KAJIAN DETERMINAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA ANAK USIA SEKOLAH: SURVEI KESEHATAN INDONESIA 2023

PROPOSAL SKRIPSI

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

(Imeshya Zevana, 030002300154)

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI

JAKARTA, Juni 2026

Bidang Ilmu: Komunitas

PROPOSAL SKRIPSI

KAJIAN DETERMINAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA ANAK USIA SEKOLAH: SURVEI KESEHATAN INDONESIA 2023

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

(Imeshya Zevana, 030002300154)

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI

JAKARTA, Juni 2026

PERSETUJUAN

Proposal Skripsi

Judul:

KAJIAN DETERMINAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA ANAK USIA SEKOLAH: SURVEI KESEHATAN INDONESIA 2023

Imeshya Zevana
030002300154

Telah disetujui untuk diuji di hadapan
Tim Penguji Proposal Skripsi
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari ……., Tanggal ……..2026

Pembimbing

(Dr. dr. Rina Kurniasri Kusumaratna, M.Kes, FFRI)

Dipindai dengan CamScanner

PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI

Judul:

KAJIAN DETERMINAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA ANAK USIA SEKOLAH: SURVEI KESEHATAN INDONESIA 2023

Nama Mahasiswa: Imeshya Zevana

NIM 030002300154

Telah diuji dan disahkan di hadapan **Dewan Penguji Proposal Skripsi**

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Senin, 29 Juni 2026

Ketua Penguji

Nama : Dr. dr. Patwa Amani, M.Kes

NIK : 3609/USAKTI

AnggotaPenguji I

Nama : Dr. dr. Rina Kurniasri Kusumaratna, M.Kes, FFRI

NIK : 2264/USAKTI

Anggota Penguji II

Nama : Dr. dr. Lily Marliany Surjadi, Sp.OG, Subsp.Obginsos

NIK : 3353/USAKTI

Dipindai dengan CamScanner

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :	Imeshya Zevana
NIM :	030002300154
Program Studi :	Kedokteran
Alamat Korespondensi :	Jl. Garuda No.1, Kemiling, Pinang Jaya, Bandar Lampung
Telepon / mobile :	081222209494
E-mail :	imesyazevana@gmail.com
Judul skripsi :	Kajian Determinan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak. Usia Sekolah: Survei Kesehatan Indonesia 2023

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya ilmiah saya sendiri. Skripsi ini belum pernah diajukan sebagai suatu karya ilmiah untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan SK Permendiknas No.17 tahun 2010 tentang pencegahan dan penanggulangan plagiat di perguruan tinggi.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dapat dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Jakarta, ... 2026



Imeshya Zevana

030002300154

Dipindai dengan CamScanner

DAFTAR ISI

HALAMAN

HALAMAN JUDUL……i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING……..... ii
HALAMAN PENGESAHAN TIM PENGUJI DAN DEKAN ……..... iii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PROPOSAL SKRIPSI ……..... iv
DAFTAR ISI ……v
DAFTAR TABEL …… vii
DAFTAR GAMBAR ……..…. viii
DAFTAR LAMPIRAN …… ix
DAFTAR SINGKATAN ……... x

BAB I PENDAHULUAN
1.1 Latar Belakang…….. 1
1.2 Perumusan Masalah…….. 3
1.3 Tujuan……... 3
1.4 Hipotesis……... 4
1.5 Manfaat…… 5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA
2.1 **TINJAUAN PUSTAKA**
2.1.1 Survei Kesehatan Indonesia…….6
2.1.2 Konsep Kesehatan Gigi dan Mulut…….....7
2.1.2.1 Definisi Kesehatan Gigi dan Mulut……..……..7
2.1.2.2 Karies Gigi pada Anak……..... 8
2.1.2.3 Indeks DMF-T dan def-t……...……10
2.1.3 Determinan Kesehatan Gigi dan Mulut……..... 11
2.1.4 Faktor Biologis…….. 12
2.1.5 Faktor Individu…….. 13
2.1.5.1 Usia Anak……..……13
2.1.5.2 Jenis Kelamin……..…..... 14
2.1.6 Faktor Sosial Ekonomi Keluarga…….. 15
2.1.6.1 Pendidikan Orang Tua……..... 15
2.1.6.2 Pekerjaan Orang Tua…… 16
2.1.6.3 Status Sosial Ekonomi……..... 17
2.1.6.4 Wealth Index……..…….. 17

2.1.7 Faktor Lingkungan……..... 18
2.1.7.1 Klasifikasi Wilayah (Perkotaan dan Perdesaan) …..... 19
2.1.7.2 Akses Air Bersih…… 20
2.1.7.3 Perilaku Mencuci Tangan…… 20
2.1.8 Faktor Perilaku…… 21
2.1.8.1 Frekuensi dan Waktu Menyikat Gigi……. 21
2.1.8.2 Konsumsi Makanan/Minuman Manis…… 22
2.1.8.3 Konsumsi Buah dan Sayur…….. 23
2.1.9 Faktor Pelayanan Kesehatan…… 24
2.1.9.1 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan…… 24
2.1.9.2 Akses Fasilitas Pelayanan Kesehatan……. 25
2.1.10 Sustainable Development Goals (SDGs) …….. 26
2.1.10.1 SDG 3: Good Health and Well Being…….…… 26
2.1.10.2 SDG 6: Clean Water and Sanitation……. 26
2.1.10.3 SDG 10: Reduced Inequalities…… 27
2.1.11 Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Bidang Kesehatan 2025–2029…….. 27

2.2 RINGKASAN PUSTAKA……. 29
2.3 KERANGKA TEORI……. 31

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL
3.1 Kerangka Konsep…….. 32
3.2 Definisi Operasional……... 33

BAB IV METODE PENELITIAN
4.1 Desain Penelitian……... 39
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian…… 39
4.3 Populasi dan Sampel…….. 39
4.4 Bahan dan Instrumen Penelitian…… 44
4.5 Manajemen Data…… 46
4.6 Alur Penelitian……47
4.7 Etika Penelitian…….. 48
4.8 Penjadwalan Penelitian…….. 49

DAFTAR PUSTAKA…….. 50
LAMPIRAN……. 57

DAFTAR TABEL

HALAMAN

Tabel 1 Ringkasan Pustaka…… 29
Tabel 2 Definisi Operasional ……..... 33
Tabel 3 Penjadwalan pelaksanaan penelitian ……..……. 49

DAFTAR GAMBAR

HALAMAN

Gambar 1 Kerangka Teori……... 31
Gambar 2 Kerangka Konsep …….. 32
Gambar 3 Alur Kerja ……... ……..…… 47

DAFTAR LAMPIRAN

HALAMAN

Lampiran 1 Dummy Tabel…… 57
Lampiran 2 Kuesioner Individu Data SKI 2023…….. 59
Lampiran 3 Kuesioner Rumah Tangga Data SKI 2023…….....61

DAFTAR SINGKATAN

AAPD = American Association of Pediatric Dentistry

aOR = Adjusted Odds Ratio

CI = Confidence Interval

def-t = Decayed, Extraction Indicated, Filled Teeth

DMF-T = Decayed, Missing, Filled Teeth

OR = Odds Ratio

PCA = Principal Component Analysis

SDGs = Sustainable Development Goals

SKI = Survei Kesehatan Indonesia

SPSS = Statistical Package for the Social Sciences

UHC = Universal Health Coverage

WHO = World Health Organization

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Anak berada pada fase pertumbuhan dan perkembangan yang sangat penting, termasuk pembentukan struktur dan fungsi gigi serta jaringan rongga mulut. Pada periode ini, kesehatan gigi dan mulut berperan dalam mendukung tumbuh kembang anak. Gangguan seperti karies dapat menyebabkan nyeri, infeksi, gangguan nutrisi, penurunan kualitas hidup, serta memengaruhi konsentrasi belajar dan perkembangan psikososial.[1] Jika tidak ditangani sejak dini, masalah ini dapat berlanjut hingga dewasa sehingga kesehatan gigi dan mulut anak menjadi persoalan yang perlu diperhatikan guna untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat.[2]

Status kesehatan gigi dan mulut pada anak umumnya dinilai menggunakan indeks DMF-T/def-t sebagai indikator tingkat keparahan kerusakan gigi. Indeks tersebut menggambarkan jumlah gigi yang mengalami karies, telah dicabut akibat karies, maupun telah ditambal sehingga dapat mencerminkan beban kerusakan gigi pada individu maupun populasi.[3] Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, indeks def-t pada anak usia 3–4 tahun sebesar 4,9 dan usia 5 tahun sebesar 6,7 yang termasuk kategori tinggi hingga sangat tinggi menurut WHO. Pada usia 12 tahun, indeks DMF-T sebesar 1,3 tergolong rendah, namun tetap menunjukkan adanya kerusakan gigi sejak usia sekolah.[4] Tingginya indeks def-t pada usia prasekolah menunjukkan karies terjadi sejak dini dan berpotensi berlanjut jika tidak ditangani.[2] Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kesehatan gigi dan mulut anak di Indonesia masih menjadi masalah yang perlu mendapatkan perhatian.[4]

Pembentukan gigi anak sebenarnya telah dimulai sejak masa kehamilan melalui proses odontogenesis. Pada fase ini, kecukupan nutrisi ibu, terutama vitamin D dan kalsium, berperan penting dalam pembentukan matriks gigi serta proses mineralisasi

enamel. Kekurangan nutrisi selama kehamilan dapat mengganggu perkembangan enamel sehingga meningkatkan kerentanan gigi terhadap karies setelah erupsi. Meskipun demikian, status kesehatan gigi dan mulut anak setelah lahir merupakan kondisi multifaktorial yang tidak hanya dipengaruhi oleh faktor biologis, tetapi juga oleh berbagai determinan lain sepanjang kehidupan anak.[58]

