

DERAJAT KESEHATAN GIGI DAN MULUT MURID SEKOLAH DASAR DI KABUPATEN BEKASI, 1997/1998

Yuyus R, Magdarina DA, F Sintawati, Tonny M
Staf Peneliti Badan Litbang Kesehatan, Depkes & Kesos R.I

Yuyus R, Magdarina DA, F Sintawati, Tonny M. Derajat Kesehatan Gigi dan Mulut Murid Sekolah Dasar di Kabupaten Bekasi, 1997/1998. *Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Indonesia*. 2001; 8(3): 1-5

Abstract

Oral dental epidemiological studies have shown the increasing of prevalence of dental caries and periodontal disease. This research was to find out base line data, among two groups of children from Urban and Rural of 20 elementary schools in sub district of Bekasi, West Java. Samples of 2205 children by the classes II, IV, V were observed 1065 in Urban and 1140 in Rural groups. The results show that prevalence of dental caries was 97,5%, DMF-T in Urban 2.225 and Rural 2.571 were significantly higher ($p=0.0001$) and those OHI-S in Urban 1.696 were better than rural 2.050, ($p=0.0000$).

Pendahuluan

Penyakit gigi dan mulut yang merupakan masalah utama adalah karies gigi, dari beberapa daerah menunjukkan prevalensi dan derajat karies yang tinggi, dari hasil penelitian Direktorat Kesehatan Gigi tahun 1990, di Kalimantan Barat 99%, Kalimantan Selatan 96%, Jambi 92%, Sulawesi Selatan 87%, Maluku 77% hal tersebut sangat tinggi menurut kriteria WHO^{1,2}.

Dampak kerusakan gigi merupakan salah satu kendala dalam meningkatkan SDM, yaitu syarat masuk dalam profesi tertentu misalnya TNI, Pilot, Pramugari dan dalam aspek biologis mengakibatkan anak merasa

sakit, gangguan makan dan tidur, juga mengganggu aktifitas belajar, yang dapat berlanjut menjadi fokal infeksi sehingga komplikasi pada jantung, ginjal dan mata dan lain-lain. Dilihat dari aspek estetis dapat merupakan masalah psikososial, serta secara ekonomis membutuhkan biaya yang sangat besar^{2,3}.

Kebijaksanaan di bidang kesehatan gigi adalah perluasan cakupan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan gigi paripurna agar masyarakat dapat memperoleh kesempatan yang sama dan derajat kesehatan yang memadai. Saat ini status kesehatan gigi pada kelompok usia 12 tahun DMF-T rata-rata 2.69. komponen terbesar adalah gigi

berlubang yaitu decay (D) rata-rata 2.40, sedangkan komponen penambalan kecil sekali yaitu F rata-rata 0.15. Ini berarti Performance Treatment Index (PTI index) adalah $0.15 : 2.69 = 0.05$ atau 5%. Diantara gigi berlubang ini 73.20% masih tahap dini atau karies awal³.

Luaran dari penelitian ini untuk mendapatkan base line data, sebagai gambaran epidemio-logi penyakit gigi dan mulut DMF-T dan kebersihan mulut OHI-S serta pengetahuan murid tentang kesehatan gigi (KAP). Kemudian data dasar dianalisis untuk menentukan Sekolah Dasar yang akan diintervensi. Sebagai kelanjutan pelayanan pada tahun selanjutnya (tahun ke II) yang praktis dan efisien dengan melakukan penambalan ART (Atraumatic Restorative Treatment) dan Fisure Silen yaitu penambalan yang dilakukan pada awal karies (karies fisur dan karies dentin yang belum ada keluhan) tanpa alat bor, dilakukan oleh perawat gigi/UKGS di setiap sekolah.

