

## ***Relation of socioeconomic status to quality of life related to dental and oral health in rural and urban communities of Gowa Regency on 2018***

Hubungan status sosioekonomi dengan kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan gigi dan mulut pada masyarakat rural dan urban Kabupaten Gowa tahun 2018

<sup>1</sup>Fuad Husain Akbar, <sup>2</sup>Izzah Syahidah

<sup>1</sup>Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat

<sup>2</sup>Mahasiswa Klinik

Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin,

Makassar, Indonesia

E-mail: [fuadgi2@gmail.com](mailto:fuadgi2@gmail.com)

### **ABSTRACT**

**Objective:** To determine the relationship of socioeconomic status with quality of life related to dental and oral health in rural and urban communities in Somba Opu District and Pattalassang District, Gowa Regency, South Sulawesi. **Method:** This study used the pathfinder pilot design, conducted in April 2018. Data as many as 420 people were collected using the OHIP-5 questionnaire. Data were analyzed using SPSS 24.0 with chi-square test, and student's t-test with a significant value of  $p < 0.005$ . **Results:** Based on demographic characteristics, oral health, and economic income significantly associated with OHRQoL in urban communities, while in rural communities anxiety about dental care significantly affects OHRQoL. **Conclusion:** There is a significant relationship between socioeconomic status and OHRQoL in urban communities and rural areas in Gowa Regency

**Keywords:** socioeconomic status, OHRQoL, urban and rural

### **ABSTRAK**

**Tujuan:** Mengetahui hubungan status sosioekonomi dengan kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan gigi dan mulut pada masyarakat rural dan urban di Kecamatan Somba Opu dan Kecamatan Pattalassang, Kabupaten Gowa, Sulawesi Selatan. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain pilot *pathfinder*, dilakukan pada bulan April 2018. Data subjek sebanyak 420 orang dikumpulkan menggunakan kuesioner OHIP-5. Data dianalisis menggunakan SPSS 24.0 dengan uji *Chi-square*, dan *Student's T-test* dengan nilai signifikan  $p < 0,005$ . **Hasil:** Berdasarkan karakteristik demografi, kesehatan rongga mulut, dan penghasilan ekonomi secara signifikan berhubungan dengan OHRQoL pada masyarakat urban, sedangkan pada masyarakat rural kecemasan melakukan perawatan gigi secara signifikan mempengaruhi OHRQoL. **Simpulan:** Terdapat hubungan yang bermakna antara status sosial ekonomi dengan OHRQoL pada masyarakat perkotaan dan perdesaan pada Kabupaten Gowa

**Kata kunci:** status sosioekonomi, OHRQoL, urban dan rural

### **PENDAHULUAN**

Kesehatan merupakan bagian terpenting dalam kehidupan manusia, sehat secara jasmani dan rohani. Kesehatan gigi dan mulut perlu diperhatikan selain kesehatan tubuh secara umum karena kesehatan gigi dan mulut dapat mempengaruhi kualitas hidupnya, misalnya menyebabkan rasa sakit dan mempengaruhi kemampuan ketika melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan mulut merupakan rancangan multidimensi yang merefleksikan kenyamanan seseorang ketika makan, tidur, interaksi sosial, kepercayaan diri dan kepuasan sehubungan kesehatan mulut. Pengukuran *oral health related quality of life* atau OHRQoL bertujuan untuk mengetahui keadaan kesehatan mulut yang berdampak pada kualitas hidup, sehingga dokter

gigi tidak hanya mengetahui keadaan patologis di dalam tubuh tetapi juga keadaan psikologis pasien.<sup>1-3</sup>

Kualitas hidup yang terkait dengan kesehatan mulut merupakan penilaian seseorang mengenai dampak dari gangguan rongga mulut yang dapat mempengaruhi kesejahteraan secara keseluruhan. Penelitian yang dilakukan oleh Locker dan Quiññonez dkk, menghasilkan fakta bahwa nyeri fisik dan ketidaknyamanan psikologis adalah dimensi yang paling berpengaruh pada OHRQoL. Namun Lawrence dkk<sup>4</sup> menemukan lebih banyak laporan keterbatasan fisik di Selandia Baru. Lingkup OHRQoL mencakup kelangsungan hidup (tidak adanya penyakit kronis dalam mulut dan atau tidak ada gigi yang tanggal), adanya penyakit atau gejala yang sedang dirasakan, fungsi fisik yang terkait dengan pengunyahan dan

fungsi menelan, tidak adanya rasa ketidaknyamanan dan rasa sakit, fungsi sosial terkait peran normal sebagai makhluk sosial, persepsi tentang kesehatan mulut yang baik, kepuasan dengan kesehatan mulut yang dimiliki, dan tidak adanya kerugian sosial atau budaya karena status kesehatan mulut yang buruk.<sup>4-7</sup>

