

# Pengaruh praktik higiene terhadap profil kesehatan rongga mulut pada manula di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 03 Ciracas

<sup>1</sup>Hermita Agus, <sup>2</sup>Afi Savitri, <sup>2</sup>Gus Permana Subita

\*PPDGS Ilmu Penyakit Mulut

\*\*Bagian Ilmu Penyakit Mulut

Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia

Jakarta, Indonesia

## ABSTRACT

*In recent years, elderly global population rates increased rapidly, especially in developing countries such as Indonesia. Elderly oral health data in Indonesia was still very lacked. This research seek about the influence of oral hygiene practices against oral health profile, which consist of oral hygiene status (OHI-S), dental health status (DMF-T), and periodontal health status (CPI) in the elderly at Budi Mulia 03 Ciracas Social Institution. It also described about their oral cavity subjective complaints. Data obtained by performing intraoral clinical examination and structured interviews using guidance from questionnaire. The type of research was descriptive and analytical with cross-sectional design. Respondents who met the inclusive criteria were 87 peoples. Elderly oral hygiene practices at Budi Mulia 03 Ciracas Social Institution still needs to be improved. In addition, there are significant influences of oral hygiene practices, especially tooth-brushing habit and another additional efforts (using of mouthwash, tongue-brushing, and dental flossing) to the value of OHI-S, DMF-T and CPI. Although most respondents did not feel any oral cavity subjective complaints, but it does not mean there are no soft tissue disease in their oral cavity. It is concluded that there are several aspects must be improved e.g: education to institutionalized elderly about oral hygiene practices, nursing staff awareness to take responsibility about maintaining daily oral hygiene of older residents, as well as cooperation with external parties to resolve high decay-rate problem and rehabilitative effort to restore the function of mastication.*

**Key words:** *elderly, oral hygiene practices, oral health profile*

## ABSTRAK

Dalam beberapa tahun terakhir, angka populasi manula di seluruh dunia telah meningkat dengan cepat, terutama di negara berkembang seperti Indonesia. Data mengenai kesehatan rongga mulut pada manula di Indonesia masih sangat kurang. Penelitian ini melihat pengaruh praktik higiene rongga mulut terhadap profil kesehatan rongga mulut khususnya status kebersihan mulut (OHI-S), kesehatan gigi (DMF-T), kesehatan periodontal (CPI) pada manula di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Budi Mulia 03 Ciracas. Selain itu, juga mendeskripsikan keluhan subjektif yang dirasakan di rongga mulut mereka. Data didapat dengan melakukan pemeriksaan klinis intraoral dan wawancara terstruktur menggunakan panduan kuesioner. Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif dan analitik dengan desain potong lintang. Responden penelitian yang memenuhi kriteria inklusi sebesar 87 orang. Praktik higiene rongga mulut pada manula di PSTW Budi Mulia 03 Ciracas masih perlu ditingkatkan. Selain itu, terdapat pengaruh praktik higiene, khususnya kebiasaan menyikat gigi dan usaha selain menyikat gigi (penggunaan obat kumur, menyikat lidah dan pemakaian benang gigi) terhadap nilai OHI-S, DMF-T dan CPI. Walaupun sebagian besar responden tidak merasakan adanya keluhan subjektif di mulut, namun bukan berarti tidak ada penyakit jaringan lunak dalam rongga mulut tersebut. Beberapa hal yang perlu ditingkatkan antara lain edukasi praktik higiene rongga mulut pada lanjut usia penghuni panti, perlunya kesadaran petugas panti agar turut bertanggung jawab dalam menjaga kebersihan mulut sehari-hari lanjut usia penghuni panti, serta kerjasama dengan pihak eksternal untuk mengatasi angka *decay* yang sangat tinggi dan tindakan rehabilitatif untuk mengembalikan fungsi pengunyahan.

**Kata kunci:** manula, profil kesehatan rongga mulut, praktik higiene rongga mulut

## PENDAHULUAN

Dalam beberapa tahun terakhir, angka populasi manula di seluruh dunia telah meningkat dengan cepat, terutama di negara berkembang. Penduduk dunia berusia 65 tahun ke atas diperkirakan akan meningkat menjadi 1,4 miliar pada tahun 2040 dari jumlah 506 juta jiwa pada tahun 2008.<sup>1</sup>

Menurut UU No.13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, yang dimaksud dengan manula adalah penduduk yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas.<sup>2</sup> Persentase penduduk usia lanjut di Indonesia sudah di atas 7% dari total penduduk. Sebagaimana dikemukakan dalam laporan data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2006 bahwa jumlah penduduk berusia 60 tahun ke atas di Indonesia sebanyak 17.717.800 jiwa atau 7,9% dari total jumlah penduduk dengan usia harapan hidup 66,2 tahun.<sup>2</sup> Tingginya angka penduduk usia lanjut tersebut diikuti oleh tingginya angka permasalahan kesehatan, khususnya kesehatan gigi mulut,

yang disebabkan oleh penurunan kondisi fisik manula. Hal ini berkaitan dengan penuaan alami dan meningkatnya prevalensi penyakit sistemik yang diderita manula.

