

Hubungan antara status kesehatan mulut dan kualitas hidup pada lanjut usia

Kartika Wangsarahardja*^a, Olly V. Dharmawan*, dan Eddy Kasim*

ABSTRAK

*Bagian Ilmu Penyakit Gigi dan Mulut
Fakultas Kedokteran
Universitas Trisakti

Korespondensi

^aDr.drg Kartika
Wangsarahardja, MPd
Bagian Ilmu Penyakit Gigi dan Mulut
Fakultas Kedokteran
Universitas Trisakti
Jl. Kyai Tapa No.260, Grogol
Jakarta 11440
Telp. 5672731 eks. 2501

Universa Medicina 2007; 26: 186-94.

LATAR BELAKANG

Proporsi lanjut usia bertambah lebih cepat dibandingkan dengan kelompok usia lain terutama di negara yang sedang berkembang, dan usia harapan hidup juga meningkat. Kesehatan mulut yang buruk berdampak negatif terhadap kualitas hidup pada usia lanjut, dan membutuhkan program kesehatan mulut secara intensif.

METODE

Penelitian ini menggunakan rancangan potong silang dan dilaksanakan di kelurahan Cideng, Tomang, dan Jati Pulo. Tigaratus enampuluh delapan lanjut usia (umur ≥ 60), mampu berjalan, mampu berkomunikasi, bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini diambil sebagai sampel. Informasi tentang umur, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, status sosio-ekonomi (penghasilan), dan kualitas hidup telah dikumpulkan oleh 6 orang pewawancara yang sudah dilatih. Status kesehatan mulut dikumpulkan melalui pemeriksaan gigi-mulut oleh 3 orang dokter gigi.

HASIL

Indeks kesehatan gigi (DMFT) rata-rata pada lanjut usia ≥ 70 adalah $15,57 \pm 10,36$, lebih tinggi dibandingkan dengan usia < 70 ($12,31 \pm 9,72$). DMFT berhubungan lemah secara bermakna dengan domain persahabatan dan cinta kasih (*intimacy*) (domain 6) ($r=0,151$; $p<0,05$) dan kualitas hidup secara keseluruhan ($r=0,135$; $p<0,05$). Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kesehatan gigi dan mulut dengan setiap domain kualitas hidup pada lansia.

KESIMPULAN

Berdasarkan tingginya indeks DMFT pada lanjut usia yang berdampak negatif terhadap kualitas hidup, maka diperlukan intervensi yang bertujuan memperbaiki kesehatan mulut.

Kata kunci : Kesehatan mulut, kualitas hidup, lanjut usia

The corelation between oral health status and the quality of life in the elderly

Kartika Wangsarahardja*^a, Olly V. Dharmawan*, and Eddy Kasim*

ABSTRACT

BACKGROUND

The proportion of older people is growing rapidly, faster than other age groups especially in developing countries, and life expectancy has increased. Poor oral health has a negative impact on quality of life of older people, and needs intensive oral health programme implementation.

METHODS

A cross-sectional design was conducted in Cideng, Tomang, and Jati Pulo villages. Three hundred and sixty eight elderly (age ≥ 60), mobile, with good communication and agreed to participate, included in this study. Information on age, gender, marriage status, education, occupation, and socio-economic status (income), and quality of life were collected by six trained interviewers. Oral health status information were collected by three dentists.

RESULT

The average DMFT of the older age ≥ 70 was 15.57 ± 10.36 , higher than those of <70 of age (12.31 ± 9.72). There were a weak significant correlation between DMFT with the intimacy domain ($r=0.15$; $p<0.05$) and quality of life ($r=0.135$; $p<0.05$).

CONCLUTION

Due to the high index of the DMFT in the elderly which effected negatively the quality of life, an intervention aimed at improving the oral health is needed.

Keywords : Oral health, quality of life, elderly

*Department of Stomatology
Medical Faculty
Trisakti University

Correspondence

^aDr. drg. Kartika Wangsarahardja,
MPd
Department of Stomatology
Medical Faculty
Trisakti University
Jl. Kyai Tapa No.260, Grogol
Jakarta 11440
Telp. 5672731 eks. 2501

Universa Medicina 2007; 26: 186-94.

