

Pasal 72 Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002 tentang Hak Cipta:

- (1) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
- (2) Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (3) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak memperbanyak penggunaan untuk kepentingan komersial suatu Program Komputer dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (4) Barangsiapa dengan sengaja melanggar Pasal 17 dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- (5) Barangsiapa dengan sengaja melanggar Pasal 19, Pasal 20, atau Pasal 29 ayat (3) dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000.000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (6) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melanggar Pasal 24 atau Pasal 55 dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000.000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (7) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melanggar Pasal 25 dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000.000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (8) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melanggar Pasal 27 dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000.000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (9) Barangsiapa dengan sengaja melanggar Pasal 28 dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp1.500.000.000,00 (satu miliar lima ratus juta rupiah).

Kualitas Hidup Anak Usia Dini Terkait Kesehatan Gigi

Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes.

Diterbitkan atas kerjasama
Airlangga University Press dengan LP3 UNAIR

Kualitas hidup anak usia dini terkait kesehatan gigi
Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes.

Perpustakaan Nasional RI. Data Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Taufan Bramantoro.

Kualitas Hidup Anak Usia Dini: Terkait Kesehatan Gigi/Taufan Bramantoro, - Cet.1 - Surabaya: Airlangga University Press, 2016.

103 hlm.: 23 cm.

ISBN 978-602-0820-89-7

1.Karies Gigi - Kedokteran Gigi. I. Judul

617.67

Penerbit:

Airlangga University Press
Kampus C Unair, Mulyorejo Surabaya 60115
Telp. (031) 5992246, 5992247 Fax. (031) 5992248 E-mail: aup.unair@gmail.com

ANGGOTA IKAPI: 001/JT1/95
ANGGOTA APPTI: 001/KTA/APPTI/X/2012
AUP 600/40.633/11.16 (0.05)

Lembaga Pengkajian dan Pengembangan Pendidikan (LP3) UNAIR
Kampus C Unair, Gedung Kahuripan Lt. 2, Mulyorejo Surabaya 60115
Telp. (031) 59204244 Fax. (031) 5920532 E-mail: p4ua@unair.ac.id

Dicetak oleh:

Pusat Penerbitan dan Percetakan (AUP)
(RK 494/09.16/AUP-A5)

Cetakan pertama — 2016

Dilarang mengutip dan atau memperbanyak tanpa izin tertulis dari Penerbit sebagian atau seluruhnya dalam bentuk apa pun.

Kata Pengantar

Tiada rahmat dan petunjuk melainkan dari Allah Azza *wa Jalla* yang telah memberi cahaya dan telah menganugerahi nikmat tidak ternilai, sehingga penulis dapat menyusun secercah ilmu dalam bentuk buku ini. Shalawat dan salam senantiasa tercurahkan kepada Rasulullah *shallallahu 'alaihi wa sallam* beserta keluarga, para sahabat dan para pengikutnya.

Buku ini tersusun dari kegelisahan penulis dalam mengamati perkembangan keadaan data prevalensi karies gigi yang tidak kunjung turun, bahkan semakin mendapatkan tantangan dari perkembangan gaya hidup untuk berpotensi meningkatkan prevalensi karies gigi. Berbagai upaya telah dilakukan oleh berbagai pihak, tetapi memang masalah karies gigi bukanlah permasalahan kesehatan yang dapat diberi solusi yang sepotong-sepotong. Permasalahan karies gigi harus dilihat secara komprehensif dari berbagai sudut pandang dan dengan solusi yang saling terintegrasi antara berbagai bidang. Sudut pandang yang dimulai dari hulu hingga hilir, dimulai dari usia dini hingga dewasa, dan dimulai dari penyebab hingga dampak kualitas hidup.

Permasalahan karies gigi sudah dimulai sejak usia dini, dan pada kenyataannya, karies gigi tersebut telah mampu

merenggut kualitas hidup seorang anak dalam beraktivitas keseharian dan terkait proses tumbuh kembangnya.

Buku ini hadir sebagai sarana memperkaya khazanah keilmuan mengenai kualitas hidup anak usia dini khususnya terkait dengan kesehatan gigi. Dalam buku ini terdapat pembahasan mengenai konsep kesehatan gigi pada anak usia dini serta konsep kualitas hidup beserta pengukurannya.

Besar harapan penulis, buku ini dapat menjadi landasan bagi pembaca dalam memahami dan menerapkan konsep penilaian kualitas hidup sebagai salah satu dimensi penilaian dampak status kesehatan anak.

Terima kasih dan sukses berkarya.

Dr. Taufan Bramantoro, drg., M.Kes.

Daftar Isi

Kata Pengantar.....	v
Daftar Tabel.....	ix
Bab 1 Kesehatan Gigi Anak Usia Dini dalam Perspektif Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat.....	1
Gambaran Kejadian Karies Gigi Anak Usia Dini	1.
Kebutuhan Analisis Kesehatan Gigi Anak Usia Dini	3
Diskusi.....	5
Pustaka	5
Bab 2 Karies Gigi pada Anak Usia Dini.....	9
Konsep Karies Gigi Anak Usia Dini.....	9
Faktor Penyebab Karies Gigi.....	14
Peran Keluarga Terkait dengan Kejadian Karies Gigi Anak Usia Dini	17
Diskusi.....	20
Pustaka	21
Bab 3 Kualitas Hidup Terkait dengan Kesehatan Gigi (Oral Health Related to Quality of Life)	25
Konsep Kualitas Hidup Terkait Kesehatan	25
Konsep Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi	27
Diskusi.....	45
Pustaka	45

