

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Struktur penduduk dunia termasuk Indonesia mengalami peningkatan dalam hal jumlah dan proporsi penduduk usia lanjut (Komnas lansia, 2010). Pada tahun 2000 jumlah penduduk usia lanjut di seluruh dunia mencapai 426 juta atau sekitar 6,8% dari total populasi penduduk. Jumlah ini akan meningkat dua kali lipat pada tahun 2025 dimana terdapat 828 juta usia lanjut yang menempati 9,7% dari populasi penduduk. Peningkatan jumlah usia lanjut ini terjadi di negara maju maupun di negara berkembang (Bustan, 2000).

Di Indonesia, proporsi penduduk usia lanjut mengalami peningkatan cukup signifikan selama 38 tahun terakhir, yaitu dengan populasi 5,3 juta jiwa atau 4,48% dari total keseluruhan penduduk Indonesia pada tahun 1971, menjadi 19,3 juta atau 8,37% dari total keseluruhan penduduk Indonesia pada tahun 2009. Peningkatan jumlah penduduk usia lanjut ini disebabkan oleh peningkatan angka harapan hidup sebagai dampak dari peningkatan kualitas kesehatan (Komnas lansia, 2010).

Kantor Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat tahun 2007 melaporkan bahwa pada tahun 1980 usia harapan hidup (UHH) adalah 52,2 tahun dengan jumlah usia lanjut 7.998.543 orang (5,45%) maka pada tahun 2006 menjadi 19 juta orang (8,90%) dan UHH juga meningkat menjadi 66,2 tahun. Pada tahun 2010 perkiraan penduduk usia lanjut di Indonesia akan mencapai 23,9

juta orang (9,77%) dan UHH sekitar 67,4 tahun. Sepuluh tahun kemudian atau pada tahun 2020 diperkirakan penduduk usia lanjut di Indonesia mencapai 28,8 juta orang (11,34%) dengan UHH sekitar 71,1 tahun (Hamid, 2007).

Dalam klasifikasi WHO (*World Health Organization*) usia lanjut meliputi usia pertengahan (*middle age*) yaitu kelompok usia dari 45-59 tahun, lansia (*elderly age*) adalah kelompok usia dari 60-70 tahun dan lansia tua (*old age*) adalah kelompok usia dari 75-90 tahun (Bustan,2007).

Peningkatan yang cukup pesat juga terjadi pada kelompok usia pertengahan (*middle age*) atau disebut juga sebagai usia paruh baya yaitu kelompok usia dari 45-59 tahun. Penduduk usia paruh baya di Indonesia menunjukkan peningkatan yang hampir sama dengan pertumbuhan penduduk usia lanjut. Apabila pada tahun 1990 jumlahnya hanya sekitar 20 juta, maka pada tahun 2020 jumlahnya diperkirakan akan meningkat menjadi sekitar 39 juta dengan peningkatan dari 10,5% menjadi 15,4% dari total populasi. Pertambahan penduduk yang terus menerus ini harus diimbangi dengan kualitas penduduk, karena jika tidak ada perimbangan antara kuantitas dan kualitas maka hal ini akan menjadi masalah dan beban dalam pembangunan (Komnas lansia, 2010).

Jumlah penduduk usia paruh baya di Sumatera Barat juga mengalami peningkatan. Pada tahun 2010, jumlah penduduk di Sumatera Barat adalah 4.535.300 jiwa dengan jumlah populasi paruh baya yaitu 682.100 orang atau sebesar 15%, sedangkan pada tahun 2012 jumlah penduduk 4.597.400 jiwa dengan jumlah paruh baya 707.100 orang atau 15,38%. Dari data tersebut diprediksi jumlah penduduk sampai tahun 2014 adalah 4.662.600 jiwa dengan jumlah paruh baya 726.400 orang atau sebesar 15,79%. Sedangkan untuk usia

harapan hidup (UHH) di Sumatera Barat, pada tahun 2010 adalah 69,2 tahun dan pada tahun 2011 hingga 2012 adalah 71,2 tahun. Pada tahun 2020, perkiraan UHH akan meningkat menjadi 72,8 tahun (Data Statistik Indonesia, 2013).