PENDAHULUAN

Proporsi penduduk lanjut usia (lansia) bertambah lebih cepat dibandingkan kelompok usia lain.⁽¹⁾ Pada tahun 2002 terdapat sekitar 600 juta orang berusia 60 tahun ke atas dan akan menjadi dua kali lipat pada tahun 2025 bahkan pada tahun 2050 akan menjadi 2 milyar, 80 % di antaranya bermukim di negara berkembang.^(1,2) Seiring dengan meningkatnya usia harapan hidup penduduk Indonesia, maka

populasi penduduk lansia (60 tahun ke atas) juga akan meningkat. Populasi lansia di Indonesia tahun 2005 diperkirakan akan mencapai angka kurang lebih 18,7 juta orang (8,5% jumlah penduduk). Angka ini akan menjadikan Indonesia menempati urutan ke-4 terbanyak negara berpenduduk lansia setelah Cina, India dan Amerika.⁽³⁾ Hal ini merupakan tantangan kepada para perencana/perancang kebijakan kesehatan dan sosial, khususnya karena penyakit-penyakit kronis seperti penyakit kardiovaskular,

hipertensi, kanker dan diabetes banyak dijumpai pada lansia.⁽⁴⁾ Di negara berkembang, penyakit kronik dan ketidakmampuan (*disability*) pada lansia banyak terjadi yang dapat dikurangi dengan upaya *health promotion* untuk meningkatkan kualitas hidup.⁽⁵⁾

Bersamaan dengan bertambahnya usia, terjadi pula penurunan fungsi organ tubuh dan berbagai perubahan fisik. Penurunan ini terjadi pada semua tingkat seluler, organ, dan sistem. Hal ini mengakibatkan terjadinya peningkatan kejadian penyakit pada lansia, baik akut maupun kronik. Meningkatnya gangguan penyakit pada lanjut usia dapat menyebabkan perubahan pada kualitas hidup lanjut usia. Yang dimaksud dengan kualitas hidup menurut *World Health Organization* (WHO) adalah persepsi seseorang dalam konteks budaya dan norma yang sesuai dengan tempat hidup orang tersebut serta berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan kepedulian selama hidupnya.⁽⁶⁾

Kualitas hidup pada lansia dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain status kesehatan mulut. Studi di negara maju menunjukkan bahwa gangguan mulut merupakan kelainan bersifat kronik yang sering dijumpai pada lansia seperti karies gigi, kehilangan gigi dan penyakit periodontal.⁽⁷⁾ Gejala dari penyakit mulut dapat berupa rasa sakit, infeksi dan terganggunya fungsi mengunyah, yang dapat menurunkan kualitas hidup lansia. Kelainan kronik pada mulut lansia dapat terjadi akibat rendahnya kunjungan pemeriksaan ke pusat kesehatan gigi atau tenaga profesi kedokteran gigi lainnya.⁽⁸⁾ Dampak negatif dari kesehatan mulut yang buruk terhadap kualitas hidup para lanjut usia merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting. Di seluruh dunia (*globally*) kesehatan mulut yang buruk pada lansia terutama tampak dengan banyaknya gigi yang hilang (*tooth loss*), karies gigi dan penyakit periodontal.⁽⁹⁾ Penelitian ini bertujuan untuk menyelidiki

hubungan antara status kesehatan mulut dan kualitas hidup pada lansia.

METODE

Rancangan penelitian

Penelitian potong silang (*cross sectional*) digunakan untuk menjawab masalah dan mencapai tujuan penelitian.

Lokasi

Penelitian ini dilakukan di 3 kelurahan : Cideng, Tomang, dan Jatipulo Kecamatan Gambir, Jakarta Pusat antara bulan Oktober 2006 sampai dengan Juni 2007.

Subjek penelitian

Kriteria inklusi dari penelitian ini adalah : lanjut usia (usia 60 tahun ke atas), dalam keadaan mobil (mampu bergerak tanpa bantuan orang lain), tidak mengalami infeksi akut (panas tinggi). Subjek penelitian yang bersedia menandatangani surat perjanjian (*informed consent*) diikutsertakan pada studi ini. Kriteria eksklusi penelitian ini adalah tidak dapat melihat, tidak dapat berbicara, dan hanya mampu diam di tempat tidur. Pemilihan subjek penelitian dilakukan secara *convenient non-random sampling*.^(16,17)

Besar sampel

Berdasarkan penelitian pendahuluan prevalensi lansia yang mengalami kualitas hidup kurang besarnya 0,27.

$$n = \frac{Z\alpha^2 \times p \times q}{e^2}$$

$p = 0,27$; $q = 0,73$, $Z\alpha$ pada tingkat kepercayaan sebesar 95% besarnya 1,96; $e = 0,05$

$n = (1,96)^2 \times 0,27 \times 0,73 / (0,05)^2 = 302$

Pada tingkat kepercayaan sebesar 95 % dan memperhitungkan *drop-out* sebesar 15%, maka besar sampel optimal yang diperlukan studi ini adalah 350.

