

## PERILAKU DAN KUALITAS HIDUP TENTANG GIGI BERJEJAL MURID SLT 12 BANDA ACEH

Sisca Mardelita<sup>1</sup>, Cut Ratna Keumala<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Aceh

Email: [sisca.mardelita@poltekkesaceh.ac.id](mailto:sisca.mardelita@poltekkesaceh.ac.id)

<sup>2</sup>Prodi Terapi Gigi Poltekkes Kemenkes Aceh

Email: [cutratnakeumala@gmail.com](mailto:cutratnakeumala@gmail.com)

### ABSTRACT

*Dental and oral health is essential for general health and well-being and greatly affects the quality of life including speech, chewing, and self-confidence. Various diseases and disorders of the teeth and mouth can affect various functions, one of which is a disorder of the arrangement of teeth or malocclusion. A malocclusion is a form of occlusion that deviates from the standard form. This study aimed to determine the relationship between adolescent behavior regarding crowding of teeth, whether only about one or more teeth. The sample used the total population technique, namely the entire population, was sampled by 55 respondents and analyzed the data with the chi-square test. The results showed that most of the respondents had unfavorable behavior about crowding teeth, as many as 65.4%. The author assumes that respondents lack information about everything related to crowding teeth, causing them not to pay attention to the condition of their teeth properly. Questionnaire data showed poor dental maintenance behavior. In the statement about the quality of life, respondents did not feel that there was anything wrong, so they should be ashamed and not confident about the condition of their teeth. They only get annoyed when their teeth hurt. It can be concluded that the dominant adolescent behavior in the poor category but the quality of life is dominant in the good category. It is suggested that respondents improve good behavior about crowding teeth so that their quality of life of respondents is getting better to avoid dental and oral diseases.*

**Keywords:** *crowding teeth, adolescent, behavior*

### 1. PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara social dan ekonomi. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya yang telah dilaksanakan oleh periode sebelumnya (Kemenkes, 2012).

Memelihara kesehatan gigi dan mulut sangatlah penting untuk memperoleh kesehatan tubuh. Pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut

pada masa anak-anak sangat penting karena kondisi gigi susu (gigi decidui) saat ini sangat menentukan keadaan gigi-gigi permanen penggantinya. Kesehatan yang perlu diperhatikan selain kesehatan tubuh secara umum yang meliputi kesehatan rohani dan jasmani, secara khusus kesehatan gigi dan mulut juga harus diperhatikan, karena kesehatan gigi dan mulut penting bagi kesehatan dan kesejahteraan tubuh secara umum dan sangat mempengaruhi kualitas kehidupan, termasuk fungsi bicara, pengunyahan, dan rasa percaya diri (Putri, Herijulianti, & Nurjannah, 2010).

Berdasarkan laporan dari hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas, 2018), sebanyak 14 provinsi mengalami masalah gigi dan mulut yaitu 25,9%. Prevalensi maloklusi di Indonesia masih sangat tinggi sekitar 80% dari jumlah penduduk, dan merupakan salah satu masalah

kehatan gigi dan mulut yang cukup besar.

Maloklusi berada pada urutan ketiga setelah karies gigi, serta penyakit periodontal. Maloklusi merupakan penyimpangan dalam pertumbuhan dentofasial yang dapat mengganggu fungsi pengunyahan, penelanan, berbicara dan keserasian wajah. Beberapa peneliti di bidang orthodonti mengatakan bahwa maloklusi pada remaja Indonesia usia sekolah menunjukkan angka yang tinggi.

Dental Crowded termasuk kedalam maloklusi yang paling sering ditemukan (Sasea, Lampus, & Supit, 2013). Dental Crowded adalah keadaan dimana letak gigi berdesak-desakkan dalam rongga mulut karena rahang yang kecil sehingga tidak cukup menampung gigi atau sebaliknya ukuran gigi yang terlalu besar sehingga posisi gigi menjadi berdesakan atau berjejal. Dental Crowded merupakan anomali gigi yang paling sering terjadi di bidang kedokteran gigi (Mockers, Aubry, & Mafart, 2004).