Bab 4	Kualitas Hidup Terkait dengan Karies Gigi pada Anak Usia Dini	47
	Konsep Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi Anak Usia Dini.....	47
	Pengembangan Instrumen Penilaian Kualitas Hidup Anak Usia Dini Terkait dengan Kesehatan Gigi dan Mulut	50
	Penilaian Kualitas Hidup Anak Usia Dini Terkait dengan Keadaan Kesehatan Gigi	55
	Tahapan Pengembangan Instrumen <i>Early Childhood Caries Impact on Quality of Life-Indonesia</i> atau ECCIQOL-INA.....	66
	Peran Ibu dan Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Anak Usia Dini Terkait dengan Karies Gigi.....	71
	Diskusi.....	74
	Pustaka	74
Bab 5	Penerapan Konsep Kualitas Hidup Terkait dengan Perilaku Kesehatan Gigi	79
	Teori Perilaku Kesehatan Terkait Kualitas Hidup ..	79
	Pemanfaatan Konsep Kualitas Hidup dalam Penerapan Pemasaran Sosial.....	82
	Produk	85
	Biaya	88
	Tempat (Akses)	90
	Komunikasi	91
	Diskusi.....	101
	Pustaka	101

Daftar Tabel

Tabel 3.1	Nama Instrumen Penilaian Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Gigi dan Mulut di Beberapa Negara.....	28
Tabel 3.2	Daftar Item Pertanyaan Instrumen Kualitas Hidup Sesuai Karakteristik Masyarakat Indonesia.....	35
Tabel 3.3	Rata-Rata Nilai Skor Kualitas Hidup Responden Sebelum dan Sesudah Perawatan Tumpatan Gigi.....	39
Tabel 3.4	Rata-Rata Nilai Skor Kualitas Hidup Responden Sebelum dan Sesudah Perawatan Pericabutan Gigi Permanen.....	40
Tabel 3.5	Rata-Rata Selisih Nilai Skor Kualitas Hidup Responden Sebelum dan Sesudah Perawatan Tumpatan Gigi Dan Pencabutan Gigi	43
Tabel 4.1	Instrumen Penilaian Kualitas Hidup pada Anak Usia Dini Terkait dengan Kesehatan Gigi dan Mulut.....	62



BAB 1
**Kesehatan Gigi Anak Usia Dini dalam
Perspektif Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat**

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

1. Pembaca mampu menjelaskan mengenai gambaran prevalensi karies gigi anak usia dini
2. Pembaca mampu menjelaskan mengenai kebutuhan analisis kesehatan gigi anak usia dini

**GAMBARAN KEJADIAN KARIES GIGI
ANAK USIA DINI**

Membahas mengenai kesehatan gigi pada anak tidak dapat terlepas dari hasil analisis data kejadian karies gigi pada anak di Indonesia. Salah satu rujukan data kesehatan di Indonesia yaitu Riset Kesehatan Dasar atau lazim disebut dengan istilah Riskesdas. Pada hasil survei riset kesehatan dasar tahun 2007 didapatkan sebesar 67,2% anak dengan usia di atas 12 tahun mempunyai pengalaman menderita karies gigi, dan sebesar 43,4% dari 67,2% anak tersebut memiliki karies gigi yang tidak terawat atau dibiarkan tanpa dilakukan tindakan perawatan gigi.

Sejalan dengan hasil riset kesehatan dasar tersebut, pada penelitian Bramantoro *et al.* (2013), didapatkan bahwa 91% anak usia 4–5 tahun di daerah Mojosari, Jawa Timur, mempunyai pengalaman menderita karies gigi. Sejumlah 89% dari 91% anak tersebut mempunyai karies gigi yang dibiarkan tanpa dilakukan tindakan perawatan gigi.

Kenyataan kejadian karies gigi pada anak yang terdapat di masyarakat dari data penelitian yang tersebut di atas, menggambarkan bahwa kesehatan gigi anak masih memerlukan perhatian dan fokus terkait keberadaannya dalam perencanaan program promosi dan preventif kesehatan gigi anak. Pernyataan tersebut tidak merupakan sesuatu yang berlebihan, mengingat usia anak-anak merupakan masa perkembangan yang sangat penting sebagai landasan perkembangan pada usia dewasa kelak.

Proses perkembangan dan keadaan kesehatan gigi dan mulut pada anak yang berlaku pula pada bahasan mengenai kesehatan gigi dan mulut pada anak usia dini, memiliki peranan sebagai pondasi yang sangat penting dalam membangun keadaan kesehatan gigi dan mulut ketika remaja dan dewasa yang sehat dan berfungsi secara optimal. Keberadaan sebagai pondasi tersebut tidak hanya menyangkut keadaan klinis dari kondisi gigi dan mulut, melainkan juga menyangkut perilaku kesehatan gigi yang akan berpengaruh terhadap perilaku kesehatan gigi ketika dewasa.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Skeie *et al.* (2006) dan Peres *et al.* (2009) memberikan informasi yang menjadi landasan dari pernyataan tersebut di atas. Pada pembahasan mengenai keterkaitan pola karies gigi pada anak usia dini dengan pola kejadian karies gigi permanen yang dilakukan, didapatkan bahwa pola kejadian karies gigi sulung pada anak usia dini mempunyai hubungan dengan pola kejadian karies gigi permanen pada usia yang lebih dewasa. Sedangkan pada pengamatan mengenai keterkaitan perilaku kesehatan gigi pada anak usia dini dengan perilaku ketika dewasa, didapatkan bahwa perilaku kesehatan gigi pada anak usia dini memiliki keterkaitan dengan perilaku kesehatan gigi ketika usia yang lebih dewasa.

KEBUTUHAN ANALISIS KESEHATAN GIGI ANAK USIA DINI

Senyampang dengan keadaan yang saling terkait antara apa yang terjadi pada anak usia dini dengan kondisi ketika mereka dewasa, maka diperlukan analisis kebutuhan kesehatan gigi pada anak usia dini. Kebutuhan kesehatan gigi pada anak usia dini dapat diamati dan dianalisis melalui perubahan perkembangan anak terkait dengan proses tumbuh kembang sesuai pertambahan usia, ketergantungan anak pada orang tua, khususnya ibu, dan ketergantungan terhadap lingkungan

di sekitarnya, serta keadaan sosial demografik beserta perubahannya.

