

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kesehatan gigi dan mulut merupakan salah satu faktor penting untuk mencapai kualitas hidup yang optimal. Penyakit gigi dan mulut dapat terjadi pada mukosa non-keratin dan mukosa berkeratin, dapat memberikan keluhan atau tanpa keluhan, dapat terasa nyeri atau tidak nyeri, dapat merupakan kelainan warna, kelainan bersifat jinak atau ganas.¹ Penyakit mulut dapat menyerang segala usia termasuk pada anak. Salah satu contoh kelainan di rongga mulut yang sering dialami anak-anak ialah *angular cheilitis* yang disebabkan kurangnya nutrisi selama masa pertumbuhan.² Anak-anak yang menderita *angular cheilitis* cenderung terisolasi dan tidak ingin bergaul karena merasa berbeda dengan teman-teman sebaya dan sangat berdampak pada kepercayaan diri seorang anak.³

Angular cheilitis atau disebut juga *perleche* atau *angular cheilosis* adalah kelainan yang umumnya terjadi di sudut mulut.⁴ Penyakit yang menyerang sudut mulut ini sering menimbulkan rasa nyeri dan sakit. Kelainan ini disebabkan oleh agen infeksi seperti *Candida albican*, dan *Staphylococcus aureus*.⁴ Gejala awal yang dirasakan penderita seperti rasa gatal pada sudut mulut dan terlihat tampilan kulit yang meradang dan bintik merah sedangkan tingkat keparahan inflamasi ini ditandai dengan retakan sudut mulut dan beberapa pendarahan saat mulut dibuka.⁵

Kurang gizi pada anak menyebabkan anak rentan terhadap gangguan pertumbuhan. Anak-anak sebagai generasi muda adalah investasi yang penting

bagi negara, karena merupakan generasi penerus bangsa yang sedang dalam masa perkembangan.⁶ Menurut WHO, anak adalah seseorang dengan usia sampai dengan 18 tahun yang dinyatakan dalam *United Nations Convention on the Rights of the Child*.⁷

Beberapa kebiasaan buruk pada anak seperti bernafas melalui mulut, membasahi bibir dengan lidah serta menjilat samping mulut dan sering mengeluarkan air liur menyebabkan jaringan pada sudut mulut akan terlumasi oleh ludah dan terbentuklah lingkungan yang sesuai untuk poliferasi organisme, selain itu defisiensi nutrisi juga merupakan salah satu penyebab terjadinya *angular cheilitis* pada anak-anak.^{8,9}

Departemen Kesehatan menyebutkan pada tahun 2004 masalah gizi masih terjadi di 77,3% kabupaten dan 56% kota di Indonesia. Data tersebut juga menyebutkan bahwa pada tahun 2003 sebanyak lima juta anak balita (27,5%) kurang gizi dimana 19,2% diantaranya berada pada tingkat gizi kurang dan 8,3% sisanya mengalami gizi buruk.⁹ Data pendukung yang didapat dari Data Riset Kesehatan Dasar 2010 menunjukkan bahwa 35,8% anak usia sekolah dasar yang kekurangan gizi, selain karena faktor ekonomi, kurangnya pengetahuan dan wawasan masyarakat tentang nutrisi yang baik dapat menyebabkan kurangnya kualitas asupan gizi mereka.⁸ Masalah gizi masyarakat masih memerlukan perhatian. Hal ini diketahui dari masih tingginya status gizi yang kurang pada anak. WHO memperkirakan bahwa anak-anak yang kekurangan gizi sejumlah 32% di negara yang sedang berkembang. Kementerian Pendidikan Nasional pada tahun 2012 mengatakan bahwa faktor gizi, kesehatan dan kecerdasan merupakan

faktor yang penting dalam menentukan kualitas sumber daya manusia dimana saat ini Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia masih berada di peringkat nomor 124 dari total 187 negara di dunia. Indonesia sebagai negara berkembang beberapa tahun lalu pernah mengalami krisis ekonomi, dampak dari krisis tersebut berakibat meningkatnya status gizi yang buruk, terutama pada anak.¹⁰

Munculnya berbagai gangguan gizi ini sangat memprihatinkan selain disebabkan oleh kurangnya konsumsi pangan dan mutu gizi yang dimakan oleh keluarga, faktor paling penting adalah konsumsi makanan keluarga tidak mengikuti kaidah-kaidah ilmu gizi dan kesehatan.⁹ Masyarakat tidak memanfaatkan sumber yang tersedia dengan baik karena kekurangan informasi atau pengetahuan mengenai bagaimana cara pemberian makanan sehingga mereka lebih mengutamakan rasa kenyang tanpa memperhatikan kualitas dan variasi makanan.

