – 6,0 = buruk

(<http://www.whocollab.od.mah.se/index.html>)

#### 4.8 Cara Kerja

1. Memberikan kuisisioner kepada anak-anak jalanan di Rumah Singgah Alang-Alang Surabaya untuk mengetahui tingkat pengetahuan mereka tentang kesehatan gigi. Setelah itu dilakukan wawancara mendalam (*depth interview*) tentang pertanyaan yang ada dalam kuisisioner. Tujuannya adalah untuk mengetahui hal-hal yang tersembunyi mengenai responden.

2. Memeriksa karies dan kondisi *oral hygiene* masing-masing anak. Karies gigi dihitung menggunakan DMF-T. *Oral hygiene* yang dilihat dari adanya kalkulus dan debris dihitung menggunakan indeks OHI-S.

#### 4.9 Analisa Data

Data dari kuisioner yang menggambarkan tentang pengetahuan dihubungkan dengan prevalensi karies dan kondisi *oral hygiene* berdasarkan kelompok umur menggunakan analisa korelasi *spearman*. Kemudian data disajikan dalam bentuk tabel dan prosentase.

**BAB 5**  
**HASIL PENELITIAN**

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di Rumah Singgah Alang-Alang Surabaya terhadap anak jalanan berusia 10-15 tahun sebesar 32 responden.

Pengambilan data terhadap anak jalanan dilakukan dengan membagikan kuisioner pada anak jalanan, pemeriksaan karies gigi dan pemeriksaan kebersihan rongga mulut.

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan di Rumah Singgah Alang-Alang Surabaya tersebut maka didapatkan data mengenai pengetahuan anak jalanan tentang kesehatan gigi, indeks karies gigi dan indeks kebersihan mulut yang dapat dilihat dari table-tabel berikut:

#### 5.1 Gambaran Umum Responden

Table 5.1 Distribusi responden menurut usia

Usia	Jumlah	%
10	3	9,4
11	3	9,4
12	5	15,6
13	10	31,3
14	9	28,1
15	2	6,3
jumlah	32	100

Menunjukkan usia anak jalanan 13 tahun sebesar 31,3%, 14 tahun sebesar 28,1%, 12 tahun sebesar 15,6%, usia 10 dan 11 tahun 9,4% dan usia 15 tahun sebesar 6,3%.

## 5.2 Data Khusus

Table 5.2 Gambaran pengetahuan responden tentang kesehatan gigi dan mulut

Tingkat pengetahuan	Jumlah	%
Sedang (nilai 4-6)	31	96,9
Rendah (nilai 1-3)	1	3,1
Jumlah	32	100

Menunjukkan pengetahuan anak jalanan tentang kesehatan gigi sebagian besar adalah sedang yakni sebesar 96,9%.

Table 5.3 Derajat karies gigi pada anak jalanan

Derajat	Frekuensi	%
Sangat rendah (0,0 - 1,1)	17	53,1
Rendah (1,2 - 2,6)	6	18,8
Moderat (2,7 - 4,4)	6	18,8
Tinggi (4,5 - 6,5)	1	3,1
Sangat tinggi (> 6,6)	2	6,3
jumlah	32	100

Menggambarkan derajat karies gigi pada anak jalanan, sangat rendah 53,1%, rendah dan moderat sebesar 18,8%, tinggi 3,1%, sangat tinggi 6,3%.

Table 5.4 Derajat kebersihan gigi anak jalanan

Derajat	jumlah	%
Baik (0,0 - 1,2)	1	3,1
Sedang (1,3 - 3,0)	11	34,4
Buruk (3,1 - 6,0)	20	62,5
jumlah	32	100

Derajat kebersihan gigi anak jalanan sebagian besar adalah buruk yaitu sebesar 62,5%, sedang 34,4% dan yang baik sebesar 3,1%.

**BAB 6**  
**PEMBAHASAN**

## BAB 6

### PEMBAHASAN

Tingkat pengetahuan responden tentang kesehatan gigi dan mulut sebagian besar adalah sedang yaitu sebesar 96,9%. Pengetahuan tentang kesehatan gigi masih sulit didapatkan untuk anak jalanan di Rumah Singgah Alang-Alang Surabaya. Minimnya fasilitas kesehatan yang mereka dapatkan menjadi salah satu faktor penyebab dan di Rumah Singgah Alang-Alang merupakan pendidikan informal bagi mereka. (Hape, 2009).