Instrumen OHRQoL yang paling sering dipakai adalah *oral health impact profile* (OHIP). Dimulai dengan 49 pertanyaan, dan dirangkum menjadi 14 dimensi. Survei kesehatan nasional dan praktik dokter gigi mungkin memerlukan instrumen yang lebih pendek menjadi 5 dimensi yang dibuat sebagai OHIP terpendek. Sementara OHIP 5 mengurangi jumlah item hingga 10% dari instrumen asli, bermaksud untuk merangkum 90% dari informasi ringkasan skor instrumen, OHIP 5 lebih efisien untuk pengukuran OHRQoL. Penelitian terbaru menjelaskan OHIP 5 memiliki validitas dan reliabilitas yang dapat diterima. Dimensi OHIP 5 telah menunjukkan hubungan yang signifikan dengan ukuran klinis dan subjektif dari kesehatan mulut.<sup>1,3,6,8</sup>

Indonesia adalah negara yang tingkat prevalensi masalah kesehatan gigi mulut yang tinggi dan jumlah dokter gigi per populasi yang tidak cukup. Berdasarkan Riskesdas tahun 2013 prevalensi nasional masalah kesehatan gigi mulut sebanyak 25,9%. Indeks *decay missing filled teeth* (DMFT) Indonesia menunjukkan hasil 4,6 dengan nilai masing-masing D-T=1,6; M-T=2,9; dan F-T=0,08 yang berarti kerusakan gigi penduduk Indonesia 460 buah gigi per 100 orang.

Provinsi Sulawesi Selatan memiliki masalah kesehatan gigi dan mulut 36,2%; Kabupaten Bantaeng adalah salah satu daerah di dalamnya. Berdasarkan data WHO tahun 2012, di seluruh dunia 60-90% anak sekolah dan hampir 100% orang dewasa memiliki karies yang sering menimbulkan rasa sakit serta dapat mempengaruhi kualitas hidup, dengan prevalensi dan keparahannya yang bervariasi.<sup>9-11</sup>

Pada beberapa penelitian, ditemukan hubungan antara kesehatan gigi dan mulut dengan status sosial ekonomi, tampak individu yang memiliki status sosial ekonomi yang lebih rendah memiliki kesehatan yang lebih buruk; diukur dengan indikator klinis dan subjektif. Hasil penelitian Sanders dkk<sup>12</sup> menunjukkan bahwa semakin tinggi status sosial ekonomi, maka kualitas hidup (OHRQoL) semakin baik. Selain itu, menurut Slade dkk<sup>12</sup> individu yang kesulitan finansial memiliki OHRQoL yang lebih buruk. Pada penelitian Raittio dkk<sup>13</sup> dinyatakan bahwa perbedaan OHRQoL berhubungan dengan tingkat pendapatan, kesehatan umum dan kehilangan gigi.<sup>12,13</sup>

Kesehatan mulut merupakan komponen penting dari kesehatan dan kesejahteraan umum.<sup>1</sup> Meskipun pentingnya kesehatan mulut dan perkembangan dalam

pengetahuan dan praktik, perbedaan kesehatan gigi mulut yang signifikan ada di masyarakat pedesaan terkait pendidikan, penghasilan, dan pendapatan.<sup>2</sup>

Berdasarkan uraian bahwa masalah kesehatan gigi mulut yang tergolong tinggi dengan kurangnya tenaga medis di Kabupaten Gowa, maka dilakukan survei tentang hubungan status sosial ekonomi dengan kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan gigi dan mulut pada populasi urban dan rural.

## BAHAN DAN METODE

Survei ini adalah *pilot pathfinder*, merupakan survei yang melibatkan satu atau dua kelompok usia dewasa yang merupakan subkelompok urban dan rural populasi yang paling mungkin mengalami tingkat penyakit yang berbeda.<sup>14</sup> Survei dilakukan di tempat Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di Kecamatan Sombaopu mewakili daerah *urban* dan Pattalassang mewakili daerah *rural*, Kabupaten Gowa Sulawesi Selatan, pada tanggal 9-15 April 2018, melibatkan 420 subjek berdasarkan kriteria inklusi penduduk di Kabupaten Gowa, berusia 26-45 tahun dan bersedia untuk menjadi subjek.

Pengukuran kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan gigi dan mulut digunakan kriteria penilaian yang diadaptasi dari Wide dkk.<sup>15</sup> Data dikumpulkan secara *face-to-face* menurut kuisioner terstruktur. Data dianalisis secara statistik dengan SPSS versi 24.0 dan disajikan dalam bentuk tabel dan uraian serta diuji dengan uji *chi-square* dan *student's t-test*.

## HASIL

**Tabel 1** Karakteristik sosiodemografi peserta survei (n = 420)

Karakteristik sosiodemografi	n (%)	Mean ± SD
Usia ± SD		36,4 ± 10,2
<b>Jenis kelamin</b>		
Perempuan	193 (46,0)	
Laki-laki	227 (54,0)	
<b>Status pernikahan</b>		
Menikah	299 (71,2)	
Belum menikah	121 (28,8)	
<b>Tempat tinggal</b>		
Urban	210 (50,0)	
Rural	210 (50,0)	

Tabel 1 menunjukkan responden survei terdiri dari 210 (50,0%) individu yang tinggal di daerah rural dan 210 (50,0%) yang tinggal di urban. Usia rata-rata populasi sampel adalah 36,4 tahun dan berkisar 26-47 tahun. Mayoritas responden adalah laki-laki, dengan status menikah.