Menurut teori determinan kesehatan Blum, derajat kesehatan dipengaruhi oleh faktor perilaku, lingkungan (termasuk sosial ekonomi), pelayanan kesehatan, dan faktor biologis.[5] Pada anak, faktor sosiodemografi seperti pendidikan orang tua dan status ekonomi dapat memengaruhi literasi kesehatan, pola perawatan gigi, serta akses terhadap informasi dan pelayanan kesehatan sehingga meningkatkan risiko karies.[6]

Perilaku kesehatan mulut berperan langsung terhadap terjadinya karies. Kurangnya kebiasaan menyikat gigi yang benar, serta seringnya mengonsumsi makanan dan minuman dengan kadar gula yang tinggi dapat mempercepat demineralisasi enamel dan pembentukan plak pada gigi.[7] Selain itu, rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi dapat memperparah kerusakan gigi, sehingga faktor sosiodemografi, perilaku, dan akses pelayanan kesehatan saling memengaruhi status kesehatan gigi dan mulut anak.[8]

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya, ditemukan bahwa faktor sosial, perilaku, dan akses pelayanan kesehatan berhubungan dengan kejadian karies pada anak. Wahyuni et al. (2023) menemukan hubungan antara status sosial ekonomi dan karies pada anak TK.[9] sementara Puspita Dewi et al. (2024) melaporkan bahwa pendidikan ibu dan pendapatan rumah tangga berkontribusi terhadap karies anak.[10] Dari aspek perilaku, Napitupulu (2023) menunjukkan hubungan kebiasaan menyikat gigi dengan karies pada anak sekolah.[11] dan Ramadhani et al. (2021) menemukan bahwa praktik kesehatan mulut yang kurang baik berkaitan dengan *early childhood caries* serta kualitas hidup anak prasekolah.[1] Selain itu, Hidayati et al. (2023) melaporkan bahwa

rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi berkaitan dengan tingkat keparahan karies pada anak.[12]

Sebagian besar penelitian sebelumnya masih bersifat lokal dan belum menganalisis berbagai determinan kesehatan secara simultan menggunakan data berskala nasional. Selain itu, penelitian terdahulu umumnya hanya menilai satu atau beberapa faktor yang berhubungan dengan kesehatan gigi dan mulut anak. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk menganalisis hubungan faktor sosiodemografi, faktor lingkungan, perilaku kesehatan mulut, akses pelayanan kesehatan, serta menganalisis perbedaan status kesehatan gigi dan mulut anak berdasarkan wilayah tempat tinggal, yaitu perkotaan dan perdesaan menggunakan data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023.

1.2 Perumusan masalah

Apakah faktor sosiodemografi, faktor lingkungan, perilaku kesehatan mulut, dan akses pelayanan kesehatan berhubungan dengan status kesehatan gigi dan mulut anak berdasarkan data SKI 2023?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis faktor sosiodemografi, faktor lingkungan, perilaku kesehatan mulut, dan akses pelayanan kesehatan dengan kesehatan gigi dan mulut anak (usia 3-18 tahun), serta membandingkan status kesehatan gigi dan mulut anak berdasarkan wilayah tempat tinggal (perkotaan dan perdesaan) menggunakan data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023.

1.3.2 Tujuan khusus

- Menentukan proporsi kesehatan gigi dan mulut pada anak serta proporsi faktor sosiodemografi, faktor lingkungan, perilaku kesehatan mulut, akses pelayanan kesehatan, dan wilayah tempat tinggal berdasarkan data SKI 2023.
- Menentukan hubungan faktor sosiodemografi dengan kesehatan gigi dan mulut pada anak.
- Menentukan hubungan faktor lingkungan dengan kesehatan gigi dan mulut pada anak.
- Menentukan hubungan praktik pemeliharaan kesehatan mulut dengan kesehatan gigi dan mulut pada anak.
- Menentukan hubungan akses pelayanan kesehatan dengan kesehatan gigi dan mulut pada anak.
- Menentukan perbedaan status kesehatan gigi dan mulut anak berdasarkan wilayah tempat tinggal (perkotaan dan perdesaan)

1.4 Hipotesis

- Terdapat perbedaan proporsi status kesehatan gigi dan mulut pada anak di perdesaan dan perkotaan berdasarkan data SKI 2023.
- Terdapat hubungan faktor sosiodemografi dengan kesehatan gigi dan mulut anak.
- Terdapat hubungan faktor lingkungan dengan kesehatan gigi dan mulut anak.
- Terdapat hubungan perilaku kesehatan mulut dengan kesehatan gigi dan mulut anak.
- Terdapat hubungan akses pelayanan kesehatan dengan kesehatan gigi dan mulut anak.
- Terdapat perbedaan status kesehatan gigi dan mulut pada anak antara wilayah perkotaan dan perdesaan berdasarkan data SKI 2023.

1.5 Manfaat

- **Bagi pengembangan ilmu pengetahuan**

Penelitian ini memberikan kontribusi terhadap pengembangan kajian epidemiologi kesehatan gigi dan mulut pada anak melalui analisis faktor sosiodemografi, lingkungan, perilaku, dan akses pelayanan kesehatan berdasarkan data nasional SKI 2023.

• Bagi profesi/institusi

Tenaga kesehatan dan institusi pelayanan kesehatan dapat memperoleh informasi yang dapat membantu dalam merancang program kesehtan gigi anak yang lebih sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik sasaran.

• Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini memberikan informasi kepada masyarakat, khususnya orang tua, mengenai pentingnya perilaku menjaga kesehatan gigi dan mulut serta pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagai upaya pencegahan karies pada anak.

BAB II
TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

2.1 Tinjauan pustaka

2.1.1 Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023

Survei Kesehatan Indonesia (SKI) merupakan survei kesehatan nasional yang diselenggarakan oleh Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. SKI 2023 merupakan survei terintegrasi yang menggabungkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Survei Status Gizi Indonesia (SSGI), serta pemeriksaan biomedis dan pemeriksaan gigi dan mulut. Survei ini bertujuan menghasilkan informasi kesehatan masyarakat sebagai dasar perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi pembangunan kesehatan di Indonesia.[13,14]

SKI 2023 menggunakan desain penelitian potong lintang (*cross-sectional*) berbasis rumah tangga yang mencakup seluruh provinsi di Indonesia. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara menggunakan kuesioner terstandar, pengukuran, serta pemeriksaan kesehatan. Kegiatan Riskesdas dan SSGI dirancang untuk menghasilkan estimasi hingga tingkat kabupaten/kota, sedangkan pemeriksaan biomedis dan pemeriksaan gigi dan mulut menghasilkan estimasi tingkat nasional.[13]

Dalam penelitian ini, data diperoleh dari mikrodata SKI 2023 yang bersumber dari kuesioner individu, kuesioner rumah tangga, serta hasil pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut. Variabel yang digunakan disesuaikan dengan tujuan penelitian, meliputi faktor sosiodemografi, lingkungan, perilaku kesehatan, pelayanan kesehatan, dan status kesehatan gigi dan mulut pada anak usia 3–18 tahun.

Kuesioner individu digunakan untuk memperoleh data mengenai karakteristik individu, perilaku kesehatan, serta pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi. Variabel yang digunakan meliputi usia anak dan jenis kelamin (Blok IV), perilaku cuci tangan

keluarga serta konsumsi makanan berisiko dan konsumsi buah dan sayur (Blok G), serta frekuensi menyikat gigi, waktu menyikat gigi yang benar, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi (Blok E). Selain itu, status kesehatan gigi dan mulut diperoleh dari hasil pemeriksaan klinis menggunakan indeks *def-t* pada gigi sulung dan *DMF-T* pada gigi permanen yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih.

Kuesioner rumah tangga digunakan untuk memperoleh data mengenai karakteristik rumah tangga, kondisi lingkungan, dan sosial ekonomi keluarga. Variabel yang digunakan meliputi klasifikasi wilayah tempat tinggal (perkotaan/perdesaan), pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, status sosial ekonomi (*wealth index*), akses air minum layak, serta akses fasilitas pelayanan kesehatan. Seluruh variabel tersebut dipilih berdasarkan ketersediaan data dalam mikrodata SKI 2023 dan kesesuaiannya dengan teori determinan kesehatan H.L. Blum yang digunakan sebagai dasar penyusunan kerangka konsep penelitian.