Penuaan adalah suatu proses alami yang tidak dapat dihindari, berjalan secara terus-menerus, dan berkesinambungan. Selanjutnya akan menyebabkan perubahan anatomis, fisiologis, dan biokimia pada tubuh sehingga akan mempengaruhi fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan (Maryam, 2008). Seiring dengan proses menua, terjadi perubahan struktur dan fungsi, baik yang disebabkan secara fisiologis maupun patologis. Salah satu masalah kesehatan gigi dan mulut yang sering ditemukan pada usia lanjut adalah kehilangan gigi (Bianco dan Jose, 2012).

Riset Kesehatan Dasar Departemen Kesehatan Republik Indonesia melaporkan bahwa kehilangan gigi ditemukan pada kelompok umur 45-54 tahun sebesar 1,8%, pada kelompok umur 55-64 tahun sebesar 5,9%, dan pada kelompok umur 65 tahun ke atas, kehilangan gigi mencapai 17,6% (Riskesdas, 2007).

Kehilangan gigi merupakan suatu kondisi yang melemahkan dan bersifat *irreversibel* (Emami *et al*, 2013). Kehilangan gigi meningkat seiring dengan bertambahnya usia akibat efek kumulatif dari karies, penyakit periodontal, trauma atau kegagalan perawatan gigi (Fauza, 2011). Kehilangan gigi memberikan pengaruh negatif tidak hanya pada fungsi oral tetapi juga pada kehidupan sosial dan kegiatan sehari-hari (Emami *et al*, 2013). Kehilangan gigi juga mempunyai dampak fungsional, sistemik dan emosional. Dampak fungsional berupa gangguan pada proses bicara dan pengunyahan. Dampak sistemik dapat menyebabkan

defisiensi nutrisi dan osteoporosis. Dampak emosional dapat berupa hilangnya kepercayaan diri sehingga mengubah tingkah laku dalam bersosialisasi. Kehilangan gigi juga dapat mempengaruhi kesehatan umum dan rongga mulut sehingga akan mempengaruhi kualitas hidup secara keseluruhan (Fauza, 2011).

Menurut WHO, pengertian kualitas hidup (*quality of life*) 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 (Emami *et al*, 2013). Ada tiga dimensi besar yang harus dimasukkan didalam definisi kesehatan yang berhubungan dengan kualitas hidup yaitu gejala fisik, persepsi kesejahteraan, dan kemampuan fungsi (Sriyono, 2011).

Dalam bidang kedokteran gigi, dampak kesehatan mulut pada kemampuan fungsi dan kesejahteraan individu (dimensi kualitas hidup) dikenal sebagai *Oral Health-Related to Quality of Life* (OHRQoL). OHRQoL merupakan suatu konsep yang mencakup dampak fungsi sosial dan psikologis dari penyakit gigi dan mulut terhadap kesejahteraan dan kualitas hidup (Gift dan Redford, 1992).

*Oral Health-Related to Quality of Life* (OHRQoL) telah digunakan dalam studi klinis untuk menilai kualitas, efektivitas dan keberhasilan dalam perawatan kesehatan gigi dan mulut (Emami *et al*, 2013). OHRQoL ini mencerminkan bahwa kedokteran gigi modern tidak hanya bertujuan untuk memperpanjang hidup atau menghilangkan penyakit mulut, tetapi juga untuk membuat hidup lebih baik (Kotzer *et al*, 2012).

Kesehatan rongga mulut menurut WHO didefinisikan sebagai keadaan bebas dari nyeri wajah dan mulut, kanker rongga mulut dan tenggorokan, infeksi dan luka rongga mulut, penyakit periodontal, karies gigi, kehilangan gigi dan

penyakit-penyakit serta gangguan lainnya yang membatasi kapasitas individu untuk mengigit, mengunyah, tersenyum, berbicara dan kesejahteraan psikososial. Kesehatan mulut merupakan salah satu faktor yang dapat memberikan pengaruh pada kualitas hidup usia lanjut, karena kondisi kesehatan mulut yang buruk dapat mengakibatkan kesulitan dalam mengunyah, berbicara, atau bahkan dalam bersosialisasi dengan orang lain (Ulinski *et al*, 2013).

Secara global, kesehatan mulut yang buruk pada usia lanjut terlihat dari banyaknya gigi yang hilang (*tooth loss*), karies gigi dan penyakit periodontal. Studi di negara maju menunjukkan bahwa gangguan mulut merupakan kelainan yang bersifat kronik. Gejala dari penyakit mulut ini dapat berupa rasa sakit, infeksi, dan terganggunya fungsi pengunyahan sehingga dapat menurunkan kualitas hidup pada usia lanjut (Wangsarahardja *et al*, 2007).