**Tabel 2** Hubungan antara karakteristik demografi dengan kualitas hidup yang berhubungan kesehatan gigi dan mulut dewasa di wilayah urban

Variabel	n (%)	OHIP		Nilai p
		Baik	Buruk	
<b>Jenis Kelamin</b>				0,717
Laki-laki	101 (48,1)	7 (6,9%)	94 (93,1%)	
Perempuan	109 (51,9)	9 (8,3%)	100 (91,7%)	
<b>Status pernikahan</b>				0,324
Belum menikah	163 (77,6)	14 (8,6%)	149 (91,4%)	
Sudah menikah	47 (22,4)	2 (4,3%)	45 (95,7%)	
<b>Pendidikan</b>				0,123
Tidak sekolah	2 (1,0)	0 (0,0%)	2 (100,0%)	
Primer	14 (6,7)	3 (21,4%)	11 (78,6%)	
Sekunder	0 (0,0)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Universitas	194 (92,4)	13 (6,7%)	181 (93,3%)	
<b>Pendapatan</b>				0,821
<1.500.000	61 (29,0)	4 (6,6%)	57 (93,4%)	
1.500.000- 2.000.000	39 (18,6)	3 (7,7%)	36 (92,3%)	
2.500.00-3.000.000	35 (16,7)	4 (11,4%)	31 (88,6%)	
<3.000.000	75 (35,7)	5 (6,7%)	70 (93,3%)	
<b>Merokok</b>				0,129
Merokok	25 (12,0)	4 (16,0%)	21 (84,0%)	
Pernah merokok	77 (36,8)	3 (3,9%)	74 (96,1%)	
Tidak merokok	107 (51,2)	9 (8,4%)	98 (91,6%)	
<b>Kecemasan perawatan gigi</b>				0,396
Tinggi	84 (40,0)	8 (9,5%)	76 (90,5%)	
Rendah	126 (60,0)	8 (6,3%)	118 (93,7%)	
<b>Kunjungan perawatan gigi</b>				0,592
Teratur	145 (69,0)	12 (8,3%)	133 (91,7%)	
Tidak teratur	65 (31,0)	4 (6,2%)	61 (93,8%)	
<b>Kesehatan rongga mulut</b>				0,030*
Buruk	37 (17,6)	6 (16,2%)	31 (83,8%)	
Baik	173 (82,4)	10 (5,8%)	163 (94,2%)	
<b>Tempat lahir</b>				0,100
Gowa	78 (37,1)	9 (11,5%)	69 (88,5%)	
Selain gowa	132 (62,9)	7 (5,3%)	125 (94,7%)	
<b>Penghasilan ekonomi</b>				0,034*
Tidak memiliki penghasilan	51 (24,3)	8 (15,7%)	43 (84,3%)	
Penghasilan tidak menentu	146 (69,5)	8 (5,5%)	138 (94,5%)	
Selalu memiliki penghasilan	13 (6,2)	0 (0,0%)	13 (100,0%)	

\*Nilai p signifikan (<0,05). Uji chi-square

Tabel 2 menunjukkan relasi antara karakteristik demografi dengan kualitas hidup yang berhubungan kesehatan gigi dan mulut dewasa di wilayah urban. Berdasarkan karakteristik demografi terlihat hubungan yang signifikan antara kriteria OHIP dengan kriteria kesehatan rongga mulut, dengan responden terbanyak menunjukkan persepsi kesehatan gigi mulut yang baik, yakni sebanyak 173 (82,4%) dan kriteria OHIP yang buruk 163 (94,2%). Berdasarkan karakteristik demografi, ada hubungan yang signifikan antara kriteria OHIP

dengan penghasilan ekonomi. Responden terbanyak memiliki penghasilan ekonomi yang tidak menentu, yakni sebanyak 146 (69,5%) dan kriteria OHIP yang buruk sebanyak 138 (94,5%).

Tabel 3 menunjukkan relasi antara karakteristik demografi dengan kualitas hidup yang berhubungan kesehatan gigi dan mulut dewasa di wilayah urban. Berdasarkan karakteristik demografi terlihat hubungan signifikan antara kriteria OHIP dengan kecemasan perawatan gigi. Responden terbanyak memiliki

**Tabel 3** Hubungan antara karakteristik demografi dengan kualitas hidup yang berhubungan kesehatan gigi dan mulut dewasa di wilayah rural