2.1.2 Konsep kesehatan gigi dan mulut

2.1.2.1 Definisi kesehatan gigi dan mulut

Menurut WHO (2018), kondisi kesehatan gigi dan mulut dapat mencerminkan status kesehatan individu secara umum, sekaligus memengaruhi tingkat kesejahteraan dan kualitas hidup seorang individu. Kesehatan gigi dan mulut menggambarkan keadaan rongga mulut yang sehat, termasuk gigi dan jaringan di sekitarnya, tanpa adanya rasa sakit maupun penyakit yang dapat mengganggu fungsinya. Kondisi ini meliputi terbebas dari kanker mulut dan tenggorokan, infeksi pada jaringan mulut, penyakit periodontal, karies, kehilangan gigi, serta berbagai gangguan lain yang dapat memengaruhi kemampuan seseorang untuk mengunyah, menggigit, berbicara, dan tersenyum dengan baik.[15]

Kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian penting dari kesehatan tubuh secara umum. Kondisi rongga mulut yang tidak terjaga dapat menjadi sumber infeksi

yang memungkinkan bakteri masuk ke dalam aliran darah dan memengaruhi organ tubuh lainnya. Hasil penelitian terdahulu menunjukkan bahwa penyakit gigi dan mulut, khususnya penyakit periodontal, memiliki hubungan dengan berbagai penyakit sistemik, seperti penyakit jantung, stroke, dan diabetes. Selain itu, kondisi tersebut juga dikaitkan dengan peningkatan risiko gangguan pernapasan, kelahiran prematur, serta bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Oleh karena itu, pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut menjadi upaya penting dalam menjaga kesehatan tubuh secara keseluruhan.(16)

Usia Sekolah Dasar merupakan periode yang sering dikaitkan dengan meningkatnya risiko masalah kesehatan gigi dan mulut pada anak. Hal ini berkaitan dengan kebiasaan pemeliharaan kebersihan diri yang belum optimal. Gangguan kesehatan gigi pada anak, seperti karies gigi, sering menimbulkan keluhan berupa sakit gigi, gigi sensitif, serta kesulitan makan yang dapat memengaruhi aktivitas sehari-hari dan kondisi emosional anak. Selain itu, karies gigi yang tidak ditangani dapat menyebabkan rasa nyeri, gangguan tidur, penurunan status gizi, meningkatnya ketidakhadiran di sekolah, serta menurunkan kualitas hidup individu. Penanganan karies pada tahap lanjut juga memerlukan biaya yang lebih besar dibandingkan dengan penanganan pada tahap awal.(17)

2.1.2.2 Karies gigi pada anak

Karies gigi merupakan kerusakan jaringan keras gigi yang terjadi akibat proses demineralisasi yang disebabkan oleh asam hasil metabolisme mikroorganisme di dalam rongga mulut. Proses ini terjadi karena interaksi antara mikroorganisme, saliva, serta sisa makanan yang menempel pada permukaan gigi. Menurut World Health Organization (WHO**)**, karies merupakan proses patologis yang dimulai dari permukaan luar gigi, bersifat lokal, terjadi setelah gigi erupsi, dan dapat menyebabkan kerusakan jaringan gigi hingga terbentuknya kavitas atau lubang pada gigi.(18)

Karies gigi terjadi melalui proses yang melibatkan interaksi antara kondisi gigi, mikroorganisme di rongga mulut, pola makan, dan faktor waktu.Proses karies biasanya diawali dengan terbentuknya plak pada permukaan gigi. Plak merupakan lapisan lunak yang terbentuk dari campuran komponen saliva, sisa sel jaringan rongga mulut, serta mikroorganisme yang berkembang di dalamnya. Ketika makanan yang mengandung sukrosa dikonsumsi, bakteri plak akan memetabolismenya menjadi asam laktat sehingga pH rongga mulut menurun dan dapat mencapai pH kritis sekitar 5,5. Kondisi ini menyebabkan terjadinya demineralisasi enamel yang selanjutnya dapat berkembang menjadi lesi karies dan akhirnya membentuk kavitas apabila kerusakan telah mencapai dentin.[19]

Rongga mulut mengandung berbagai jenis mikroorganisme yang sebagian besar merupakan flora normal, seperti *Streptococcus, Lactobacillus, Staphylococcus, Corynebacteria***,** serta bakteri anaerob seperti *Bacteroides*. Pada kondisi tertentu, peningkatan jumlah koloni bakteri dapat memicu terjadinya penyakit pada rongga mulut, termasuk karies gigi. Pertumbuhan bakteri di rongga mulut dipengaruhi oleh banyak faktor, mulai dari pola makan, kondisi saliva, dan kebersihan gigi serta mulut, hingga perubahan hormon dan penggunaan antimikroba.[19,20]

Menurut Marlindayanti dkk. (2022**)**, pemahaman mengenai faktor risiko karies penting untuk mengidentifikasi perkembangan lesi sejak tahap awal. Beberapa faktor risiko karies meliputi:

1. Faktor host, yaitu karakteristik gigi seperti morfologi gigi, struktur enamel, serta adanya pit dan fissure yang memudahkan penumpukan sisa makanan dan plak.
2. Faktor mikroorganisme, yaitu bakteri penyebab karies seperti *Streptococcus mutans, Streptococcus sanguinis,* dan *Streptococcus mitis* yang berkembang dalam plak gigi.

3. Saliva**,** yang berperan dalam membersihkan sisa makanan, menetralkan asam, serta menjaga keseimbangan lingkungan rongga mulut. Penurunan produksi saliva dapat meningkatkan risiko karies.
4. Faktor substrat atau diet, terutama konsumsi makanan yang mengandung karbohidrat atau gula yang dapat difermentasi oleh bakteri menjadi asam sehingga memicu demineralisasi gigi.[21,22]

2.1.2.3 Indeks DMF-T dan def-t

Karies gigi umumnya terjadi akibat kebersihan rongga mulut yang kurang terjaga sehingga menyebabkan penumpukan plak yang mengandung berbagai jenis bakteri. Kondisi kesehatan gigi dan mulut dapat dinilai menggunakan indeks DMF-T dan def-t.[23] Indeks DMF-T merupakan indeks yang bersifat ireversibel yang digunakan untuk mengukur pengalaman karies berdasarkan jumlah gigi yang mengalami kerusakan (*Decayed*), gigi yang hilang akibat karies (*Missing*), serta gigi yang telah ditambal (*Filled*). Nilai DMF-T diperoleh dari penjumlahan komponen D + M + F, yang menunjukkan jumlah gigi yang pernah mengalami karies pada individu atau kelompok.[3]

Menurut WHO, pengukuran status karies disesuaikan dengan jenis gigi yang diperiksa. Gigi permanen dinilai menggunakan indeks DMF-T, sedangkan gigi sulung menggunakan indeks def-t atau dmf-t. Nilai DMF-T yang rendah menunjukkan tingkat pengalaman karies yang rendah pada individu atau populasi.[3] Salah satu indikator penting dalam pengukuran DMF-T adalah pada anak usia 12 tahun**,** dengan target nilai DMF-T ≤ 3, yang berarti jumlah gigi yang mengalami karies, hilang akibat karies, atau telah ditambal tidak lebih dari tiga gigi pada setiap anak.[24] Menurut klasifikasi WHO, tingkat keparahan karies berdasarkan nilai DMF-T dibagi menjadi lima kategori, yaitu sangat rendah (0,0–1,1), rendah (1,2–2,6), sedang (2,7–4,4), tinggi (4,5–6,5), dan sangat tinggi (>6,6).[24]

2.1.3 Determinan kesehatan gigi dan mulut

Menurut World Health Organization (WHO), determinan kesehatan merupakan berbagai faktor yang memengaruhi kondisi kesehatan masyarakat. Berdasarkan teori H. L. Blum (1981), Derajat kesehatan merupakan hasil interaksi dari empat faktor utama, yaitu genetika, perilaku, lingkungan, dan pelayanan kesehatan.[5]

1. Faktor Genetika (Herediter)

   Faktor genetika merupakan faktor bawaan yang diturunkan dari orang tua kepada keturunannya dan dapat memengaruhi kerentanan seseorang terhadap penyakit tertentu.[5]

2. Faktor Perilaku

   Perilaku berperan penting dalam menentukan status kesehatan seseorang. Penerapan perilaku hidup sehat diperlukan untuk menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan. Perilaku ibu selama kehamilan, khususnya dalam memenuhi kebutuhan nutrisi, berperan penting dalam mendukung proses pembentukan gigi janin. Asupan kalsium, fosfor, dan vitamin D yang adekuat diperlukan selama proses odontogenesis untuk menunjang pembentukan jaringan keras gigi dan mineralisasi enamel. Selain itu, beberapa penelitian menunjukkan bahwa nutrisi dan perilaku ibu selama kehamilan berhubungan dengan perkembangan gigi serta kesehatan gigi anak pada masa setelah erupsi.[25,26]

3. Faktor Lingkungan

   Lingkungan meliputi kondisi fisik, biologis, dan sosial seperti air bersih, sanitasi, udara, dan perumahan. Lingkungan yang tidak sehat dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit.

4. Faktor Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan fasilitas yang menyediakan layanan kesehatan bagi masyarakat, seperti posyandu, puskesmas, dan rumah sakit yang berperan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.[5] Dengan menggunakan teori determinan kesehatan menurut Blum, penelitian ini menganalisis berbagai faktor yang berpotensi memengaruhi status kesehatan gigi dan mulut anak yang diukur melalui indeks DMF-T. Teori ini digunakan sebagai kerangka konseptual untuk memahami hubungan antara faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan sosial ekonomi dengan kesehatan gigi dan mulut anak.

2.1.4 Faktor Biologis

Faktor biologis merupakan salah satu determinan kesehatan yang berkaitan dengan karakteristik bawaan individu, seperti faktor genetik, struktur email gigi, komposisi saliva, serta proses pertumbuhan dan perkembangan gigi. Faktor-faktor tersebut berperan dalam menentukan kerentanan individu terhadap berbagai gangguan kesehatan gigi dan mulut, termasuk karies gigi.[27]

Pembentukan gigi dimulai sejak masa prenatal melalui proses odontogenesis yang dipengaruhi oleh kondisi biologis dan status nutrisi ibu selama kehamilan. Hasil kajian Kawakubo-Yasukochi et al. dan Alrashdi menunjukkan bahwa nutrisi ibu selama kehamilan berperan dalam pembentukan serta mineralisasi gigi anak. Gangguan pada proses tersebut dapat memengaruhi perkembangan jaringan keras gigi dan meningkatkan kerentanan terhadap gangguan kesehatan gigi setelah erupsi.[25,28]

Meskipun faktor biologis merupakan salah satu determinan kesehatan gigi dan mulut menurut teori H.L. Blum, faktor tersebut tidak dianalisis dalam penelitian ini karena variabel yang berkaitan dengan faktor biologis tidak tersedia dalam data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023.

