

Tingkat kebersihan gigi dan mulut siswa Sekolah Dasar Negeri di desa tertinggal Kabupaten Bandung

Monica Sherlyta¹, Riana Wardani^{1*}, Sri Susilawati¹

¹Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Komunitas, Fakultas kedokteran Gigi, Universitas Padjadjaran

*Email Korespondensi: Riana.wardani@fkq.unpad.ac.id

Doi: [10.24198/jkg.v29i1.18607](https://doi.org/10.24198/jkg.v29i1.18607)

ABSTRAK

Pendahuluan: Tingkat kebersihan gigi dan mulut siswa sekolah dasar di desa tertinggal dipengaruhi oleh berbagai faktor, diantaranya faktor sosial ekonomi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kebersihan gigi dan mulut pada siswa-siswi SDN Mekarjaya sebagai salah satu sekolah dasar di desa tertinggal Kabupaten Bandung. **Metode:** Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pengambilan sampel berdasarkan teknik sampling jenuh (total sampling). Sampel penelitian sebanyak 78 siswa sekolah dasar, yaitu 40 siswa laki-laki dan 38 siswa perempuan. Oral Hygiene Index-Simplified (OHI-S) digunakan untuk melihat tingkat kebersihan gigi dan mulut. **Hasil:** rata-rata indeks kebersihan gigi dan mulut pada siswa SDN Mekarjaya, Kabupaten Bandung sebesar 2,67. **Simpulan:** tingkat kebersihan gigi dan mulut siswa SDN Mekarjaya, Kabupaten Bandung dalam kategori sedang.

Kata kunci: OHI-S, desa tertinggal, sosial ekonomi

Oral hygiene level of underdeveloped village State Elementary School students in Bandung Regency

ABSTRACT

Introduction: The level of dental and oral hygiene of elementary school students in disadvantaged villages is influenced by various factors, including socioeconomic factors. This study aims to determine the level of dental and oral hygiene in Mekarjaya Elementary School students as one of the elementary schools in the underdeveloped village of Bandung Regency. **Methods:** This type of research is descriptive with sampling based on saturated sampling technique (total sampling). The study sample consisted of 78 elementary school students, namely 40 male students and 38 female students. Oral Hygiene Index-Simplified (OHI-S) is used to see the level of dental and oral hygiene. **Result:** the average index of dental and oral hygiene for students of SDN Mekarjaya, Kabupaten Bandung amounted to 2.67. **Conclusion:** the level of dental and oral hygiene of students of SDN Mekarjaya, Kabupaten Bandung is in the moderate category.

Keywords: OHI-S, underdeveloped village, socio-economic

PENDAHULUAN

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.¹ Kesehatan yang perlu diperhatikan selain kesehatan tubuh secara umum adalah kesehatan gigi dan mulut. Hal ini dikarenakan kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian integral dari kesehatan tubuh secara keseluruhan yang tidak dapat dipisahkan dari kesehatan tubuh secara umum.²

Kesehatan gigi dan mulut sangat penting karena apabila gigi dan gusi yang rusak dan tidak dirawat bisa menyebabkan rasa sakit, gangguan pada pengunyahan serta dapat mengganggu kesehatan lainnya.³ Masalah kesehatan gigi dan mulut juga merupakan hal yang sangat penting dalam pembangunan kesehatan, terutama pada anak usia sekolah dasar. Usia sekolah dasar merupakan masa yang tepat untuk meletakkan landasan kokoh manusia yang berkualitas, karena kesehatan merupakan faktor penting untuk menentukan kualitas sumber daya manusia.⁴

Hasil Riset Kesehatan Daerah (RISKESDAS)⁵, tahun 2007 oleh Departemen Kesehatan RI menunjukkan prevalensi anak yang mengalami masalah kesehatan gigi dan mulut berdasarkan karakteristik umur adalah 5-9 tahun sebesar 21,6%, umur 10-14 tahun sebesar 20,6%. Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKEDAS) tahun 2013⁶, menunjukkan angka peningkatan pada anak yang mengalami masalah kesehatan gigi dan mulut berdasarkan karakteristik umur adalah 5-9 tahun sebesar 28,9%, umur 10-14 tahun sebesar 25,2% (Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).⁶ Hal ini menunjukkan prevalensi masalah kesehatan gigi dan mulut mengalami peningkatan dalam kurun waktu 5 tahun.

