

Artikel

Pengaruh Pola Makan Terhadap Status Kesehatan Mulut pada Anak Sekolah Dasar Perkotaan, Sub Urban, dan Perdesaan

(Tinjauan pada anak SD di Kota Yogyakarta dan sekitarnya)

Suharjono¹, Supartinah Santoso² dan Niken Widayanti S³

ABSTRACT

Background: Children's food pattern tends to have much fat, cholesterol, sugar and salt, and this food causes plaque. Depending on its composition, plaque can cause gingivitis and dental caries. Plaque bacteria's in gingival areas causes gingivitis. Plaque plays an important role in forming caries.

Objectives: This study was aimed at finding out the difference of food pattern, gingival status, and level of caries based on their living places: towns, suburbs, and villages.

Methods: A cross-sectional study was carried out on Elementary School Pujokusuman III, Yogyakarta representing the school in town (52 children), Elementary School Rejodadi Kasihan Bantul representing the school in suburbs (35 children), and Elementary School Klagaran Bantul representing the villages (60 children). Data obtained included nutrient content consumed, gingival status, and level of caries.

Results: The results showed that there were no significant differences of protein, consumption among Elementary School children in towns, suburbs, and villages ($p > 0.05$). There were significant differences of carbohydrate, fat, mineral consumption among Elementary School children in towns, suburbs, and villages ($p < 0.05$). The gingival status showed a significant difference among Elementary School children in towns, suburbs, and villages ($p < 0.05$). The caries level showed a significant difference among Elementary School children in towns, suburbs, and villages ($p < 0.05$). There was no effect between food pattern of gingival status and caries level among Elementary School children in towns, suburbs, and villages ($p > 0.05$).

Conclusion: There were differences of food pattern, gingival status and caries level among Elementary School children in towns, suburbs, and villages. There was no effect between food pattern of gingival status and caries level among Elementary School children in towns, suburbs, and villages.

Key Words: food pattern, gingival status, caries level, living places.

1. Latar Belakang

Pola makan anak perkotaan pada umumnya berbeda dengan anak di perdesaan. Supartinah (1999) menyatakan bahwa frekuensi makan makanan pokok, makan kudapan, dan macam lauk pauk anak SD di perkotaan lebih besar dibandingkan pada anak SD perdesaan, tetapi frekuensi konsumsi

sayuran rendah. Lingkungan berpengaruh terhadap pertumbuhan bakteri rongga mulut. Ada perbedaan yang bermakna antara pertumbuhan bakteri *Streptococcus alpha* dan *Staphylococcus* pada anak SD di perkotaan dan perdesaan. Pertumbuhan bakteri pada anak SD perkotaan lebih besar karena lingkungan dan pola makan berbeda.

1. Politeknik Kesehatan Jurusan Kesehatan Gigi Yogyakarta
2. Program Studi Ilmu Kedokteran Gigi FKG UGM Yogyakarta
3. Program Studi Ilmu Kedokteran Gigi FKG UGM Yogyakarta

Usia sekolah dasar merupakan masa yang kritis bagi pertumbuhan gigi dan gingiva (Gondhoyowono, 2001). Pertumbuhan dan perkembangan anak dapat dipengaruhi oleh pola makanannya. Kebiasaan makan anak cenderung kaya akan lemak, kolesterol, gula olahan dan garam (Musaiger, 1996). Dari berbagai hasil penelitian disimpulkan bahwa makanan manis merupakan faktor risiko tinggi untuk terjadinya karies gigi (Heriandi, 2001).