Sehubungan dengan keadaan tersebut, keberadaan ibu sebagai lingkungan sosial awal anak, membentuk interaksi yang istimewa antara ibu dengan anak. Interaksi yang terbentuk merupakan aktivitas utama dalam masa awal kehidupan anak yang memiliki pengaruh terhadap perkembangan psikologis anak dan mengarahkan pembentukan perilaku anak di masa remaja dan dewasa. Keadaan tersebut dapat menjadi landasan bahwa pendekatan yang perlu dilakukan dalam upaya meningkatkan kualitas kesehatan gigi pada anak, khususnya anak usia dini, memerlukan perhatian pada pemanfaatan interaksi istimewa antara ibu dengan anak tersebut.

Kebutuhan kesehatan gigi pada anak usia dini tidak dapat dipisahkan dari analisis penyebab permasalahan kesehatan gigi pada anak usia dini. Penyebab permasalahan tersebut memiliki sifat multi-faktor dan multi-tingkatan. Keadaan tersebut membentuk kebutuhan terhadap upaya peningkatan kualitas kesehatan gigi anak dengan perspektif dan strategi yang bersifat komprehensif, tidak hanya dengan pendekatan klinis, tetapi juga melalui pendekatan non klinis atau melalui keilmuan kesehatan masyarakat.

Pertimbangan tersebut dapat dinilai dari implikasi berbagai aktivitas upaya peningkatan kualitas kesehatan anak yang sejalan dengan aktivitas terkait dengan proses pemberian

nutrisi, perawatan kesehatan secara umum, dan pengawasan proses tumbuh kembang anak. Implikasi tersebut juga berkaitan dengan dampak yang ditimbulkan masalah kesehatan gigi anak terhadap keadaan secara umum dari kualitas hidupnya.

Keadaan tersebut memaksa para pengambil kebijakan terkait dengan kesehatan gigi anak perlu untuk memberikan perhatian dan fokus yang serius dan secara khusus pula pada dampak masalah kesehatan gigi anak dalam mempengaruhi aktivitas normal keseharian atau kualitas hidup anak.

DISKUSI

1. Bagaimana peranan kondisi kesehatan gigi anak usia dini terhadap tahap kehidupan individu?
2. Mengapa diperlukan pertimbangan yang bersifat komprehensif dalam menyikapi upaya peningkatan kualitas kesehatan gigi anak usia dini?

PUSTAKA

- Bagramian, RA., Garcia-godoy, F., Volpe, AF. (2009). The global increase in dental caries. A pending public health crisis. *Am J Dent*, 21(1): 3-8.
- Bozorgmehr, E., Hajizamani, A., and Mohammadi, TM. (2013). Oral Health Behavior of Parents as a Predictor of Oral Health Status of Their Children. *ISRN Dent*, Vol. 2013, Article ID 741783, 5 pages.
- BPPK Departemen Kesehatan RI. (2008). Riset Kesehatan Dasar 2007.

- BPPK Kementerian Kesehatan RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar 2013.
- Bramantoro, T., Hapsoro, A., Roesanto, H., Harumi, RS., Berniyanti, T., Hariyani, N., dan Lydia, M. (2013). Impacts of daily activities related dental caries on 4–6 years old children in Pekukuhan Mojosari. *Presentation on 7th asian conference of oral health promotion for school children*. Bali.
- Castilho, ARF, Mialhe, Fl., Barbosa, TS., Puppim-Rontani, RM. (2013). Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*, 89(2): 116–123.
- Chu, C., Ping-Lit, Ho., and Edward, CML. (2012). Oral health status and behaviours of preschool children in Hong Kong. *BMC Public Health*, 12: 767.
- Departemen Kesehatan RI. (2007). *Standar pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas*. Dirjen Bina Pelayanan Medik Dasar Dpartemen Kesehatan.
- Dye, BA., Tan, S., Smith, V., et al. (2007). Trends in oral health status: United States, 1988–1994 and 1999–2004. *National Center for Health Statistics. Vital Health Stat*. 11: 248.
- Fejerskov, O. (2004). Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Res*. 38: 182–191.
- Fisher-Owens, SA., Gansky, SA., Platt, LJ., Weintraub, JA., Soobader, M., Bramlett, MD., and Newacheck, PW. (2007). Influences on Children's Oral Health: A Conceptual Model. *Pediatrics*, 120: 510–520.
- Gussy, MG., Waters, EG., Walsh, O., and Kilpatrick, NM. (2006). Early childhood caries: Current evidence for aetiology and prevention. *J Paediatr Child Health*, 42: 37–43.
- Hallet, KB., and O'Rourke, PK. (2003). Social and behavioural determinants of early childhood caries. *Aust Dent J*, 48(1): 27–33.
- Harris, R., Nicoll, AD., Adair, PM., and Pine, CM. (2004). Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dent Health*, 21(1): 71–85.

- Honley, M., Skouteris, H., Boganin, C., Satur, J., and Kilpatrick, N. (2012). Parental influence and the development of dental caries in children aged 0–6 years: A systematic review of the literature. *J Dent*, 40, 873–85.
- Humphris, G., and Ling, MS. (2000). *Behavioural sciences for dentistry*. Churchill livingstone. 117–123.
- Hobdell, M., Petersen, PE., Clarkson, J., and Johnson, N. (2003). Global goals for oral health 2020. *Int Dent J*, 53: 285–288.
- Ismail, AI. (2003). Determinants of Health in Children and the Problem of Early Childhood Caries. *Pediatr Dent*, 25:4, 328–333.
- Kawashita, Y., Kitamura, M., and Saito, T. (2011). Early Childhood Caries. *Int J Dent*. Vol. 2011, Article ID 725320.
- McDonald, RE., Avery, DR., and Dean, JA. (2004). *Dentistry for the child and adolescent, eighth edition*. St Louis, Missouri, Mosby.
- Mofidi, M., Zeldin, LP., and Rozier, RG. (2009). Oral Health of Early Head Start Children: A Qualitative Study of Staff, Parents, and Pregnant Women. *Am J Public Health*. 99(2): 245–251.
- Mouradian, WE. (2001). The Face of a Child: Children's Oral Health and Dental Education. *J Dent Educ*, 65(9): 821–831.
- Moynihan, P., and Petersen, PE. (2004). Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutr*. 7(1A): 201–22.
- Okada, M., Kawamura, M., Kaihara, Y., Matsuzaki, Y., Kuwahara, S., Ishidori, H., and Miura, K. (2002). Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children: and exploratory study employing a causal modelling technique. *Int J Paediatr Dent*. 12(2): 101–108.
- Petersen, PE., and Kwan, S. (2004). Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention – WHO recommendations for improved evidence in public health practice. *Community Dent Health*, 21: 319–329.