Kesehatan gigi dan mulut erat kaitannya dengan kebersihan gigi dan mulut, karena kebersihan gigi dan mulut merupakan faktor dasar bagi terciptanya kesehatan gigi dan mulut. Kebersihan gigi dan mulut dapat menentukan tingkat kesehatan gigi dan mulut seseorang. Mulut dapat dikatakan bersih apabila bersih dari plak dan kalkulus. Plak adalah suatu deposit lunak yang merupakan hasil akumulasi dan metabolisme dari bakteri yang melekat erat pada permukaan

gigi. Kalkulus merupakan endapan keras yang terbentuk dari proses mineralisasi dari plak gigi.⁷

Tingkat kebersihan gigi dan mulut dapat ditentukan dengan menilai plak dan kalkulus.⁷ Nilai tingkat kebersihan gigi dan mulut dapat diukur dengan *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S) dari Greene dan Vermillion. *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S) adalah angka yang menunjukkan tingkat kebersihan seseorang yang diperoleh dengan cara menjumlahkan *Debris Index* (DI) dan *Calculus Index* (CI).⁸

Menurut hasil penelitian, kesehatan gigi dan mulut anak juga dipengaruhi oleh faktor ekonomi dan lingkungan.⁹ Status sosial ekonomi yaitu kedudukan sosial ekonomi secara umum dari seseorang dalam masyarakat dilihat dari pendapatan keluarga, pekerjaan, dan tingkat pendidikan. Terdapat hubungan yang positif antara status sosio ekonomi dan kesehatan fisik dan jiwa yang berarti bahwa individu yang berasal dari keluarga miskin cenderung untuk mempunyai kesehatan yang lebih buruk dibandingkan mereka yang mempunyai sosioekonomi yang lebih baik.^{10,11} Peningkatan keadaan sosial ekonomi dan pola hidup masyarakat modern sebagai dampak dari hasil pembangunan sangat berpengaruh pada peningkatan penyakit gigi dan mulut.¹²

Menurut hasil penelitian sebelumnya di desa tertinggal pada siswa SDN Mekarjaya dan SDN Cikawari, yaitu Indeks DMF-T diperoleh nilai sebesar 2,55, Indeks DMF-S sebesar 3,50 dan Indeks PUFA sebesar 0,470, serta sebanyak 39 dari 83 anak menderita karies yang tidak terobati dan penjarannya sudah mencapai pulpa pada usia 11-12 tahun.¹³⁻¹⁵ Hal ini menunjukkan bahwa sebanyak kurang lebih setengah dari responden penelitian, yaitu 39 anak mengalami masalah kesehatan gigi dan mulut. Kondisi sosial ekonomi masyarakat, seperti kemiskinan merupakan salah satu variabel yang menentukan suatu desa tergolong desa tertinggal.¹⁶ Daerah yang tertinggal pada umumnya dicirikan dengan letak geografisnya yang relatif terpencil, miskin sumber daya alam, atau rawan bencana alam. Desa tertinggal merupakan suatu desa dalam suatu wilayah yang secara fisik, sosial, dan ekonomi kondisinya mencerminkan keterlambatan pertumbuhan dibanding dengan wilayah lain.¹⁷

Daerah tertinggal di Jawa Barat masih memiliki potensi. menurut data KPDT (Kementerian

Pembangunan Daerah Tertinggal)¹⁸, kpaling tidak ada dua kabupaten yang mesih berstatus sebagai daerah tertinggal, yaitu Kabupaten Sukabumi dan Kabupaten Garut meskipun demikian bukan berarti daerah-daerah yang lain diluar kedua kabupaten ini sudah tidak memiliki desa miskin, kumuh dan berstatus tertinggal. Salah satu desa tertinggal di Kabupaten Bandung adalah Desa Mekarmanik.¹⁹ Desa ini terletak kurang lebih 40 km dari pusat kabupaten Bandung. Puskesmas paling terdekat dengan desa Mekarmanik terletak di pusat kecamatan yang relatif jauh untuk dijangkau dengan akses jalan yang permukaannya tidak rata. Desa ini memiliki kriteria desa tertinggal dan pernah menjadi desa binaan Universitas Padjadjaran. Desa Mekarmanik mempunyai enam sekolah, salah satunya merupakan sekolah dasar yang paling jauh adalah SDN Mekarjaya.¹³⁻¹⁵

METODE

Jenis penelitian yang dilakukan adalah deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan objektif²⁰, Populasi penelitian adalah siswa-siswi di SDN Mekarjaya Kecamatan Cimenyan, Kabupaten Bandung pada April-Mei 2015.