Variabel	n (%)	OHIP		Nilai p
		Baik	Buruk	
<b>Jenis Kelamin</b>				0,542
Laki-laki	126 (60,0)	41 (32,5%)	85 (67,5%)	
Perempuan	84 (40,0)	24 (28,6%)	60 (71,4%)	
<b>Status pernikahan</b>				0,089
Belum menikah	134 (63,8)	36 (26,9%)	98 (73,1%)	
Sudah menikah	76 (36,2)	29 (38,2%)	47 (61,8%)	
<b>Pendidikan</b>				0,874
Tidak sekolah	25 (11,9)	9 (36,0%)	16 (64,0%)	
Primer	8 (3,8)	2 (25,0%)	6 (75,0%)	
Sekunder	30 (14,3)	8 (26,7%)	22 (73,3%)	
Universitas	147 (70,0)	46 (31,3%)	101 (68,7%)	
<b>Pendapatan</b>				0,053
<1.500.000	75 (35,7)	29 (38,7%)	46 (61,3%)	
1.500.000- 2.000.000	72 (34,3)	19 (26,4%)	53 (73,6%)	
2.500.00-3.000.000	20 (9,5)	9 (45,0%)	11 (55,0%)	
<3.000.000	43 (20,5)	8 (18,6%)	35 (81,4%)	
<b>Merokok</b>				0,366
Merokok	50 (23,8)	19 (38,0%)	31 (62,0%)	
Pernah merokok	101 (48,1)	31 (30,7%)	70 (69,3%)	
Tidak merokok	59 (28,1)	15 (25,4%)	44 (74,6%)	
<b>Kecemasan perawatan gigi</b>				0,027*
Tinggi	146 (69,5)	52 (35,6%)	94 (64,4%)	
Rendah	64 (30,5)	13 (20,3%)	51 (79,7%)	
<b>Kunjungan perawatan gigi</b>				0,734
Teratur	174 (82,9)	53 (30,5%)	12 (69,5%)	
Tidak teratur	36 (17,1)	12 (33,3%)	24 (66,7%)	
<b>Kesehatan rongga mulut</b>				0,053
Buruk	86(41,0)	33 (38,4%)	53 (61,6%)	
Baik	124 (59,0)	32 (25,8%)	92 (74,2%)	
<b>Tempat lahir</b>				0,697
Gowa	45 (21,4)	15 (33,3%)	30 (66,7%)	
Selain gowa	165 (78,6)	50 (30,3%)	115 (69,7%)	
<b>Penghasilan ekonomi</b>				0,065
Tidak memiliki penghasilan	77 (36,7)	29 (37,7%)	48 (62,3%)	
Penghasilan tidak menentu	109 (51,9)	26 (23,9%)	83 (76,1%)	
Selalu memiliki penghasilan	24 (11,4)	10 (41,7%)	14 (58,3%)	

\*Nilai p signifikan (&lt;0,05). Uji chi-square

terbanyak memiliki kecemasan yang tinggi, yakni 156(69,5%) dan kriteria OHIP yang buruk 94 (64,4%).

## PEMBAHASAN

Kualitas hidup memiliki implikasi penting untuk praktisi klinis, penelitian kedokteran gigi, manajemen perawatan dan pengukuran hasil perawatan. Inglehart dan Bagramian yang dikutip dari Sonmez dkk<sup>16</sup> mengemukakan kualitas hidup seseorang adalah penilaian mengenai bagaimana empat aspek berikut

mempengaruhi kesejahteraan diri mereka yaitu faktor fungsi, faktor psikologis, faktor sosial, pengalaman nyeri, dan ketidaknyamanan terkait dengan penyakit rongga mulut.<sup>16</sup> Hadiah dkk<sup>4</sup>, menghubungkan OHRQoL dengan isu-isu terkini terkait determinan sosial kesehatan seperti faktor lingkungan eksternal seperti tempat tinggal desa atau kota, negara asal atau wilayah, akses perawatan kesehatan, dan karakteristik individu seperti status kesehatan rongga mulut, jenis kelamin, dan usia.<sup>4</sup> Dampak penyakit rongga mulut

dan perawatannya sering diukur menggunakan kuesioner kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan mulut. Salah satu instrumen OHRQoL yang paling banyak digunakan adalah OHIP yang dikembangkan oleh Slade dan Spencer yang terdiri dari 14 pertanyaan yang diturunkan dari versi aslinya dengan jumlah yang sama, yaitu 14 pertanyaan. Instrumen OHIP adalah untuk mengukur berbagai aspek kesehatan mulut, misalnya psikologis, fisik dan sosial, berdasar model konsep kesehatan mulut yang dijelaskan oleh Locker. Versi 5 item yang lebih pendek dikembangkan oleh John dkk<sup>8</sup> diterapkan karena 14 pertanyaan terlalu banyak untuk ditanyakan, seperti survei epidemiologi besar.<sup>8,17</sup>