- Petersen, PE. (2004). Challenges to improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Int Dent J*, 54: 329–343.
- Petersen, PE. (2008). World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. *Int Dent J*. 58: 115–121.
- Pinkham, JR., Casamassimo, PS., Fields, HW., Metigue, DJ., and Nowak, AJ. (2005). *Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence, fourth edition*. St Louis, Missouri, Mosby.
- Sarumathi, T., Saravana, KB., Manjula, D., Hemalatha, VT., and Aarthi, NV. (2013). Prevalence, Severity and Associated Factors of Dental Caries in 3–6 Year Old Children. *J Clin Diagn Res*. 7(8): 1789–1792.
- Sheiham, A. (2006). Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *Br Dent J*, 201(10): 625–626
- Skeie, MS., Raadal, M., Strand, GV., and Espelid, I. (2006). The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age—a longitudinal study. *Int J Paediatr Dent*, 16: 152–160.
- Slabšinskienė, E., Milėiuvienė, S., Narbutaitė, J., Vasiliauskienė, I., Andruskeviciene, V., Bendoraitienė, E., and Saldutkaitė, K. (2010). Severe early childhood caries and behavioral risk factors among 3-year-old children in Lithuania. *Medicina (Kaunas)*. 46(2): 135–141.

BAB 2

Karies gigi pada Anak Usia Dini

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

1. Pembaca mampu menjelaskan mengenai konsep karies gigi anak usia dini
2. Pembaca mampu menjelaskan mengenai faktor penyebab karies gigi
3. Pembaca mampu menjelaskan mengenai peran keluarga terkait dengan kejadian karies gigi anak usia dini

KONSEP KARIES GIGI ANAK USIA DINI

Salah satu masalah kesehatan gigi anak yang masih dominan didapatkan hingga saat ini adalah masalah karies gigi. Hal tersebut kemudian mendapat fokus pembahasan secara khusus pada kejadian karies gigi yang dialami oleh kelompok anak usia dini.

Karies gigi yang dialami oleh anak usia dini disebut juga dengan istilah *early childhood caries*. Istilah tersebut merupakan sintesis dari berbagai istilah yang ada sebelumnya dalam menyebutkan kejadian karies gigi pada anak usia dini, yaitu *labial caries*, *caries of incisors*, *rampant caries*, *nursing bottle caries*, and *baby bottle tooth decay*, *nursing caries*. Pada penyebutan istilah-istilah tersebut, dapat terlihat bahwa

berkembang, melainkan juga didapatkan pada beberapa negara maju. Menyikapi keadaan tersebut sekaligus sebagai wujud upaya pencegahan sejak dini, pada banyak negara di dunia telah mengembangkan dan melaksanakan berbagai upaya pencegahan dan penanganan karies gigi anak.

Meskipun pergerakan upaya pencegahan dan penanganan karies gigi anak tersebut hingga saat ini telah menunjukkan perkembangan positif dan dinamis, permasalahan karies gigi masih menunjukkan angka kejadian yang tinggi, khususnya pada negara berkembang. Hal tersebut dapat ditelaah dari tinjauan hasil penelitian pada beberapa negara berkembang dan negara maju yang disintesis oleh Petersen (2008) dan Bagramian *et al.* (2009), didapatkan bahwa karies gigi masih menjadi permasalahan kesehatan gigi yang sering ditemukan pada anak usia dini dan prasekolah antara usia 1–6 tahun. Sejalan dengan penjelasan tersebut, gambaran tingginya angka kejadian karies gigi anak juga didapatkan pada laporan United States Department of Health and Human Services (USDHHS) tahun 2000 yang disintesis oleh Bagramian *et al.* (2009). Pada laporan tersebut diungkapkan bahwa karies gigi merupakan kejadian yang banyak dialami oleh anak usia 5-17 tahun. Kejadian karies gigi anak memiliki perbandingan 5 kali lipat lebih umum dibandingkan dengan asma serta 7 kali lipat lebih umum dibandingkan dengan demam.

Pada beberapa negara di belahan dunia lain juga didapatkan data kejadian karies gigi yang tinggi pada anak (Petersen, 2005; Bagramian *et al.*, 2009). Pada penelitian yang dilakukan di Hongkong, didapatkan prevalensi karies gigi anak usia dini sebesar 49%, dan lebih dari 95% di antaranya didapatkan karies gigi yang tidak terawat (Chu *et al.*, 2012). Pada penelitian yang telah dilakukan di India pada daerah Chennai dengan sampel anak berusia 3-6 tahun, didapatkan prevalensi karies gigi anak usia dini sebesar 63,4% (Sarumathi *et al.*, 2013).

Pada penelitian mengenai karies gigi anak usia dini yang dilakukan di Lithuania, didapatkan prevalensi karies gigi pada anak usia 3 tahun sebesar 50,6% (Slabšinskienė *et al.*, 2010). Pada penelitian yang telah dilakukan di Kanada pada daerah Manitoba, didapatkan prevalensi karies gigi pada anak usia di bawah 72 bulan sebesar 53% (Schroth *et al.*, 2010). Pada beberapa hasil penelitian yang disintesis oleh Bagramian *et al.* (2009), di antaranya di negara Filipina bagian utara dan RRC, didapatkan prevalensi karies gigi anak usia dini antara 52,9% hingga 90% (Carino *et al.*, 2003; Du *et al.*, 2007; Zeng *et al.*, 2005 *cit.* Bagramian *et al.*, 2009).