Kriteria populasi adalah siswa-siswi SDN Mekarjaya yang hadir saat penelitian berlangsung, serta orang tua anak bersedia menandatangani *informed-consent*. Pengambilan sampel dilakukan dengan *total sampling*. Variabel yang diteliti, yaitu kebersihan gigi dan mulut.

Kebersihan gigi dan mulut adalah keadaan pada rongga mulut yang bersih dari penimbunan plak dan kalkulus yang diukur dengan indeks kebersihan mulut menggunakan *Oral Hygiene Index–Simplified* (OHI-S) dari Greene dan Vermillion. Indeks kebersihan mulut diperoleh dengan cara menjumlahkan indeks plak dengan indeks kalkulus. Indeks kebersihan mulut = indeks plak + indeks kalkulus. Indeks plak merupakan suatu nilai yang menunjukan jumlah total dari endapan lunak (plak) yang melekat pada permukaan gigi molar pertama permanen, insisif sentral kanan atas dan kiri bawah dengan cara diberi bahan pewarna (*disclosing solution*). Plak akan terwarnai dan terlihat jelas setelah diberi bahan pewarna (*disclosing solution*). Indeks plak=Total skor plak

/Jumlah gigi yang diperiksa. Indeks kalkulus merupakan suatu nilai yang menunjukkan jumlah total endapan keras (karang gigi) pada permukaan gigi molar pertama permanen, insisif sentral kanan atas dan kiri bawah yang apabila dikerok oleh sonde tidak terlepas. Indeks kalkulus = Total skor kalkulus /Jumlah gigi yang diperiksa.

Alat dan bahan yang digunakan terdiri dari kaca mulut, sonde, pinset, masker dan *handscoon*, alkohol, kapas, *Disclosing solution*, *Tissue*, baki, *Trash bag*, alat tulis, *Informed consent form* dan Lembar pemeriksaan. Uji Kalibrasi, yaitu sebelum pemeriksaan operator melakukan kalibrasi dengan cara melakukan pelatihan pemeriksaan OHI-S selama 2-3 hari untuk memastikan pemeriksa dapat memeriksa secara konsisten, baik untuk keseragaman interpretasi, pemahaman, kriteria dari indeks plak dan kalkulus, serta kondisi yang akan diobservasi dan dicatat. Data yang didapat dari hasil pemeriksaan akan dilakukan analisis dan dilakukan pengolahan data yang kemudian disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

HASIL

Jumlah sampel penelitian terdiri dari 78 siswa SDN Mekarjaya, Desa Mekarmanik, Kecamatan Cimenyan, Kabupaten Bandung terdiri dari 40

Tabel 1. Karakteristik responden

Karakteristik	Kategori	Jumlah (siswa)	Persentase
Jenis kelamin	Laki-laki	40	51,28
	Perempuan	38	48,72
Usia	6 Tahun	7	8,97
	7 Tahun	10	12,82
	8 Tahun	9	11,54
	9 Tahun	11	14,10
	10 Tahun	13	16,67
	11 Tahun	15	19,23
	12 Tahun	11	14,10
	13 Tahun	2	2,56
Kelas (SD)	1	14	17,95
	2	10	12,82
	3	8	10,26
	4	18	23,08
	5	14	17,95
	6	14	17,95
Total		78	100

Tabel 2. Rata-rata indeks plak, indeks kalkulus, dan indeks kebersihan Mulut Siswa-siswi SDN Mekarjaya Kabupaten Bandung

Indeks	Rata-rata	Kriteria
Plak	2,39	Buruk
kalkulus	0,28	Baik
OHI-S	2,67	Sedang

siswa laki-laki (51,28%) dan 38 siswa perempuan yang (48,72%) berusia 6 sampai 13 tahun.