Penelitian terakhir dengan cakupan nasional mengenai kesehatan gigi mulut adalah Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia, yaitu pada usia 65 tahun ke atas menunjukkan bahwa persentase manula yang mengalami masalah gigi mulut dalam 12 bulan terakhir sebesar 22,1%, persentase manula yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi sebesar 24,7%, dan persentase manula dengan kehilangan seluruh gigi alami sebesar 17,6%. Angka persentase kehilangan seluruh gigi alami ini masih jauh di atas target *World Health Organization* (WHO) untuk kelompok usia 65 tahun ke atas yang harusnya hanya  $\leq 5\%$ . Persentase manula yang menyikat gigi tiap hari sebesar 58%, dengan persentase yang menyikat gigi di waktu yang sesuai (sesudah sarapan dan sebelum tidur malam) hanya 3,5% dari jumlah yang menyikat gigi. Indeks DMF-T lanjut usia mencapai 18,27. Komponen terbesar dari hasil DMF-T tersebut adalah *missing* yang mencapai 16,97, namun persentase manula yang menggunakan prostesis hanya 14,5%. Persentase karies aktif (angka *decay* lebih dari 0) pada lanjut usia mencapai 32,5%. Adapun persentase manula yang masih memiliki fungsi normal gigi (minimal ada 20 gigi yang berfungsi) hanya 41,2%, masih jauh dari target WHO sebesar 75%.<sup>3</sup>

Institusi seperti panti sosial *tresna werdha* (PSTW) sebenarnya dapat menjadi suatu alternatif dalam pemberdayaan dan pemeliharaan kesehatan penduduk usia lanjut. Akan tetapi, data mengenai praktik higiene rongga mulut manula yang tinggal di panti sosial masih sangat jarang, padahal data tersebut penting sebagai dasar untuk menyusun kebijakan dan menjadi salah satu acuan dalam pembuatan pedoman pemeliharaan kesehatan gigi mulut bagi manula, khususnya yang tinggal di panti sosial.

Menurut data PBB tahun 2002, jumlah penduduk dunia meningkat 1,2% per tahun. Akan tetapi manula >65 tahun meningkat 2,3%.<sup>6</sup> Penduduk dunia berusia lebih dari 65 tahun diperkirakan akan meningkat menjadi 1,4 miliar pada tahun 2040 dari jumlah 506 juta jiwa pada tahun 2008. Pertumbuhan populasi usia lanjut paling cepat terjadi di negara berkembang. Jumlah individu berusia >65 tahun di negara berkembang lebih dari dua kali lipat dari negara maju.<sup>2</sup>

Indonesia termasuk salah satu negara berkembang dengan jumlah penduduk usia lanjut di atas 7%. Selain itu, Indonesia juga merupakan negara keempat yang jumlah penduduk usia tua tinggi setelah China, India dan Amerika Serikat; sebagaimana dikemukakan dalam laporan data BPS tahun 2006 bahwa jumlah penduduk berusia di atas 60 tahun di Indonesia sebanyak 17.717.800 jiwa atau 7,9% dari total jumlah penduduk.<sup>3</sup>

Seiring dengan meningkatnya jumlah manula, maka masalah yang terkait dengan perubahan fisiologis dan patologis pada usia lanjut juga patut diperhatikan. Penuaan merupakan suatu proses fisiologis yang umum terjadi pada usia lanjut, ditandai dengan adanya penurunan fungsi sistem organ. Penurunan kondisi gigi mulut akan menurun seiring dengan bertambahnya usia, terkait dengan proses penuaan alami dan meningkatnya prevalensi penyakit sistemik yang diderita manula.<sup>4</sup>

Manula lebih rentan terhadap penyakit sistemik dibanding penduduk usia muda. Permasalahan sistemik yang sering dialami, antara lain gangguan fungsi jantung, pneumonia aspirasi, penurunan kondisi mental, diabetes melitus, kekurangan nutrisi, osteoporosis dan kanker.<sup>4-6</sup> Hal ini dapat diperburuk dengan faktor sosioekonomi seperti minimnya penghasilan, tingkat pendidikan rendah dan kurangnya dukungan sosial dari keluarga yang semakin memperlemah kemampuan manula dalam menjaga kesehatan.<sup>7-9</sup>