Pengumpulan data

Sebanyak 6 orang petugas pengumpul data yang sudah dilatih melakukan wawancara menggunakan kuesioner yang sudah di uji coba. Data yang dikumpulkan meliputi: tempat dan tanggal lahir/usia, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, tempat dan tanggal lahir/usia pasangan, pendidikan pasangan, pekerjaan pasangan, penghasilan dalam keluarga/bulan, pengeluaran dalam keluarga/bulan.

Status kesehatan mulut

Sebanyak 3 orang dokter gigi melakukan pemeriksaan status kesehatan mulut meliputi keluhan sakit gigi, perawatan gigi, pengetahuan tentang kesehatan gigi, perilaku menyikat gigi, kendala pelayanan kesehatan gigi meliputi akses, biaya, jarak dan waktu yang diperlukan/tersedia. Pemeriksaan status kesehatan gigi mulut meliputi pemeriksaan gigi yang berlubang atau *decay* (DT), gigi yang hilang atau *missing* (MT), gigi yang telah ditumpat atau *filling* (FT) dan diperiksa ada atau tidak adanya karang gigi atau *calculus*.⁽¹⁸⁾ Status kesehatan mulut dikelompokkan sebagai berikut: sangat baik, baik, sedang dan buruk (indeks DMFT *very low* < 5,0, *low* 5,0 – 8,9, *moderate* 9,0 – 13,9 dan *high* > 13,9).⁽¹⁹⁾

Kualitas hidup

Kualitas hidup lansia diukur menggunakan instrumen dari WHOQOL-OLD terdiri dari 6 domain: i) kemampuan sensori (*sensory abilities*), meliputi: kemunduran panca indera, penilaian terhadap fungsi sensoris, kemampuan melakukan aktivitas, dan kemampuan

berinteraksi, ii) otonomi (*autonomy*), meliputi: kebebasan mengambil keputusan, menentukan masa depan, melakukan hal-hal yang dikehendaki, dihargai kebebasannya, iii) aktivitas pada masa lampau, kini dan yang akan datang (*past, present and future activities*), meliputi: hal-hal yang diharapkan, pencapaian keberhasilan, penghargaan yang diterima, pencapaian dalam kehidupan, iv) partisipasi sosial (*social participation*), meliputi: penggunaan waktu, tingkat aktivitas, kegiatan setiap hari, partisipasi pada kegiatan masyarakat, v) kematian dan keadaan terminal (*death and dying*), meliputi: jalannya/caranya meninggal, mengontrol akhir hidup, takut akan akhir hidup, merasakan sakit pada akhir hidup, dan vi) persahabatan dan cinta kasih (*intimacy*), meliputi : persahabatan dalam kehidupan, cinta dalam kehidupan, kesempatan untuk mencintai, dan kesempatan untuk dicintai. Masing-masing pertanyaan mempunyai lima peringkat dari peringkat 1 sampai dengan peringkat 5, dengan kriteria berturut-turut: sama sekali tidak (1), sedikit (2), cukup (3), banyak (4), dan sangat banyak (5).⁽²⁰⁾

Pengolahan dan analisis data

Setelah dilakukan pengumpulan data, setiap kuesioner dievaluasi oleh supervisor lapangan; bila ditemukan adanya kekurangan dan kesalahan akan dikembalikan kepada petugas pengumpul data untuk diperbaiki/dilengkapi. Kemudian dilakukan pengolahan data menggunakan komputer dengan program SPSS versi 13.0. Penyajian data dilakukan secara tekstular dan tabular. Untuk menguji adanya hubungan antara tingkat kesehatan mulut dan kualitas hidup lansia digunakan uji korelasi Pearson bila data menyebar secara normal. Bila data tidak tersebar secara normal digunakan uji korelasi Spearman. Semua uji statistik dilakukan pada tingkat kemaknaan sebesar 5%.