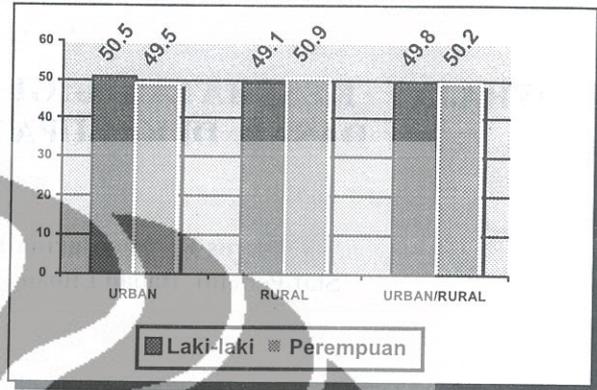
Bahan dan Cara

Lokasi di Kabupaten Bekasi daerah Urban dan Rural dan sampel diambil secara proporsif di wilayah kecamatan yang ditentukan, untuk mendapatkan gambaran epidemiologi penyakit gigi dan mulut (base line data), dengan cara mengunjungi sekolah-sekolah, yang terpilih 20 Sekolah Dasar, pada kelas II, IV dan V dan sampel setiap kelas 35 murid.

Instrumen pengumpulan data yaitu formulir status kesehatan gigi modifikasi WHO, dengan instrumen kaca mulut, sonde, pinset, murid didudukan diruang yang terang cukup cahaya dan formulir pengetahuan murid tentang kesehatan gigi dan mulut¹. Pemeriksaan dilakukan oleh dokter gigi baik dari Pusat maupun Daerah yang sebelumnya dikalibrasi terlebih dahulu, untuk mendapatkan suatu persepsi yang sama. Rencana analisa data deskriptif untuk melihat distribusi, DMF-T, OHI-S dan KAP.

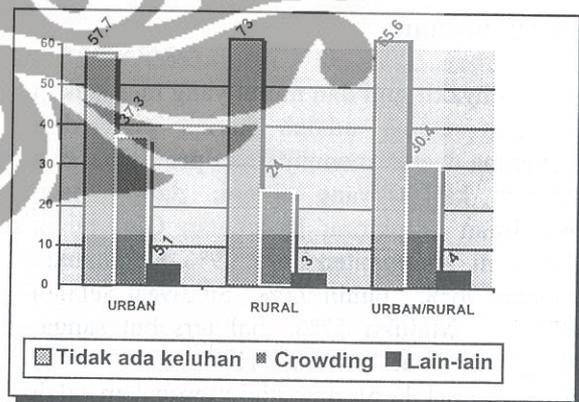
Data diolah dengan program Epiinfo dan dianalisis secara diskriptif dan analitik.

Hasil Penelitian



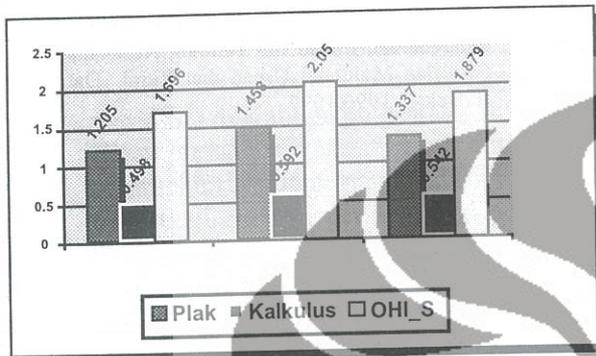
Gambar 1. Proporsi Kelompok Umur 6 -16 Tahun Murid Sekolah Dasar Di Wilayah Urban dan Rural Dati II Bekasi, 1998.

Pada gambar 1, terlihat jumlah murid SD adalah 2205 murid, yaitu 1065 anak di wilayah urban dan 1140 rural yang terdiri dari kelas II, IV dan V. Berdasarkan kelompok umur antara wilayah urban dan rural dapat dikatakan tidak berbeda, yang identik dengan puncak pada usia 8, 10 dan 12 tahun. Bila dilihat distribusi sampel berdasarkan jenis kelamin, tidak ada perbedaan yang bermakna ($p = 0.5131$).