Proses menua, baik secara langsung dan tidak langsung, telah meningkatkan risiko terjadinya penyakit mulut. Kesehatan umum dan kesehatan mulut terkait satu sama lain. Kondisi kesehatan mulut yang buruk dapat meningkatkan resiko terjadinya permasalahan sistemik. Selain itu, keterbatasan dalam hal mengunyah dan makan akan mengurangi asupan nutrisi yang diterima. Sebaliknya, penyakit sistemik ataupun efek samping dari perawatan penyakit sistemik dapat memicu terjadinya penyakit mulut, mengurangi aliran saliva, mengubah indra pengecap, menimbulkan nyeri orofasial, pembesaran gingiva, resorpsi tulang alveolar dan kegoyangan gigi. Tingginya prevalensi penggunaan berbagai jenis obat-obatan secara bersamaan pada usia lanjut juga berpengaruh dalam menambah kompleksitas dampaknya terhadap kesehatan mulut. Faktor lain yang dapat memperburuk kondisi ini, antara lain diet tinggi sukrosa, higienitas oral buruk, serta penggunaan alkohol dan rokok.<sup>5</sup>

Untuk mengetahui profil kesehatan rongga mulut terdapat beberapa indikator klinis yang bisa digunakan yaitu indeks kebersihan mulut (OHI-S), indeks kesehatan gigi geligi (DMF-T), dan indeks kesehatan periodontal (CPI). Pada indeks OHI-S dilakukan pengukuran enam gigi pada sektion yang

berbeda, dengan penjumlahan dari dua komponen yaitu Indeks Debris dan Indeks Kalkulus.<sup>10</sup> DMF-T digunakan untuk mengukur jumlah gigi yang karies, gigi yang sudah hilang dan gigi yang ditambal. Jumlah gigi yang dihitung maksimal 28 gigi atau 32 gigi (jika gigi molar ketiga diikutsertakan). CPI digunakan untuk mengukur kondisi jaringan periodontal.<sup>11,12</sup>

Selain itu, sebagai indikator dasar adanya penyakit mulut dapat diketahui dari keluhan subjektif selain gigi geligi yang dirasakan. Keluhan rasa tidak nyaman di dalam mulut dapat disebabkan karena menurunnya fungsi pengunyahan, penelanan makanan, bicara, dan meningkatnya resiko infeksi mikroba pada rongga mulut serta terjadinya lesi-lesi keganasan. Keluhan rasa kering berkaitan dengan berkurangnya kuantitas saliva sehingga terjadi gangguan mekanisme protektif terhadap gigi dan mukosa.<sup>4</sup>

Praktik higiene rongga mulut merupakan suatu upaya yang dilakukan untuk menjaga kebersihan rongga mulut, tidak terkecuali pada lanjut usia. Menurut British Society for Disability and Oral Health, standar prosedur praktik higiene bagi manula dalam institusi, antara lain pemeriksaan kesehatan mulut pada saat awal masuk di panti, fasilitas untuk perawatan dental yang dibutuhkan, akses ke pelayanan dental darurat dan program pelatihan dental bagi petugas panti.<sup>14</sup>

Adapun praktik higiene yang perlu dilakukan adalah pembersihan gigi, mukosa mulut dan protesis setiap hari, dengan menggunakan pasta gigi berfluoride, obat kumur klorheksidin, dan gel untuk mulut kering. Selain itu, semua praktik tersebut juga harus disertai kunjungan ke dokter gigi rutin<sup>11</sup> Petugas panti juga perlu melakukan pemeriksaan rutin dan membantu membersihkan mulut yang tergantung secara fungsional. Alat yang perlu disiapkan oleh petugas ini minimal adalah sikat gigi, pasta gigi, sikat gigitiruan dan mangkuk untuk membersihkan gigitiruan.<sup>14</sup>

Secara umum, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui praktik higiene rongga mulut manula di PSTW Budi Mulia 03 Ciracas dan pengaruhnya terhadap profil kesehatan rongga mulut manula tersebut. Khususnya, mengetahui macam-macam praktik higiene rongga mulut, pengaruh praktik higiene rongga mulut terhadap status kebersihan mulut (OHI-S), pengaruh praktik higiene rongga mulut terhadap status kesehatan gigi (DMF-T), pengaruh praktik higiene rongga mulut terhadap status kesehatan periodontal (CPI) dan keluhan-keluhan subjektif di rongga mulut selain gigi geligi pada manula di PSTW Budi Mulia 03 Ciracas.

Dihipotesiskan bahwa praktik higiene rongga mulut memiliki pengaruh yang signifikan terhadap status kebersihan mulut (OHI-S), status kesehatan gigi (DMF-T) dan status kesehatan periodontal (CPI), serta terdapatnya keluhan subyektif di rongga mulut selain gigi geligi pada lanjut usia di PSTW Budi Mulia 03 Ciracas.

