

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Konsep Sehat dan Kualitas Hidup

Sehat pada umumnya dalam keadaan patologi, yaitu tidak adanya penyakit (*disease*). Pengukuran status kesehatan menurut konsep ini didasarkan pada penyimpangan kondisi sehat. Pengukuran sebenarnya adalah keadaan sakit. Dimensi sosial, yaitu *illness* merupakan suatu fenomena subjektif seperti rasa sakit, lemah, pusing, dan gejala menyebabkan *sickness* yaitu suatu ketidaknyamanan menyangkut kemampuan menjalankan peranan sosial sehari-hari. Konsep *illness* dan *sickness* dipengaruhi budaya lokal, sedangkan *disease* adalah konsep yang digunakan oleh petugas kesehatan. *World Health Organization* menyarankan agar kesehatan penduduk diukur dalam tiga hal yaitu dilihat ada atau tidaknya kelainan patologis, mengukur fungsi, penilaian individu atas kesehatannya (Twaddle, 1979 *cit.* Tampubolon, 2005).

World Health Organization (2013) menyarankan agar status kesehatan penduduk diukur dalam tiga hal, yaitu:

- a. Melihat ada tidaknya kelainan patofisiologis.
- b. Mengukur fungsi.
- c. Penilaian individu atas kesehatannya. Dengan demikian untuk menggambarkan status kesehatan gigi dan mulut haruslah mencakup

ada tidaknya penyakit, bagaimana status fungsi fisik (pengunyahan), fungsi psikis (rasa malu), fungsi sosial (peranan sosial sehari-hari), dan kepuasan terhadap kesehatannya

2. Indeks Pengukuran Kualitas Hidup

Menurut Jakovic (2004) *Oral Health-Related Quality Of Life (OHRQoL)* adalah kualitas hidup yang terkait dengan kesehatan gigi dan mulut yang mengukur persepsi seseorang terhadap dampak fungsional dan psikososial yang ditimbulkan oleh kelainan kesehatan gigi dan mulut. Macam-macam Instrument pengukuran *OHRQoL* yang sudah umum digunakan, diantaranya adalah *OHIP (Oral Health Index Profile)*, *CPQ (Children Percaptions Questionnaire)* dan *ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale)*. Penjabaran dari masing-masing kuesioner adalah sebagai berikut:

a. *Oral Health Impact Profile (OHIP)*

Oral Health Impact Profile (OHIP) terdiri atas 49 pertanyaan dan kemudian diringkas menjadi 14 pertanyaan untuk mengukur persepsi individu mengenai status kesehatan rongga mulut yang dihubungkan dengan kualitas hidup (Jakovic, 2004).

b. *Oral Impact on Daily Performance (OIDP)*

Oral Impact on Daily Performance terdiri atas 8 item untuk anak usia 11-12 tahun yang bertujuan mengevaluasi dampak kesehatan mulut pada kemampuan anak untuk melakukan aktivitas sehari-hari,

termasuk pengukuran dimensi fisik, psikologis dan social (Tugwel, 2001).

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

ECOHIS digunakan untuk mengukur penyakit, kecacatan, keterbatasan fungsional dan kerugian sosial yang saling berhubungan tetapi dapat dimodifikasi oleh kondisi psikologis dan sosial yang berbeda-beda (Jakovic, 2004). Menurut Xavier, dkk (2007) kuesioner *ECOHIS* merupakan kuesioner yang berisi 13 item pertanyaan yang diadopsi dari Kuesioner *Oral Health Quality of Life Instrumen (COHQoL)* yang berisi 36 item pertanyaan. Item pertanyaan tersebut lebih relevan untuk mengukur dampak kesehatan rongga mulut terhadap kualitas hidup anak prasekolah. Kuesioner *ECOHIS* dijawab oleh orang tua atau wali, berdasarkan anggapan dari pengaruh kesehatan rongga mulut terhadap kualitas hidup pada anak prasekolah. Kuesioner *ECOHIS* sudah menunjukkan tingkat keberhasilan yang tinggi dan dibuat untuk mengukur kualitas hidup yang terkait dengan kesehatan gigi dan mulut pada anak usia prasekolah.

d. *The Child Perceptions Questionnaire (CPQ)*.