PEMBAHASAN

Oral Hygiene Index Simplified (OHI-S) atau indeks kebersihan gigi dan mulut adalah angka yang menunjukkan tingkat kebersihan seseorang yang diperoleh dengan cara menjumlahkan *Debris Index* (DI) dan *Calculus Index* (CI).⁸ Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata indeks kebersihan mulut (*Oral Hygiene Index Simplified*) siswa-siswi SDN Mekarjaya Kabupaten Bandung yang dihitung dengan indeks kebersihan gigi dan mulut dari Greene dan Vermillion, termasuk kriteria sedang yaitu sebesar 2,67.

Rata-rata indeks kalkulus murid SDN Mekarjaya Kabupaten Bandung sebesar 0,28 dengan rata-rata indeks plak yang mencapai sebesar 2,39. Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata akumulasi plak pada permukaan gigi murid tersebut sangat banyak. Plak lebih cepat terbentuk pada anak-anak usia 8-12 tahun dibanding saat dewasa. Sedangkan kalkulus pada usia 7-9 tahun terjadi sebesar 18% dan pada usia 10-15 tahun sebesar 33-43%. Hal tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor. Plak dan kalkulus dapat digunakan sebagai indikator kebersihan mulut. Semakin banyak akumulasi plak dan kalkulus dalam rongga mulut, ini menandakan semakin buruknya tingkat kebersihan gigi dan mulut.⁷

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kebersihan gigi dan mulut seseorang antara lain kondisi sosial ekonomi, usia, jenis kelamin, lingkungan, sikap, dan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan gigi dan mulut.⁷ Perilaku pemeliharaan kesehatan merupakan bagian dari perilaku kesehatan, yaitu usaha-usaha yang dilakukan seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha penyembuhan bilamana sakit. Perilaku

pemeliharaan kesehatan antara lain perilaku peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.²⁰ Menurut Rahayu²¹, peran perilaku sangat besar terhadap kesehatan gigi dan mulut maka diperlukan pendekatan khusus dalam membentuk perilaku positif terhadap kesehatan gigi.²² Perilaku merupakan hal penting yang dapat mempengaruhi kesehatan gigi dan mulut individu atau masyarakat. Perilaku memelihara kebersihan gigi dan mulut yang positif, misalnya kebiasaan menyikat gigi, sebaliknya perilaku yang negatif adalah tidak menyikat gigi secara teratur maka kondisi kebersihan gigi dan mulut akan kurang baik yang berpengaruh terhadap menurunnya kesehatan gigi dan mulut. Semakin baik perilaku membersihkan gigi, maka semakin baik tingkat kebersihan gigi dan mulut, sebaliknya semakin jelek perilaku membersihkan gigi, semakin jelek pula tingkat kebersihan gigi dan mulutnya.²³ Tingkat kebersihan gigi dan mulut anak berkaitan dengan perilaku anak tersebut dalam memelihara kebersihan gigi dan mulutnya. Perilaku anak dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut tidak terlepas dari lingkungan.²⁰

Lingkungan daerah tempat tinggal siswa SDN Mekarjaya berada di Desa Mekarmanik yang merupakan salah satu desa tertinggal di Kabupaten Bandung. Ketersediaan sarana dan prasarana pada desa ini masih kurang. Sarana dan prasarana yang kurang, antara lain air bersih, listrik, sarana komunikasi dan transportasi serta sarana pelayanan kesehatan. Lingkungan daerah tempat tinggal mempengaruhi pengetahuan dan kesadaran mengenai kesehatan gigi. Daerah perkotaan dan pedesaan yang berbeda situasi dan kondisi akan sangat berpengaruh terhadap kesadaran tentang kesehatan gigi dan mulut. Sedangkan di daerah perkotaan sarana transportasi dan komunikasi lebih merata, sehingga setiap pelosok lebih dapat terjangkau program kesehatan. Di daerah pedesaan motivasi untuk pergi ke dokter gigi masih kurang.