## **BAHAN DAN METODE**

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif dan analitik dengan desain potong lintang. Responden penelitian ini adalah manula di PSTW Budi Mulia 03 Ciracas yang memenuhi kriteria inklusi penelitian, yaitu manula  $\geq 60$  tahun yang resmi terdaftar sebagai penghuni panti, bersedia diperiksa rongga mulutnya, dapat membuka mulut dengan baik dan dapat berkomunikasi dengan baik.

Penelitian diawali dengan pencatatan data sosiodemografi yang mencakup jenis kelamin, usia, pendidikan, status pernikahan dan lama di panti. Kemudian manula yang masuk kriteria inklusi diberikan surat *informed consent* untuk diisi serta dilakukan wawancara terstruktur untuk mengetahui praktik higiene rongga mulut yang dilakukan. Pertanyaan dalam wawancara tersebut yaitu iya atau tidaknya menyikat gigi, frekuensi dan waktu penyikatan gigi, usaha selain menyikat gigi untuk menjaga kesehatan mulut, iya atau tidaknya meminta bantuan petugas dalam membersihkan mulut, bentuk bantuan yang diberikan petugas dalam membersihkan mulut, frekuensi konsumsi makanan manis, frekuensi konsumsi rokok, ada tidaknya rasa tidak nyaman di mulut selain sakit gigi, ada tidaknya rasa panas di mulut, cara mengatasi apabila terdapat gangguan di mulut (tidak ada usaha tertentu/mengobati dengan obat bebas/berobat ke dokter gigi) dan waktu kunjungan terakhir ke dokter gigi.

Setelah wawancara, dilanjutkan dengan pemeriksaan kondisi klinis gigi mulut untuk mengetahui OHI-S, DMF-T dan CPI. Indeks OHI-S yang digunakan berdasarkan Greene & Vermillion, 1964. Gigi yang diperiksa untuk mengukur OHI-S adalah dua gigi anterior (RA dan RB) dan empat gigi posterior (RA dan RB). Pembagian 3 sekstan di RA dan 3 sekstan di RB yaitu permukaan insisal 11 dan 31, permukaan bukal 16/17 dan 26/27, serta permukaan lingual 36/37 dan 46/47. Apabila salah satu gigi tersebut sudah tidak ada

maka digunakan gigi tetangga yang masih dalam satu sekstan. Sekstan yang memiliki <2 gigi tidak dimasukkan dalam perhitungan, sehingga bilangan pembagi berdasarkan jumlah sekstan yang masih terdapat gigi. Kriteria untuk mengklasifikasikan debris dibagi empat, yaitu 0 (tidak ada debris), 1 (debris menutupi tidak lebih dari 1/3 permukaan gigi), 2 (debris menutupi antara 1/3 sampai 2/3 permukaan gigi) dan 3 (debris menutupi lebih dari 2/3 permukaan gigi). Kriteria untuk mengklasifikasikan kalkulus dibagi empat, yaitu 0 (tidak ada kalkulus), 1 (kalkulus supragingiva menutupi tidak lebih dari 1/3 permukaan gigi), 2 (kalkulus supragingiva menutupi antara 1/3 sampai 2/3 permukaan gigi atau terlihat adanya kalkulus subgingiva hanya di area servikal gigi) dan 3 (kalkulus supra dan subgingiva menutupi lebih dari 2/3 permukaan gigi). Skor OHI-S yang dipakai adalah gabungan nilai dari dua indeks yang dipakai yaitu Indeks Debris dan Indeks Kalkulus, dengan ketentuan baik (0-2), sedang (>2-4) dan buruk (>4-6).

Pemeriksaan status kesehatan gigi diukur dengan indeks DMF-T, berdasarkan kriteria WHO, terdiri dari *decay*, yaitu gigi-gigi yang mengalami kerusakan karena karies, *missing* yaitu gigi-gigi yang hilang/dicabut karena karies dan *filling*, yaitu gigi-gigi yang telah ditambal karena karies. Skor DMF-T adalah jumlah ketiganya. Gigi yang diperiksa adalah seluruh gigi dengan nilai maksimal DMF-T=32 (rekomendasi *Oral Health Surveys Geneva*, 1987). Hal ini berarti apabila terdapat kehilangan seluruh gigi maka nilai DMF-T=32. Apabila terdapat karies dan tambalan pada satu gigi yang sama, maka tetap dihitung sebagai nilai karies. Ketentuan skor DMF-T yaitu rendah (0-8), sedang (>8-16), tinggi (>16-24) dan sangat tinggi (>24-32).