Kualitas gigi ditentukan oleh faktor makanan pada masa pra erupsi, sedangkan pengaruh makanan pada pasca erupsi lebih bersifat lokal dalam kejadian demineralisasi dan menginisiasi lesi karies (Nasar, 1997). Radang gusi (gingivitis) dapat disebabkan adanya faktor lokal dan faktor sistemik. Faktor lokal antara lain adanya iritasi karena sifat makanan, impaksi makanan, trauma pada jaringan lunak, bakteri kalkulus. Faktor lokal yang paling berpengaruh pada penyakit periodontal adalah mikroorganisme plak gigi (Caranza, 1990). Penyebab peradangan gingiva adalah iritasi akibat menumpuknya bakteri plak pada daerah gingiva (Manson, 1975). Anak yang tinggal di daerah perkebunan Pengalengan menderita gingivitis tercatat 61,6 % (Koloway dan Kailis, 1992 cit. Supartinah, 1999). Murid SD di Kabupaten Bekasi yang menderita gingivitis sebesar 67,8 % di daerah perdesaan sedangkan di kota sebesar 50,5 % (Yuyus dkk., 2001).

Makanan masyarakat primitif sebagian besar adalah alamiah (natural) yaitu makanan yang keras dan berserat sedangkan makanan masyarakat moderen sebagian besar dalam bentuk makanan olahan. Bentuk makanannya lebih lunak dan mudah melekat pada gigi (Brotosoetarno, 1997). Jenis makanan yang mempunyai pengaruh terbesar terhadap proses pembentukan plak adalah karbohidrat khususnya sukrose. Bila pola makan berbeda maka akan berbeda pula dalam pembentukan plak. Makanan yang manis akan mempercepat pertumbuhan plak. Makanan yang keras lebih menghambat pembentukan plak, dan makanan lunak menyebabkan lebih banyak plak (Kidd dan Joyston, 1987).

Plak berperan penting dalam mempengaruhi terjadinya penyakit karies. Karies gigi adalah penyakit multifaktorial yang disebabkan oleh empat faktor yang saling berhubungan antara satu sama lain Newburn (1983 cit. Heriandi, 2001) menyatakan faktor utama terjadinya karies gigi yaitu gigi dan saliva, bakteri kariogenik, makanan, dan waktu. Penyakit karies gigi ini juga dipengaruhi adanya faktor eksternal misalnya tingkat sosial, penghasilan, pendidikan, budaya dan pola makan yang saling mempengaruhi (Sabir, 2001).

Sehubungan dengan latar belakang permasalahan tersebut di atas perlu dilakukan penelitian tentang pengaruh pola makan terhadap status kesehatan mulut (yaitu status gingiva dan keparahan karies gigi) anak sekolah dasar di perkotaan, sub urban, dan perdesaan.

2. Metodologi

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian observasional dengan rancangan *cross sectional*. Penelitian ini tanpa melakukan manipulasi variabel tetapi melihat kenyataan secara langsung dari responden yaitu variabel pola makan (jenis makanan, kandungan nutrisi) dan variabel status gingiva dan keparahan karies gigi. Kedua variabel tersebut menurut Pratiknya (2001) diobservasi sekaligus pada saat yang sama (*point time*).

Penelitian dilakukan di SD Pujokusuman III Kecamatan Mergangsan Kota Jogjakarta mewakili daerah perkotaan. Sekolah Dasar Rejodadi Kecamatan Kasihan Kabupaten Bantul mewakili daerah sub urban. Sekolah Dasar Klagaran Kecamatan Sanden Kabupaten Bantul mewakili perdesaan.

Penelitian diawali dengan pembuatan proposal penelitian bulan Januari 2003, pengumpulan data dilakukan bulan Agustus 2003 sampai dengan Oktober 2003. Populasi penelitian anak sekolah dasar dan sebagai subyek penelitian adalah anak Sekolah Dasar daerah perkotaan, sub urban dan perdesaan, pengambilan sample dilakukan secara klastor random sampling dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Usia 6-9 tahun
- b. Tidak mempunyai kecenderungan karies tinggi (*sucseptable caries*)
- c. Memberikan persetujuan untuk dijadikan subyek penelitian
- d. Mengembalikan isian survei diet
- e. Kooperatif