Derajat karies gigi pada anak jalanan menunjukkan bahwa mereka mempunyai derajat karies yang sangat rendah 53,1%, sedang 18,8%, moderat 18,8%, tinggi 3,1% dan sangat tinggi 6,3%. Menurut referensi, anak-anak pada usia diatas 10 tahun mempunyai masalah dengan karies gigi. Menurut hasil SKRT 2001 memperlihatkan bahwa indeks DMF-T pada penduduk usia 10 tahun keatas sebesar 5,3 yang berarti bahwa jumlah kerusakan gigi rata-rata adalah 5 gigi per orang. (Antara, 2006).

Hal ini disebabkan karena banyak faktor diantaranya adalah pola hidup , pola menjaga kebersihan gigi dan mulut, cara menggosok gigi, pengetahuan tentang kesehatan gigi, kondisi *oral hygiene*, pola konsumsi karbohidrat: frekuensi, jumlah, konsistensi, komposisi sukrosa.

Pada uji hubungan antara pengetahuan anak jalanan dengan derajat karies gigi dengan uji korelasi *spearman* didapatkan hasil tidak ada hubungan karena nilai *significancy* yang lebih besar dari  $\alpha$  (0,05) yaitu sebesar 0,111.

Anak jalanan yang mempunyai tingkat pengetahuan kurang dan mempunyai derajat karies sangat tinggi sejumlah 1. Anak jalanan dengan tingkat pengetahuan sedang dan mempunyai derajat karies moderat sejumlah 6 responden. Tingkat pengetahuan sedang dan derajat karies sedang sejumlah 6 responden. Dan anak jalanan dengan tingkat pengetahuan sedang dan mempunyai derajat karies rendah sejumlah 17 responden.

Hal ini disebabkan karies gigi dipengaruhi oleh banyak faktor. Pengetahuan adalah salah satu faktor yang mempengaruhi tetapi bukan yang utama. Empat faktor utama yaitu gigi, mikroorganisme di dalam plak, substrat dan waktu.

Karies gigi adalah suatu proses kronis regresif, dimana prosesnya terjadi terus berjalan ke bagian yang lebih dalam dari gigi sehingga membentuk lubang yang tidak dapat diperbaiki kembali oleh tubuh melalui proses penyembuhan, pada proses ini terjadi demineralisasi yang disebabkan oleh adanya interaksi kuman, karbohidrat yang sesuai pada permukaan gigi dan waktu. (Darwita,2004).

Derajat kebersihan gigi anak jalanan menunjukkan dari 32 responden sebagian besar dari anak jalanan mempunyai derajat kebersihan gigi yang buruk yaitu sebesar 62,5%. Derajat kebersihan gigi sedang sebesar 34,4% dan yang mempunyai derajat kebersihan gigi baik sebesar 3,1%. Anak jalanan sering diidentikan sebagai komunitas yang kurang memperhatikan hidup sehat, termasuk yang berhubungan dengan personal hygiene. Hal ini terlihat dari besarnya jumlah responden yang mempunyai derajat kebersihan gigi yang buruk.

Derajat kebersihan gigi sangat mempengaruhi derajat karies. Sisa makanan yang menempel di permukaan gigi akan menjadi retensi plak dan menjadi tempat

Pada uji hubungan antara pengetahuan anak jalanan dengan derajat kebersihan gigi dengan uji korelasi *spearman* menunjukkan tidak ada hubungan yang ditunjukkan dengan nilai *significancy* yang lebih tinggi dibanding nilai  $\alpha$  yaitu 0,289.

Anak jalanan dengan tingkat pengetahuan kurang mempunyai derajat kebersihan gigi sedang sejumlah 1 anak. Anak jalanan dengan tingkat pengetahuan sedang dan mempunyai derajat kebersihan gigi buruk sejumlah 20 anak, dan anak jalanan yang mempunyai tingkat pengetahuan sedang dan mempunyai derajat kebersihan gigi sedang sejumlah 10 anak. Anak jalanan dengan tingkat pengetahuan sedang dan derajat kebersihan gigi baik sejumlah 1 anak.