Foster menggunakan indeks ini untuk mengukur sejauh mana dampak kesehatan mulut terhadap kualitas hidup pada anak-anak. Indeks ini dikategorikan atas 4 kelompok yaitu gejala oral, keterbatasan fungsional, kesejahteraan emosional dan social (Seyed-Jabarifar, 2010).

3. Anak Prasekolah

Perkembangan awal anak-anak dibagi atas empat macam perkembangan, perkembangan fisik, kognitif, emosi, dan psikososial. Perkembangan fisik yang terjadi berawal dari perubahan tinggi dan berat yang bertambah, perubahan otak terjadi karena penambahan saraf-saraf otak, perkembangan motorik, perkembangan kemampuan anak yang terjadi dari anak mulai dapat berjalan sampai berlari tanpa terjatuh (Jahja, 2011). Menurut Roshdal dan Bunker (1999) anak usia prasekolah adalah anak usia 3-6 tahun yang mempunyai tanggung jawab besar dalam aktifitas mereka sehari-hari dan menunjukkan tingkat yang lebih matang untuk dapat berinteraksi dengan orang lain.

Menurut Jahja (2011) Perkembangan kognitif merupakan perkembangan memori atau cara berpikir anak dan kemampuan anak dalam merespon. Perkembangan kognitif sangat berpengaruh terhadap proses berpikir anak dan penyikapan anak terhadap suatu hal. Perkembangan emosi merupakan suatu keadaan perasaan yang kompleks yang disertai karakteristik kegiatan belajar dan motoris. Perkembangan psikososial merupakan kemampuan untuk beradaptasi dengan orang lain. Perkembangan ini sangat berpengaruh terhadap cara anak bersosialisasi terhadap cara anak bersosialisasi terhadap lingkungan sekitarnya.

Menurut Depkes (2007) masa enam tahun pertama kehidupan merupakan masa yang sangat peka terhadap lingkungan dan masa ini berlangsung sangat pendek serta tidak dapat diulang lagi, maka masa

balita disebut sebagai “masa keemasan” (golden period), “jendela kesempatan” (window of opportunity), dan “masa kritis” (critical period). Jumlah Balita di Indonesia sangat besar yaitu sekitar 10 % dari seluruh populasi, maka sebagai calon generasi penerus bangsa, kualitas tumbuh kembang balita di Indonesia perlu mendapat perhatian serius yaitu mendapat gizi yang baik, stimulasi yang memadai serta terjangkau oleh pelayanan kesehatan berkualitas termasuk deteksi dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang. Selain hal-hal tersebut, berbagai faktor lingkungan yang dapat mengganggu tumbuh kembang anak juga perlu dieliminasi.

Menurut Jahja (2011) perkembangan bahasa anak-anak dapat diklasifikasikan dalam dua tahap yaitu:

a. Masa ketiga (2,0-2,6)

Anak sudah mulai dapat menyusun kalimat tunggal yang sempurna. Anak telah mampu memahami tentang perbandingan, misalnya burung pipit lebih kecil dari burung perkutut. Anak banyak menanyakan nama dan tempat: apa, dimana, dan dari mana. Anak telah banyak menggunakan kata-kata yang berawalan dan berakhiran.

b. Masa keempat (2,6-6,0)

Anak telah menggunakan kalimat majemuk beserta anak kalimatnya. Tingkat berpikir anak telah maju, anak banyak menanyakan soal waktu-sebab akibat melalui pertanyaan: kapan, kemana, mengapa, bagaimana. Bahasa anak-anak pada mulanya

bersifat egosentris yaitu bentuk bahasa yang lebih menonjolkan diri sendiri, berkisar pada minat, keluarga, dan miliknya sendiri.