Keadaan tersebut di atas dapat terjadi karena di daerah pedesaan masih banyak masyarakat yang berpendidikan rendah serta prasarana dan sarannya kurang atau tidak ada.²² Selain itu, lingkungan sangat mempengaruhi adalah lingkungan keluarga. Lingkungan keluarga adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kebiasaan anak dalam menjaga kebersihan

gigi dan mulutnya. Keadaan ini dihubungkan dengan faktor sosial ekonomi, dimana keadaan sosial ekonomi dan ketidaktahuan dari orang tua mungkin dapat menyebabkan anak-anak kurang menyadari pentingnya kebersihan mulut. Orang tua memiliki peran dalam mengajarkan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut kepada anak mereka. Pengetahuan, kesadaran dan perilaku orangtua terhadap pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain tingkat pendidikan, sosial ekonomi dan adanya sarana pelayanan kesehatan gigi.^{20,24,25}

Status sosial ekonomi keluarga dapat dilihat dari pendidikan dan pekerjaan orang tua.²⁶ Berdasarkan data yang diperoleh dari SDN Mekarjaya, mayoritas orang tua siswa SDN Mekarjaya memiliki tingkat pendidikan yang rendah, 1,28% orang tua siswa SDN Mekarjaya Kabupaten Bandung tidak tamat sekolah dasar, mayoritas orang tua siswa tamat SD atau sederajat sebesar 66,67%, hanya 23,08% yang tamat SMP atau sederajat, dan 6,41% orang tua siswa yang tamat SMA atau sederajat, serta hanya 2,56% yang tamat perguruan tinggi atau sederajat (lampiran 12). Penilaian rata-rata OHI-S siswa SDN Mekarjaya yang paling tinggi berdasarkan tingkat pendidikan orang tua, yaitu orang tua dengan tingkat pendidikan tamat SD atau sederajat diperoleh rata-rata sebesar 2,79 dengan kategori sedang (lampiran 13). Tingkat pendidikan orang tua sangat mempengaruhi dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut anak. Seseorang yang memiliki pendidikan tinggi akan memiliki pengetahuan yang lebih baik sehingga berpengaruh terhadap sikap dan perilakunya untuk hidup sehat. Masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah memiliki pengetahuan memelihara kebersihan gigi dan mulut yang rendah pula.²⁶

Semakin tinggi pendidikan seseorang, ia akan memiliki pemahaman yang lebih sehingga akan berpengaruh terhadap sikap. Sikap seseorang juga dipengaruhi oleh orang lain khususnya orang yang dianggap penting seperti orang tua, orang yang status sosialnya tinggi, teman sebaya, teman dekat seperti yang dijelaskan oleh Azwar²⁷ bahwa sikap dipengaruhi oleh pengaruh orang lain yang dianggap penting, seseorang kita anggap penting, seseorang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah dan pendapat kita, atau seseorang yang tidak ingin kita kecewakan, atau

seseorang yang berarti khusus bagi kita (*significant others*).

Pembentukan sikap tidak dapat dilepaskan dari adanya faktor-faktor yang mempengaruhi, seperti dijelaskan oleh Azwar²⁷ bahwa diantara berbagai faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan dan lembaga agama, pengaruh faktor emosional. Sikap dapat dibentuk melalui empat macam cara, yaitu dengan cara adopsi, diferensiasi, integrasi atau trauma. Sikap diperoleh melalui Sikap diperoleh melalui proses belajar sehingga perubahan sikap juga diperoleh melalui proses belajar. Proses belajar ini tidak hanya mempengaruhi kepercayaan seseorang, tetapi juga mempengaruhi reaksi-reaksi afektif dan kecenderungan perilaku. Perubahan sikap bisa berupa penambahan, pengalihan data modifikasi dari satu atau lebih dari ketiga komponen sikap tersebut. Artinya ada kemungkinan satu atau dua komponen sikap itu berubah, tetapi komponen lain tetap sama.²²

Sikap yang positif akan mempengaruhi niat untuk ikut dalam kegiatan yang berkaitan dengan hal tersebut dan sikap seseorang berhubungan erat dengan pengetahuan yang diterimanya dalam proses belajar. Sikap positif dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut adalah tanggapan positif terhadap upaya-upaya pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut, meliputi; cara menyikat gigi, pengaturan pola makan, dan keteraturan dalam memeriksakan gigi ke pelayanan kesehatan yang tepat. Faktor pengalaman dan kematangan usia sangat berpengaruh dalam perubahan sikap seseorang.