Tabel 3 menunjukkan hubungan yang signifikan antara perspektif kesehatan rongga mulut yang baik dengan OHRQoL yang buruk pada masyarakat urban. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Ogunbodede dkk<sup>5</sup> yang menyatakan bahwa lebih banyak penduduk pedesaan daripada perkotaan yang memiliki kesehatan gigi mulut yang buruk dan mempengaruhi aktivitas sehari-hari. Kesehatan mulut yang buruk memiliki efek yang signifikan terhadap kualitas hidup. Dalam sebuah penelitian di Tanzania, prevalensi dampak oral yang dilaporkan pada kinerja harian (OIDP) di antara orang dewasa yang lebih tua adalah 55%, lebih banyak penduduk daerah pedesaan yang terpengaruh. Prevalensi dampak oral 51% di daerah perkotaan dan 62% di daerah pedesaan. Gangguan pada saat makan adalah keluhan yang paling sering ditemukan (42% di perkotaan, 55% di daerah pedesaan), diikuti oleh pembersihan gigi (18% perkotaan, 30% pedesaan).<sup>5</sup>

Secara global, populasi terbesar penyakit rongga mulut terletak pada populasi yang kurang beruntung dan miskin. Terdapat perbedaan yang signifikan dalam distribusi layanan kesehatan mulut, aksesibilitas, pemanfaatan, dan pendapatan antara daerah perkotaan dan pedesaan dari kedua negara berkembang dan maju. Beberapa faktor yang menonjol di antara variasi pedesaan-perkotaan termasuk perbedaan pengetahuan dan perawatan preventif gigi dan mulut, termasuk perbedaan kunjungan gigi dalam cakupan asuransi kesehatan antara dan di dalam masyarakat perkotaan atau pedesaan, diantaranya ketidaksetaraan kualitas kehidupan yang terkait dengan kesehatan mulut di antara anak-anak, remaja, dan orang dewasa; dan ketidaksetaraan dalam prevalensi karies anak usia dini dan kebiasaan makan pada anak-anak.<sup>5</sup>

Tabel 3 menunjukkan hubungan yang signifikan antara responden yang memiliki sumber penghasilan ekonomi tidak menentu dengan OHRQoL yang buruk pada masyarakat urban. Interpretasi dari hubungan yang rendah antar tingkat pendidikan dan OHRQoL sebagian mungkin merupakan hasil dari perubahan

proporsional baru-baru ini di tingkat pendidikan, terutama di kalangan individu muda dan setengah baya. Di sebagian besar negara berpenghasilan tinggi saat ini, mayoritas orang dewasa memiliki gelar sarjana, tetapi perbedaan struktur sosial (misalnya, kelas dan modal sosial) mungkin ada di kelompok tingkat pendidikan tertinggi, mencerminkan, untuk beberapa individu, lebih rendah sumber daya keuangan dan, mungkin, kebiasaan perawatan gigi yang lebih rendah dan OHRQoL.<sup>1</sup> Hal ini sejalan hasil penelitian Fuad dkk,<sup>27</sup> yang menyatakan bahwa kualitas hidup yang terkait dengan kesehatan mulut terburuk pada pedesaan diwakili oleh kecamatan Samboja dibandingkan dengan mereka yang tinggal di daerah perkotaan yang diwakili oleh kecamatan Tenggarong untuk beberapa aspek seperti pendidikan, ketersediaan layanan kesehatan, pendapatan, mata pencarian dan usia. Sebuah penelitian di Hudacova dkk<sup>27</sup> pada tahun 2010 menunjukkan hubungan antara OHIP dan penghasilan seseorang. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Biazevic dkk<sup>28</sup>, menyatakan bahwa 71,2% penduduk yang berpenghasilan tinggi menunjukkan skor OHIP rendah, artinya kualitas hidup yang lebih baik daripada 39,9% penduduk yang berpenghasilan rendah dan kesehatan mulut yang buruk. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa di pedesaan, yang memiliki penghasilan rendah dengan mata pencarian petani memiliki tingkat OHIP yang lebih tinggi daripada penduduk perkotaan dengan sebuah profesi didominasi oleh pekerjaan kantor, menjadi wiraswasta dan karyawan swasta. Kualitas hidup juga dipengaruhi oleh lokasi atau daerah asal komunitas sehingga, daerah pedesaan dan perkotaan memiliki perbedaan dalam kualitas hidup.<sup>27-29</sup>

Tabel 4 menunjukkan hubungan yang signifikan antara tingkat kecemasan yang tinggi dengan OHRQoL yang buruk pada masyarakat rural. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Sanadhyadkk<sup>22</sup> yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara lokasi tempat tinggal dan kualitas hidup orang dewasa di Udaipur, India.<sup>18</sup> Hal ini sejalan hasil penelitian Sam dkk<sup>23</sup> yang menyatakan bahwa kualitas hidup masyarakat berkecemasan tinggi memiliki kesehatan gigi dan mulut yang buruk, karena mereka cenderung menunda pengobatan sehingga berdampak pada status kesehatan rongga mulut. Selain itu hasil penelitian Scannapieco dkk<sup>23</sup> menyatakan bahwa seseorang yang memiliki kecemasan yang berlebih dapat berdampak pada gangguan psikologis cenderung mengabaikan kesehatan rongga mulut, sehingga mengakibatkan kebersihan gigi dan mulut yang buruk.<sup>22,23</sup>

Nilai OHIP yang lebih tinggi di daerah pedesaan menunjukkan kualitas hidup di daerah pedesaan yang lebih buruk dibandingkan dengan daerah perkotaan.