Pemeriksaan status kesehatan jaringan periodontal diukur dengan indeks CPI berdasarkan kriteria WHO. Gigi yang diperiksa adalah 11, 16/17, 26/27, 31, 36/37 dan 46/47. Untuk mengukur CPI digunakan *probe* khusus standar WHO berujung bulat 0,5 mm dengan penanda garis hitam pada 3 dan 6 mm. Pada saat *probe* dimasukkan, ujung bulatnya harus mengikuti konfigurasi anatomis dari permukaan akar gigi. Apabila subyek mengeluh nyeri saat di-*probing*, hal ini mengindikasikan penggunaan tekanan yang terlalu berlebihan dan perlu dihindari. Sekeliling gigi yang masih ada di-*probing*, kemudian diambil nilai tertinggi pada satu sekstan. Khusus permukaan distal gigi M3 tidak perlu dihitung. Sekstan yang memiliki <2 gigi tidak dimasukkan dalam perhitungan, sehingga bilangan pembagi berdasarkan jumlah sekstan yang masih terdapat gigi. Ketentuan skor CPI, yaitu 0 (sehat), 1 (berdarah saat *probing*, tidak ada poket), 2 (poket  $\leq$  3 mm), 3 (poket 4-5 mm), 4 (poket  $\geq$  6 mm) dan X (sekstan tidak dimasukkan karena gigi yang tersisa kurang dari dua).

Setelah data sosiodemografi, hasil wawancara dan data klinis terkumpul, dilakukan pengolahan dan analisis data dengan *Microsoft Office Excel*, untuk diedit dan dikoding, serta diolah menggunakan *Statistical Programme for Social Science (SPSS)* dalam bentuk data deskriptif. Dari data deskriptif yang dapat diolah, dilakukan uji *chi square* ( $p=5\%$ ).

## HASIL

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 25 Mei - 2 Juni 2011 dengan responden yang telah memenuhi kriteria inklusi sebanyak 87 orang yang terdiri dari 43 pria dan 44 wanita. Mayoritas responden berusia 65-69 tahun yaitu sebanyak 34 orang (56,3%) dan 80,5% responden sudah atau pernah menikah. Tingkat pendidikan sebagian besar responden termasuk rendah yaitu tidak pernah sekolah (29,9%), tidak tamat SD (13,8%) dan tamat SD (26,4%). Mayoritas responden telah tinggal di panti selama 1-5 tahun (62,1%).

Mayoritas responden penelitian telah menerapkan kebiasaan menyikat gigi, namun terdapat 18,4% responden yang mengakui dirinya tidak pernah menyikat gigi disebabkan oleh berbagai alasan, antara lain sudah memakai gigitiruan penuh, gigi yang tersisa hanya akar/goyang, gigi yang tersisa tinggal 1-2 gigi sehingga responden merasa tidak perlu menyikat gigi. Dari 71 orang yang menyikat gigi, frekuensi penyikatan gigi paling banyak dua kali sehari (63,4%) dengan waktu penyikatan pada saat mandi pagi dan sore (64,8%). 85,9% dari 71 orang hanya melakukan tindakan penyikatan gigi untuk menjaga kebersihan mulut tanpa disertai tindakan lain seperti menyikat lidah ataupun pemakaian obat kumur.

Sebagian besar dari 71 responden tersebut, tidak pernah meminta bantuan petugas panti untuk membersihkan mulut (88,7%) karena responden sanggup melakukan pembersihan mulut secara mandiri. Sebagian besar petugas panti juga tidak pernah membantu membersihkan mulut (93%). Dari 8 orang (9,2%) yang meminta bantuan petugas panti untuk membersihkan mulut, hanya 1 orang yang dibantu langsung dan rutin, 1 orang dibantu langsung tetapi jarang dan 3 orang yang hanya diingatkan petugas, sisanya sebanyak 3 orang bahkan tidak pernah mendapatkan bantuan.

Konsumsi makanan manis pada mayoritas responden penelitian termasuk berimbang antara tidak selalu tiap hari (32,2%) dan rutin satu kali sehari (36,8%). Adapun 54% responden penelitian tidak pernah merokok. Mayoritas responden juga tidak merasakan keluhan di mulut, baik rasa tidak nyaman (64,4%) dan rasa panas/terbakar (73,6%). Sebanyak 55,2% responden tidak melakukan usaha tertentu pada saat mengalami gangguan di mulut dan 74,7% responden tidak pernah ke dokter gigi.

Sebagian besar responden memiliki OH sedang yaitu sejumlah 39 orang (45%). Hanya 4 orang (5%) yang memiliki OH baik. Terdapat 13 orang (15%) dieksklusi karena sudah tidak memiliki gigi dan/atau tidak memenuhi syarat memiliki minimal dua gigi pada salah satu sekstan. Dari hasil uji *chi-square* diketahui bahwa tambahan usaha selain menyikat gigi dalam menjaga kesehatan mulut memiliki pengaruh yang signifikan terhadap angka indeks OHI-S responden penelitian ( $P=0,000$  dengan tingkat signifikansi 95%).