Pada penelitian di Brazil bagian selatan, didapatkan data prevalensi sebesar 40% anak usia prasekolah usia 0–5 tahun menderita karies pada gigi sulung (Ferreira *et al.*, 2007 *cit.* Bagramian *et al.*, 2009). Pada beberapa penelitian, di antaranya

di Taiwan, didapatkan prevalensi karies gigi pada anak usia 3 tahun adalah sebesar 57,69%, pada anak usia 4 tahun sebesar 77,53%, dan pada anak usia 5 tahun didapatkan prevalensi karies gigi sebesar 91,16% (Tsai *et al.*, 2006).

FAKTOR PENYEBAB KARIES GIGI

Pada banyak penjelasan yang terdapat dalam berbagai referensi ilmiah, disebutkan bahwa karies gigi dapat disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu diantaranya adalah karbohidrat yang berasal dari makanan, bakteri acidogenik, peranan *saliva*, permukaan gigi, serta waktu. Pada penjelasan lain, juga disebutkan bahwa karies gigi terbentuk melalui peranan beberapa faktor, yaitu mikroorganisme atau bakteri, substrat, keadaan gigi, waktu, dan perilaku.

Plak gigi merupakan bentuk lapisan tipis yang menempel pada permukaan gigi, suatu lapisan lunak yang terdiri atas kumpulan mikroorganisme yang berkembang biak di atas suatu matriks yang terbentuk dan melekat erat pada permukaan gigi yang tidak dibersihkan. Plak gigi memegang peranan penting dalam menyebabkan terjadinya karies.

Streptococcus mutans merupakan bakteri spesifik utama dalam rongga mulut yang berperan besar dalam terjadinya karies gigi. *Streptococcus mutans* merupakan bakteri yang banyak didapatkan pada plak gigi, yang bersifat kariogenik dan

berkembang dalam suasana rongga mulut yang asam. Bakteri tersebut memiliki kemampuan untuk mengeluarkan enzim yang dipergunakan dalam memfermentasikan karbohidrat menjadi asam organik, sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan pH plak.

Saliva memiliki peran dalam terbentuknya karies gigi selain melalui peran *saliva* sebagai media pengunyahan, faktor kecepatan ekskresi dan kekentalan *saliva* berperan dalam proses pembersihan sisa makanan. Pada keadaan tidur, kecepatan ekskresi *saliva* akan menurun, sehingga proses pembersihan sisa makanan menjadi berkurang, sehingga kemudian terkait upaya pencegahan karies gigi, dapat diketahui mengenai kepentingan membersihkan gigi dari sisa makanan sebelum tidur, untuk mencegah terjadi penumpukan plak sebagai awal mula terjadi karies.

Faktor substrat atau diet dapat mempengaruhi pembentukan plak karena membantu berkembangbiakan dan kolonisasi bakteri yang terdapat pada permukaan luar gigi. Salah satu unsur biokimia yang terlibat erat dalam proses terjadinya karies gigi adalah karbohidrat.

Karbohidrat yang banyak terkandung dalam makanan konsumsi keseharian akan melekat pada permukaan gigi. Selanjutnya bakteri dalam plak akan melakukan proses metabolisme dengan memfermentasi karbohidrat tersebut dan menghasilkan sisa metabolisme yang bersifat asam.

Hasil hasil metabolisme bakteri yang bersifat asam akan menumpuk dan kemudian mengakibatkan suasana rongga mulut akan menjadi asam atau menurunnya nilai derajat keasaman pada lingkungan gigi dan mulut. Suasana asam yang terbentuk secara terus menerus akan menyebabkan proses kerusakan dari lapisan permukaan gigi dan kemudian akan terbentuk karies gigi.

Karbohidrat merupakan unsur substrat yang memiliki risiko tinggi untuk menunjang proses terjadinya karies gigi. Karbohidrat ini menyediakan substrat untuk pembuatan asam bagi bakteri dan sintesa polisakarida ekstrasel. Bakteri akan mengelola karbohidrat yang menempel pada gigi dan kemudian membentuk suasana asam, serta berangsur-angsur mengakibatkan demineralisasi enamel.

Keberadaan faktor substrat dan diet berhubungan dengan faktor frekuensi gigi terkena bahan kariogenik. Kombinasi keadaan tersebut akan memengaruhi perkembangan karies. Derajat keasaman rongga mulut akan menurun disebabkan oleh perubahan gula menjadi asam oleh bakteri. Derajat keasaman akan kembali normal dikarenakan kemampuan buffer dari *saliva*.

Frekuensi gigi dalam terpapar bahan yang bersifat kariogenik dalam lingkungan asam akan memengaruhi perkembangan karies. Pola konsumsi karbohidrat atau gula dengan frekuensi konsumsi yang tinggi akan mengganggu

waktu yang dibutuhkan rongga mulut untuk mengembalikan suasana rongga mulut menjadi netral.

Makanan yang tinggi akan kandungan gula akan memengaruhi perkembangan kejadian karies gigi. Intensitas karies pada anak usia dini, salah satu yang umum dipengaruhi oleh frekuensi konsumsi yang mengandung gula. Hasil metabolisme bakteri yang bersifat asam, akan menyebabkan demineralisasi dan bila terus berlanjut akan membentuk karies gigi.

Faktor waktu merupakan faktor yang berhubungan dengan kecepatan terbentuknya karies serta lama dan frekuensi substrat menempel di permukaan gigi. Proses remineralisasi dan demineralisasi terjadi selama proses terbentuknya karies gigi, dan ketidakseimbangan antara lamanya waktu demineralisasi dengan remineralisasi kemudian akan menyebabkan potensi terbentuk karies gigi menjadi semakin besar.