Prevalensi terjadinya *angular cheilitis* menurut beberapa penelitian menunjukkan angka yang cukup tinggi. Beberapa laporan menunjukkan bahwa terdapat keterkaitan antara defisiensi gizi dengan *angular cheilitis*. Di Indonesia penelitian mengenai *angular cheilitis* pernah dilakukan oleh Lubis S terhadap 200 anak umur 6-12 tahun di enam panti asuhan kota Medan, 47% menderita *angular cheilitis*.¹¹ Penelitian yang dilakukan oleh Zaidan di Baghdad pada tahun 2008 mengemukakan bahwa 35,3% dari 82 pasien yang terkena *angular cheilitis* ternyata mengalami defisiensi zat besi. Salah satu penyebab kurangnya asupan gizi pada anak yaitu karena menu makanan yang kurang variatif yang diberikan, sehingga kecukupan gizi yang dibutuhkan anak tidak tercapai.¹²

Rongga mulut dapat menggambarkan keadaan gizi seseorang karena merupakan pintu masuknya bahan-bahan makanan untuk kebutuhan individu yang sempurna serta kesehatan yang optimal.¹

WHO 2012 menyebutkan bahwa prevalensi penyakit mulut dipengaruhi oleh wilayah geografis dan kemudahan akses tempat pelayanan kesehatan. Insidensi penyakit mulut pada negara berkembang biasanya lebih besar dibanding negara maju. Masalah ekonomi juga berperan kuat sebagai faktor risiko terjadinya penyakit mulut. Angka kejadian munculnya penyakit mulut meningkat pada wilayah dengan keadaan ekonomi menengah kebawah. *Angular cheilitis* yang disebabkan karena defisiensi nutrisi, biasanya lebih banyak ditemukan pada masyarakat dengan kondisi ekonomi rendah. Akan tetapi dapat pula terjadi pada anak yang dibesarkan dengan kondisi ekonomi baik atau status gizi baik, namun memiliki kebiasaan memilih makanan sehingga menyebabkan kekurangan kecukupan asupan gizi yang dibutuhkan.¹³

Berdasarkan hal tersebut maka penulis sangat tertarik untuk melakukan penelitian tentang *angular cheilitis* mengingat beberapa sekolah dasar di Kecamatan Sukajadi Bandung adalah sekolah dasar binaan Fakultas Kedokteran Gigi Maranatha yang seringkali melakukan penyuluhan tentang kesehatan gigi dan rongga mulut serta pada rentang usia tersebut anak sudah mampu untuk memilih makanannya sendiri, sedang menjalani berbagai perubahan dan perkembangan fisik maupun psikologis yang dinamis, serta cukup seringnya *angular cheilitis* pada dekade pertama dan kedua kehidupan, kurangnya

pengetahuan dan wawasan tentang nutrisi sehingga memicu timbulnya faktor masukan asupan nutrisi yang tidak seimbang pada anak-anak.^{6,11}

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut, diajukan permasalahan sebagai berikut:

1. Berapa prevalensi *angular cheilitis* pada murid kelas 3 dan 4 di SD Kecamatan Sukajadi Kota Bandung?
2. Sekolah mana yang paling banyak penderita *angular cheilitis*?

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui prevalensi *angular cheilitis* pada murid kelas 3 dan 4 di SD Kecamatan Sukajadi Kota Bandung.

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan edukasi masyarakat tentang kejadian *angular cheilitis* yang sering terjadi pada anak-anak tanpa disadari sehingga dapat memberikan informasi penanganan sesuai penyebab *angular cheilitis*.

1.5 Kerangka Pemikiran

Penyebab terjadinya *angular cheilitis* adalah multifaktoral seperti agen infeksi, faktor mekanis, defisiensi nutrisi atau menurunnya sistem imun. Dalam proses terjadinya *angular cheilitis*, faktor-faktor penyebab tersebut bisa berdiri sendiri