Hasil yang sama ditunjukkan hasil penelitian terbaru dari Carneiro dkk<sup>27</sup> di daerah pedesaan di Brasil menunjukkan semakin terpencil daerah tersebut, semakin banyak mempengaruhi kualitas hidup. Hal ini menunjukkan bahwa skor tinggi OHIP akan selalu sama dengan dampak negatif dari kualitas hidup. Ini sejalan dengan hasil penelitian Papaioannou dkk<sup>30</sup> di daerah perkotaan dan pedesaan yang menunjukkan bahwa daerah pedesaan memiliki tingkat yang lebih tinggi nilai rata-rata OHIP dari daerah perkotaan. Keduanya konsisten dengan hasil survei yang menunjukkan mean yang lebih tinggi nilai OHIP di daerah pedesaan yang menunjukkan kesehatan mulut yang buruk. Hal ini disebabkan kurangnya fasilitas, tenaga medis yang sangat sedikit dibandingkan jumlah warga, yang menimbulkan masalah dalam memperoleh layanan tepat agar membantu menjaga kualitas hidup.<sup>27,30</sup>

Faktor-faktor sosial ekonomi memainkan peran penting dalam mendorong perbedaan penggunaan layanan kesehatan gigi pada penduduk perkotaan dan pedesaan. Pada kemiskinan, pendidikan, menganggur, terdapat kesenjangan kesehatan antara perkotaan dan pedesaan. Karena itu, penelitian ke dalam interaksi kompleks antara kemiskinan, infeksi endemik, dan kekurangan gizi dan relevansinya dengan masalah kesehatan mulut harus dianggap sebagai prioritas yang sangat tinggi. Upaya terpadu harus dilakukan oleh pemerintahan setempat, yaitu pemerintah, perawat kesehatan, organisasi, masyarakat untuk mengurangi ketidaksetaraan dan meningkatkan kesehatan gigi mulut populasi yang kurang terlayani. Pendekatan yang digunakan perlu berkonsentrasi pada 2 bidang utama yaitu meningkatkan partisipasi dalam kesehatan mulut promosi dan meningkatkan akses ke layanan perawatan kesehatan mulut.<sup>2</sup>

Status sosiokonomi pada masyarakat rural tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Sanadhyana dkk<sup>21</sup> yaitu sampel penelitian memiliki sosiokonomi yang tidak berbeda meskipun lokasi tempat tinggal mereka yang berbeda. Menurut Guarnizo dkk<sup>22</sup> yang menggunakan

pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan yang mewakili dimensi sosiokonomi dan menyatakan mekanisme faktor-faktor tersebut mempengaruhi kesehatan gigi dan mulut. Pertama pendapatan merupakan sumber keuangan yang digunakan untuk mengakses sumber pelayanan kesehatan dan pengaruh harga diri dan status sosial seseorang. Kedua, pendidikan dapat mempengaruhi kesehatan gigi dan mulut melalui persepsi, keadaan sosial dan psikologis serta perilaku yang berhubungan dengan kesehatan gigi dan mulut. Pendidikan menjadi salah satu penentu pekerjaan yang dilakukan seseorang. Ketiga, pekerjaan dapat mempengaruhi kualitas hidup melalui stres di tempat kerja, dan dukungan sosial.<sup>21,24</sup>

Pada masyarakat urban status sosiokonomi berpengaruh pada kualitas hidup. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Carol dkk<sup>2</sup> yang menjelaskan adanya hubungan yang signifikan antara pendapatan rendah dengan OHRQoL yang rendah di Jerman.<sup>25</sup> Hal ini juga sejalan dengan hasil penelitian Batista dkk<sup>26</sup> yang menunjukkan bahwa individu dengan pendapatan rendah melapor ada perbedaan persepsi antara jenis kelamin dan usia, dengan OHRQoL dan kondisi rongga mulut. Kesehatan yang baik membuat memungkinkan orang berpartisipasi untuk kegiatan sehari-hari dalam semua dimensi, baik dimensi fisik, sosial, dan psikologis, termasuk pekerjaan.<sup>2,26</sup>

Hasil penelitian menunjukkan perbedaan kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan gigi dan mulut antara populasi urban dan rural di kecamatan Somba Opu dan kecamatan Pattalassang, Kabupaten Gowa, Sulawesi Selatan. Ini menunjukkan kondisi sosiokonomi tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan gigi dan mulut masyarakat urban. Sedangkan pada masyarakat rural terdapat pengaruh antara kualitas hidup dengan status sosiokonomi.