Kegiatan pendidikan kesehatan belum dapat mempengaruhi komponen-komponen sikap, terutama komponen emosional, sehingga walaupun mereka memiliki pengetahuan, tetapi belum sampai kepada taraf percaya dan perubahan atau peningkatan sikap. Kemungkinan lain adalah bahwa pendidikan kesehatan gigi dan mulut yang disampaikan belum akurat seperti materi tentang kesehatan gigi dan mulut, siswa belum pernah melihat cara menyikat gigi yang benar dan kerusakan gigi akibat kurangnya perawatan dan belum pernah membuktikan manfaat upaya pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut. Faktor yang tidak bisa diabaikan adalah pengalaman

yang masih kurang dan usia masih anak-anak.²² Anak usia sekolah dasar disebut juga sebagai masa sekolah. Anak yang berada pada masa ini berkisar antara usia 6-12 tahun. Anak usia sekolah memiliki motivasi yang kurang dalam melakukan perawatan gigi apabila sejak awal anak dibiasakan menyikat gigi secara teratur, maka akan mudah mempertahankan kebiasaan tersebut hingga usia dewasa.²⁸ Pengetahuan, sikap, dan perilaku dari seluruh komponen tersebut mempengaruhi tingkat kebersihan gigi dan mulut pada anak. Pada anak-anak, pengaruh dari orangtua sangat kuat. Sikap dan perilaku orang tua, terutama ibu, dalam pemeliharaan gigi memberi pengaruh terhadap sikap dan perilaku anak.²⁹

Faktor lain yang mempengaruhi tingkat kebersihan gigi dan mulut adalah jenis kelamin. Penilaian OHI-S pada siswa laki-laki dan perempuan menunjukkan nilai indeks kebersihan gigi dan mulut dengan perbandingan yang hampir sama, akan tetapi siswa laki-laki memiliki nilai OHI-S rata-rata yang lebih tinggi yaitu 2,71 dibandingkan perempuan yang memiliki nilai OHI-S rata-rata 2,63. Hal ini dikarenakan anak perempuan lebih baik dalam perilaku menjaga kebersihan mulut dibandingkan anak laki-laki, serta anak perempuan lebih mementingkan dan memiliki kesadaran yang tinggi akan estetika dan pemeliharaan kebersihan giginya sehingga akan lebih rajin untuk menyikat gigi. Gigi yang terlihat baik sangat menunjang penampilan dan meningkatkan kepercayaan diri bagi perempuan.³⁰

Analisis berdasarkan pekerjaan orang tua, mayoritas pekerjaan orang tua siswa SDN Mekarjaya Kabupaten Bandung yaitu buruh sebesar 61,54%. Pekerjaan orang tua siswa SD Mekarjaya selain buruh, yaitu petani sebesar 3,85%, swasta sebesar 7,69%, guru sebesar 1,28%, serta wiraswasta sebesar 25,64% (lampiran 12). Penilaian rata-rata OHI-S siswa SDN Mekarjaya yang paling tinggi berdasarkan pekerjaan orang tua, yaitu orang tua dengan pekerjaan buruh diperoleh rata-rata sebesar 2,75 dengan kategori sedang (lampiran 13). Masyarakat di pedesaan lebih banyak memiliki keadaan sosial ekonomi yang rendah. Pada kelompok masyarakat yang berpenghasilan rendah, situasinya jauh dari memuaskan dan merupakan masalah yang sering terabaikan karena tidak semua orang memandang gangguan gigi-geligi mereka sebagai suatu

penyakit yang perlu mendapatkan perawatan. Orang tua dengan penghasilan memadai akan memungkinkan memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik kepada anaknya. Orang dengan kemampuan ekonomi kurang akan kesulitan untuk memenuhi kebutuhan pokoknya, sehingga akan sulit memberikan pelayanan kesehatan untuk keluarganya.