Setelah dilakukan wawancara mendalam (*depth interview*) pada beberapa anak jalanan diperoleh hasil bahwa pengetahuan yang mereka miliki adalah sekedar tahu namun tidak teraplikasi dalam kehidupan. Hal ini terbukti dari hasil jawaban mereka dari kuisisioner setelah digali lebih dalam ternyata berbeda.

Dari pertanyaan pada kuisisioner nomor 2, Apa kamu menggosok gigi minimal 2 kali sehari setelah makan dan sebelum tidur?. Sebagian besar dari responden menjawab ya, namun setelah digali lebih dalam ternyata mereka menggosok gigi dua kali pada saat mandi. Kemudian dilanjutkan lagi dengan pertanyaan, Apakah masing-masing anggota keluarga memiliki sikat gigi?. Sebagian besar dari responden menjawab tidak, satu sikat gigi untuk seluruh anggota keluarga.

Dari pertanyaan gigi yang berlubang apakah perlu segera ditambal?. Responden menjawab ya, tetapi saat dilakukan pemeriksaan DMF-T banyak gigi

yang lubang tetapi tidak ditambal. Saat mereka ditanya kenapa gigi yang berlubang tidak ditambal?. Alasan mereka adalah karena tidak mempunyai biaya untuk ke dokter gigi.

Dari pertanyaan apakah perlu datang ke dokter gigi setiap 6 bulan sekali untuk memeriksa kesehatan gigi?. Sebagian dari mereka menjawab ya, setelah digali lebih dalam ternyata mereka menjawab seharusnya memang seperti itu, tetapi karena tidak mempunyai biaya menjadikan hal itu bukan sesuatu yang penting bagi mereka.

Jika gigi terdapat karang gigi apa perlu dibersihkan?. Sebagian dari mereka menjawab ya, tetapi setelah dilakukan pemeriksaan OHI-S banyak dari reponden yang mempunyai karang gigi. Meskipun mereka mengetahui karang gigi harusnya dibersihkan tetapi tidak mereka lakukan. Alasan mereka adalah karena karang gigi tidak mengganggu aktivitas mereka, tidak membuat sakit gigi.

Derajat kebersihan gigi yang buruk pada anak jalanan dipengaruhi oleh bagaimana cara menjaga kebersihan gigi dan mulut. Meskipun anak jalanan sebagian besar mempunyai tingkat pengetahuan sedang namun derajat kebersihan mulut masih buruk. Hal ini disebabkan mereka hanya sekedar tahu namun tidak terapkan dalam kehidupannya sehari-hari. Pendidikan yang mereka dapatkan tentang kesehatan gigi juga masih sangat minimal.

Sehingga *habit* atau kebiasaan hidup sangat menentukan terjadinya karies dan kondisi kebersihan mulut. Meskipun anak jalanan mendapat informasi saat berada di Rumah Singgah namun hal ini belum bisa mengubah kebiasaan hidup

mereka dari gaya hidup kumuh menjadi pola hidup yang sehat. Pengetahuan yang mereka miliki belum diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari.

Kesehatan gigi dan mulut pada kelompok masyarakat yang berpenghasilan rendah merupakan masalah yang sering terabaikan. Prevalensi penyakit gigi dan mulut pada masyarakat ini menjadi lebih besar oleh karena sikap dan perilaku mereka hal menghadapi penyakit ini. Tidak semua orang memandang gangguan gigi-geligi mereka sebagai suatu penyakit yang perlu mendapatkan perawatan. Faktor yang mempengaruhi diantaranya faktor keuangan, pengetahuan masyarakat tentang kesehatan gigi-geligi yang rendah dan pelayanan kesehatan gigi yang kurang (Wangsarhardja, 2007).

**BAB 7**  
**KESIMPULAN DAN SARAN**

## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Kesimpulan**

Dari penelitian ini didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan anak jalanan di Rumah Singgah Alang-Alang Surabaya dengan prevalensi karies gigi dan kebersihan mulut.

#### **7.2 Saran**

1. Perlu adanya upaya untuk lebih meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan gigi pada anak jalanan di Rumah Singgah Alang-Alang Surabaya dan perlu diadakan pelatihan dan penyuluhan tentang bagaimana menjaga dan merawat kesehatan gigi dan menekankan kepada mereka pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut.
2. Perlu adanya kerjasama dari lintas sektor untuk menangani masalah karies gigi dan kebersihan mulut anak jalanan di Rumah Singgah Alang-Alang Surabaya.

**DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR PUSTAKA

- Antara News. Kondisi Kesehatan Gigi dan Mulut Masyarakat Indonesia. 2006. [http: www. antara.co.id/seenws/?id=47493](http://www.antara.co.id/seenws/?id=47493)
- Arisman, MB. Gizi dalam Daur Kehidupan. Jakarta; EGC. 2004. Hal 56.
- Astoeti, Tri Erry. 2007. *Jaga Kesehatan Gigi dan Mulut Sejak Dini*. Dari: [http: \(www\\_republika.co.id.htm](http://www_republika.co.id.htm). *Republika On Line*. 2007 line 2)
- Direktorat Jendral Bina Kesejahteraan Sosial. 1999. *Pedoman Penyelenggaraan Anak Jalanan melalui Rumah Singgah*. Jakarta : Departemen Sosial. hal 21-24
- Dogan, M and Haytac, CM. *The Oral Health Status Of Street Childern In Adana Turkey*. *International Dental Journal*. 2006:56. page 92-96
- Forrest. JO. 1995. *Pencegahan Penyakit Mulut*. Jakarta: Hipokrates. hal 71-72
- Ghondhoyoewono T. *Peranan Psikologi Dan Komunikasi pada Program Kesehatan Gigi dan Mulut*. *Majalah Kedokteran Gigi FKG USAKTI*. 1997; 5:27-37
- Hape, Didit . *Profil Sanggar Alang-Alang*. Tidak dipublikasikan.2004. hal 12-15
- Houwink, dkk. 1993. *Ilmu Kedokteran Gigi Pencegahan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press. hal 128-158

- Kidd, E.A.M. ; Joyston-Bechal, S. 1991. *Dasar-dasar Karies Penyakit dan Penanggulangannya*. Diterjemahkan oleh Narlan Sumawinata dan Safrida Faruk. Jakarta : EGC. hal 18-31
- Moeis, E.F. 2004. *Menuju Sehat Gigi dan Mulut Indonesia 2020*. Jurnal Kedokteran Gigi Edisi Khusus KOMIT KG. hal 23-26
- Notoatmodjo, S. 2002. *Ilmu Kesehatan Masyarakat, Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta. Rineka Cipta. hal 30-33
- Notoatmodjo, Soekidjo. 1993. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan Yogyakarta: Andi Offset Yogyakarta*. hal 26-28
- Notoatmodjo, Soekidjo dan Solita Sarwono. 1985. *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. hal 23-25
- Notoatmodjo, S . 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta. hal 24-26
- Pratiwi, Niniek L. 2004. *The Effect of Self Efficacy of Community Health Cadets through their Cognitive, Affective Abilities and Motivation on Dental Health Behavior ( The Intervention of OHI-S Detection Model, DMFT Index )*. Unair\_Dissertations kedokteran 2004 - ADLN Digital Collections - GDL 4.0.mht) page 13-17
- Suharsono, Ismu. 1992. *Karies Gigi pada Anak dengan Pelbagai Faktor Etiologi*. Jakarta: EGC. hal 1-3
- Tarigan, R. 1995. *Kesehatan Gigi dan Mulut*. Jakarta: EGC. hal 49-52

Wangsarhardja, Kartika. 2007. *Kebutuhan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Masyarakat Berpenghasilan Rendah*. Majalah Ilmiah Kedokteran Gigi, Vol 22, No 3, 2007.

[www.whocollab.od.mah.se/index.html](http://www.whocollab.od.mah.se/index.html)

# LAMPIRAN

**LAMPIRAN****Statistics**

		usia responden	pengetahuan responden	karies gigi	derajat kebersihan gigi
N	Valid	32	32	32	32
	Missing	0	0	0	0

**usia responden**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10	3	9,4	9,4	9,4
	11	3	9,4	9,4	18,8
	12	5	15,6	15,6	34,4
	13	10	31,3	31,3	65,6
	14	9	28,1	28,1	93,8
	15	2	6,3	6,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**pengetahuan responden**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	1	3,1	3,1	3,1
	sedang	31	96,9	96,9	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**karies gigi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat rendah	17	53,1	53,1	53,1
	rendah	6	18,8	18,8	71,9
	moderat	6	18,8	18,8	90,6
	tinggi	1	3,1	3,1	93,8
	sangat tinggi	2	6,3	6,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**derajat kebersihan gigi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	1	3,1	3,1	3,1
	sedang	11	34,4	34,4	37,5
	buruk	20	62,5	62,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