Nilai rata-rata DMF-T responden penelitian ini sebesar 26,78. Nilai ini terdiri dari nilai *decay* 11,32 (42%), nilai *missing* 15,41 (58%) dan nilai *filling* yang sangat rendah yaitu sebesar 0,05. Persentase responden penelitian yang sudah tidak bergigi sebesar 9%, sedangkan persentase responden yang masih memiliki  $\geq 20$  gigi sebesar 48% atau hampir separuh dari responden penelitian. Dari hasil uji *chi-square* diketahui bahwa terdapat pengaruh menyikat gigi ( $P=0,015$  dengan tingkat signifikansi 95%), waktu penyikatan gigi ( $P=0,008$  dengan tingkat signifikansi 95%) dan usaha selain menyikat gigi untuk menjaga kebersihan mulut ( $P=0,015$  dengan tingkat signifikansi 95%) terhadap skor DMF-T responden penelitian.

Sebagian besar responden memiliki poket  $\leq 3$  mm yaitu sejumlah 44 orang (51%). Responden yang memiliki poket 4-5 mm sejumlah 19 orang (22%), dan yang memiliki poket  $\geq 6$  mm sejumlah 11 orang (13%). Terdapat 13 orang (15%) dieksklusi karena sudah tidak memiliki gigi dan/atau tidak memenuhi syarat memiliki minimal dua gigi pada salah satu sekstan. Dari hasil uji *chi-square* tidak ada hubungan signifikan antara seluruh praktik higiene rongga mulut yang dilakukan dengan skor CPI responden penelitian. Akan tetapi, CPI cenderung lebih buruk pada responden yang tidak melakukan usaha selain menyikat gigi untuk menjaga kebersihan mulut.

## PEMBAHASAN

Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa usaha selain menyikat gigi dalam menjaga kebersihan mulut memiliki pengaruh yang signifikan terhadap nilai OHI-S. Responden penelitian yang hanya menyikat gigi dan tidak melakukan usaha lain semacam menyikat lidah, memakai obat kumur dan benang gigi, cenderung memiliki OH lebih buruk. Hasil ini menunjukkan bahwa hanya menyikat gigi kurang memadai dalam upaya menjaga kebersihan mulut pada responden penelitian. Selain itu, dapat diasumsikan bahwa sebagian besar responden penelitian melakukan penyikatan gigi dengan frekuensi, waktu dan teknik yang kurang sesuai.

Nilai rata-rata DMF-T pada penelitian ini sebesar 26,78. Nilai ini lebih tinggi dari nilai DMF-T kelompok usia 65 tahun ke atas pada Riskesdas Nasional 2007 sebesar 18,33.<sup>3</sup> Namun, nilai ini tidak berbeda jauh dengan beberapa penelitian internasional pada lanjut usia dalam institusi. Penelitian pada lanjut usia dalam institusi di Brazil (2009) menunjukkan hasil rata-rata DMF-T 29,7, di Norwegia (2008) menunjukkan hasil rata-rata DMF-T 23,2, dan di Spanyol (2005) menunjukkan hasil rata-rata DMF-T 27,2.<sup>15-17</sup>

Perbedaan nilai DMF-T pada penelitian ini dengan nilai DMF-T nasional kemungkinan disebabkan karena memang kondisi gigi geligi manula dalam institusi cenderung lebih buruk dari manula secara keseluruhan, khususnya apabila dibandingkan dengan manula yang masih tinggal dalam keluarga. Perlu diketahui, data Riskesdas 2007 tidak membedakan antara lanjut usia dalam institusi dengan non-institusi. Penelitian di Hongkong (2003) menunjukkan bahwa nilai rata-rata DMF-T pada manula dalam institusi 21,4 atau cenderung lebih tinggi dibandingkan manula yang tinggal dengan keluarga/komunitas, yaitu sebesar 17,7.<sup>16</sup>

Dalam beberapa penelitian internasional disebutkan bahwa semakin banyak manula yang dapat mempertahankan gigi geliginya, semakin memiliki kecenderungan lebih banyak gigi geligi yang berisiko mengalami karies.<sup>18,19</sup> Hal ini terlihat dari hasil penelitian, persentase manula yang tidak bergigi 9% dan nilai rata-rata *decay* (gigi geligi yang memerlukan perawatan) termasuk tinggi yaitu mencapai 11,32 atau 42% dari total DMF-T.