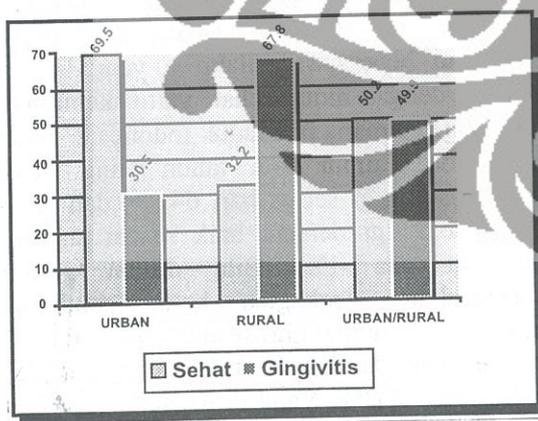
Gambar 2. Proporsi Kelainan Wajah/Dento Fasial Murid Sekolah Dasar Di Wilayah Urban dan Rural Dati II Bekasi, 1998.

Pada gambar 2, terlihat crowding 30,4% pada 671 anak. Bila dilihat berdasarkan wilayah keadaan di urban lebih jelek dari pada di rural, terlihat presentasi di urban tinggi 37,3% pada 397 anak dan di rural 24,0% pada 274 anak.



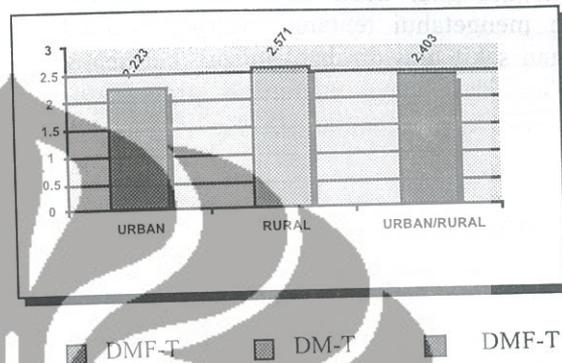
Gambar 3. Distribusi Kebersihan Mulut Murid Sekolah Dasar Di Wilayah Urban dan Rural Dati II Bekasi, 1998.

Pada gambar 3, terlihat kebersihan mulut OHI-S anak rata-rata $1,879 \pm 1,042$ kebersihan mulut di daerah urban lebih baik OHI-S $1,696 \pm 1,957$ dari pada kebersihan di daerah rural OHI-S $2,050 \pm 1,088$. Terlihat perbedaan bermakna antara kebersihan mulut murid di daerah urban dan rural $p=0,0000$.



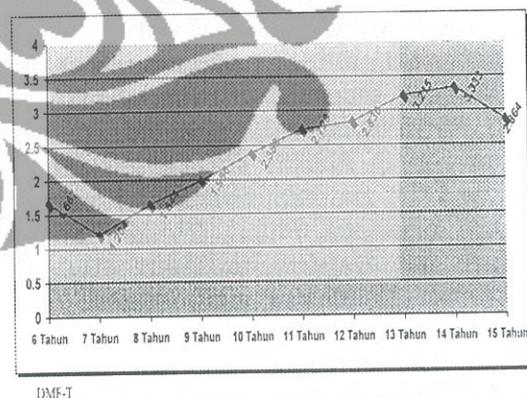
Gambar 4. Distribusi Radang Gusi Pada Murid Sekolah Dasar Di Wilayah Urban dan Rural Dati II Bekasi, 1998.

Pada gambar 4, anak murid yang mengalami gingivitis 49,8% dan presentase murid yang mengalami gingivitis di rural 67,8% lebih tinggi di urban 30,5% dan ada perbedaan bermakna antara gingivitis murid SD di urban dan di rural $p=0,0000$



Gambar 5. Proporsi Status Karies Murid Sekolah Dasar Di Wilayah Urban dan Rural Dati II Bekasi, 1998.

Pada gambar 5, terlihat pengalaman karies DMF-T murid di rural lebih tinggi dari pada di urban yaitu masing-masing di rural DMF-T=2,571 dan di urban DMF-T=2,223. Ada perbedaan bermakna DMF-T antara murid SD di urban dan rural $p=0,0001$.