Pada penelitian terdapat 14 kecamatan di perkotaan, diambil 1 kecamatan secara random, diambil kecamatan Mergangsan. Di kecamatan Mergangsan terdapat 20 SD, diambil 1 SD secara random, terpilih SD Pujokusuman III. Jumlah kecamatan di Kabupaten Bantul terdapat 17 kecamatan, 7 kecamatan tergolong perkotaan, 3 kecamatan tergolong sub urban dan 7 kecamatan tergolong perdesaan. Tiga kecamatan yang tergolong sub urban diambil 1 kecamatan secara random, terpilih kecamatan Kasihan untuk mewakili daerah sub urban. Di kecamatan Kasihan terdapat 20 SD, diambil 1 SD secara random, terpilih SD Negeri Rejodadi. Tujuh kecamatan yang tergolong perdesaan diambil 1 kecamatan secara random, terpilih kecamatan Sanden untuk mewakili daerah perdesaan. Kecamatan Sanden terdapat 20 SD, diambil 1 SD secara random, terpilih SD Negeri Klagaran. Pada penelitian ini alasan pengambilan sampel karena keterbatasan dana, waktu dan tenaga.

Jumlah subyek penelitian ditetapkan seluruh populasi yang masuk dalam kriteria inklusi menjadi sampel. Jumlah subyek penelitian sebanyak 182 anak dan yang masuk kriteria inklusi sebanyak 147 anak, terdiri atas SD Pujokusuman III Mergangsan Kota Jogjakarta sebagai SD yang mewakili daerah perkotaan sejumlah 52 anak; SD Rejodadi Kasihan Bantul sebagai SD yang mewakili daerah sub urban sejumlah 35 anak; SD Klagaran Sanden Bantul sebagai SD yang mewakili daerah perdesaan, sejumlah 60 anak.

Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

- a. Kaca mulut, sonde, ekskavator, pinset, kapas, alkohol 70 % untuk pemeriksaan gigi
- b. Kuesioner diadopsi dari Supartinah (1999) berisi sejumlah pertanyaan mengenai masukan makanan anak. Pertanyaan meliputi jenis makanan,

sebanyak 147 anak berusia 6 sampai dengan 9 tahun yang terdiri atas anak perempuan sebanyak 74 anak (50,3%), dan anak laki-laki sebanyak 73 anak (49,7%) dari 3 kelompok subyek.

Untuk mengetahui apakah ada perbedaan pola makan berdasarkan tempat tinggal dilakukan uji Anava, hasilnya sebagai berikut:

Tabel 1. Perbedaan pola makan (asupan protein, karbohidrat, lemak, mineral) anak SD di perkotaan, sub urban dan perdesaan

Variabel	Tempat tinggal	N	Mean (mg)	F	p
Protein	Perkotaan	52	42923,08	0,737	0,481
	Sub urban	35	39485,71		
	Perdesaan	60	40633,33		
Karbohidrat	Perkotaan	52	160403,85	6,727	0,002
	Sub urban	35	136485,71		
	Perdesaan	60	180466,67		
Lemak	Perkotaan	52	77134,62	5,052	0,008
	Sub urban	35	70171,43		
	Perdesaan	60	61750,00		
Mineral	Perkotaan	52	539,90	7,655	0,001
	Sub urban	35	406,23		
	Perdesaan	60	461,00		

*) signifikan

berapa banyak (Ukuran Rumah Tangga), cara memasak, merek, serta suplementasi vitamin atau mineral

- c. Alat-alat tulis

3. Hasil Penelitian

Penelitian mengenai pengaruh pola makan terhadap status kesehatan mulut pada anak sekolah dasar telah dilakukan di SD Pujokusuman III mewakili daerah perkotaan, di SD Rejodadi, Kasihan, Bantul mewakili daerah sub urban dan di SD Klagaran, Sanden, Bantul mewakili daerah perdesaan. Subyek penelitian

Pada Tabel 1 ternyata asupan protein tidak ada perbedaan signifikan ($p > 0,05$) di daerah perkotaan, sub urban dan perdesaan, tetapi asupan karbohidrat, lemak, dan mineral anak SD di daerah perkotaan, sub urban dan perdesaan ada perbedaan signifikan ($p < 0,05$).