**Correlations**

			pengetahuan responden	karies gigi
Spearman's rho	pengetahuan responden	Correlation Coefficient	1,000	-,287
		Sig. (2-tailed)	.	,111
		N	32	32
	karies gigi	Correlation Coefficient	-,287	1,000
		Sig. (2-tailed)	,111	.
		N	32	32

**Correlations**

		pengetahuan responden	derajat kebersihan gigi
pengetahuan responden	Pearson Correlation	1	,194
	Sig. (2-tailed)	.	,289
	N	32	32
derajat kebersihan gigi	Pearson Correlation	,194	1
	Sig. (2-tailed)	,289	.
	N	32	32

**Correlations**

			pengetahuan responden	derajat kebersihan gigi
Spearman's rho	pengetahuan responden	Correlation Coefficient	1,000	,218
		Sig. (2-tailed)	.	,230
		N	32	32
	derajat kebersihan gigi	Correlation Coefficient	,218	1,000
		Sig. (2-tailed)	,230	.
		N	32	32

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan responden * derajat kebersihan gigi	32	100,0%	0	,0%	32	100,0%

pengetahuan responden \* derajat kebersihan gigi Crosstabulation

Count

		derajat kebersihan gigi			Total
		baik	sedang	buruk	
pengetahuan responden	kurang	0	1	0	1
	sedang	1	10	20	31
Total		1	11	20	32

Correlations

			derajat kebersihan gigi	karies gigi
Spearman's rho	derajat kebersihan gigi	Correlation Coefficient	1,000	,234
		Sig. (2-tailed)	.	,197
		N	32	32
	karies gigi	Correlation Coefficient	,234	1,000
		Sig. (2-tailed)	,197	.
		N	32	32



9. Jika gigi terdapat karang gigi apa perlu dibersihkan?
- a. ya                      b. tidak
10. Apakah gigi yang berdesakan dan letaknya tidak teratur akan menambah risiko gigi berlubang dan penyakit periodontal?
- a. ya                      b. tidak

**PEMERIKSAAN KARIES DAN ORAL HYGIENE**

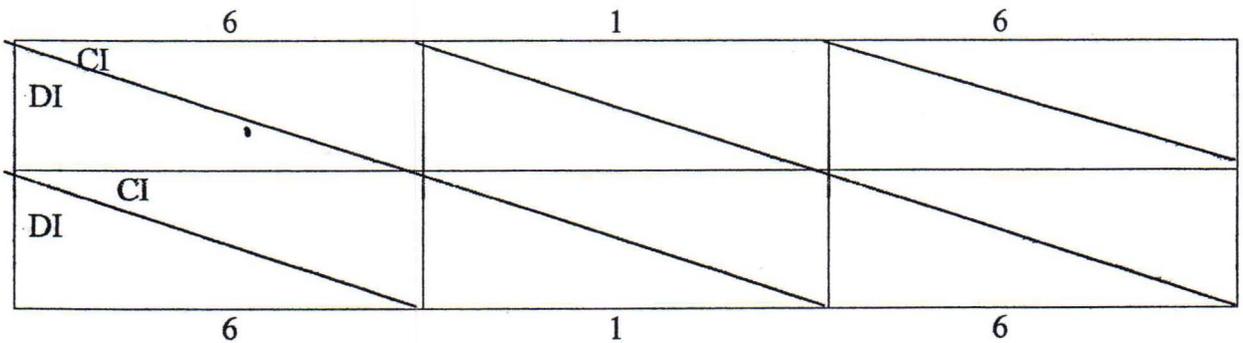
Nama : \_\_\_\_\_ Tanggal : \_\_\_\_\_  
 Umur : \_\_\_\_\_

**A. Pemeriksaan Karies Gigi Permanen**

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7

D = .....  
 M = .....  
 F = ..... +  
 DMF-T = .....

**B. Pemeriksaan Kebersihan Gigi dan Mulut**



Calculus Indeks (CI) =  $\frac{\dots\dots\dots}{6}$   
 = .....

Debris Indeks (DI) =  $\frac{\dots\dots\dots}{6}$   
 = .....

OHI-S = CI + DI = .....