Gambar 6. Proporsi Status Karies Gigi Murid Usia 6-15 Tahun, Sekolah Dasar Di Wilayah Urban dan Rural Dati II Bekasi, 1998.

Pada Gambar 6, terlihat DMF-T terbesar di usia 14 tahun, dibandingkan usia 15 tahun.

Berdasarkan jawaban murid terhadap kuesioner pengetahuan tentang kesehatan gigi dan mulut ada 2205 murid SD, ditemukan sebagian besar murid telah pernah mengalami sakit gigi 72,3%, namun hanya sebagian kecil dari murid tersebut yang mengetahui tentang yang dimaksud dengan sakit gigi disebabkan gigi berlubang 31,1%, dan yang menjawab gigi berlubang sebaiknya ditambal 30,7%.

Pembahasan

Setelah melihat gambaran karies murid SD kelas II, IV dan VI di daerah Bekasi ternyata prevalensi karies murid SD = 97,5%, status karies rata-rata DMF-T 2,4 dan ditemukan 67% karies awal. Bila dilihat berdasarkan kelompok umur 12 tahun, rata-rata DMF-T 2,84, angka ini mendekati kriteria tinggi. Meskipun sebagian besar murid lebih dari 90% telah mengetahui waktu yang tepat untuk membersihkan gigi dan tindakan-tindakan yang benar agar gigi tetap jenis, tetapi pengetahuan itu oleh murid tidak dilakukan atau belum diterapkan. Hal ini sangat diharapkan, orang tua sebagai anggota keluarga yang paling dekat dengan anak untuk lebih perhatiannya melakukan/mengingatkan misalnya sikat gigi secara rutin, sehingga anak-anak melakukan sepenuhnya pengetahuan yang dimilikinya mengenai pemeliharaan kesehatan gigi di rumah. Tingginya komponen decayed (D) gigi berlubang D=2,4 treatment hampir tidak ada, Filling (F) dan Missing (M) = nol. Keadaan ini dapat dikatakan pelayanan kesehatan gigi sekolah masih jauh dari yang diharapkan.

Sedangkan laporan Direktorat Kesehatan Gigi tahun 1994/1995 status kesehatan gigi pada kelompok umur 12, prevalensi karies di Indonesia 74,41% dan DMF-T rata-rata 2,50 sementara pelayanan kesehatan gigi dan mulut di rumah sakit Depkes dan Pemd telah mencapai 98% dari 337 rumah sakit dan

67% dari 6.914 Puskesmas⁽⁵⁾. Hal ini dapat dilihat bahwa penduduk Indonesia belum sepenuhnya ataupun hanya sebagian yang menggunakan fasilitas yang telah disediakan atau masih bukan merupakan penyakit utama yang harus diobati, karena ada pengetahuan pengobatan secara tradisional.

Tabel 1. Pengetahuan Murid SD Tentang Kesehatan Gigi dan Mulut Di Urban dan Rural Dati II Bekasi 1996/1997.

Pengetahuan Murid	Total	
	N=2205	Jlh %
1. Pernah sakit gigi		
Ya, pernah	1594	72,3
Tidak pernah	611	27,7
2. Yang dimaksud sakit gigi		
Gigi berlubang	686	31,1
Gigi terasa nyeri	1030	46,7
Gigi tanggal akarnya	56	2,5
Gigi bengkok	374	17,0
lain-lain	59	2,7
3. Bila gigi berlubang sebaiknya		
ditambal	678	30,7
dicabut	1112	50,4
didiamkan	60	2,7
minum obat	307	13,9
lain-lain	48	2,2
4. Sebaiknya periksa gigi		
2 bulan	1106	50,2
3 bulan	319	14,5
4 bulan	161	7,3
5 bulan	67	3,0
6 bulan	552	25,0
5. Sebaiknya sikat gigi dilakukan		
sesudah makan pagi dan		
sebelum tidur malam		
benar	2053	93,1
salah	152	6,9
6. Bila sakit gigi dibawa ke		
Tukang gigi		
benar	956	43,4
salah	1249	56,6