4. Karies Gigi

a. Pengertian karies gigi

Karies gigi adalah suatu penyakit jaringan keras gigi, yaitu email, dentin, dan sementum, yang diakibatkan oleh suatu aktifitas dari jasad renik dalam suatu karbohidrat yang dapat diragikan. Tandanya adalah adanya demineralisasi jaringan keras gigi yang kemudian diikuti oleh kerusakan bahan organik penyusunnya yang mengakibatkan terjadinya invasi bakteri dan kematian pulpa serta penyebab infeksi ke jaringan periapiks yang mengakibatkan nyeri (Kidd dan Bechal, 2013). Karies merupakan suatu penyakit yang mengakibatkan demineralisasi, kavitasi, dan hancurnya jaringan keras gigi oleh aktivitas mikroba (Harty dan Ogston, 2011).

b. Faktor penyebab terjadinya karies gigi

Menurut Kidd dan Bechal (2013) faktor penyebab terjadinya karies disebabkan karena multifaktoral dengan proses yang saling mempengaruhi, faktor-faktor tersebut diantaranya adalah host dan gigi, mikroorganisme, substrat, dan waktu. Proses terbentuknya plak yang berisi bakteri beserta produk-produknya, yang terbentuk pada semua permukaan gigi yang awal mulanya berasal dari pelikel. Peran dari bakteri ternyata berpengaruh pada proses terjadinya karies, tidak hanya

itu faktor diet makanan yang mengandung karbohidrat akan mempengaruhi proses terjadinya karies.

c. Proses terjadinya karies gigi

Mekanisme terjadinya karies terdiri dari 3 teori, yaitu teori protheolysis, proteolytic-chelation dan chemoparasitic atau disebut juga dengan teori asidogenik. Teori asidogenik menjelaskan bahwa pembentukan karies gigi disebabkan oleh asam yang dihasilkan oleh aksi mikroorganisme terhadap karbohidrat. Reaksi ini ditandai dengan dekalsifikasi komponen organik dilanjutkan oleh disintegrasi substansi organik yang berasal dari gigi (Suwelo, 1992).

d. Status karies gigi diukur dengan indeks $def(t)$

Ahli epidemiologi dalam mempelajari setiap penyakit, akan melihat baik prevalensi maupun insidennya. Prevalensi adalah bagian dari suatu kelompok masyarakat yang terkena suatu penyakit atau suatu keadaan pada kurun waktu tertentu. Insiden adalah pengukuran tingkat kemajuan suatu penyakit. Insiden diukur dalam dua pemeriksaan: satu pada permulaan dan satu pada akhir kurun waktu tertentu. Insiden adalah peningkatan atau penurunan jumlah kasus baru yang terjadi pada suatu kelompok masyarakat pada suatu kurun waktu tertentu (Kidd dan Bechal, 2013).

Menurut WHO (2013) indeks $DMF(T)$ yaitu

- 1) dt (*decay teeth*)
- 2) mt (*missing teeth*)

- 3) *ft (filled teeth)*
- 4) *dft (number of decayed and filled teeth)*
- 5) *dmft (number of decayed, missing due to caries and filled teeth)*

Pengukuran ini dikenal sebagai indeks *DMF (T)* dan merupakan indeks aritmetika penyebaran karies yang kumulatif pada suatu kelompok masyarakat. Indeks *DMF (T)* digunakan untuk mengemukakan gigi karies, hilang dan ditambal. Indeks yang sama bagi gigi sulung adalah *def (t)* dimana *e* menunjukkan jumlah gigi yang dicabut (bukan hilang secara alamiah) namun karena karies dan *f* merupakan gigi atau permukaan gigi yang ditambal (Kidd and Bechal, 2013).

Kriteria *DMF-T* dan *def-t* menurut (WHO, 2013):

- 1) Skor 0,0-1,1 termasuk dalam kriteria sangat rendah
 - 2) Skor 1,2-2,6 termasuk dalam kriteria rendah
 - 3) Skor 2,7-4,4 termasuk dalam kriteria sedang
 - 4) Skor 4,5-6,5 termasuk dalam kriteria tinggi
 - 5) > 6,6 termasuk dalam kriteria sangat tinggi.
- e. Faktor risiko karies gigi

- 1) Usia

Risiko karies berkaitan dengan usia, menurut Suwelo (1992) menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia seseorang, karies gigi akan bertambah. Menurut Margareta (2012) mengatakan usia yang semakin bertambah, memiliki kemungkinan

besar mengalami karies karena gigi akan sering terpapar langsung dengan faktor penyebab karies.