PERAN KELUARGA TERKAIT DENGAN KEJADIAN KARIES GIGI ANAK USIA DINI

Penelitian faktor-faktor yang memengaruhi kondisi kesehatan gigi dan mulut mengalami perkembangan yang sangat dinamis, dan diantaranya banyak terkait dengan faktor perilaku kesehatan. Pada bahasan beberapa faktor yang dapat berkolaborasi sebagai faktor penyebab karies gigi,

menampakkan bahwa faktor perilaku kesehatan gigi menjadi faktor penting sebagai pengendali keseimbangan faktor tersebut. Terdapat pergerakan arah dan fokus penelitian, yaitu tidak hanya mempunyai fokus pada pengaruh faktor biologis, melainkan telah berkembang secara lebih komprehensif dengan menggunakan kerangka berpikir yang lebih luas.

Kerangka berpikir penelitian yang melibatkan faktor psikologis, sosial, dan lingkungan, mendampingi analisis faktor biologis yang juga terus berkembang dan semakin mendalam. Kerangka berpikir tersebut secara umum menganalisis determinan dari keadaan dan dampak kesehatan dalam lima domain umum, yaitu domain genetika dan biologis, lingkungan sosial, lingkungan fisik, perilaku kesehatan, dan pelayanan kesehatan. Keberadaan faktor non biologis menunjukkan pengaruh yang dinamis pada beberapa penelitian. Keberadaan beberapa faktor non biologis, yaitu faktor sosial dan psikologis, memiliki potensi berpengaruh terhadap keadaan kesehatan gigi. Hal tersebut menggambarkan konsep kehidupan sosial yang berpadu dengan konsep kesehatan dan penyakit.

Bahasan mengenai karies gigi usia dini tidak dapat terlepas dari bahasan mengenai upaya pencegahan karies. Hal tersebut disebabkan oleh keberadaan gigi sulung yang mempunyai peranan penting sebagai landasan tumbuh kembang gigi dalam sudut pandang alur kehidupan manusia yang memiliki pola sejalan dengan faktor perilaku kesehatan

gigi. Menurut Mouradian (2001), perilaku yang terbentuk ketika usia dini akan memiliki pengaruh terhadap pembawaan perilaku kesehatan gigi ketika remaja dan dewasa.

Pemahaman tersebut merupakan hasil telaah dari konsep perilaku terkait dengan karakteristik individu dan lingkungan. Perilaku kesehatan memiliki sifat yang dapat berbeda pada setiap individu atau saling berbeda antar manusia. Proses pembentukan perilaku kesehatan seseorang terkait dengan faktor lingkungan rumah sebagai lingkungan sosial awal masa perkembangan anak. Lingkungan rumah dengan keterlibatan utama oleh orang tua, saudara kandung, ataupun pengasuh, memiliki peranan penting dalam proses pembentukan perilaku kesehatan. Sikap dan perilaku orang tua, khususnya ibu, memiliki peranan terkait dengan perkembangan anak usia dini pada rentang usia dalam daur kehidupan yang sensitif terhadap berbagai pengaruh.

Ibu memiliki peranan yang penting terkait dengan keadaan kesehatan anak, khususnya anak usia dini. Hal tersebut dapat berwujud dalam dukungan terhadap perilaku kesehatan anak dan penyediaan fasilitas kesehatan serta akses pelayanan kesehatan bagi anak. Keberadaan ibu dalam keluarga dapat menjadi lingkungan sosial awal yang dinilai sangat memberikan dampak yang bermakna dalam upaya meningkatkan kesejahteraan secara fisik dan mental. Hal

tersebut terkait dengan upaya pencegahan penyakit serta adanya pengaruh terhadap perilaku kesehatan anak.

Konsep perilaku kesehatan yang dipengaruhi oleh kepercayaan terhadap konsep menjaga kesehatan juga tergambarkan melalui pengaruh yang diberikan oleh ibu terkait dengan keadaan kesehatan gigi pada anak usia dini. Keadaan kesehatan gigi pada anak usia dini, tidak hanya terkait dengan perilaku ibu ketika menjaga kesehatan gigi anak, tetapi juga terkait dengan perilaku ibu sebagai individu terhadap dirinya sendiri. Kepercayaan yang dimiliki ibu terkait dengan pengetahuan dan sikap dalam beraktivitas menjaga kebersihan gigi, pemenuhan akses pelayanan kesehatan gigi, pola konsumsi makanan, dan kecemasan terhadap pelayanan kesehatan gigi terhadap diri ibu sendiri, dapat memiliki keterkaitan dengan pengalaman karies gigi anak usia dini.

DISKUSI

1. Apakah faktor penyebab yang dinilai memiliki peran dominan dalam menyebabkan karies gigi pada anak usia dini?
2. Bagaimana peranan keluarga terhadap kejadian karies gigi pada anak usia dini?

PUSTAKA

- Bagramian, RA., Garcia-godoy, F., Volpe, AF. (2009). The global increase in dental caries. A pending public health crisis. *Am J Dent*, 21(1): 3–8.
- Bozorgmehr, E., Hajizamani, A., and Mohammadi, TM. (2013). Oral Health Behavior of Parents as a Predictor of Oral Health Status of Their Children. *ISRN Dent*, Vol. 2013, Article ID 741783, 5 pages.
- Bramantoro, T., Hapsoro, A., Roesanto, H., Harumi, RS., Berniyanti, T., Hariyani, N., dan Lydia, M. (2013). Impacts of daily activities related dental caries on 4-6 years old children in Pekukuhan Mojosari. *Presentation on 7th asian conference of oral health promotion for school children*. Bali.
- Budiharto. (2009). *Pengantar ilmu perilaku kesehatan dan pendidikan kesehatan gigi*. Jakarta: EGC. 1–7.
- Castilho, ARF., Mialhe, FL., Barbosa, TS., Puppim-Rontani, RM. (2013). Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*, 89(2): 116–123.
- Chu, C., Ping-Lit, Ho., and Edward, CML. (2012). Oral health status and behaviours of preschool children in Hong Kong. *BMC Public Health*, 12: 767.
- Departemen Kesehatan RI. (2007). *Standar pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas*. Dirjen Bina Pelayanan Medik Dasar Departemen Kesehatan.
- Dye, BA., Tan, S., Smith, V., et al. (2007). Trends in oral health status: United States, 1988–1994 and 1999–2004. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat*. 11: 248.
- Fejerskov, O. (2004). Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Res*. 38: 182–191.
- Fisher-Owens, SA., Gansky, SA., Platt, LJ., Weintraub, JA., Soobader, M., Bramlett, MD., and Newacheck, PW. (2007). Influences on Children's Oral Health: A Conceptual Model. *Pediatrics*, 120: 510–520.