Peningkatan pendapatan keluarga akan meningkatkan status ekonomi sehingga memudahkan dalam mendapatkan pendidikan dan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan. Keadaan ekonomi keluarga menentukan daya beli orang tua terhadap faktor protektif seperti sikat gigi, pasta gigi berfluoride serta kemampuan datang ke dokter gigi.²⁶ Mayoritas siswa SDN Mekarjaya tinggal di Desa Mekarmanik. Desa ini terletak kurang lebih 40 km dari pusat kabupaten Bandung. Fasilitas untuk kesehatan, yaitu puskesmas yang berlokasi di pusat kecamatan yang relatif jauh untuk dijangkau dengan akses jalan yang permukaannya tidak rata.¹³⁻¹⁵

Menurut Rahayu²¹, penyuluhan kesehatan gigi pada anak sekolah dasar umur 6-12 tahun sangat penting karena pada usia tersebut adalah masa kritis, baik bagi pertumbuhan gigi geliginya juga bagi perkembangan jiwanya sehingga memerlukan berbagai metode dan pendekatan untuk menghasilkan pengetahuan, sikap dan perilaku yang sehat khususnya kesehatan gigi dan mulut.²² Upaya promosi kesehatan gigi dan mulut dapat dilakukan untuk meningkatkan tingkat kebersihan gigi dan mulut. Upaya ini ditujukan kepada semua anak-anak agar dapat menjaga dan memelihara kesehatan gigi dan mulut dengan baik.²⁵

SIMPULAN

Tingkat kebersihan gigi dan mulut Siswa Sekolah Dasar Negeri Mekarjaya Kabupaten Bandung dalam kategori sedang.

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI. Undang Undang Republik Indonesia No 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. 2009. Tersedia pada: http://e-report.aikes.kemkes.go.id/dat/UU_No_36_Th_2009_ttg_Kesehatan.pdf [Diakses 3 Okt

- 2014).
2. Malik I. Kesehatan gigi dan mulut. Bandung: Universitas Padjadjaran. 2008 [Diakses 24 Apr 2014]. Tersedia pada: <http://pustaka.unpad.ac.id/>.
 3. Kenny T. *Oral hygiene. British dental health education*. 2010 [Diakses 31 Okt 2014]. Tersedia pada: <http://www.patient.co.uk/pdf/4891.pdf>.
 4. Aritonang I. Hubungan karakteristik dan tindakan ibu dalam pemeliharaan kesehatan gigi dengan status kebersihan gigi dan mulut anak di SD kecamatan Medan Tuntungan. Medan: Universitas Sumatra Utara. 2012.
 5. Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007. Jakarta: 2008. h. 133. [Diakses 24 Apr 2014]. Tersedia pada: <http://litbang.depkes.go.id/>.
 6. Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan Dasar RISKESDAS 2013. Jakarta. 2013. h. 148. [Diakses 24 Apr 2014]. Tersedia pada: <http://litbang.depkes.go.id/>.
 7. Carranza FA Takei HH, Newman MG. Carranza's Clinical Periodontology: 9th ed. Philadelphia: W.B Saunders. 2002. h. 96-105, 310.
 8. Hiremath. *Textbook of Preventive and Community Dentistry*. New Delhi: Elsevier. 2011. h. 42, 180-4.
 9. Willems S, Vanobbergen J, Martens L, Maeseneer JD. *The independent impact of household and neighborhood-based social determinants on early childhood caries*. Fam Community Health 2005;28:168-75.
 10. Angela A. Pencegahan primer pada anak yang berisiko karies tinggi (primary prevention in children with high caries risk). Maj Ked Gi (Dent J). 2005;38(3):130-4.
 11. Machri RV, Tuchtenhagen S, Agostini BA, da Silva Teixeira CR, Piovesan C, Mendes FM dkk. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. BMC Oral Health 2013;13:60.
 12. Thioritz E. Pengaruh faktor sosial ekonomi terhadap status karies pada murid taman kanak-kanak Kecamatan Rappocini. Media Kesehatan Gigi. 2010. [Diakses 22 Des 2014]. Tersedia pada: [http://isjd.pdii.lipi.go.id/admin/](http://isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/ed1mei104347_2087-0051.pdf)
 13. Abdallah AYM. Indeks PUFA usia 11-12 tahun ditinjau dari waktu dan cara menyikat gigi. Bandung: Universitas Padjadjaran. 2014.
 14. Mekarina T. Indeks DMF-S usia 11-12 tahun ditinjau dari waktu dan cara menyikat gigi. Bandung: Universitas Padjadjaran. 2014.
 15. Puspitasari RM. Indeks DMF-T usia 11-12 tahun ditinjau dari waktu dan cara menyikat gigi. Bandung: Universitas Padjadjaran. 2014.
 16. Djuraidah, A. Evaluasi status ketertinggalan daerah dengan analisis diskriminan. Bogor: Departemen Statistika FMIPA Institut Pertanian Bogor. 2009. h. 757.
 17. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS). Subdit kawasan daerah tertinggal. 2003. [Diakses 31 Okt 2014]. Tersedia pada: http://kawasan.bappenas.go.id/index.php?view=article&catid=35%3Asub-direktorat-daerah-tertinggal&id=67%3Asubdit-kawasan-daerah-tertinggal&format=pdf&option=com_content&Itemid=65.
 18. Kementrian Negara Pembangunan Daerah Tertinggal RI. Strategi nasional pembangunan daerah tertinggal. 2005. [Diakses 24 Feb 2015]. Tersedia pada: http://portal.mahkamahkonstitusi.go.id/eLaw/download_pdf.php?pdf=KepmenPDT_00_1_2005.pdf.
 19. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Bandung. 2012. Rencana Kerja Pembangunan Daerah (RPKD) Kabupaten Bandung Tahun 2013. Bandung. 2012 [Diakses 10 Feb 2015]. Tersedia pada: <http://bapeda.bandungkab.go.id>.
 20. Notoatmodjo S. Promosi kesehatan dan ilmu perilaku. Jakarta: Rineka Cipta. 2007. h. 140.
 21. Rahayu EM. Pengaruh pendidikan kesehatan gigi dan mulut terhadap pengetahuan dan sikap anak kelas V di SD Muhammadiyah Wirobrajan Yogyakarta. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. 2005.
 22. Isrofah, Nonik EM. 2010. Pengaruh pendidikan kesehatan gigi terhadap pengetahuan dan sikap anak usia sekolah di sd boto kembang kulon progo Yogyakarta. Pekalongan: Pena Medika Jurnal Kesehatan. Universitas Pekalongan. 2010.
 23. Warni L. Hubungan perilaku murid sd kelas v dan vi pada kesehatan gigi dan mulut terhadap