2) Jenis Kelamin

Rusmali (2010) yang menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan karies gigi. Suwelo (1992) mengatakan bahwa perempuan lebih besar resikonya untuk mengalami karies gigi. Erupsi gigi pada perempuan lebih awal dibandingkan dengan anak laki-laki, sehingga gigi anak perempuan lebih lama dalam mulut.

3) Makanan kariogenik

Makanan kariogenik dapat menyebabkan suasana asam di dalam mulut dan mengubah pH mulut menjadi sangat rendah (4,5). Suasana mulut yang asam memudahkan proses demineralisasi atau penghancuran email semakin cepat sehingga gigi mudah mengalami karies (Hongili dan Aditiawarman, 2012). Anak usia sekolah dasar semakin mandiri sehingga mereka lebih sering mengonsumsi snack dan makanan ringan lainnya di luar rumah (Brown, 2005). Sisa makanan yang lama tertinggal menyebabkan resiko terjadinya karies gigi menjadi besar. Gigi yang tidak segera dibersihkan berpengaruh pada produksi bakteri di dalam mulut. Bakteri akan memecah makanan tersebut dan menciptakan suasana asam di dalam mulut hanya dalam waktu 13 detik. Suasana asam

menyebabkan pengikisan email gigi yang semakin sering sehingga gigi menjadi karies.

4) Sosial ekonomi

Tingkat sosial ekonomi dapat mempengaruhi berbagai aspek kehidupan termasuk pemeliharaan kesehatan maka tidaklah mengherankan jika perbedaan-perbedaan dalam angka kesakitan atau kematian antara berbagai kelas sosial (Notoatmodjo 2003). Aspek sosial ekonomi dikaitkan dengan penghasilan. Penghasilan dengan prevalensi karies mempunyai hubungan yang sangat erat, faktor yang mempengaruhi perbedaan ini adalah orang yang berpenghasilan baik akan lebih memperhatikan kesehatan keluarganya termasuk kesehatan giginya (Suwelo, 1992).

5) Tingkat pengetahuan kesehatan gigi dan mulut orang tua

Fankari (2004) menjelaskan bahwa penyebab timbulnya masalah gigi dan mulut pada masyarakat salah satunya adalah faktor perilaku atau sikap mengabaikan kebersihan kesehatan gigi dan mulut. Hal tersebut dilandasi oleh kurangnya pengetahuan akan pentingnya pemeliharaan gigi dan mulut. Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa orang tua memiliki tanggung jawab terhadap kesehatan anggota keluarga terutama anak. Orang tua harus memiliki pengetahuan yang cukup tentang kesehatan gigi dan mulut serta karies gigi. Pengetahuan mengenai kesehatan akan

berpengaruh terhadap perilaku sebagai hasil jangka panjang dari pendidikan kesehatan