Untuk mengetahui apakah ada perbedaan bermakna antara Gingival Indeks (GI), Caries Severity Indeks (CSI) berdasarkan tempat tinggal maka dilakukan uji Anava, dan hasilnya sebagai berikut:

Tabel 2. Gingival Indeks (GI), Caries Severity Indeks (CSI) berdasarkan tempat tinggal anak SD di perkotaan, sub urban dan perdesaan

Variabel	Tempat tinggal	N	Mean	F	p
GI	Perkotaan	52	0,0307	11,236	0,000
	Sub urban	35	0,0685		
	Perdesaan	60	0,347		
CSI	Perkotaan	52	1,888	9,869	0,000
	Sub urban	35	2,530		
	Perdesaan	60	2,709		

*) signifikan

Pada Tabel 2 ternyata ada perbedaan signifikan ($p < 0,05$) GI, dan CSI anak SD di daerah perkotaan, sub urban dan perdesaan.

4. Pembahasan

Hasil uji Anava untuk melihat perbedaan pola makan yang ditunjukkan dengan asupan protein berdasarkan daerah tempat tinggal ternyata tidak ada

Tabel 3. Pengaruh pola makan terhadap status kesehatan mulut (Gingival Indeks) anak SD di daerah perkotaan

Variabel	Tempat tinggal	N	Mean	F	p
GI	Perkotaan	52	0,0307	11,236	0,000
	Sub urban	35	0,0685		
	Perdesaan	60	0,347		
CSI	Perkotaan	52	1,888	9,869	0,000
	Sub urban	35	2,530		
	Perdesaan	60	2,709		

*) signifikan

Untuk mengetahui apakah ada pengaruh pola makan anak di perkotaan terhadap status kesehatan mulut diuji dengan chi-square, adapun hasilnya pada Tabel 2 ternyata ada perbedaan signifikan ($p < 0,05$) GI, dan CSI anak SD di daerah perkotaan, sub urban dan perdesaan.

perbedaan yang signifikan ($p > 0,05$). Pada penelitian ini rerata asupan protein tertinggi anak di perkotaan yaitu sebesar 42923,08 mg (Tabel 1) Asupan protein ini termasuk cukup tinggi menurut Angka Kecukupan Gizi Rata-rata yang dianjurkan perorang perhari yaitu sebesar 32000 mg 37000 mg.

Hasil uji Anava untuk melihat perbedaan pola makan yang ditunjukkan dengan asupan lemak antara anak perkotaan, sub urban, dan perdesaan ternyata ada perbedaan yang signifikan ($p < 0.05$; Tabel 1). Rerata pola makan anak tertinggi di perkotaan yaitu asupan lemak dan mineral masing-masing sebesar 77134,62 mg dan 539,90 mg (Tabel 1). Kemungkinan hal ini anak di daerah perkotaan dalam mengkonsumsi jenis lauk seperti ikan sebesar 21%, daging sebesar 56% frekuensi 1-3 kali per hari. Untuk mendapatkan lauk mudah diperoleh karena antara tempat tinggal dengan pasar letaknya dekat. Pada jam-jam sekolah banyak tersedia makanan jajanan oleh tukang penjual makanan.

Hasil uji Anava asupan mineral antara anak perkotaan, sub urban dan perdesaan ada perbedaan yang signifikan ($p < 0.05$; Tabel 1). Lebih lanjut analisis Tukey ternyata perbedaan yang signifikan yaitu antara anak perkotaan dan anak sub urban; antara anak perkotaan dan anak perdesaan, tetapi tidak ada perbedaan yang signifikan antara anak sub urban dan perdesaan. Prosentase asupan mineral yang tertinggi dikonsumsi anak di daerah perkotaan yaitu sebesar 25,9% sedangkan yang terendah anak di daerah sub urban sebesar 7,5%. Mineral terutama kalsium, fosfor, dan fluor dapat bertindak sebagai agen kariostatik. Fungsi kalsium ialah memberi kekerasan dan kekuatan pada gigi. Mineral ini mempunyai kestabilan di dalam email dan dentin sehingga tidak terpengaruh lingkungannya. Kalsium tidak berfungsi untuk mempertahankan dan memperbaiki gigi yang sudah terbentuk, tetapi apabila kekurangan dalam

pembentukan gigi akan mudah terserang karies (Roeslan dan Sadono, 1997).