- status karies gigi di wilayah kecamatan delitua kabupaten deli serdang. Medan: Universitas Sumatera Utara. 2009.
24. Willems S, Vanobbergen J, Martens L, Maeseneer JD. *The independent impact of household and neighborhood- based social determinents on early childhood caries-A cross-sectional study of inner-city*. Fam Community Health 2005;28:168-75.
25. ADA (Australian Dental Association). Socioeconomic status and oral health. 2006 [Diakses 22 Des 2014]. Tersedia pada: [http://www.ada.org.au/app_cmslib/media/lib/0702/m44818_v1_socioeconomic%20status%20and%20oral%20healthsep_06.p df](http://www.ada.org.au/app_cmslib/media/lib/0702/m44818_v1_socioeconomic%20status%20and%20oral%20healthsep_06.pdf).
26. Susi S, Bachtar H, Azmi U. Hubungan status sosial ekonomi orang tua dengan karies pada gigi sulung anak umur 4 dan 5 tahun. Majalah Kedokteran Andalas 2012;36(1):96-105.
27. Azwar S. Sikap manusia teori dan pengukurannya. Jakarta: Pustaka Pelajar. 2003.
28. Dewanti. Hubungan tingkat pengetahuan tentang kesehatan gigi dengan perilaku perawatan gigi pada anak usia sekolah di sdn pondok cina 4 depok. Skripsi. Depok: Universitas Indonesia. 2012
29. Aritonang I. Hubungan karakteristik dan tindakan ibu dalam pemeliharaan kesehatan gigi dengan status kebersihan gigi dan mulut anak di SD kecamatan Medan Tuntungan. Medan: Universitas Sumatra Utara. 2012.
30. Rattu JM, Wicaksono D, Wowor VE. Hubungan antara status kebersihan mulut dengan karies siswa menengah atas negeri 1 manado. Jurnal e-Gigi. 2013;1(2):1-10.