Maloklusi tidak disebabkan oleh satu factor saja, ada beberapa factor berbeda yang merupakan penyebabnya yaitu, genetic dan lingkungan. Menurut Proffit, Fields, & Moray (1998) secara umum maloklusi disebabkan karena 2 faktor yaitu:

1. Faktor keadaan diluar gigi itu sendiri (*ekstrinsik factor*):
  - a. Herediter
  - b. Kelainan kongenital
  - c. Perkembangan dan pertumbuhan yang salah pada waktu prenatal dan postnatal
  - d. Penyakit–penyakit sistemik yang menyebabkan adanya kecenderungan kearah maloklusi seperti: ketidakseimbangan kelenjar endokrin, gangguan metabolisme, penyakit–penyakit infeksi, malnutrisi.
  - e. Kebiasaan jelek, sikap tubuh yang salah dan trauma.
2. Faktor–faktor pada gigi (*intrinsik/lokal factor*):
  - a. Anomali jumlah gigi, terdiri dari adanya gigi berlebih (*dens supernumerary teeth*) dan tidak adanya gigi (*anodontia*).

- b. Anomali ukuran gigi.
- c. Anomali bentuk gigi.
- d. *Frenulum labii* yang tidak normal.
- e. Kehilangan dini gigi desidui.
- f. Persistensi gigi desidui.
- g. Terlambatnya erupsi gigi permanen.
- h. Jalan erupsi yang abnormal.
- i. Ankilosis.
- j. Karies gigi.
- k. Restorasi yang tidak baik.

Menurut Daniels & Richmond (2000), maloklusi dapat menyebabkan beberapa gangguan pada penderitanya yaitu:

- a. Masalah psikososial yang disebabkan karena gangguan estetis wajah.
- b. Masalah dengan fungsi rongga mulut termasuk kesulitan dalam menggerakkan rahang (gangguan otot dan nyeri), gangguan sendi temporoman dibular, gangguan pengunyahan, menelan dan berbicara.

Hasil Penelitian Dewi (2008) Prevalensi maloklusi pada remaja Medan masih tergolong tinggi (60,5%), kemudian ada hubungan bermakna antara status maloklusi dengan semua dimensi kualitas hidup.

### **Pengertian Remaja**

Perkataan Remaja merupakan terjemahan dari bahasa Inggris, yaitu *adolescence* dan berasal dari kata Latin, *adolescere* yang berarti tumbuh menjadi dewasa atau perkembangan menuju kematangan. Dalam arti yang lebih luas lagi, dikatakan bahwa pengertian remaja mencakup kematangan mental, emosional, sosial dan fisik (Sarwono, 2016).

WHO menetapkan batas usia 10 sampai 20 tahun sebagai batasan usia remaja dimana usia 10 sampai 14 tahun sebagai remaja awal dan usia 15 sampai 20 tahun sebagai remaja akhir. Menurut Departemen Kesehatan masa remaja di Indonesia dibagi menjadi 2 kelompok usia yaitu remaja awal (13–15 tahun) dan usia remaja akhir (16–18 tahun)

## Konsep Kualitas Hidup

Kualitas hidup adalah prestasi individu dalam suatu situasi kesejahteraan sosial yang terbatas dalam kapasitas fisik. Shin dan Johnson menyatakan bahwa kualitas hidup terdiri dari kepentingan seseorang untuk memiliki kebahagiaan individu, kebutuhan, keinginan dan impian, keikutsertaan dalam berbagai aktivitas dan kepuasan terhadap diri sendiri dan orang lain (Bowling, 2004). Menurut Diana Siahaan, Budi Lestari, & Supardi, (2020) remaja mudah terganggu karena hal kecil sehingga memengaruhi harga dirinya. Selain itu kepercayaan diri remaja didapat dari dimensi kemampuan akademik, hubungan social dan penampilan fisik.