Disarankan bagi penyedia layanan klinik gigi di Kecamatan Pattalassang dan Sombaopu meningkatkan pelayanan kesehatan gigi mulut serta kemudahan akses menuju layanan kesehatan gigi mulut.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Husain FA, Tatengkeng F. Oral health-related quality of life appraised by OHIP-14 between urban and rural areas in Kutai Kartanegara Regency, Indonesia: pilot pathfinder survey. *Open Dent J* [Internet]. 2017 [dikutip 17 April 2018];11:557-64. Tersedia pada: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29238416>. DOI: 10.2174/1874210601711010557
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 [Internet]. [dikutip 17 April 2018]. Tersedia pada: <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/UUNomor36Tahun2009tentangKesehatan.pdf>
3. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan. Kebijakan kesehatan gigi dan mulut [Internet]. 2017 [dikutip 17 April 2018]. Tersedia pada: <https://www.scribd.com/presentation/362957320/Kebijakan-Kesgilut-Kadis>
4. Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa. Profil Kesehatan Kabupaten Gowa tahun 2015.
5. Bennadi D, Reddy CVK. Oral health related quality of life. *J Int Soc Prev Comm Dent* [Internet] 2013

- [dikutip 17 April 2018];3(1):1–6. Tersedia pada: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24478972>. DOI: 10.4103/2231-0762.115700
6. Bilic S, Blomberg I, Burry K, Chong E, Yeung E, Ariyawardana A. Oral-health-related quality of life of dental patients: a hospital based study in far north Queensland, Australia. *J Invest Clin Dent* [Internet]. 1 Agustus 2017 [dikutip 17 April 2018];8(3):e12216. Tersedia pada: <http://doi.wiley.com/10.1111/jicd.12216>
  7. Espinoza I, Thomson WM, Gamonal J, Arteaga O. Disparities in aspects of oral-health-related quality of life among Chilean adults. *Comm Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2013 [dikutip 17 April 2018];41(3):242–50. Tersedia pada: <http://doi.wiley.com/10.1111/cdoe.12001>
  8. Foster PLA, Thomson WM, Ukra A, Farella M. Factors influencing adolescents' oral health-related quality of life (OHRQoL). *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2013 [dikutip 17 April 2018];23(6). Tersedia pada: <http://doi.wiley.com/10.1111/ipd.12011>
  9. Appukkuttan DP, Tadepalli A, Victor DJ, Dharuman S. Oral health related quality of life among Tamil speaking adults attending a dental institution in Chennai, Southern India. *J Clin Diagn Res* [Internet]. 2016 [dikutip 17 April 2018];10(10):ZC114-ZC120. Tersedia pada: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27891472>. DOI: 10.7860/JCDR/2016/20099.8693
  10. Ulinski KGB, do Nascimento MA, Lima AMC, Benetti AR, Poli-Frederico RC, Fernandes KBP, et al. Factors related to oral health-related quality of life of independent Brazilian elderly. *Int J Dent* [Internet] 2013 [dikutip 17 April 2018];2013:705047. Tersedia pada: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23533414>. DOI: 10.1155/2013/705047
  11. Wang C, Li H, Li L, Xu D, Kane RL, Meng Q. Health literacy and ethnic disparities in health-related quality of life among rural women: results from a Chinese poor minority area. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2013 [dikutip 17 April 2018];11(1):153. Tersedia pada: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-11-153>. DOI: 10.1186/1477-7525-11-153
  12. Ogunbodede EO, Kida IA, Madjapa HS, Amedari M, Ehizele A, Mutave R, et al. Oral health inequalities between rural and urban populations of the African and Middle East Region. *Adv Dent Res* [Internet] 2015 [17 April 2018];27(1):18–25. Tersedia pada: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022034515575538>
  13. Reddy S, Reddy KH, Reddy PP. Oral health related quality of life in relation to socioeconomic and life style behavior in urban and rural, Andhra Pradesh—a cross-sectional study. *Int J Prev Public Health Sci* [Internet] 2016 [dikutip 17 April 2018];1(6). Tersedia pada: [http://cdn.ijpphs.com/Upload/IJPPHS\\_1\\_6\\_08\\_OA.pdf](http://cdn.ijpphs.com/Upload/IJPPHS_1_6_08_OA.pdf). DOI: 10.17354/ijpphs/2016/15
  14. Fuentes-García A, Lera L, Sánchez H, Albala C. Oral health-related quality of life of older people from three South American cities. *Gerodontology* [Internet]. 2013 [dikutip 17 April 2018];30(1):67–75. Tersedia pada: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1741-2358.2012.00649.x>
  15. Gaber A, Galarnau C, Feine JS, Emami E. Rural-urban disparity in oral health-related quality of life. *Comm Dent Oral Epidemiol* [Internet] 2018 [dikutip 17 April 2018];46(2):132–42. Tersedia pada: <http://doi.wiley.com/10.1111/cdoe.12344>
  16. Singh A, Purohit BM. Addressing oral health disparities, inequity in access and workforce issues in a developing country. *Int Dent J* [Internet] 2013 [dikutip 17 April 2018];63(5):225–9. Tersedia pada: <http://doi.wiley.com/10.1111/idj.12035>
  17. Sanadhya S, Aapaliya P, Jain S, Sharma N, Choudhary G, Dobarra N. Assessment and comparison of clinical dental status and its impact on oral health-related quality of life among rural and urban adults of Udaipur, India: A cross-sectional study. *J basic Clin Pharm* [Internet] 2015 [dikutip 17 April 2018];6(2):50–8. Tersedia pada: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25767364>. DOI: 10.4103/0976-0105.152091
  18. Crocombe LA, Bell E, Barnett T. Is it time for an advanced rural dentist? *Aust J Rural Health* [Internet] 2014 [dikutip 17 April 2018];22(2):86–86. Tersedia pada: <http://doi.wiley.com/10.1111/ajr.12093>
  19. Weinhold I, Gurtner S. Understanding shortages of sufficient health care in rural areas. *Health Policy (New York)* [Internet] 2014 [dikutip 17 April 2018];118(2):201–14. Tersedia pada: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851014001997>. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.07.018
  20. Dānīshgāh-i 'uPīzīshkī-i Baqīyat Allāh. VC, دانشگاه علوم پزشکی بقية الله. S, Vadapalli V, Ravoori S, Nizampatnam PM, Kothia NR. International journal of medical reviews. [Internet]. Vol. 3, *Int J Med Rev* 2017 [dikutip 17 April 2018]. 476–481 hal. Tersedia pada: <https://journals.bmsu.ac.ir/ijmr/index.php/ijmr/article/view/170/172>. DOI: 10.15171/ijmr.2016.04
  21. Caldwell JT, Ford CL, Wallace SP, Wang MC, Takahashi LM. Intersection of living in a rural versus urban area and race/ethnicity in explaining access to health care in the United States. *Am J Public Health* [Internet].