2.1.5 Faktor individu

Faktor individu merupakan karakteristik yang melekat pada setiap anak dan dapat memengaruhi status kesehatan gigi dan mulut melalui proses pertumbuhan, perkembangan, dan kondisi biologis individu. Menurut Fisher-Owens et al., faktor individu (*child-level factors*) merupakan salah satu determinan kesehatan gigi anak yang mencakup karakteristik biologis dan demografis yang berperan terhadap status kesehatan gigi dan mulut. Pada SKI 2023 tersedia berbagai karakteristik individu, namun penelitian ini hanya menggunakan variabel usia dan jenis kelamin karena kedua variabel tersebut tersedia secara lengkap dalam mikrodata SKI 2023, sesuai dengan kerangka konsep penelitian, serta merupakan karakteristik individu yang paling konsisten digunakan sebagai determinan dalam penelitian epidemiologi kesehatan gigi dan mulut anak.[5,22]

2.1.5.1 Usia anak

Karies gigi masih sering ditemukan pada anak usia dini dan menjadi salah satu masalah utama dalam kesehatan gigi dan mulut pada kelompok usia tersebut. Kondisi ini dapat menyebabkan gigi menjadi rapuh, berlubang, bahkan patah, sehingga mengganggu kemampuan anak dalam mengunyah makanan dan berpotensi memengaruhi proses pencernaan.[29]

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, sekitar 93% anak usia 5–6 tahun di Indonesia mengalami karies gigi.[21] Anak usia sekolah lebih rentan mengalami karies gigi karena kebiasaan mengonsumsi makanan dan minuman tinggi gula, khususnya jajanan yang mudah diperoleh di sekitar sekolah.[30] Konsumsi makanan yang mengandung karbohidrat, khususnya sukrosa, dapat meningkatkan risiko karies gigi karena termasuk makanan kariogenik. Selain itu, kesadaran anak dalam menjaga kebersihan rongga mulut pada usia ini masih relatif rendah.[31]

Usia anak berkaitan dengan proses pertumbuhan dan perkembangan gigi, termasuk waktu erupsi gigi serta lamanya paparan terhadap faktor risiko yang dapat

memengaruhi status kesehatan gigi dan mulut. Seiring bertambahnya usia, perubahan kondisi rongga mulut dan akumulasi paparan faktor risiko dapat memengaruhi pengalaman karies serta status kesehatan gigi dan mulut anak.[22,26]

2.1.5.2 Jenis kelamin

Masalah kesehatan gigi dan mulut merupakan salah satu aspek penting dalam pembangunan kesehatan, terutama pada kelompok anak usia sekolah yang rentan mengalami berbagai gangguan kesehatan gigi dan mulut. Menurut penelitian, Jika ditinjau berdasarkan jenis kelamin, 23 siswa laki-laki (74%) mengalami karies, sedangkan pada siswa perempuan sebanyak 15 orang (48%) mengalami karies. Kondisi ini diduga berkaitan dengan perbedaan perilaku dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut, di mana anak laki-laki cenderung kurang memperhatikan kebersihan gigi dibandingkan anak perempuan.[32]

Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa anak laki-laki memiliki kecenderungan lebih tinggi dalam mengonsumsi makanan dan minuman manis serta memiliki kebiasaan menyikat gigi yang kurang teratur dibandingkan anak perempuan. Penelitian Sari dan Prabowo (2017) menyatakan bahwa siswa perempuan cenderung memiliki kebiasaan menyikat gigi yang lebih konsisten karena tingkat kesadaran terhadap kebersihan diri yang lebih tinggi. Selain itu, penelitian Yuliana (2020) juga menunjukkan bahwa kesadaran terhadap kebersihan rongga mulut pada anak perempuan umumnya lebih baik dibandingkan anak laki-laki. [32]

Jenis kelamin berhubungan dengan perbedaan karakteristik biologis, waktu erupsi gigi, serta perilaku pemeliharaan kesehatan yang dapat memengaruhi status kesehatan gigi dan mulut anak. Perbedaan tersebut dapat menyebabkan variasi kerentanan terhadap karies dan kondisi kesehatan gigi pada laki-laki maupun perempuan.[22]

2.1.6 Faktor sosial ekonomi keluarga

Faktor sosiodemografi merupakan karakteristik individu dan keluarga yang menggambarkan kondisi demografi serta sosial ekonomi yang dapat memengaruhi status kesehatan seseorang. Dalam teori determinan kesehatan, faktor sosiodemografi tidak berhubungan secara langsung dengan proses terjadinya karies, tetapi memengaruhi kesehatan gigi dan mulut melalui pengetahuan, perilaku kesehatan, kemampuan ekonomi, serta akses terhadap pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, faktor sosiodemografi dikategorikan sebagai determinan tidak langsung **(***indirect determinant***)** terhadap status kesehatan gigi dan mulut.[5,22]

Pada penelitian ini, faktor sosiodemografi dibatasi pada pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, status sosial ekonomi (*wealth index*), karena variabel-variabel tersebut tersedia dalam mikrodata SKI 2023 serta berdasarkan berbagai penelitian diketahui berhubungan dengan status kesehatan gigi dan mulut anak.

2.1.6.1 Pendidikan orang tua

Tingkat pendidikan seseorang dapat memengaruhi kemampuannya dalam memahami dan memperoleh informasi, termasuk informasi yang berkaitan dengan kesehatan. Pendidikan berperan dalam meningkatkan kemampuan individu dalam menerima serta mengolah informasi sehingga dapat mendukung pengambilan keputusan yang berkaitan dengan perilaku kesehatan.[33]

Pembentukan kebiasaan menjaga kebersihan gigi dan mulut pada anak tidak terlepas dari pengaruh pengetahuan, sikap, dan perilaku orang tua, Menurut Keumala (2019**)**, tingkat pendidikan orang tua memengaruhi pengetahuan dan sikap dalam melakukan perawatan gigi anak. Akbar (2013) menyatakan bahwa rendahnya pengetahuan orang tua mengenai perawatan gigi anak berkontribusi terhadap tingginya kejadian karies rampan pada anak.[34]

Selain itu, penelitian Rejeki dan Nurulistyawan (2008) menunjukkan bahwa keterlibatan aktif orang tua dalam membimbing dan mengawasi anak saat menyikat gigi dapat menurunkan risiko terjadinya karies. Secara teoritis, perilaku kesehatan merupakan hasil dari interaksi antara pengetahuan, sikap, dan tindakan yang dimiliki seseorang, sehingga pemahaman orang tua mengenai pentingnya pemeliharaan kesehatan gigi sejak dini sangat berperan dalam membentuk kebiasaan hidup sehat pada anak.[34]

Pendidikan orang tua memengaruhi pengetahuan, sikap, dan kemampuan dalam menerapkan perilaku pemeliharaan kesehatan gigi anak, termasuk membimbing kebiasaan menyikat gigi, mengatur pola makan, serta memanfaatkan pelayanan kesehatan. Semakin tinggi tingkat pendidikan orang tua, semakin baik kemampuan dalam mendukung pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut anak.[22]

2.1.6.2 Pekerjaan orang tua

Pekerjaan merupakan salah satu faktor yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan gigi dan mulut, termasuk risiko terjadinya karies. Jenis pekerjaan sering kali mencerminkan status sosial ekonomi seseorang serta menjadi sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan hidup, termasuk dalam memperoleh pelayanan kesehatan.[9]

Penelitian Sihite (2012) menunjukkan bahwa anak dari orang tua dengan jenis pekerjaan yang berbeda memiliki prevalensi karies gigi yang berbeda pula.[9] Selain itu, pekerjaan orang tua yang berkaitan dengan tingkat pendapatan dan pendidikan dapat memengaruhi kemampuan keluarga dalam mengakses layanan kesehatan gigi serta menyediakan sarana kebersihan gigi dan mulut yang memadai, sehingga kemungkinan anak mengalami karies gigi dapat berkurang.[35]

Pekerjaan orang tua berkaitan dengan kondisi sosial ekonomi keluarga yang memengaruhi kemampuan memenuhi kebutuhan kesehatan, termasuk pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut anak. Kondisi tersebut juga berpengaruh terhadap akses terhadap pelayanan kesehatan serta upaya pencegahan penyakit gigi dan mulut.[22]

2.1.6.3 Status sosial ekonomi

Menurut FS. Chapin Kaare (1989), status sosial ekonomi menunjukkan posisi seseorang atau keluarga dalam masyarakat. Posisi ini dapat dilihat dari tingkat pendapatan, kepemilikan aset, dan keterlibatan dalam kegiatan sosial. Selain itu, pekerjaan, status sosial, dan pendidikan juga menjadi faktor yang memengaruhi status sosial ekonomi seseorang.[36]

Masyarakat dengan kondisi sosial ekonomi yang kurang menguntungkan cenderung memiliki tingkat kesehatan yang lebih rendah, termasuk dalam hal kesehatan gigi dan mulut.Hal ini dapat meningkatkan risiko terjadinya karies gigi, yang salah satunya disebabkan oleh rendahnya pengetahuan mengenai pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut.[9]

Kondisi sosial ekonomi keluarga dapat memengaruhi kesehatan gigi anak, di mana kejadian karies cenderung lebih tinggi pada anak yang berasal dari keluarga dengan status sosial ekonomi rendah. Kondisi tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti tingginya konsumsi makanan kariogenik, rendahnya pengetahuan mengenai kesehatan gigi dan mulut, serta kurangnya kebiasaan melakukan pemeriksaan gigi secara rutin.[9]