Konsep kualitas hidup yang dimaksud dalam penulisan ini dikembangkan dari konsep sehat WHO, yaitu respon individu dalam kehidupan sehari-hari terhadap fungsi fisik, psikis, dan social akibat maloklusi yang dialami individu. Konsep ini menekankan pentingnya pengukuran fungsi bukan hanya tidak adanya penyakit. Kualitas hidup diukur dengan menggunakan skala indeks *Oral Health Impact Profile* (OHIP-49) dari Slade. Indeks ini adalah salah satu instrumen yang mengukur persepsi masyarakat mengenai dampak social dari kelainan rongga mulut. Pertanyaan yang terdapat dalam OHIP sebanyak 49 pertanyaan yang dikelompokkan dalam kelainan teori Locker. Dalam teori ini terdapat 7 dimensi yang merupakan dampak-dampak akibat gigi dan mulut yang mempengaruhi kualitas hidup, yaitu: keterbatasan fungsi, rasa sakit fisik, ketidaknyamanan psikologis, ketidakmampuan fisik, ketidakmampuan psikologis, ketidakmampuan sosial dan hambatan (*handicap*) (Slade, 1997).

## 2. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik dengan disain *cross-sectional*. Pada disain penelitian ini informasi mengenai gigi berjejal dan kualitas hidup diperoleh secara bersamaan menggunakan kuesioner dengan metode wawancara. Kuesioner tentang perilaku

dibuat dan telah dilakukan uji validitas sedangkan kualitas hidup diadaptasi dari OHIP oleh Slade (1997) dalam bahasa Indonesia.

Subjek penelitian menggunakan teknik total populasi yaitu murid di SLTP 12 Banda Aceh berjumlah 55 orang dengan criteria inklusi mempunyai gigi berjejal.

Variabel penelitian adalah perilaku yaitu berupa pengetahuan dan sikap responden tentang pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut. Kualitas Hidup Remaja adalah respons terhadap gejala yang dialami remaja akibat gigi berjejal dalam kehidupan sehari-harinya selama satu tahun terakhir terhadap keterbatasan fungsi fisik, rasa sakit fisik, ketidaknyamanan psikis.

Data dianalisis secara univariat dan bivariat menggunakan uji SPSS dengan *chi-square* untuk melihat hubungan perilaku gigi berjejal dengan kualitas hidup

## 3. HASIL

### 1. Analisis Univariat

#### a. Analisis Variabel Perilaku

Hasil analisis univariat adalah sebagai berikut :**Tabel 1. Distribusi Responden berdasarkan Perilaku Tentang Gigi Berjejal Pada Murid SMPN 12 Kota Banda Aceh**

No	Perilaku tentang Gigi Berjejal	F	%
1	Baik	19	34.5
2	Kurang Baik	36	65.4
<b>Total</b>		<b>55</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 1, perilaku responden tentang gigi berjejal lebih dominan dalam kategori kurang baik, yaitu 65,4%.

#### a. Analisis Variabel Kualitas Hidup

Data kualitas hidup responden diukur menggunakan kuesioner OHIP (*Oral Hygiene Impact Profile*- Slade 1993). Ada beberapa hal yang tidak ditanyakan karena pertanyaan tidak berhubungan dengan remaja. Ada 3 (tiga) variabel yang ditanyakan tentang kualitas hidup, yaitu keterbatasan fungsi, sakit fisik dan ketidaknyamanan psikis.

**Tabel 2 Distribusi Responden berdasarkan Kualitas Hidup Pada Murid SMPN 12 Kota Banda Aceh**

Kualitas Hidup	F	%
Baik	28	50.9
Kurang Baik	27	49.0
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 2, kualitas hidup responden gigi berjejal lebih dominan dalam kategori baik, yaitu 50,9%

### 1. Analisis Chi-Square

Hasil analisis hubungan perilaku tentang gigi berjejal dengan kualitas hidup gigi dan mulut responden.