- Gussy, MG., Waters, EG., Walsh, O., and Kilpatrick, NM. (2006). Early childhood caries: Current evidence for aetiology and prevention. *J Paediatr Child Health*, 42: 37-43.
- Hallet, KB., and O'Rourke, PK. (2003). Social and behavioural determinants of early childhood caries. *Aust Dent J*, 48(1): 27-33.
- Harris, R., Nicoll, AD., Adair, PM., and Pine, CM. (2004). Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dent Health*, 21(1): 71-85.
- Hooley, M., Skouteris, H., Boganin, C., Satur, J., and Kilpatrick, N. (2012). Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: A systematic review of the literature. *J Dent*, 40, 873-85.
- Humphris, G., and Ling, MS. (2000). *Behavioural sciences for dentistry*. Churchill livingstone. 117-123.
- Hobdell, M., Petersen, PE., Clarkson, J., and Johnson, N. (2003). Global goals for oral health 2020. *Int Dent J*, 53: 285-288.
- Ismail, AI. (2003). Determinants of Health in Children and the Problem of Early Childhood Caries. *Pediatr Dent*, 25: 4, 328-333.
- Kawashita, Y., Kitamura, M., and Saito, T. (2011). Early Childhood Caries. *Int J Dent*. Vol. 2011, Article ID 725320.
- Kemp, J., and Walters, C. (2004). *Gigi si kecil: cara menjaga kesehatan gigi dan gusi anak*. Alih bahasa: Rudijanto. Jakarta: Erlangga.
- McDonald, RE., Avery, DR., and Dean, JA. (2004). *Dentistry for the child and adolescent, eighth edition*. St Louis, Missouri, Mosby.
- Mofidi, M., Zeldin, LP., and Rozier, RG. (2009). Oral Health of Early Head Start Children: A Qualitative Study of Staff, Parents, and Pregnant Women. *Am J Public Health*. 99(2): 245-251.
- Mouradian, WE. (2001). The Face of a Child: Children's Oral Health and Dental Education. *J Dent Educ*, 65(9): 821-831.
- Moynihan, P., and Petersen, PE. (2004). Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutr*. 7(1A): 201-22.

- Okada, M., Kawamura, M., Kaihara, Y., Matsuzaki, Y., Kuwahara, S., Ishidori, H., and Miura, K. (2002). Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children: and exploratory study employing a causal modelling technique. *Int J Paediatr Dent*. 12(2): 101-108.
- Peres, MA., Barros, AJ., Peres, KG., Araujo, CLP., and Menezes, AMB. (2009). Life course dental caries determinants and predictors in children aged 12 years: a population-based birth cohort. *Community Dent Oral Epidemiol*. 37: 123-133.
- Petersen, PE., and Kwan, S. (2004). Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention - WHO recommendations for improved evidence in public health practice. *Community Dent Health*, 21: 319-329.
- Petersen, PE. (2004). Challenges to improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Int Dent J*, 54: 329-343.
- Petersen, PE. (2008). World Health Organization global policy for improvement of oral health - World Health Assembly 2007. *Int Dent J*. 58: 115-121.
- Pinkham, JR., Casamassimo, PS., Fields, HW., McTigue, DJ., and Nowak, AJ. (2005). *Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence, fourth edition*. St Louis, Missouri, Mosby.
- Sarumathi, T., Saravana, KB., Manjula, D., Hemalatha, VT., and Aarthi, NV. (2013). Prevalence, Severity and Associated Factors of Dental Caries in 3-6 Year Old Children. *J Clin Diagn Res*. 7(8): 1789-1792.
- Schroth, RJ., Dahl, PR., Haque, M., and Kliewer, E. (2010). Early childhood caries among Hutterite preschool children in Manitoba, Canada. *Rural Remote Health*. 10: 1535.
- Sheiham, A. (2006). Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *Br Dent J*, 201(10): 625-626

- Skeie, MS., Raadal, M., Strand, GV., and Espelid, I. (2006). The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age—a longitudinal study. *Int J Paediatr Dent*, 16: 152–160.
- Slabšinskienė, E., Milčiuvienė, S., Narbutaitė, J., Vasiliauskienė, I., Andruskevičienė, V., Bendoraitienė, E., and Saldūnaitė, K. (2010). Severe early childhood caries and behavioral risk factors among 3-year-old children in Lithuania. *Medicina (Kaunas)*, 46(2): 135–141.
- Tinanoff, N., and Reisine, S. (2009). Update on Early Childhood Caries Since the Surgeon General's Report. *Acad Pediatr*, 9: 396–403.
- Tsai, AI., Chen, C., Li, L., Hsiang, C., and Hsu, K. (2006). Risk indicators for early childhood caries in Taiwan. *Community Dent Oral Epidemiol*, 34: 437–445.
- Wigen, TL., and Wang, NJ. (2011). Maternal health and lifestyle and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to age 5 year. *Eur J Oral Sci*, 119(6): 463–468.
- Wigen, TL., and Wang, NJ. (2012). Parental influences on dental caries development in preschool children. An overview with emphasis on recent Norwegian research. *Nor Epidemiol*, 22(1): 13–19.