2.1.6.4 Wealth index

Wealth Index atau Indeks Kekayaan merupakan indikator yang digunakan untuk menggambarkan tingkat standar hidup suatu rumah tangga. Indeks ini dihitung

berdasarkan beberapa indikator seperti kepemilikan aset rumah tangga, jenis bahan bangunan tempat tinggal, serta akses terhadap sumber air bersih dan fasilitas sanitasi.[37]

Perhitungan *wealth index* umumnya menggunakan metode *Principal Component Analysis* (PCA*)* untuk menggabungkan berbagai indikator tersebut menjadi satu skor komposit. Selanjutnya, rumah tangga diklasifikasikan ke dalam beberapa kelompok kesejahteraan, biasanya dalam lima kuintil mulai dari kelompok paling miskin hingga paling kaya.[38] Dalam penelitian sosial dan kesehatan masyarakat, *wealth index* sering digunakan sebagai variabel prediktor untuk menganalisis pengaruh kondisi ekonomi terhadap tingkat kesejahteraan serta berbagai indikator kesehatan Masyarakat.[39]

Status sosial ekonomi memengaruhi kemampuan keluarga dalam menyediakan makanan bergizi, perlengkapan kebersihan gigi, serta memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan untuk menjaga kesehatan gigi dan mulut. Perbedaan kondisi sosial ekonomi dapat menyebabkan ketimpangan status kesehatan gigi dan mulut pada anak.[22,40]

2.1.7 Faktor lingkungan

Faktor lingkungan merupakan salah satu determinan kesehatan yang mencakup kondisi fisik, biologis, maupun sosial di sekitar individu yang dapat memengaruhi derajat kesehatan. Menurut teori H.L. Blum, lingkungan merupakan salah satu faktor utama yang memengaruhi status kesehatan, termasuk kesehatan gigi dan mulut, melalui kondisi sanitasi, penyediaan air bersih, serta lingkungan yang mendukung penerapan perilaku hidup bersih dan sehat.[5]

SKI 2023 menyediakan berbagai indikator yang berkaitan dengan faktor lingkungan. Namun, penelitian ini hanya menggunakan akses air minum

layak dan perilaku cuci tangan keluarga karena kedua variabel tersebut tersedia secara lengkap dalam mikrodata SKI 2023, sesuai dengan kerangka konsep penelitian, serta merupakan indikator lingkungan yang dapat memengaruhi kesehatan gigi dan mulut melalui penerapan perilaku hidup bersih dan sehat.[4]

2.1.7.1 Klasifikasi wilayah (perkotaan dan perdesaan)

Secara umum, akses pelayanan kesehatan dapat dipahami sebagai kemudahan masyarakat untuk menjangkau dan memanfaatkan berbagai layanan kesehatan yang tersedia.[41] Di Indonesia, ketimpangan dalam ketersediaan fasilitas kesehatan, distribusi tenaga kesehatan, serta kondisi geografis yang beragam dapat menyebabkan perbedaan akses layanan kesehatan antarwilayah. Lokasi tempat tinggal turut memengaruhi kemudahan seseorang dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Masyarakat di wilayah perkotaan biasanya memiliki akses yang lebih baik dibandingkan masyarakat yang tinggal di daerah pedesaan atau terpencil.[42]

Faktor geografis juga berpengaruh terhadap kemudahan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Jarak yang jauh menuju fasilitas kesehatan masih menjadi tantangan bagi masyarakat yang tinggal di daerah terpencil dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar . Kondisi ini menunjukkan bahwa pembangunan sektor kesehatan di Indonesia masih belum merata di berbagai wilayah.[43]

Wilayah tempat tinggal memengaruhi ketersediaan fasilitas kesehatan, kondisi lingkungan, serta kemudahan dalam memperoleh pelayanan kesehatan gigi dan mulut. Perbedaan karakteristik antara wilayah perkotaan dan perdesaan dapat berkontribusi terhadap perbedaan status kesehatan gigi dan mulut anak.[22,40]

2.1.7.2 Akses air bersih

Dalam kerangka Sustainable Development Goals (SDGs) tujuan 6.1, akses air minum diklasifikasikan ke dalam lima tingkatan, yaitu *safely managed, basic, limited*, *unimproved*, dan *surface water*, yang menggambarkan tingkat akses, kualitas, serta keamanan sumber air yang digunakan oleh rumah tangga.[44]Akses air minum layak merupakan ketersediaan sumber air yang aman dan memenuhi syarat untuk dikonsumsi, seperti air ledeng, air hujan, sumur bor atau pompa, sumur terlindung, mata air terlindung, serta air minum kemasan atau air isi ulang.[45]

Hasil analisis Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa sebagian besar jenis sumber air minum berpotensi berhubungan dengan kejadian karies gigi, kecuali beberapa sumber air seperti air minum isi ulang dan air ledeng eceran. Sementara itu, penggunaan sumber air yang terlindung, seperti sumur gali terlindung, dapat berperan sebagai faktor protektif dalam mencegah terjadinya karies gigi.[46]

2.1.7.3 Perilaku mencuci tangan

Hingga saat ini, masalah kesehatan gigi dan mulut masih menjadi salah satu tantangan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia. Anak usia sekolah yang belum menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dengan baik cenderung lebih rentan mengalami berbagai gangguan kesehatan, termasuk karies gigi.[49] PHBS merupakan penerapan perilaku kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan individu maupun masyarakat.[47]

Kejadian karies gigi dipengaruhi oleh berbagai perilaku kesehatan, seperti pengetahuan mengenai kebersihan gigi dan mulut serta kebiasaan mengonsumsi jajanan di lingkungan sekolah. Berdasarkan penelitian Arman Wokas, sebagian besar siswa telah menerapkan PHBS dengan baik dalam hal mencuci tangan (57,9%), menggunakan jamban (68,4%), dan membuang sampah pada tempatnya (71,1%).

Namun, perilaku konsumsi jajanan masih tergolong kurang baik (60,5%). Hasil penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa penerapan PHBS pada siswa sekolah dasar berhubungan dengan kejadian karies gigi, sehingga penerapan PHBS yang baik berpotensi menurunkan risiko terjadinya karies.[47]

Selain itu, berdasarkan penelitian Kim et al.[48] kebiasaan mencuci tangan yang baik berhubungan dengan kebiasaan menyikat gigi. Temuan tersebut menunjukkan bahwa perilaku mencuci tangan merupakan bagian dari perilaku higiene diri yang mencerminkan penerapan PHBS, sehingga secara tidak langsung berkaitan dengan pemeliharaan status kesehatan gigi dan mulut.[48]

2.1.8 Faktor perilaku

Faktor perilaku merupakan segala tindakan atau kebiasaan individu yang berkaitan dengan upaya menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan. Dalam kesehatan gigi dan mulut, perilaku memiliki pengaruh yang sangat penting karena berkaitan langsung dengan pembentukan plak, paparan gula, kebersihan rongga mulut, dan proses terjadinya karies.[5,22]

SKI 2023 memuat berbagai indikator perilaku kesehatan. Namun, penelitian ini hanya menggunakan frekuensi menyikat gigi, waktu menyikat gigi, konsumsi makanan berisiko, serta konsumsi buah dan sayur karena variabel-variabel tersebut tersedia dalam mikrodata SKI 2023, sesuai dengan kerangka konsep penelitian, serta berdasarkan berbagai penelitian merupakan perilaku yang berhubungan langsung dengan status kesehatan gigi dan mulut anak.[22]

2.1.8.1 Frekuensi dan waktu menyikat gigi

Hasil penelitian Nugroho et al.[49] menunjukkan bahwa menyikat gigi membantu menjaga kebersihan gigi dengan menghilangkan sisa makanan dan plak yang menempel pada permukaan gigi. Sejalan dengan itu, Purwaningsih et al.

melaporkan bahwa menyikat gigi secara rutin merupakan bagian penting dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut, sehingga dianjurkan dilakukan minimal dua kali sehari.(50)

Untuk menjaga kebersihan gigi dan mulut secara optimal, menyikat gigi sebaiknya dilakukan pada pagi hari dan sebelum tidur malam. Menyikat gigi setelah makan membantu membersihkan sisa makanan yang tertinggal pada gigi dan mengurangi pembentukan plak. Sedangkan, menyikat gigi sebelum tidur penting dilakukan untuk mencegah penumpukan bakteri dan sisa makanan di rongga mulut selama malam hari.terutama karena produksi saliva menurun saat tidur.(51)

Kebersihan gigi dan mulut juga dapat dijaga dengan menggunakan pasta gigi yang mengandung fluorida**.** Fluorida berperan dalam memperkuat enamel gigi, menghambat aktivitas bakteri, serta mencegah proses demineralisasi dan meningkatkan remineralisasi gigi sehingga dapat membantu mencegah terjadinya karies.(51)

Menyikat gigi secara rutin membantu menghilangkan plak dan sisa makanan yang menjadi tempat berkembangnya bakteri kariogenik sehingga dapat mencegah proses demineralisasi email gigi. Oleh karena itu, frekuensi menyikat gigi berhubungan secara langsung dengan pemeliharaan status kesehatan gigi dan mulut.(26)

2.1.8.2 Konsumsi makanan/minuman manis

Dampak kerusakan gigi tidak terbatas pada rongga mulut, tetapi juga dapat memengaruhi kesehatan umum serta mengurangi kenyamanan dalam beraktivitas sehari-hari. Salah satu faktor yang berperan dalam terjadinya kerusakan gigi adalah kebiasaan mengonsumsi makanan dan minuman tertentu.(52)