**Tabel 3. Hubungan Perilaku Remaja tentang Gigi Berjejal Terhadap Kualitas Hidup Pada Murid SMPN 12 Kota Banda Aceh**

Perilaku	Kualitas Hidup		F	%	Hasil Uji Chi-Square
	Kurang Baik	Baik			
					<i>P-Value</i>
<b>Kurang Baik</b>	19	17	36	65.4	0.68
<b>Baik</b>	8	11	28	50.9	> $\alpha$ 0.05
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	

Pada tabel 3, diketahui dari uji statistic diperoleh hasil p-value 0,68 >  $\alpha$  0.05 sehingga  $H_0$  gagal ditolak, artinya tidak ada hubungan antara perilaku tentang gigi berjejal dengan kualitas hidup remaja.

## 4. PEMBAHASAN

Dari hasil analisis univariat terlihat bahwa dominan murid yang memiliki perilaku kurang baik tentang gigi berjejal, yaitu 65.4%. Dari 15 butir pertanyaan tentang perilaku gigi berjejal, pertanyaan tentang penyebab dan

akibat gigi berjejal masih banyak yang belum diketahui murid. Penulis berasumsi bahwa murid belum pernah mendapatkan informasi tentang gigi berjejal. Gigi berjejal merupakan penyebab terjadinya maloklusi. Menurut Proffit, dkk.,(2018), secara umum maloklusi disebabkan oleh fakto rekstrinsik meliputi herediter, penyakit sistemik, kongenital, kebiasaan jelek, sikap tubuh yang salah dan trauma. Selanjutnya factor instrinsik yaitu anomaly gigi (jumlah, bentuk dan ukuran), kehilangan gigi desidui secara dini, persistensi gigi desidui, angkilosis dan restorasi yang kurang baik. Perilaku kesehatan gigi dimulai dengan adanya pengetahuan yang baik tentang kondisi gigi masing-masing orang.

Mengingat besarnya pengaruh perilaku terhadap derajat Kesehatan gigi dan mulut maka diperlukan pendekatan khusus dalam membentuk perilaku positif terhadap Kesehatan gigi. Menurut Sikap yang positif akan mempengaruhi niat untuk ikut dalam kegiatan yang berkaitan dengan hal tersebut dan sikap seseorang berhubungan erat dengan pengetahuan yang diterimanya, khususnya kesehatan gigi. Pengetahuan merupakan dasar terbentuknya suatu perilaku. Hasil penelitian Anastasia, dkk.,(2020) memperlihatkan ada hubungan promosi kesehatan dengan peningkatan pengetahuan dan perilaku remaja. Seseorang dikatakan kurang pengetahuan apabila dalam kondisi tidak mampu untuk mengenal dan menjelaskan serta menganalisa suatu keadaan. Jika tingkatan pengetahuan lebih tinggi, perhatian Kesehatan gigi akan tinggi begitu juga sebaliknya, jika pengetahuan kurang perhatian perawatan gigi juga rendah. Pengetahuan kesehatan gigi dan mulut sangat penting dipahami oleh remaja dengan gigi berjejal karena mengingat banyaknya masalah kesehatan gigi yang akan dialami dirongga mulutnya.

Pada tabel1, kualitas hidup murid SMPN 12 dominan dalam kategori baik, yaitu 50,9%. Masa remaja merupakan peralihan dari masa kanak-kanak. Menurut Piaget, perkembangan kognitif remaja kedalam tahap formal operasional yaitu saat pemikiran

menjadi lebih rasional. Pada tahap ini remaja mulai mengembangkan pemikiran yang bersifat abstrak, hipotesis serta mampu melihat berbagai kemungkinan dalam pemecahan masalah yang dihadapi serta mulai memikirkan pandangan orang lain terhadap dirinya.