BAB 3

Kualitas Hidup Terkait dengan Kesehatan Gigi (Oral Health Related to Quality of Life)

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

1. Pembaca mampu menjelaskan mengenai konsep kualitas hidup terkait kesehatan
2. Pembaca mampu menjelaskan mengenai konsep kualitas hidup terkait kesehatan gigi

KONSEP KUALITAS HIDUP TERKAIT KESEHATAN

Kualitas hidup (*quality of life*) dapat dijelaskan secara umum sebagai konsep analisis kemampuan individu untuk mendapatkan hidup yang normal terkait dengan persepsi secara individu mengenai tujuan, harapan, standar, dan perhatian secara spesifik terhadap kehidupan atau keseharian yang dapat dipengaruhi oleh nilai dan budaya.

Kualitas hidup (*quality of life*) digunakan dalam bidang kesehatan untuk menganalisis emosional seseorang, faktor sosial, dan kemampuan fisik seseorang, termasuk di dalamnya kemampuan untuk memenuhi tuntutan kegiatan atau aktivitas dalam kehidupan sehari-hari secara normal.

Sehubungan dengan hal tersebut, keadaan sakit atau terganggunya kesehatan seseorang memiliki potensi untuk menurunkan kualitas hidup terkait kesehatan. Keadaan tersebut dapat disintesis dari definisi “Kesehatan” berdasarkan WHO dan institusi kesehatan lain yang menyebutkan sebagai satu kesatuan yang utuh terdiri dari unsur-unsur fisik, mental, dan kesejahteraan sosial serta kesehatan jiwa saling terintegrasi yang memungkinkan hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Kesehatan tidak hanya didefinisikan sebagai ketiadaan dari penyakit atau permasalahan kesehatan.

Sejalan dengan penjelasan tersebut, pada bidang terkait dengan kesehatan gigi dan mulut, peningkatan kualitas hidup merupakan salah satu tujuan dan indikator dari penilaian penyelenggaraan sistem kesehatan oleh World Health Organization, yaitu keberadaan penilaian kualitas hidup mendampingi penilaian klinis permasalahan kesehatan gigi dan mulut.

Pada tinjauan oleh Hobdell *et al.* (2003), penilaian kualitas hidup terkait dengan kesehatan gigi dan mulut memegang peranan yang sangat penting dalam program kesehatan gigi dan mulut secara global dan menjadi komponen dalam target global WHO terkait dengan kesehatan gigi dan mulut.

KONSEP KUALITAS HIDUP TERKAIT KESEHATAN GIGI

Penilaian kualitas hidup terkait dengan kesehatan gigi dengan tataran konsep yang saat ini digunakan secara umum, merupakan wujud analisis dari jawaban seseorang terkait dengan pertanyaan pada instrumen pengukuran kualitas hidup. Pengukuran tersebut bersifat multidimensi dan mencakup keadaan secara fisik, sosial, emosional, kognitif, hubungan dengan peran atau pekerjaan yang dijalani, aspek psikologis yang dikaitkan dengan variasi gejala penyakit, dan dampak finansial. Sehingga dapat pula disebutkan bahwa konsep kualitas hidup merupakan wujud dari keterkaitan antara keadaan gigi dan mulut serta keadaan sosial dan psikologis.

Penilaian kualitas hidup merupakan suatu konsep yang bersifat multidimensi. Konsep multidimensi yang menggambarkan kenyamanan seseorang ketika beraktivitas keseharian, yaitu makan, tidur, melakukan interaksi sosial, keberdayaan diri, dan kepuasan terhadap kesehatan gigi dan mulut. Hal tersebut tergambar pada berbagai instrumen yang digunakan untuk evaluasi kualitas hidup terkait dengan kesehatan gigi dan mulut.

Pada berbagai instrumen tersebut, didapatkan bahwa kualitas hidup terkait dengan kesehatan gigi dan mulut merupakan evaluasi dampak keadaan kesehatan dengan menganalisis dampak fungsional, sosial, dan psikologis serta

Tabel 3.1 Nama instrumen penilaian kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut di beberapa negara

Instrumen	Dimensi Penilaian	Format Jawaban	Jumlah Pertanyaan
<i>Sociodental scale</i>	Mengunyah, berbicara, tersenyum, tertawa, rasa nyeri, penampilan	Ya/tidak	14
<i>RAND dental health index</i>	Rasa nyeri, kekhawatiran, percakapan	4 kategori: dari "tidak sama sekali" hingga "Sangat terasa"	3
<i>General oral health assessment index</i>	Mengunyah, makan, kontak sosial, penampilan, rasa nyeri, kekhawatiran, kesadaran diri	6 kategori: dari "selalu" hingga "tidak pernah"	12
<i>Dental impact profile</i>	Penampilan, makan, pengucapan, kepercayaan diri, kebahagiaan, kehidupan sosial, hubungan dengan orang lain	3 kategori: dampak yang baik, dampak yang buruk, tidak berdampak	25

Instrumen	Dimensi Penilaian	Format Jawaban	Jumlah Pertanyaan
<i>Oral health impact profile</i>	Fungsionalitas, rasa nyeri, ketidakmampuan fisik, ketidakmampuan psikologis, ketidakmampuan sosial, ketidakberdayaan	5 kategori: dari "sangat sering" hingga "tidak pernah"	49
<i>Subjective oral health status indicators</i>	Mengunyah, berbicara, gejala, makan, komunikasi, relasi sosial	Bervariasi, tergantung pada format pertanyaan	42
<i>Oral health quality of life inventory</i>	Kesehatan gigi dan mulut, pemenuhan nutrisi, <i>self-related oral health</i> , kualitas hidup secara umum	Bagian A: 4 kategori dari "tidak penting sama sekali" hingga "sangat penting"; Bagian B: 4 kategori dari "tidak senang" hingga "senang"	56
<i>Dental impact on daily living</i>	Kenyamanan, penampilan, rasa nyeri, aktivitas keseharian, makan	Bervariasi, tergantung pada format pertanyaan	36