Tabel 1. Karakteristik demografi lanjut usia

Variabel	n = 368 (%)
Usia (tahun)	
60-69	225 (61,1)
≥ 70	143(38,9)
Jenis kelamin	
Laki-laki	109 (29,6)
Perempuan	259 (70,4)
Status	
Menikah	188 (51,1)
Tidak menikah	10 (2,7)
Duda/janda	170 (46,2)
Pendidikan	
Tidak tamat SD	112 (30,4)
SD	93 (25,3)
SMP	68 (18,5)
SMA	80 (21,7)
>SMA	15 (4,1)
Pekerjaan	
Bekerja	114 (31,0)
Tidak bekerja	254 (69,0)
Sosial Ekonomi	
Rendah (< Rp. 500.000)	216 (58,7)
Sedang (Rp.500.000 – 1 juta)	106 (28,8)
Tinggi (> 1 juta)	46 (12,5)

HASIL

Sebanyak 368 lansia berhasil dikumpulkan, usia berkisar antara 60–90 tahun. Mereka yang rata-rata usianya 60–69 tahun banyaknya 61,1% dan ≥70 tahun 38,9%, Laki-laki banyaknya 29,6% dan perempuan 70,4%. Sebagian besar menikah sebanyak 51,1%, berpendidikan tidak tamat SD 30,4%. Sosial ekonomi rendah 58,7% dan tidak bekerja 69,0% (Tabel 1).

Indeks DMFT yang sangat rendah besarnya 15,5% (57/368) dan rendah 16,8 (62/368). Rata-rata indeks MT pada lansia berusia 60-69 tahun ($0,39 \pm 0,31$) tidak jauh berbeda dibandingkan lansia berusia ≥ 70 tahun ($0,35 \pm 0,30$) ($p=0,222$). Hal yang sama terlihat pada indeks DMFT, rata-rata indeks DMFT pada lansia berusia 60 - 69 tahun ($14,99 \pm 9,53$)

sedikit lebih kecil dibandingkan lansia berusia ≥ 70 tahun ($15,24 \pm 9,60$) ($p=0,806$). Semakin tinggi pendapatan lansia ternyata indeks DT paling kecil ($0,08 \pm 0,11$) dibandingkan dengan lansia yang berpenghasilan rendah ($0,09 \pm 0,12$) dan sedang ($0,08 \pm 0,12$), tetapi perbedaan ini tidak berbeda secara bermakna ($p=0,840$). Sedangkan pada indeks DMFT, pada lansia yang berpenghasilan sedang ($16,46 \pm 9,93$) lebih tinggi dibandingkan rata-rata indeks DMFT lansia berpenghasilan rendah ($14,34 \pm 9,25$) dan yang berpenghasilan tinggi ($15,41 \pm 9,86$) ($p=0,167$) (Tabel 2).

Kemampuan otonomi (*autonomy*) (domain 2) kualitas hidup lansia berusia 60–69 tahun berhubungan lemah secara bermakna dengan indeks *decay* ($r=0,150$; $p<0,05$). Indeks kesehatan gigi (DMFT) berhubungan lemah secara bermakna baik dengan domain persahabatan dan cinta kasih (*intimacy*) (domain 6) ($r=0,151$; $p<0,05$) dan kualitas hidup secara keseluruhan ($r=0,135$; $p<0,05$). Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kesehatan gigi dan mulut dengan setiap domain kualitas hidup pada lansia berusia ≥ 70 tahun.

PEMBAHASAN

Penyakit mulut merupakan salah satu kondisi kronik yang paling banyak dijumpai pada lansia. Stacher menyatakan kesehatan mulut yang buruk sebagai '*silent epidemic*'.⁽¹⁰⁾ Penekanan bahwa kesehatan mulut tidak hanya berupa gigi yang sehat tetapi integral pada kesehatan umum dan pentingnya pencegahan penyakit karies gigi serta penyakit periodontal.⁽¹⁰⁾ Akibat dari penyakit ini yang meliputi rasa sakit, infeksi dan hilangnya fungsi, dapat menyebabkan menurunnya kualitas hidup lansia. Kesehatan mulut penting untuk melengkapi kesehatan umum dan kesejahteraan seorang lanjut usia.⁽¹¹⁾