Semakin tingginya tingkat pendidikan umumnya masyarakat, diharapkan berperilaku hidup sehatpun semakin membaik, dari SKRT /Susenas 1995 dapat diketahui beberapa perilaku yang berhubungan dengan hidup sehat yaitu kebiasaan sikat gigi, dimana penduduk Indonesia pada kelompok umur 1-4 tahun yang tidak menggosok gigi setiap hari 64,9% dan yang menggosok gigi dengan baik sesuai anjuran program ada 1%. Bila dilihat secara keseluruhan sebagian besar penduduk Indonesia menyikat gigi sesudah bangun tidur 42,1% dan kebiasaan tidak menyikat gigi setiap hari 11,2%. Yang dimaksud menyikat gigi dengan baik sesuai anjuran program 2 x sehari sesudah sarapan pagi dan sebelum tidur malam. Pemanfaatan fasilitas kesehatan gigi pada umumnya baik 69,1%, tetapi

pemanfaatan fasilitas dipergunakan sebagian besar untuk pengobatan, sedangkan untuk preventif yang digunakan ibu dan anak 1%, pada hal pengetahuan ibu terhadap kesehatan gigi 60%^(7,8).

Kesimpulan dan Saran

Melihat hasil penelitian pada anak murid SD di Kabupaten Bekasi, angka DMFT dan prevalensi karies masih tinggi, hal ini diharapkan Dental Health Education diaktifkan melalui perawat gigi/perawat dan bidan desa dengan memberikan penyuluhan-penyuluhan pada ibu sewaktu datang pada penimbangan bayi/balita di Puskesmas/Posyandu & Pustu dan di sekolah-sekolah melalui Guru SD. Dengan demikian, proaktifnya tenaga kesehatan dan Guru yang selalu terus menerus mengingatkan, melalui usaha menyikat gigi, yang merupakan tindakan yang paling mudah, efisien, praktis dan ekonomis. Selain itu untuk mencegah karies gigi juga untuk menghilangkan plak yang berlanjut akan menjadi karang gigi dan mudah terjadi gingivitis. Dengan melakukan sikat gigi yang benar sesuai anjuran program, diharapkan dapat memutuskan rantai karies dan untuk membiasakan perilaku sikat gigi

dibiasakan mulai sejak usia dini pada saat gigi mulai tumbuh sekitar anak usia 6-7 bulan. Walaupun pengetahuan ibu terhadap kesehatan gigi dan mulut anak dikategorikan baik, ternyata belum diterapkan kepada anaknya, hal ini dapat dilihat pada jumlah fasilitas pelayanan kesehatan gigi dan mulut sudah lebih dari 60%, di Rumah sakit maupun di Puskesmas. Untuk ini sebaiknya tenaga kesehatan harus aktif memberikan penyuluhan.

Daftar Pustaka

1. WHO, Oral Health Surveys Basic Methods, Geneva . 3rd ed. 1986; 33-40.
2. Penelitian Evaluasi Program UKGS Wilayah DKI, Dinkes Pro DKI 1990: 10-4.
3. Profil Kesehatan Gigi Indonesia Pelita V, Direktorat Kesgi, Depkes, 1994: 32-6.
4. Pedoman Persyaratan UKGS. Direktorat Kesgi, Depkes 1992: 22-4.
5. Profil Kesehatan Indonesia, Depkes Jakarta 1998: 181.
6. Profil Kesehatan, Kabupaten DT II Bekasi, Dinkes DT II Bekasi 1996: 21-7.
7. Kristanti dkk, Survei Kesehatan Rumah Tangga, Badan Litbangkes 1995: 16-7.
8. Budiharto, KAP Ibu Terhadap Kesehatan Gigi Anak, *JD-UI*, FKG-UI, Vol5/2/98.