Makanan kariogenik merupakan makanan yang mengandung gula tinggi dan memiliki tekstur lengket sehingga mudah menempel pada permukaan gigi. Konsumsi

makanan yang mengandung gula, terutama sukrosa, dapat meningkatkan risiko terjadinya karies gigi, terutama pada anak-anak yang cenderung menyukai makanan manis. Setelah mengonsumsi makanan atau minuman yang mengandung karbohidrat, bakteri di rongga mulut akan menghasilkan asam yang dapat menyebabkan proses demineralisasi gigi. Proses ini umumnya berlangsung selama sekitar 20–30 menit setelah makan.[53] Sisa makanan yang menempel pada permukaan gigi dapat difermentasi oleh bakteri sehingga menghasilkan asam dan membentuk plak, yang pada akhirnya meningkatkan risiko terjadinya karies gigi.[52] Semakin tinggi frekuensi konsumsi makanan dan minuman manis, semakin besar risiko terjadinya karies sehingga dapat memengaruhi status kesehatan gigi dan mulut.[26]

2.1.8.3 Konsumsi buah dan sayur

Buah dan sayuran memiliki berbagai manfaat bagi kesehatan karena mengandung vitamin, mineral, dan serat yang dapat membantu melindungi tubuh dari berbagai penyakit kronis. Kandungan serat pada buah juga dapat membantu membersihkan permukaan gigi secara alami serta merangsang produksi saliva.[54]

Hasil penelitian Putri et al.[55] menunjukkan bahwa konsumsi karbohidrat berhubungan dengan kejadian karies gigi karena dapat memengaruhi pembentukan plak pada permukaan gigi. Karbohidrat sederhana, seperti glukosa, fruktosa, dan maltosa, dimanfaatkan oleh bakteri plak untuk menghasilkan asam yang berperan dalam proses demineralisasi gigi. Fruktosa merupakan salah satu jenis gula sederhana yang secara alami terdapat pada buah dan sayuran [55]

Secara umum, konsumsi buah dapat memberikan manfaat bagi kesehatan gigi karena kandungan seratnya membantu proses pembersihan gigi. Namun, konsumsi buah dengan kadar gula atau keasaman tinggi, terutama dalam bentuk jus dan dikonsumsi secara berlebihan, dapat meningkatkan risiko erosi enamel dan karies gigi

apabila tidak diimbangi dengan kebiasaan menjaga kebersihan rongga mulut yang baik.[54]

2.1.9 Faktor pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu determinan kesehatan yang berperan dalam meningkatkan derajat kesehatan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam kesehatan gigi dan mulut, pelayanan kesehatan berkontribusi terhadap pencegahan penyakit, deteksi dini, serta penanganan masalah kesehatan gigi sehingga dapat meningkatkan status kesehatan gigi dan mulut masyarakat.[5,22]

SKI 2023 menyediakan berbagai informasi mengenai pelayanan kesehatan. Namun, penelitian ini hanya menggunakan pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi dan akses fasilitas pelayanan kesehatan karena kedua variabel tersebut tersedia secara lengkap dalam mikrodata SKI 2023, sesuai dengan kerangka konsep penelitian, serta menggambarkan kemudahan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan gigi dan mulut.[22]

2.1.9.1 Pemanfaatan pelayanan kesehatan

Pemeriksaan gigi secara rutin merupakan salah satu upaya penting dalam menjaga kesehatan rongga mulut. Pemeriksaan yang dianjurkan setiap enam bulan sekali dapat membantu dokter gigi mendeteksi masalah sejak dini, seperti karies gigi, penumpukan plak, maupun tanda awal penyakit gusi.[56]

Karies gigi merupakan penyakit yang berkembang secara bertahap dan pada dasarnya dapat dicegah. Oleh karena itu, deteksi dini melalui pemeriksaan gigi secara rutin sangat penting untuk mencegah kerusakan gigi yang lebih parah. Pada anak-anak, pemeriksaan gigi juga berperan dalam memantau kemungkinan infeksi, memberikan

tindakan pencegahan seperti aplikasi fluorida, serta memperbaiki kebiasaan menyikat gigI.[56]

American Association of Pediatric Dentistry (AAPD) merekomendasikan agar anak melakukan kunjungan pertama ke dokter gigi saat gigi susu pertama mulai tumbuh, yaitu sekitar usia 1 tahun atau enam bulan setelah erupsi gigi pertama. Kunjungan ini bertujuan untuk mendeteksi kelainan sejak dini serta memberikan edukasi kepada orang tua mengenai pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut anak.[57]

Pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi memungkinkan deteksi dini, tindakan preventif, serta penanganan penyakit gigi secara tepat. Pemeriksaan gigi secara berkala berkontribusi terhadap pemeliharaan status kesehatan gigi dan mulut anak.[22,40]

2.1.9.2 Akses fasilitas pelayanan kesehatan

Fasilitas kesehatan merupakan salah satu aspek penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, diperlukan penyediaan pelayanan kesehatan yang memadai dari segi kualitas, kuantitas, serta keterjangkauannya bagi masyarakat di berbagai wilayah.[58]

Keterjangkauan fasilitas kesehatan berkaitan dengan kemudahan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan, baik secara fisik, ekonomi, maupun sosial. Wilayah dengan keterbatasan akses sering mengalami kesulitan dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang optimal, sehingga berpotensi menyebabkan keterlambatan penanganan penyakit. Faktor geografis, seperti jarak dan ketersediaan transportasi menuju fasilitas kesehatan, juga memengaruhi kemudahan masyarakat dalam mendapatkan layanan kesehatan, terutama di daerah pedesaan dan terpencil.[25]

Pelayanan kesehatan yang optimal juga didukung oleh tersedianya tenaga kesehatan yang memadai, baik dari jumlah maupun kualitasnya sangat penting untuk

memastikan masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan secara optimal. Distribusi tenaga kesehatan yang merata dapat meningkatkan akses serta kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat.[25]

2.1.10 Sustainable Development Goals (SDGs)

2.1.10.1 SDG 3- Good Health and Well-Being

Sustainable Development Goals (SDGs) tujuan 3 bertujuan meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh melalui penguatan sistem kesehatan, penurunan angka kematian, pengendalian penyakit menular, serta peningkatan akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau.[59] Salah satu target dalam tujuan ini adalah Target 3.4**,** yang menekankan upaya penurunan angka kematian dini secara signifikan sebelum tahun 2030 melalui pencegahan dan pengendalian berbagai penyakit.[60]

Selain itu, Target 3.8 bertujuan mewujudkan Universal Health Coverage (UHC), yaitu menekankan agar seluruh masyarakat memiliki kesempatan yang setara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar yang bermutu, termasuk obat-obatan dan vaksin yang aman serta dapat dijangkau.[61] Pencapaian SDG 3 juga berkaitan erat dengan kesehatan gigi dan mulut, karena kesehatan rongga mulut yang baik berperan penting dalam mendukung kesehatan tubuh secara keseluruhan serta meningkatkan kualitas hidup Masyarakat.[62]

2.1.10.2 SDG 6- Clean Water and Sanitation

SDG 6.1 merupakan salah satu target dalam Sustainable Development Goals (SDGs) yang bertujuan untuk memastikan seluruh masyarakat memiliki akses terhadap air minum yang aman dan terjangkau di tahun 2030 Penyediaan sumber air bersih yang dikelola secara aman sangat penting untuk meningkatkan kesehatan masyarakat serta mengurangi risiko penyakit yang disebabkan oleh penggunaan air yang tidak layak.[63]

Ketersediaan air yang aman juga berkaitan dengan kesehatan gigi dan mulut karena mendukung praktik kebersihan area mulut, seperti menyikat gigi dan menjaga kebersihan mulut. Oleh karena itu, ketersediaan air minum yang layak memiliki peran penting dalam mencegah berbagai masalah kesehatan, termasuk penyakit gigi dan mulut.(64)

2.1.10.3 SDG 10- Reduced Inequalities

Sustainable Development Goal (SDG) 10 bertujuan mengurangi ketimpangan sosial dan ekonomi baik di dalam maupun antarnegara. Upaya yang dilakukan meliputi peningkatan kesejahteraan kelompok masyarakat berpendapatan rendah, mendorong inklusi sosial, ekonomi, dan politik, serta menghapus berbagai bentuk kebijakan yang bersifat diskriminatif.(65)

SDG 10 memiliki keterkaitan dengan kesehatan gigi dan mulut karena kesenjangan sosial ekonomi merupakan salah satu faktor yang memengaruhi tingginya beban penyakit gigi dan mulut. Kelompok masyarakat dengan kondisi ekonomi yang kurang baik dan akses pelayanan kesehatan yang terbatas cenderung lebih rentan mengalami masalah kesehatan gigi dan mulut. (66)

2.1.11 Rencana pembangunan jangka menengah nasional bidang kesehatan 2025-2029

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2025–2029 yang ditetapkan pada 10 Februari 2025 merupakan tahap awal pelaksanaan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2025–2045 dalam mewujudkan visi Indonesia Emas 2045 .(67) RPJMN berfokus pada penguatan sistem kesehatan melalui peningkatan kualitas layanan kesehatan primer dan rujukan, pengembangan tenaga kesehatan, serta berbagai

upaya untuk menurunkan angka kejadian penyakit menular dan tidak menular, termasuk stunting serta kematian ibu dan bayi.[68]

Hasil penelitian Hikmah dan Juniar.[69]menunjukkan bahwa pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut sejak dini penting dilakukan karena berkontribusi terhadap kesehatan secara keseluruhan. Penerapan kebiasaan menjaga kebersihan gigi dan mulut, menyikat gigi secara rutin, serta melakukan pemeriksaan berkala ke dokter gigi dapat mencegah berbagai masalah kesehatan gigi dan mulut serta meningkatkan kualitas hidup.