Tabel 2. Rata-rata indeks *decaying*, *missing* dan *filling* gigi berdasarkan karakteristik demografi lanjut usia (n=368)

Karakteristik	DT	MT	FT	DMFT
Usia (tahun)				
60-69	0,06 ± 0,12	0,39 ± 0,31	0,02 ± 0,06	14,99 ± 9,53
≥ 70	0,12 ± 0,11	0,35 ± 0,30	0,01 ± 0,03	15,24 ± 9,60
p	0,000	0,222	0,074	0,806
Jenis kelamin				
Laki-laki	0,09 ± 0,12	0,40 ± 0,31	0,08 ± 0,04	15,76 ± 9,82
Perempuan	0,08 ± 0,12	0,36 ± 0,30	± 0,05	14,80 ± 9,44
p	0,894	0,322	0,322	0,378
Status				
Menikah	0,07 ± 0,11	0,42 ± 0,32	0,01 ± 0,05	16,02 ± 9,82
Tidak menikah	0,01 ± 0,12	0,43 ± 0,32	0,01 ± 0,03	17,60 ± 9,45
Duda / Janda	0,10 ± 0,13	0,32 ± 0,28	0,01 ± 0,05	13,90 ± 9,15
p	0,043	0,009	0,969	0,079
Pendidikan				
Tidak tamat SD	0,08 ± 0,99	0,38 ± 0,30	0,01 ± 0,04	14,98 ± 9,58
SD	0,10 ± 0,15	0,35 ± 0,30	0,01 ± 0,03	15,00 ± 9,70
SMP	0,07 ± 0,11	0,38 ± 0,30	0,01 ± 0,04	14,70 ± 9,62
SMA	0,08 ± 0,11	0,35 ± 0,29	0,02 ± 0,07	14,56 ± 9,11
>SMA	0,12 ± 0,11	0,52 ± 0,35	0,01 ± 0,02	20,87 ± 9,65
p	0,263	0,360	0,399	0,309
Pekerjaan				
Bekerja	0,10 ± 0,15	0,38 ± 0,30	0,01 ± 0,04	15,53 ± 9,25
Tidak bekerja	0,08 ± 0,10	0,37 ± 0,31	0,01 ± 0,05	14,88 ± 9,58
p	0,101	0,911	0,265	0,553
Sosial Ekonomi				
Rendah (< Rp, 500,000)	0,09 ± 0,12	0,35 ± 0,29	0,01 ± 0,04	14,34 ± 9,25
Sedang (Rp, 500,000 – 1 juta)	0,08 ± 0,12	0,42 ± 0,32	0,01 ± 0,05	16,46 ± 9,93
Tinggi (> 1 juta)	0,08 ± 0,11	0,39 ± 0,32	0,01 ± 0,07	15,41 ± 9,86
p	0,840	0,134	0,873	0,167

Akses pada perawatan kesehatan dan kesehatan gigi yang layak dapat mengurangi angka kesakitan (*morbidity*) dan kematian (*mortality*) yang dini, mempertahankan fungsi – fungsi dan meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan.⁽¹²⁾ Meskipun jelas keadaan ini mempunyai dampak luas termasuk gangguan kesehatan umum, kesejahteraan sosial dan mental lansia, usaha-usaha pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada orang tua masih jauh dari memadai. Salah satu alasan yang paling menonjol adalah bahwa orang tua menganggap disfungsi oral merupakan bagian dari proses alamiah dan konsekuensi usia lanjut sehingga

para lansia menerima saja kondisi menurunnya kualitas hidup tersebut tanpa berupaya untuk mendapatkan pertolongan.⁽⁸⁾

Jumlah sampel pada penelitian ini besarnya 368 lansia dengan rasio antara laki-laki dan perempuan 109 berbanding 259. Pada lanjut usia (≥70 tahun) besarnya subyek 143 orang, indeks rata-rata DMFT adalah $15,24 \pm 9,60$, bila mengacu pada kriteria status kesehatan mulut berdasarkan gigi permanen pada lansia ≥70 tahun ini indeks rata-rata DMFT tinggi (*high* >13,9).⁽¹⁹⁾ Sedangkan untuk usia 60-69 tahun adalah $12,31 \pm 9,72$, termasuk sedang (*moderate* 9,0-13,9).