Jumlah minimal agar gigi dapat berfungsi dengan normal adalah  $\geq 20$  gigi. WHO menargetkan 75% manula masih memiliki fungsi normal gigi. Persentase manula pada penelitian ini yang memiliki  $\geq 20$  gigi

sebesar 48%, namun tidak disertai angka *decay* yang rendah sehingga tidak menjamin bahwa gigi geligi yang masih banyak tersisa akan berfungsi normal sebagaimana kriteria yang dibuat oleh WHO. Hasil Riskesdas Nasional 2007 menunjukkan sebesar 41,2% manula masih memiliki  $\geq 20$  gigi.<sup>3</sup> Penelitian di Turki (2006) hanya 7,3% yang masih memiliki fungsi normal gigi, di Jerman (2003) sebesar 29%, dan di Denmark (2003) sebesar 40%.<sup>19</sup>

Menyikat gigi, waktu penyikatan gigi dan usaha selain menyikat gigi dalam menjaga kebersihan mulut memiliki pengaruh yang signifikan terhadap DMF-T responden penelitian. Hal ini membuktikan bahwa upaya membersihkan mulut dengan penyikatan gigi memiliki efek positif untuk nilai DMF-T. Namun, waktu penyikatan gigi yang kurang sesuai, mayoritas menyikat gigi saat mandi pagi dan sore, serta tidak adanya usaha lain seperti memakai obat kumur, penyikat lidah dan benang gigi, pada akhirnya menghasilkan nilai rata-rata DMF-T yang termasuk sangat tinggi (26,78).

Dilihat dari segi kesehatan periodontal, lebih dari setengah (51%) responden penelitian ini memiliki poket  $\leq 3$  mm. Persentase responden yang memiliki poket 4-5 mm sebesar 22%. Hasil ini lebih tinggi dibanding penelitian yang menunjukkan persentase poket 4-5 mm di Brazil (2008) sebesar 11,29%, di Spanyol (2005) sebesar 9% dan di Turki (2006) sebesar 10,2%.<sup>15,19,20</sup>

Pada 35,6% responden, yang terdiri dari 19 pria dan 12 wanita, merasakan adanya ketidaknyamanan di mulut selain sakit gigi. 26,4% responden, terdiri dari 13 pria dan 10 wanita, merasakan panas/kering di mulut. Keluhan ini dapat dijadikan pertanda awal adanya gangguan dan penyakit pada mukosa mulut responden penelitian. Sedangkan sebagian besar responden yang tidak merasakan adanya keluhan selain gigi geligi bukan berarti tidak ada gangguan dan penyakit pada mukosa mulutnya. Hal ini bisa dikarenakan kekurangpedulian dari responden penelitian terhadap kondisi mulut sehingga gejala dari penyakit mulut yang ada tidak dianggap dan tidak ditindaklanjuti dengan perawatan tertentu. Sikap tidak peduli ini bisa menyulitkan dalam mendeteksi dini penyakit mulut yang ada. Oleh karena itu, peranan pihak ketiga (petugas panti, instansi kesehatan, dsb) untuk melakukan pemeriksaan rutin pada gigi mulut responden penelitian sangat penting dilakukan, tidak hanya didasarkan pada ada atau tidaknya keluhan dalam mulut.

Mayoritas responden mengaku tidak pernah dibantu oleh petugas panti dalam hal pemeliharaan kesehatan mulut karena responden masih mampu membersihkan mulut secara mandiri. Namun, dari 8 orang (9,2%) yang meminta bantuan petugas panti untuk membersihkan mulut, hanya 1 orang yang dibantu langsung dan rutin, 1 orang dibantu langsung tetapi jarang dan 3 orang yang hanya diingatkan petugas, sisanya sebanyak 3 orang bahkan tidak pernah mendapatkan bantuan. Penelitian di Inggris (2001) juga menunjukkan hasil dari 35% responden yang meminta bantuan petugas panti untuk membersihkan mulut, hanya 4% yang dibantu.<sup>14</sup> Hal ini menunjukkan bahwa belum adanya upaya khusus dari petugas panti dalam hal menjaga kebersihan dan meningkatkan kesehatan gigi mulut penghuni panti. Alasannya, bisa dikarenakan keterbatasan sarana, tenaga dan kurangnya pengetahuan petugas panti mengenai pentingnya kebersihan mulut untuk penghuni panti.

Setengah dari responden (55,2%) tidak melakukan usaha tertentu untuk mengatasi gangguan di mulut. Selain itu, mayoritas responden (74,7%) tidak pernah ke dokter gigi. Manula di PSTW Budi Mulia 03 Ciracas sebenarnya diberikan kesempatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas dan praktek dokter gigi terdekat yang sudah ditunjuk oleh pengurus panti, namun keterbatasan fisik lanjut usia menyulitkan mereka untuk mengakses pelayanan kesehatan tersebut.