Pada table 2, terlihat hasil uji statistic yaitu  $p\text{-value } 0.68 > \alpha 0.05$  yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara perilaku tentang gigi berjejal dengan kualitas hidup remaja di SMPN 12 Kota Banda Aceh. Dari hasil kuesioner dengan menggunakan OHIP-49, remaja tidak menghubungkan dimensi keterbatasan fungsi, sakit fisik dan ketidaknyamanan psikis dengan aspek gigi berjejal. Sebagian besar siswa saat diwawancarai mengungkapkan dimensi kualitas hidup yang ditanyakan dihubungkan dengan karies gigi. Hasil penelitian Boy & Khairullah (2019) pada siswa SMA di kota jambi tidak terdapat hubungan antara pengetahuan terhadap kualitas hidup, pengetahuan yang tinggi membuat kualitas hidup lebih tinggi, sementara sikap yang baik akan membuat kualitas hidup semakin baik.

## 5. SIMPULAN

Dari hasil penelitian didapat bahwa perilaku remaja tentang gigi berjejal dominan pada kategori kurang baik, serta didapat kualitas hidup remaja dominan dalam kategori baik. Tidak ada hubungan antara perilaku remaja tentang gigi berjejal dengan kualitas hidup pada SMPN 12 Kota Banda Aceh

## 6. REFERENSI

- Anastasia, S; Purwarini, J; Rasmada, S. (2020). Pengaruh Promosi Kesehatan Reproduksi Terhadap. *Jurnal Mutiara Ners*, 3(2), 61–66.
- Bowling, A. (2004). *Measuring health. A review of quality of life measurement scales. Third edition.*

- Boy, H., & Khairullah, A. (2019). Hubungan Karies Gigi Dengan Kualitas Hidup Remaja Sma Di Kota Jambi. *Jurnal Kesehatan Gigi*, 6(1), 10.  
<https://doi.org/10.31983/jkg.v6i1.3888>
- Daniels, C., & Richmond, S. (2000). The development of the index of complexity, outcome and need (ICON). *Journal of Orthodontics*, 27(2).  
<https://doi.org/10.1093/ortho/27.2.149>
- Dewi O. (2008). Analisis hubungan maloklusi dengan kualitas hidup pada remaja SMU kota Medan tahun 2007. *Universitas Sumatera Utara*, 1–27.
- Diana Siahaan, T., Budi Lestari, T., & Supardi, S. (2020). Hubungan Antara Kejadian Acne Vulgaris Dengan Harga Diri Remaja. *Jurnal Mutiara Ners Januari-Juni*, 2020(1), 15–21.
- Kemenkes. (2012). *Pedoman Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS)*.
- Mockers, O., Aubry, M., & Mafart, B. (2004). Dental crowding in a prehistoric population. *European Journal of Orthodontics*, 26(2), 151–156.  
<https://doi.org/10.1093/ejo/26.2.151>
- Proffit, W R, Fields, H. W. J., & Moray, L. J. (1998). Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in the United States: estimates from the NHANES III survey. *The International Journal of Adult Orthodontics and Orthognathic Surgery*, 13(2), 97–106.
- Proffit, William R., Fields, H. W., Larson, B. E., & Sarver, D. M. (2018). *Contemporary Orthodontics* (6th ed.). Toronto: Mosby Elsevier.
- Putri, M. H., Herijulianti, E., & Nurjannah, N. (2010). Ilmu pencegahan penyakit jaringan keras dan jaringan pendukung gigi. *Jakarta: EGC*, 25.

- Riskesdas. (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI*. Jakarta.
- Sarwono, S. W. (2016). *Psikologi Remaja Edisi Revisi* (1st ed.). Jakarta: Rajawali Pers.
- Sasea, A., Lampus, B. S., & Supit, A. (2013). *Gambaran Status Kebersihan Rongga Mulut dan Status Gingiva Pada Mahasiswa dengan Gigi Berjejal*. *Jurnal E-Gigi*, 1(1), 52–58.
- Slade, G. D. (1997). Concepts of Oral Health, Disease and the Quality of Life. *Measuring Oral Health and Quality of Life*, 172.