Namun, masalah kesehatan gigi dan mulut seperti karies gigi masih cukup tinggi, terutama pada anak. Oleh karena itu, peningkatan perilaku hidup sehat, akses terhadap pelayanan kesehatan, serta perbaikan kondisi lingkungan menjadi faktor penting dalam mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat sesuai dengan arah kebijakan pembangunan kesehatan dalam RPJMN 2025–2029.[70]

2.2 Ringkasan pustaka

Tabel 1. Ringkasan pustaka

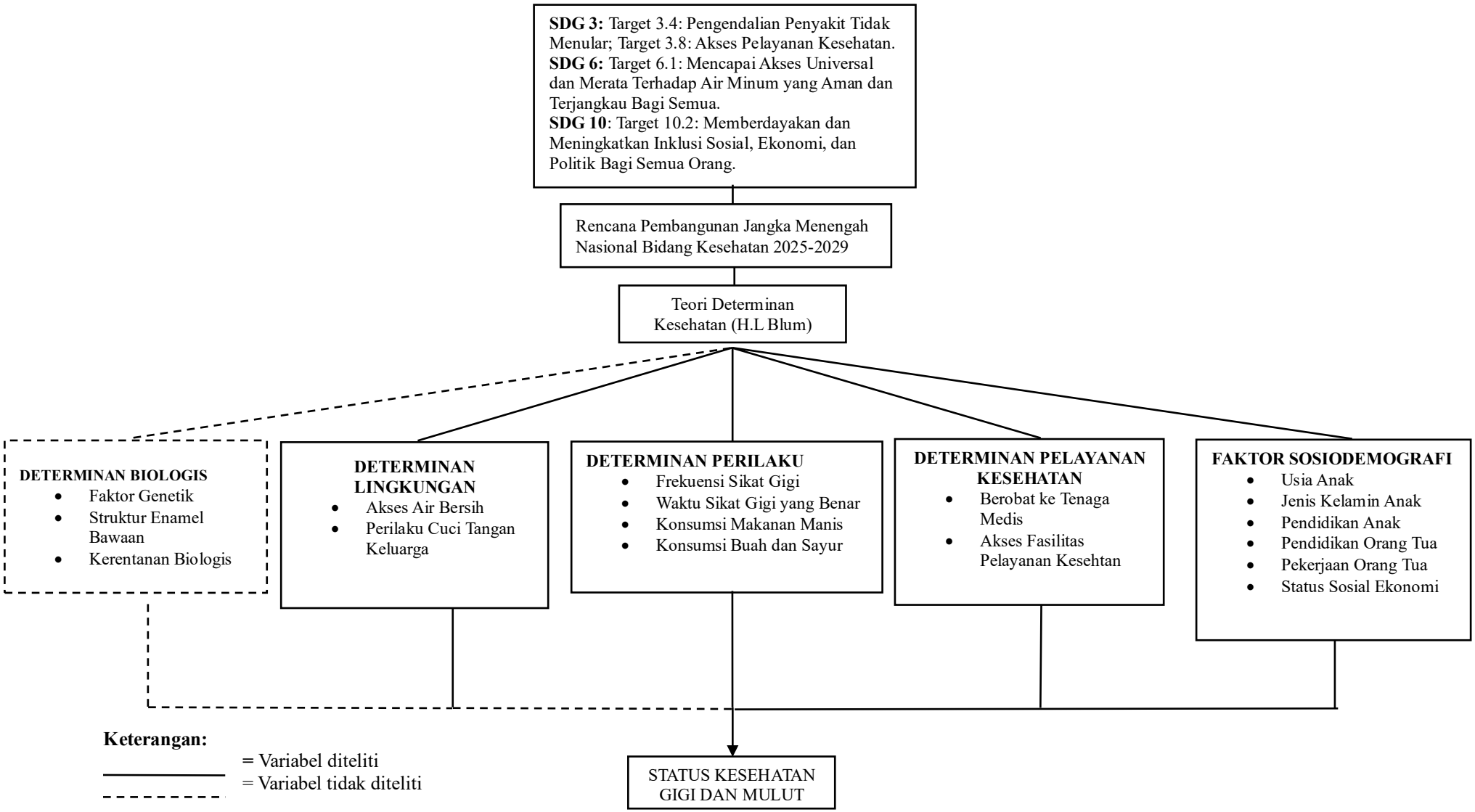
Peneliti	Lokasi	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Waktu	Hasil
Dewi et al. 2024	meta-analysis dari berbagai negara (Asia, Amerika, Australia, dan Eropa)	*meta-analysis*	Anak usia 1–5 tahun dari 11 penelitian (n=17.484)	Konsumsi gula, pendapatan keluarga, pendidikan ibu, kejadian karies gigi	2013-2023	• Konsumsi gula meningkatkan risiko karies (aOR=1,50; 95% CI: 1,32–1,70; p<0,001). • Pendapatan keluarga tinggi menurunkan risiko karies (aOR=0,65; 95% CI: 0,59–0,71; p<0,001). • Pendidikan ibu tinggi menurunkan risiko karies (aOR=0,71; 95% CI: 0,64–0,78; p<0,001).
Wahyuni et al. 2023	TK Bina Putra II Sukarame, Palembang, Indonesia.	*cross-sectional*	22 anak TK dan 22 orang tua	Status sosial ekonomi orang tua, kejadian karies gigi	2022	• Pendidikan orang tua signifikan (p=0,000). • Pekerjaan orang tua signifikan (p=0,029). • Pendapatan orang tua signifikan (p=0,006).
Afrinis et al. 2019	TK Melati Dharma Wanita Air Tiris, Kec. Kampar, Kab. Kampar, Riau, Indonesia (2019)	*cross-sectional*	98 anak usia dini dan 98 orang tua.	Pengetahuan ibu, kebiasaan menyikat gigi, konsumsi makanan manis, kejadian karies gigi	2019	• Pengetahuan ibu signifikan (p=0,003). • Kebiasaan menyikat gigi signifikan (p=0,001). • Konsumsi makanan manis signifikan (p=0,000).

Peneliti	Lokasi	Desain	Subjek	Variabel yang Diteliti	Waktu	Hasil
Warman et al. 2024	Nagari Tanjuang Barulak, Kec. Batipuh, Kab. Tanah Datar, Sumatera Barat, Indonesia	*cross-sectional*	143 murid kelas V dan VI SD	Frekuensi menyikat gigi, kejadian karies gigi molar permanen	2024	• Frekuensi menyikat gigi signifikan (p=0,03).
Suratri et al. 2018	Indonesia (33 provinsi, 497 kab/kota)	*cross-sectional*	Penduduk Indonesia usia ≥12 tahun (n=189.080) – data Riskesdas 2013	Konsumsi air minum, kejadian karies gigi.	2018	• Sebagian besar sumber air minum signifikan. • Air isi ulang tidak signifikan (p=0,178). • Air ledeng eceran tidak signifikan (p=0,307).
Aprinta et al. 2016	Desa Pertima, Karangasem, Bali	*cross-sectional*	Anak SD usia 8–12 tahun (n=107)	Frekuensi menyikat gigi, konsumsi makanan kariogenik, kejadian karies gigi molar permanen.	2016	• Frekuensi menyikat gigi signifikan (p=0,001). • Konsumsi makanan kariogenik tidak signifikan (p=0,896).
Ronaldo et al. 2023	SDN 1 Bukit Tunggal, Palangka Raya, Kalimantan Tengah	*cross-sectional*	62 siswa SD kelas V	Kebiasaan konsumsi makanan kariogenik, kejadian karies gigi	2023	• Konsumsi makanan kariogenik signifikan (p=0,000).

Novelty penelitian:

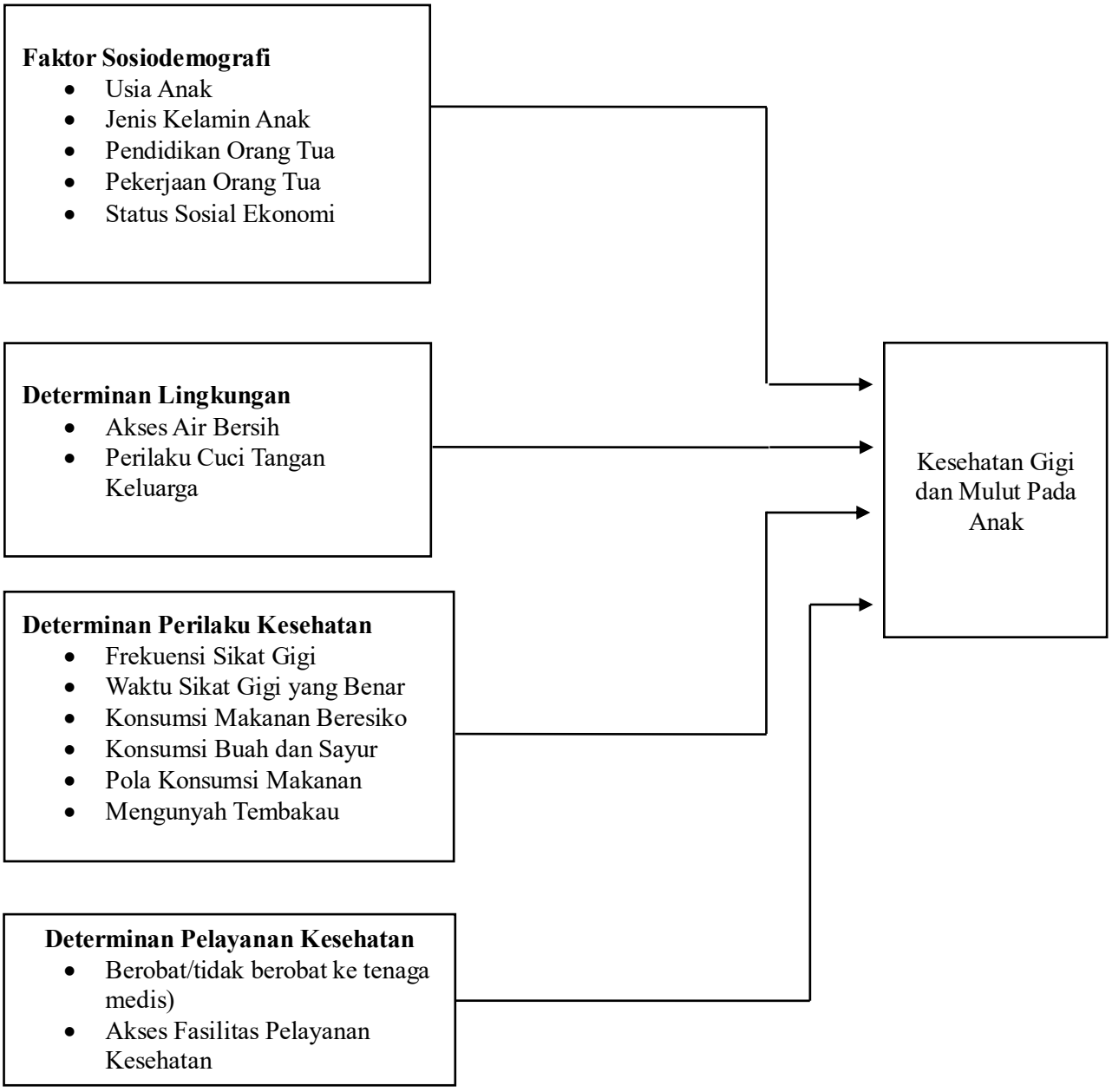
1. Penggunaan sumber data terbaru yaitu Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023.
2. Analisis yang mencakup keempat determinan kesehatan menurut teori Blum, yaitu faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan sosial ekonomi dalam hubungannya dengan kejadian karies gigi