Hasil penelitian meskipun asupan karbohidrat anak di daerah sub urban paling rendah (mean = 136485,7 mg; Tabel 1) dan prosentase asupan karbohidrat terendah sebesar 23,8% tetap harus diwaspadai. Hal ini didukung pendapat yang menyatakan bahwa banyak makanan meskipun dengan jelas tidak termasuk makanan kariogenik, tetap mengandung gula yang tidak tampak (Drummond, B., dkk. 1997). Hal ini juga perlu mendapat perhatian adanya perilaku yang mendukung anak di daerah sub urban bahwa budaya sesudah makan segera sikat gigi hanya 2,9%.

Hasil uji Anava untuk melihat perbedaan pola makan yang ditunjukkan dengan asupan karbohidrat anak perkotaan, sub urban dan perdesaan ternyata ada perbedaan yang signifikan ($p < 0.05$), Tabel 1. Lebih lanjut analisis Tukey pada multiple comparisons menunjukkan bahwa daerah yang mempunyai perbedaan signifikan yaitu antara anak daerah sub urban dan perdesaan tetapi antara anak perkotaan dan sub urban, maupun antara anak perkotaan dan perdesaan tidak ada perbedaan yang signifikan ($p > 0,05$).

Hasil penelitian terlihat bahwa prosentase tertinggi anak perdesaan yang mempunyai pola makan dari rendah sampai tinggi karbohidrat sebesar 40,8 %. Hal ini kemungkinan anak di daerah perdesaan dalam mengkonsumsi karbohidrat seperti susu kental manis 80%, roti 87% dikonsumsi dengan frekuensi 1-3 kali per hari. Rerata karbohidrat yang dikonsumsi oleh anak perdesaan sebesar 180466,67 mg (Tabel 1).

Pola makan di daerah pedesaan yang bersifat kariogenik lebih tinggi, hal ini disebabkan anak-anak pedesaan selain mendapat konsumsi makanan kudapan dari hasil bumi setempat misalnya ketela pohon, ubi jalar, mbolo dan sebagainya juga mengkonsumsi makanan kariogenik lain yang biasa dikonsumsi oleh anak daerah perkotaan misalnya biskuit, roti, susu coklat. Disamping itu faktor transportasi dari kota ke desa atau sebaliknya tidak ada hambatan (jalan beraspal, ada sarana transportasi berupa bus pedesaan). Pada penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa anak di perkotaan konsumsi karbohidrat lebih tinggi dibandingkan anak di pedesaan, sedangkan hasil penelitian ini anak di daerah pedesaan konsumsi karbohidrat lebih tinggi (Supartinah, 1999, dan Haryani, 2002).

Berdasarkan hasil penelitian terdahulu bahwa jenis makanan yang berpengaruh besar terhadap pembentukan plak adalah karbohidrat, khususnya sukrosa yang paling kariogenik (Nizel, 1972). Karbohidrat diurai menjadi asam oleh mikroorganisme, sedangkan asam akan menyebabkan larutnya email. Karbohidrat terutama sukrosa merupakan media yang sangat cocok untuk pertumbuhan bakteri *Streptococcus mutans* (Johnsen, 1995). Pengaruh konsumsi karbohidrat dihubungkan dengan pembentukan plak dapat dilihat dari beberapa aspek antara lain keras atau lunaknya makanan, jenis makanan sebagai sumber energi bakteri, lamanya kontak makanan pada permukaan gigi, dan sering atau tidaknya

makan. Menurut Thylstrup dan Fajerkov (1996) jumlah rerata asupan karbohidrat sebesar 50 gram perhari dapat menyebabkan karies gigi dengan defet dibawah 3.