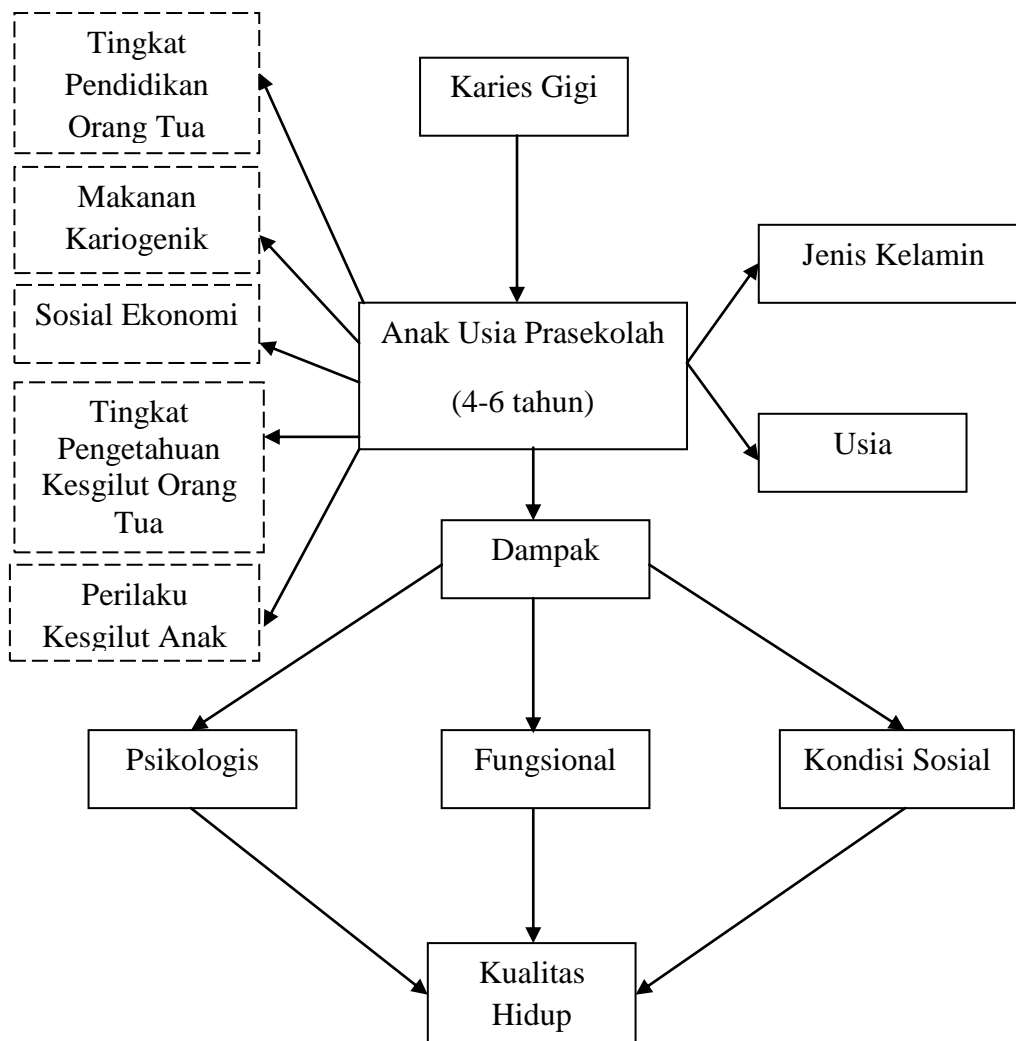
6) Perilaku kesehatan gigi dan mulut anak

Schwartz (2007) mengungkapkan bahwa karies gigi berhubungan erat dengan gaya hidup seseorang dan faktor perilaku yang kendalinya di bawah individu ini memiliki peranan yang jelas dalam proses karies gigi. Menurut Berkowitz (2003) faktor ini meliputi kebersihan mulut yang jelek, kebiasaan makan yang jelek (misal sering memakan camilan yang mengandung karbohidrat di antara waktu makan, seringnya frekuensi penggunaan obat peroral yang mengandung gula, dan cara pemberian makanan bayi yang kurang tepat.

7) Tingkat pendidikan orang tua

Pengetahuan orang tua terutama ibu menjadi dasar terbentuknya perilaku positif anak untuk menjaga kesehatan gigi dan mulutnya dengan perawatan yang baik dan benar. Orang tua perlu mengetahui, mengajarkan serta melatih anak sejak dini untuk merawat gigi sendiri karena di usia dini ibu harus mampu mengikuti perkembangan intelektual anak sehingga anak mudah memahami dan belajar. Sebaliknya orang tua yang memiliki pengetahuan yang rendah biasanya kurang peduli dan tidak mendukung kesehatan gigi dan mulut anak (Kumar dkk., 2013).

B. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep

C. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah terdapat hubungan antara status karies dengan kualitas hidup (*Oral Health related Quality of Life*) pada anak usia prasekolah di TK Pertiwi Kebumen.