Tabel 3. Hubungan antara status kesehatan gigi dan mulut dengan kualitas hidup pada lansia usia 60 – 69 tahun (n=368)

Kesehatan gigi dan mulut	Kualitas hidup						Total
	Domain1	Domain2	Domain3	Domain4	Domain5	Domain6	
Indeks <i>decay</i>	0,006	0,150*	0,097	0,117	0,070	0,095	0,087
Indeks <i>missing</i>	0,074	0,033	0,039	0,044	0,044	0,125	0,091
Indeks <i>filling</i>	0,031	0,051	0,079	0,044	0,062	0,078	0,036
Indeks kesehatan gigi	0,072	0,103	0,094	0,100	0,029	0,151*	0,135*

Catatan : Nilai dalam sel merupakan nilai koefisien korelasi Pearson (r)

* bermakna (p<0,05)

Tabel 4. Korelasi status kesehatan gigi dan mulut dengan kualitas hidup lansia ≥ 70

Kesehatan gigi dan mulut	Kualitas hidup						Total
	Domain1	Domain2	Domain3	Domain4	Domain5	Domain6	
Indeks <i>decay</i>	-0,062	-0,051	-0,022	-0,032	-0,074	-0,014	-0,069
Indeks <i>missing</i>	0,088	0,002	-0,021	0,055	0,069	-0,039	0,045
Indeks <i>filling</i>	-0,055	-0,011	-0,078	-0,011	-0,061	-0,080	-0,075
Indeks kesehatan gigi	0,059	-0,018	-0,037	0,041	0,0359	-0,051	0,011

Catatan : Nilai dalam sel merupakan nilai koefisien korelasi Pearson (r)

Yang menjadi masalah adalah kurangnya perhatian dan ketiadaan biaya untuk mencari dan mendapatkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut karena lebih dari setengah jumlah subyek berpendidikan rendah. Hal ini mengakibatkan kurangnya perhatian (*awareness*) tentang kesehatan gigi-mulut sehingga terabaikan. Pendidikan yang rendah pada umumnya juga mengakibatkan status sosio-ekonomi khususnya penghasilan yang rendah pula. Dari 368 subyek, 216 orang (58,7%) berpenghasilan kurang dari Rp.500.000, hanya 106 orang yang berpenghasilan sedang (Rp. 500.000 - 1 juta). Hal ini mengakibatkan subyek tidak mencari pengobatan karena ketiadaan biaya. Dari penelitian Vargas⁽¹⁸⁾ didapatkan karena kurangnya fasilitas pelayanan kesehatan gigi dan mulut di pedesaan Amerika terutama bagi golongan sosio-ekonomi rendah tidak mendapat pelayanan/pengobatan gigi dan mulut. Lansia dengan status sosio-ekonomi rendah yaitu yang tergolong miskin dan mendekati miskin (*poor*

and near poor) mencapai 64%. Hal tersebut menyebabkan ketiadaan biaya untuk mendapatkan perawatan kesehatan gigi-mulut yang memadai. Mengingat kronisitas dari penyakit gigi-mulut dan bertambahnya jumlah lansia maka dampak kesehatan mulut terhadap kualitas hidup lansia akan menjadi lebih signifikan di tahun-tahun mendatang.

Meskipun para dokter telah melakukan estimasi mengenai efek kondisi kronik dan pengobatannya terhadap kualitas hidup lansia, pendekatan serupa belum pernah dilakukan di dunia kedokteran gigi. Penelitian-penelitian yang ada pada umumnya hanya berkisar pada masalah-masalah obyektif tetapi sama sekali tidak menyinggung persepsi subyektif dari lansia mengenai kualitas hidupnya.⁽¹³⁾ Dalam penelitian ini kualitas hidup lansia diteliti dengan menggunakan instrument kuesioner WHOQOL-OLD. Terlihat adanya hubungan antara status kesehatan gigi-mulut dengan kualitas hidup lansia terutama bila ditinjau dari domain

kemampuan otonomi. Demikian pula terdapat hubungan antara gabungan keseluruhan domain dari domain pertama sampai dengan keenam yang disebut sebagai *Raw WHOQOL 24 items* dengan status kesehatan mulut.