Dari hasil analisis Anava dan pemeriksaan rongga mulut untuk melihat perbedaan status gingiva anak perkotaan, sub urban dan pedesaan ternyata menunjukkan ada perbedaan yang signifikan ($p < 0,05$; Tabel 2) Prevalensi gingivitis anak di daerah pedesaan tertinggi yaitu gingivitis kriteria sedang sebesar 2,7% dibanding dengan daerah perkotaan dan sub urban, dan prevalensi gingivitis terendah anak di daerah perkotaan yaitu sebesar 2,7 % kriteria ringan. Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian Yuyus, dkk., (1997/1998) yang menyatakan bahwa prosentase murid yang mengalami gingivitis pada daerah rural lebih tinggi dari pada daerah urban.

Hal ini kemungkinan anak di daerah pedesaan dalam menyikat gigi belum efektif, meskipun dalam prosentase menyikat gigi anak di daerah pedesaan termasuk tinggi dibanding dengan anak daerah sub urban dan pedesaan yaitu sebesar 12%. Penelitian ini didukung hasil penelitian Yuyus, dkk., (1997/1998), yang menyatakan bahwa meskipun sebagian besar murid lebih dari 90% telah mengetahui waktu yang tepat untuk membersihkan gigi dan tindakan-tindakan yang benar agar gigi tetap sehat, tetapi pengetahuan itu oleh murid tidak dilakukan atau belum diterapkan. Tidak efektifnya menyikat gigi berakibat menumpuknya bakteri plak pada daerah gingiva sebagai penyebab peradangan gingiva (gingivitis)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka def-t, DMF-T anak di daerah perdesaan tertinggi dibanding dengan daerah perkotaan dan sub urban yaitu sebesar 81,4%; dan angka def-t, DMF-T terendah anak di daerah sub urban yaitu sebesar 47,7 %. Perilaku yang mendukung tingginya angka def-t, DMF-T anak-anak di daerah perdesaan yaitu mengkonsumsi donat tertinggi sebesar 12 %. Konsumsi susu kental manis tertinggi dengan frekuensi makan 1-3 kali sehari sebesar 80 %, roti sebesar 87 %. Konsumsi kue dan permen tertinggi dengan frekuensi makan > 3 kali sehari masing-masing 15 %. Salah satu faktor predisposisi penyebab terjadinya karies gigi adalah faktor jenis makanan dan kebiasaan yang salah. Menurut Lehner (1992) dewasa ini jumlah karies gigi semakin meningkat sejak terjadinya perubahan pola makan.

Hasil uji Anava untuk melihat perbedaan tingkat keparahan karies gigi anak daerah perkotaan, sub urban dan perdesaan ternyata menunjukkan ada perbedaan yang signifikan ($p < 0.05$) Tabel 2. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat keparahan karies gigi termasuk kriteria berat anak di daerah perdesaan yaitu sebesar 32,7% dan paling ringan anak di daerah sub urban yaitu sebesar 2,7%.

Tingginya tingkat keparahan karies anak di daerah perdesaan kemungkinan tidak terselenggaranya pelayanan kesehatan gigi anak sekolah atau pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh anak kurang. Hal ini sesuai pendapat Yuyus, dkk. (2001) yang menyatakan bahwa pemanfaatan fasilitas kesehatan gigi yang digunakan oleh ibu dan anak

untuk keperluan pengobatan preventif hanya 1%.

Hasil uji chi-square pada penelitian ini ternyata menunjukkan bahwa pola makan (asupan karbohidrat, lemak dan mineral) anak dari ke tiga daerah tidak ada pengaruh terhadap gingiva indeks ($p > 0.05$). Tidak ada perbedaan yang signifikan ($p > 0.05$) antara anak daerah perkotaan, sub urban dan perdesaan terhadap asupan protein.