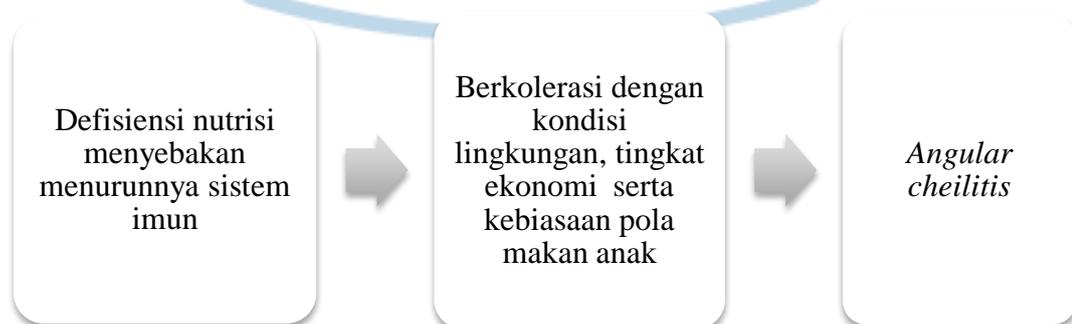
atau berkombinasi dengan faktor lain. Agen infeksi merupakan penyebab utama dari lesi. *Candida* diperkirakan sebagai faktor utama terjadinya *angular cheilitis* yang disebabkan oleh *oral candidiasis*. Selain *candida* adapula *staphylococcus*, *streptococcus* dan mikroorganisme lainnya yang dapat menyebabkan terjadinya *angular cheilitis*. Faktor mekanis yang terjadi pada anak-anak disebabkan karena kebiasaan buruk seperti menjilat sudut bibir, menghisap ibu jari dan menggunakan dot.³

Defisiensi nutrisi merupakan penyebab terjadinya *angular cheilitis* pada anak-anak. Dalam menimbulkan *angular cheilitis*, setiap faktor etiologi terutama defisiensi nutrisi berkorelasi dengan kondisi lingkungan. Kondisi lingkungan yang paling berpengaruh adalah di sekolah dan dalam keluarga.⁸ Kondisi yang dimaksud berupa tingkat sosial ekonomi keluarga, kebiasaan atau pola makan anak dan pengetahuan gizi orang tua.⁸ Pada *angular cheilitis* yang berhubungan dengan defisiensi nutrisi dapat terlihat penipisan *papilla* lidah (*depapillated tongue*) dikarenakan defisiensi besi.⁹

Status gizi dipengaruhi asupan gizi makronutrien dan mikronutrien yang seimbang. Tiga faktor yang mempengaruhi kejadian gizi buruk secara langsung, yaitu anak tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang, anak tidak mendapat asupan gizi yang memadai dan anak mungkin menderita penyakit infeksi.¹⁴

Kekurangan gizi yang dapat menyebabkan terjadinya *angular cheilitis* antara lain kekurangan vitamin B-2 (*riboflavin*), vitamin B-3 (*niacin*), vitamin B-6 (*pyridoxine*), atau vitamin B-12 (*cyanocobalamin*) dan kekurangan zat besi dapat menyebabkan seorang anak mengalami *angular cheilitis*.³ Masalah gizi terjadi di

setiap siklus kehidupan, dimulai sejak dalam kandungan, bayi, anak, dewasa dan usia lanjut. Periode dua tahun pertama kehidupan merupakan masa kritis, karena pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Gangguan gizi yang terjadi pada periode ini bersifat permanen, tidak dapat dipulihkan walaupun kebutuhan gizi pada masa selanjutnya terpenuhi.¹⁵ Upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia harus dilakukan sejak dini, sistematis dan berkesinambungan. Tumbuh kembangnya anak usia sekolah yang optimal tergantung pemberian nutrisi dengan kualitas dan kuantitas yang baik serta benar. Dalam masa tumbuh kembang tersebut pemberian nutrisi atau asupan makanan pada anak tidak selalu dapat dilaksanakan dengan sempurna. Sering timbul masalah terutama dalam pemberian makanan yang tidak benar dan menyimpang. Penyimpangan ini mengakibatkan gangguan pada banyak organ dan sistem tubuh anak.^{15,16} Anak-anak yang menderita *angular cheilitis* akan mengalami gangguan psikologi. Perilaku ini akan memberikan dampak serius pada perkembangan psikologis anak karena kepercayaan diri anak akan turun. Implikasi psikologis dari kondisi kulit bisa cukup mendalam ketika pasien tersebut adalah anak-anak.³



Gambar 1.1 Kerangka Pemikiran

1.6 Metodologi Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan penelitian *cross sectional* dan teknik pengumpulan data observasional. Pengambilan populasi dilakukan pada SD Kecamatan Sukajadi Kota Bandung dengan *purposive sampling*.

1.7 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di SD Negeri Kecamatan Sukajadi Kota Bandung dari bulan Oktober 2016 – Januari 2017.