Locker⁽¹⁴⁾ menjelaskan bahwa indikator kualitas hidup dalam kaitannya dengan kesehatan mulut menggunakan pengukuran seberapa besar masalah gigi dan mulut mempengaruhi fungsi normal kehidupan seseorang. Penelitian oleh Biazevic *et al* di Brazil, menggunakan instrumen *oral health impact profile* (OHIP) untuk meneliti kualitas hidup dalam kaitannya dengan kesehatan mulut.⁽¹⁵⁾ Akibat dari *edentulisme*, karies, penyakit-penyakit periodontal, ditambah dengan akibat ko-morbiditas seperti diabetes dan *xerostomia*, sangat dirasakan oleh para lansia dan memberikan akibat yang bermakna terhadap fisiknya, serta ekonomis dan psikologis. Akibat dari penyakit oral yang memberikan dampak kepada kualitas hidup lansia meliputi berbagai keadaan termasuk mengunyah, makan dan bicara. Selanjutnya dapat memberikan dampak berupa menurunnya interaksi sosial, rasa sejahtera, harga diri dan perasaan berguna.

KESIMPULAN

DMFT rata-rata pada usia yang lebih lanjut (≥ 70) lebih tinggi dibandingkan dengan pada usia <70 . Kemampuan otonomy (*autonomy*) (domain 2) kualitas hidup lansia berusia 60 – 69 tahun berhubungan lemah secara bermakna dengan indeks *decay*. Indeks kesehatan gigi (DMFT) berhubungan lemah secara bermakna baik dengan domain persahabatan dan cinta kasih (*intimacy*) (domain 6) dan kualitas hidup secara keseluruhan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada Professor Graeme Hawthorne and The Australian WHOQOL Field

Centre, Department of Psychiatry, The University of Melbourne atas izin penggunaan kuesioner WHOQOL-OLD. Kepada pimpinan Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti, terimakasih atas dukungan dana yang memungkinkan terlaksananya penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. United Nations Population Division. World population prospects: The 2002 Revision, New York, NY, USA: United Nations, 2003.
2. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: WHO, 2002.
3. Departemen Kesehatan R.I. Mengenai masalah mental lanjut usia. Available from: <http://www.depkes.go.id/index.php>. Accessed Februari 10, 2006.
4. World Health Organization. The world health report shaping the future. Geneva: WHO, 2003
5. Puska P, Pietenen P, Uusitalo U. Influencing public nutrition for non communicable disease prevention from community intervention to national programme experiences from Finland. Public Health Nutrition 2002; 5: 245–51.
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. Skevington SM, Lotfy M, O’Connell KA. The World Health Organization’s WHOQOL- BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. Qual Life Res 2004; 13: 299-310.
8. Ahluwalia KP, Sadowsky D. Oral disease, burden, and dental services utilization by Latino and African American seniors in Northern Manhattan. J Comm Health 2003; 28: 267-80.
9. McGrath C, Bedi R. Can dental attendance improve quality of life. Br Dent J 2001; 190: 262-5.
10. U.S. Department of Health and Human Services. Oral health in America: a report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, 2000.
11. Oral Health in America: a report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of

- Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, 2000.
12. Healthy people 2000: National health promotion and disease prevention objectives – full report, with commentary. DHHS publication no. (PHS) 91–50 212. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, 1991.
 13. Ekanayake L, Perera I. Perceived need for dental care among dentate older individuals in Sri Lanka. *Spec Care Dentist* 2005; 25: 199-205.
 14. Locker D, Issues and measuring change in self – perceived oral health status. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1998; 26: 41–7.
 15. Biazevicn MGH, Michel–Crosato E, Iagher F. Impact of oral health on quality of life among the elderly population on Joacaba, Santa Catarena, Brazil. *Braz Oral Res* 2004; 16: 85-91.
 16. Hulley SB, Gove S, Browner WS, Cummings SR. Choosing the study subjects: specification and sampling. In: Hulley SB, Cummings SR, editors. *Designing clinical research*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1992. p. 18-30.
 17. Riegelman RK. *Studying a study and testing a test: how to read the medical evidence*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
 18. Vargas OM, Yellowitz JA, Hayes KI. Oral health status of older rural adults in the United States. *JADA* 2003; 134: 479-86.
 19. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye G. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ* 2005; 83: 661-9.
 20. Power M, Quinn K, Schmidt S, and the WHOQOL-OLD group. Development of the WHOQOL-Old module. *Qual Life Res* 2005; 14: 2197-214.