- 2016 [dikutip 21 April 2018];106(8):1463–9. Tersedia pada: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2016.303212>. DOI: 10.2105/AJPH.2016.303212
22. Petersen PE, Baez RJ. Oral health surveys basic methods [Internet]. 5 ed. Geneva: WHO; 2013 [dikutip 17 April 2018]. Tersedia pada: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97035/9789241548649\\_eng.pdf;jsessionid=8ED3C0DC335D20006AE3846DF75EE96A?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97035/9789241548649_eng.pdf;jsessionid=8ED3C0DC335D20006AE3846DF75EE96A?sequence=1). ISBN: 978 92 4 154864 9
23. Scarpelli AC, Paiva SM, Viegas CM, Carvalho AC, Ferreira FM, Pordeus IA. Oral health-related quality of life among Brazilian preschool children. *Comm Dent Oral Epidemiol* [Internet] 2013 [dikutip 17 April 2018]; 41(4):336–44. Tersedia pada: <http://doi.wiley.com/10.1111/cdoe.12022>
24. Papaioannou W, Oulis CJ, Latsou D, Yfantopoulos J. Oral health related quality of life of Greek adolescents: a cross-sectional study. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet] 2013 [dikutip 17 April 2018];12(3):146–50. Tersedia pada: <http://www.springerlink.com/index/10.1007/BF03262796>. DOI: 10.1007/BF03262796
25. Papaioannou W, Oulis CJ, Latsou D, Yfantopoulos J. Oral health-related quality of life of Greek adults: a cross-sectional study. *Int J Dent* [Internet] 2013 [dikutip 17 April 2018];2011:1–7. Tersedia pada: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21904551>. DOI: 10.1155/2011/360292
26. Papaioannou W, Oulis CJ, Yfantopoulos J. The oral health related quality of life in different groups of senior citizens as measured by the OHIP-14 questionnaire. *Oral Biol Dent* [Internet] 2015 [dikutip 17 April 2018]; 3(1):1. Tersedia pada: <http://www.hoajonline.com/oralbiolident/2053-5775/3/1>. DOI: 10.7243/2053-5775-3-1
27. Dahl K, Wang N, Holst D, Öhm K. Oral health-related quality of life among adults 68-77 years old in Nord-Trøndelag, Norway. *Int J Dent Hyg* [Internet] 2013 [dikutip 17 April 2018];9(1):87–92. Tersedia pada: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1601-5037.2010.00445.x>
28. Badan Pusat Statistik Indonesia. Badan Pusat Statistik [Internet]. 2017 [dikutip 20 April 2018]. Tersedia pada: <https://www.bps.go.id/subject/40/gender.html#subjekViewTab3>
29. Almoznino G, Aframian D, Sharav Y, Sheftel Y, Mirzabaev A, Zini A. Lifestyle and dental attendance as predictors of oral health-related quality of life. *Oral Dis* [Internet]. 1 Juli 2015 [dikutip 17 April 2018];21(5):659–66. Tersedia pada: <http://doi.wiley.com/10.1111/odi.12331>
30. Divaris K, Lee JY, Baker AD, Vann WF. The relationship of oral health literacy with oral health-related quality of life in a multi-racial sample of low-income female caregivers. *Health Qual Life Outcomes* [Internet] 2013 [dikutip 17 April 2018];9(1):108. Tersedia pada: <http://hql.o.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-9-108>. DOI: 10.1186/1477-7525-9-108