Walaupun penelitian ini cukup menggambarkan profil kesehatan rongga mulut manula di PSTW Budi Mulia 03 Ciracas, tetapi jumlah sampel yang terbatas tentu kurang dapat merepresentasikan kondisi kesehatan rongga mulut manula yang sebenarnya. Namun demikian, hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data awal untuk survai atau penelitian yang lebih komprehensif dan representatif.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

Praktik higiene rongga mulut manula di PSTW Budi Mulia 03 Ciracas masih perlu ditingkatkan. Walaupun mayoritas sudah memiliki kesadaran menyikat gigi, namun frekuensi dan waktu penyikatan gigi kurang sesuai. Terdapat pengaruh praktik higiene rongga mulut terhadap nilai OHI-S, DMF-T, dan CPI pada manula di PSTW Budi Mulia 03 Ciracas. Kebiasaan menyikat gigi, waktu penyikatan gigi dan usaha selain menyikat gigi (penggunaan obat kumur, penyikat lidah dan benang gigi) memiliki pengaruh yang signifikan dalam meningkatkan kebersihan mulut dan memperbaiki kondisi gigi geligi dan jaringan periodontal.

Sebagian besar responden penelitian tidak merasakan adanya keluhan subjektif di mulut. Hanya sepertiga jumlah responden yang mengeluhkan adanya rasa tidak nyaman dan rasa panas/kering di mulut, walaupun hasil ini bukan berarti tidak ada penyakit jaringan lunak dalam rongga mulut responden penelitian. Selain itu, keterbatasan fisik responden penelitian menyulitkan mereka untuk mengakses pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas dan praktek dokter gigi terdekat yang sudah ditunjuk oleh pengurus panti. Kurangnya kesadaran responden mengenai pentingnya kesehatan gigi dan mulut perlu diperbaiki dan pelayanan kesehatan gigi dan mulut sesuai kebutuhan manula perlu ditingkatkan.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Waters. Elderly to double to 14% of global population by 2040. <http://www.bloomberg.com/apps/news?pid=20601082&sid=axV6K65QoAg8>
2. Aplikasi Data & Informasi PP dan KPA. 2009. Penduduk lanjut usia. [http://www.menegpp.go.id/aplikasidata/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=310&Itemid=114](http://www.menegpp.go.id/aplikasidata/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=310&Itemid=114).
3. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. Laporan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas). Jakarta, Indonesia: BPPK; 2007:129-46.
4. World Health Organization. Oral health in ageing societies: integration of oral health and general health. Geneva: WHO; 2006. p.38-51.
5. Petersen PE. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21<sup>st</sup> century-the approach of the WHO global oral health programme. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2003;31 (Suppl 1): 3-24.
6. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO global oral health programme. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2005;33:81-92.
7. Campisi G, Chiappelli M. Pathophysiology of age related disease. *Immunity & Ageing* 2009; 6 (12):1-9.
8. Vargas CM, Kramarow EA, Yellowitz JA. The oral health of older American. *Ageing Trends* 2001;3:1-7.
9. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Quality Life Outcomes* 2003;1(40).
10. World Health Organization. WHO oral health country/area profile programme. OHI-S (simplified). <http://www.whocollab.od.mah.se/expl/ohisgv64.html>.
11. World Health Organization. WHO oral health country/area profile programme. caries prevalence: DMFT and DMFS. <http://www.whocollab.od.mah.se/expl/orhdmft.html>.
12. World Health Organization. WHO oral health country/area profile programme. community periodontal index (CPI) <http://www.whocollab.od.mah.se/expl/orhcptn.html>.
13. World Health Organization. Oral health in ageing societies: integration of oral health and general health. Geneva: WHO; 2006.p.38-51
14. Fiske J, Griffiths J. Guidelines for oral health care for long-stay patients and residents. *Br Soc Disabil Oral Health* 2000; 1-13.
15. Corchero AM, Cepeda JR. Oral health in people over 64 years of age, institutionalized in centres for the aged in the Vigo Health District Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008; 13(8):E523-E528.
16. Gaião LR, De Almeida MEL, Filho JGB. Poor dental status and oral hygiene practices in institutionalized older people in northeast Brazil. *Int J Dent* 2009.
17. Kumar A, Virdi M, Veerasha KL. Oral health status & treatment needs of rural population of Ambala Haryana India. *Internet J Epidemiol* 2010;8(2).
18. Shimazaki Y, Soh I, Koga T. Relationship between dental care and oral health in institutionalized elderly people in Japan. *J Oral Rehabil* 2004;31:837-42.
19. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand* 2008; 66: 368-73.
20. Unluer S, Gokalp S, Dogan BG. Oral health status of the elderly in a residential home in Turkey. *Gerodontology* 2007; 24: 22-9.
21. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. Oral health condition among the elderly in southeastern Sao Paulo State. *J Appl Oral Sci* 2009;17 (3):170-8.