Pada penelitian pola makan yang ditunjukkan asupan lemak anak perkotaan secara statistik menunjukkan ada pengaruh yang signifikan terhadap keparahan karies gigi ($p < 0.05$). Hal ini didukung hasil penelitian bahwa rerata karies gigi anak perkotaan terendah dibanding dengan rerata karies gigi anak sub urban dan anak perdesaan yaitu sebesar 5,38. Bowen (1994) menyatakan bahwa diet lemak dapat menghambat karies gigi. Lemak melindungi email dengan melapisi pada permukaan gigi. Lemak yang meliputi plak akan mencegah terjadinya fermentasi dari bahan dasar asam dan akan melapisi permukaan gigi sehingga menurunkan aktivitas karies gigi.

Tingkat keparahan karies gigi anak SD di daerah perdesaan menunjukkan bahwa ternyata hasil pemeriksaan sebesar 32,7% lebih tinggi dari pada anak di daerah perkotaan dan sub urban. Hasil uji Anava untuk melihat perbedaan tingkat keparahan karies gigi (CSI) berdasarkan lokasi ternyata menunjukkan ada perbedaan yang signifikan ($p < 0,05$) Tabel 2. Hal ini disebabkan konsumsi karbohidrat dalam berbagai bentuk makanan dan bersifat kariogenik

berperan dalam kerusakan gigi. Tetapi tergantung pada lamanya karbohidrat melekat pada permukaan gigi sehingga merangsang aktivitas mikroorganisme dalam mulut.

Tingkat keparahan karies gigi anak perdesaan tertinggi dibanding anak perkotaan dan sub urban kemungkinan disebabkan pelayanan kesehatan gigi oleh petugas kesehatan tidak memadai disamping letak antara sekolah dan Puskesmas jaraknya cukup jauh ± 5 km. Hal lain kemungkinan perhatian dari orang tua kurang padahal anak seusia ini belum bisa lepas dan masih tergantung kepada orang tua.

5. Kesimpulan dan Saran

5.1. Kesimpulan

Penelitian tentang pengaruh pola makan terhadap status kesehatan mulut pada anak sekolah dasar perkotaan, sub urban, dan perdesaan dapat disimpulkan sebagai berikut :

- Pola makan (asupan nutrisi) yang tertinggi dikonsumsi oleh anak di daerah perkotaan yaitu protein, lemak dan mineral. Karbohidrat yang tertinggi dikonsumsi oleh anak di daerah perdesaan. Asupan protein, karbohidrat yang terendah dikonsumsi oleh anak di daerah sub urban.
- Tidak ada pengaruh pola makan terhadap status kesehatan mulut (status gingiva dan keparahan karies gigi) anak di daerah perkotaan, sub urban, dan perdesaan. Pada anak daerah perkotaan asupan lemak secara statistik berpengaruh terhadap keparahan karies gigi. Pada anak

daerah sub urban asupan mineral secara statistik berpengaruh terhadap status gingiva

- Gingivitis tertinggi dialami oleh anak daerah perdesaan kemudian anak daerah sub urban dan terendah anak daerah perkotaan
- Tingkat keparahan karies gigi tertinggi anak di daerah perdesaan kemudian anak sub urban dan terendah anak di daerah perkotaan

5.2. Saran

- Perlunya penyuluhan kepada orang tua anak SD di daerah perdesaan oleh petugas kesehatan Puskesmas tentang pengaturan pola makan anak untuk pertumbuhan secara umum termasuk pertumbuhan rongga mulut dan juga pencegahan penyakit.
- Penelitian selanjutnya memperhatikan kandungan nutrisi (protein, lemak, mineral) yang berperan dalam menghambat terjadinya karies, dan pengaruh perbedaan jenis kelamin terhadap pola makan, status gingiva, dan keparahan karies gigi.

Korespondensi :

Suharjono, S.Si.T, M.Kes.

Politeknik Keperawatan Yogyakarta, Jurusan Kesehatan Gigi,
Jl. Kyai Mojo No. 56, Pingit, Yogyakarta

Lost in a gloom of uninspired research.

William Wordsworth (1770-1850),
English poet. *The Excursion*, bk. 4.