Masa paruh baya dianggap sebagai tahapan hidup yang berbeda dengan tahapan lainnya karena memiliki norma sosial, aturan, peluang dan tantangannya sendiri. Bagi banyak orang, masa paruh baya dipenuhi dengan tanggung jawab serta peran yang banyak dan sulit. Umumnya, tanggung jawab dan peran yang banyak ini seringkali mengorbankan waktu luang (Papalia *et al*, 2009).

Status kesehatan menjadi persoalan utama pada masa paruh baya. Pada masa paruh baya akan lebih banyak waktu yang dihabiskan untuk mengkhawatirkan kesehatan dibandingkan pada masa dewasa awal karena masa paruh baya dikarakteristikan oleh penurunan umum kebugaran fisik (Santrock, 2002). Oleh karena itu, masa paruh baya dapat menjadi waktu untuk mengevaluasi kembali berbagai tujuan dan harapan serta memutuskan bagaimana cara terbaik untuk menggunakan sisa dari setengah rentang kehidupan agar

didapat kehidupan yang lebih baik dalam menyongsong usia lanjut (Papalia *et al*, 2009).

Dari survei awal yang dilakukan di Universitas Bung Hatta, didapatkan jumlah keseluruhan pegawai Universitas Bung Hatta adalah 308 orang dengan jumlah pegawai usia paruh baya adalah 158 orang. Hal ini menunjukkan bahwa 51% pegawainya berada pada rentang usia paruh baya.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian mengenai hubungan kehilangan gigi dengan kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut pada pegawai paruh baya di Universitas Bung Hatta.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu:

Apakah terdapat hubungan kehilangan gigi dengan kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut pada pegawai paruh baya di Universitas Bung Hatta?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian mencakup tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum biasanya mengacu pada aspek yang lebih luas. Sedangkan didalam tujuan khusus, diuraikan secara jelas hal-hal yang akan diukur, dinilai, atau diperoleh dari penelitian (Sastroasmoro dan Sofyan, 2002).

### **1.3.1 Tujuan Umum :**

Untuk mengetahui hubungan kehilangan gigi dengan kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut pada pegawai paruh baya di Universitas Bung Hatta.

### 1.3.2 Tujuan Khusus :

1. Untuk mengetahui hubungan kehilangan  $\leq 4$  gigi dengan kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut pada pegawai paruh baya di Universitas Bung Hatta.
2. Untuk mengetahui hubungan kehilangan 5-9 gigi dengan kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut pada pegawai paruh baya di Universitas Bung Hatta.
3. Untuk mengetahui hubungan kehilangan  $\geq 10$  gigi dengan kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut pada pegawai paruh baya di Universitas Bung Hatta.

## 1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi berbagai pihak, terutama bagi peneliti, akademik atau ilmiah dan populasi penelitian (Sastroasmoro dan Sofyan, 2002).

### 1.4.1 Bagi Peneliti

Untuk menambah pengetahuan, wawasan dan pengalaman.

### 1.4.2 Bagi Akademik atau Ilmiah

Sebagai bahan informasi dan masukan bagi penelitian selanjutnya terutama yang berkaitan dengan kehilangan gigi pada usia paruh baya.

### 1.4.3 Bagi Populasi Penelitian

Sebagai bahan masukan kepada masyarakat untuk meningkatkan motivasi dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut terutama untuk meningkatkan kualitas hidup dalam menyongsong usia lanjut.

### **1.5 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini akan membahas tentang hubungan kehilangan gigi dengan kualitas hidup terkait kesehatan gigi dan mulut pada pegawai paruh baya di Universitas Bung Hatta. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasional dengan menggunakan kuesioner yang telah ditetapkan yaitu *Oral Health Impact Profile – 14* (OHIP-14) dan dengan menggunakan pendekatan studi *cross sectional* (potong lintang), yaitu variabel-variabel yang diteliti hanya diamati satu kali pada waktu tertentu saja. Penelitian dilakukan dengan mengambil sampel dari populasi yang ditetapkan peneliti yaitu pada pegawai usia paruh baya (45-59 tahun) di Universitas Bung Hatta.