2.3 Kerangka teori kesehatan gigi dan mulut pada anak



Gambar 1. Teori determinan kesehatan H.L Blum terhadap kesehatan gigi dan mulut pada anak.[5,27]

BAB III
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL



Gambar 2. Kajian Determinan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak

3.2. Definisi operasional

Tabel 2. Definisi operasional kesehatan gigi dan mulut pada anak

	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Mengukur	Koding	Skala	Referensi
Variabel Tergantung	Status Kesehatan Gigi dan Mulut Anak usia 3-18 tahun.	Kondisi kesehatan gigi anak berdasarkan jumlah gigi berlubang (*Decayed*), hilang karena karies (*Missing)*, dan ditambal (*Filled*) yang dinyatakan dalam indeks def-t (usia 3–5 tahun) atau DMF-T (usia 12 tahun)	Instrumen pemeriksaan klinis kesehatan gigi dan mulut dalam SKI 2023 (E01-E06)	Menggunakan data sekunder SKI 2023, berdasarkan pemeriksaan langsung oleh tenaga medis terlatih	Indeks def-t/DMF-T 0,0-1,1= Sangat Rendah; 1,2-2,6= Rendah; 2,7-4,4= Sedang; 4,5-6,5= Tinggi; ≥ 6,6= Sangat Tinggi.	Ordinal	WHO, 2013; SKI 2023
Variabel Bebas	Klasifikasi Wilayah Tempat Tinggal	Status tempat tinggal responden yang dikategorikan sebagai perdesaan atau perkotaan berdasarkan klasifikasi Badan Pusat Statistik (BPS) sebagaimana tercantum dalam dataset SKI 2023	Variabel klasifikasi wilayah dalam dataset rumah tangga dalam SKI 2023	Menggunakan data sekunder SKI 2023, berdasarkan klasifikasi wilayah dalam dataset SKI 2023, terdiri dari perkotaaan dan perdesaan	1= Perkotaan; 2= Perdesaan.	Nominal	SKI 2023
	Usia Anak	Umur responden dalam tahun berdasarkan tanggal lahir sampai tanggal wawancara sebagaimana tercantum dalam dataset SKI2023. (umur 3-18 tahun)	Variabel Umur pada Kuesioner individu SKI 2023.	Menggunakan data sekunder umur responden yang tercatat dalam satuan tahun pada dataset individu SKI 2023	Umur responden dalam tahun (3-18 tahun) (kelompok/tdk)	Rasio	SKI 2023

	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Mengukur	Koding	Skala	Referensi
	Jenis Kelamin Anak	Jenis kelamin biologis responden sebagaimana tercatat dalam kuesioner	Variabel jenis kelamin pada Kuesioner individu SKI 2023	Menggunakan data sekunder jenis kelamin responden yang tercatat dalam dataset individu SKI 2023, terdiri dari laki-laki dan perempuan	1=Laki-laki; 2=Perempuan	Nominal	SKI 2023
	Pendidikan Orang Tua	Tingkat pendidikan formal tertinggi yang ditamatkan oleh ayah atau ibu sebagaimana tercatat dalam kuesioner rumah tangga SKI 2023	Variabel tingkat pendidikan orang tua pada kuesioner rumah tangga SKI 2023 (Blok IV, kolom 8)	Menggunakan data sekunder tingkat pendidikan orang tua yang tercatat dalam dataset rumah tangga SKI 2023, mulai dari tidak sekolah hingga tamat PT	1=Tidak/belum sekolah; 2=tidak tamat SD; 3=tamat SD/MI; 4=tamat SLTP/MTS; 5=tamat SLTA/MA; 6= tamat D1/D2/D3; 7=Tamat PT	Ordinal	SKI 2023
	Pekerjaan Orang Tua	Status pekerjaan utama orang tua pada saat survei sebagaimana tercatat dalam kuesioner rumah tangga SKI 2023	Variabel status pekerjaan orang tua pada kuesioner rumah tangga SKI 2023 (Blok IV, Kolom 9	Menggunakan data sekunder status pekerjaan orang tua yang tercatat dalam dataset rumah tangga SKI 2023, mulai dari tidak berkerja hingga lainnya	1=Tidak bekerja; 2=Sekolah; 3=PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD; 4=Pegawai swasta; 5=Wiraswasta; 6=Petani/buruh tani; 7=Nelayan; 8=Buruh/sopir/pembantu ruta; 9= Lainnya	Nominal	SKI 2023

	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Mengukur	Koding	Skala	Referensi
	Status Sosial Ekonomi	Tingkat kesejahteraan rumah tangga berdasarkan indeks kepemilikan aset (*wealth index*) yang dihitung dalam SKI 2023 dan dikategorikan dalam lima kuintil	Indeks kepemilikan aset (*wealth index*) dalam SKI 2023 yang dihitung menggunakan metode *Principal Component Analysis (PCA)*	Menggunakan variabel *wealth index* dalam dataset rumah tangga SKI 2023 yang telah dikelompokkan ke dalam lima kuintil kesejahteraan, mulai dari terbawah hingga teratas.	1 = Terbawah (P1); 2 = Menengah bawah (P2); 3 = Menengah (P3); 4 = Menengah atas (P4); 5 = Teratas (P5).	Ordinal	SKI 2023; Rutstein & Johnson, 2004
	Akses Air Bersih	Status kelayakan sumber air minum rumah tangga yang dikategorikan sebagai air layak dan tidak layak berdasarkan jenis sumber air minum utama sebagaimana tercatat dalam SKI 2023.	Variabel sumber air minum utama pada kuesioner rumah tangga SKI 2023. (Blok VI, 1-10)	Menggunakan data sekunder variabel sumber air minum utama dalam dataset rumah tangga SKI 2023, kemudian dikategorikan menjadi air layak dan tidak layak sesuai klasifikikasi SKI 2023 dan indikator SDGs 6.1, yang dinilai dari jenis sarana air, lokasi, akses air, pengolahan, kualitas air, wadah penyimpanan	1= Layak; 0= Tidak layak	Nominal	SKI 2023; Pedoman SDGs 6.1 (Bappenas)

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Mengukur	Koding	Skala	Referensi
Perilaku Cuci Tangan Keluarga	Praktik mencuci tangan dengan sabun pada waktu penting berdasarkan jawaban responden individu dalam SKI 2023	Variabel Perilaku Cuci Tangan Pada Kuesioner individu SKI 2023 (G07-G10)	Menggunakan data sekunder variabel Perilaku cuci tangan dalam dataset Individu SKI 2023, yang terdiri dari ya dan tidak	1= ya; 2= tidak	Nominal	SKI 2023
Frekuensi Menyikat Gigi	Jumlah kebiasaan menyikat gigi dalam satu hari berdasarkan jawaban responden. Individu dalam SKI 2023	Variabel Perilaku Higienis Pada Kuesioner individu SKI 2023 (E09-E10)	Menggunakan data sekunder variabel perilaku higienis pada dataset individu SKI 2023, yang dinilai dari seberapa sering menggosok gigi dalam sehari	1 = 1 kali sehari; 2= 2 kali sehari; 7= >2 kali sehari.	Ordinal	SKI 2023
Waktu Menyikat Gigi yang Benar	Kebiasaan menyikat gigi pada waktu yang di rekomendasikan yaitu setelah sarapan dan sebelum tidur malam, berdasarkan jawaban responden pada kuesioner individu dalam SKI 2023	Variabel Perilaku Higienis Pada Kuesioner individu SKI 2023 (E11)	Menggunakan data sekunder variabel perilaku higienis pada dataset individu SKI 2023, yang terdiri dari ya dan tidak	1= ya; 2= tidak.	Nominal	SKI 2023

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Mengukur	Koding	Skala	Referensi
Konsumsi Makanan Beresiko	Kebiasaan mengonsumsi makanan dan minuman berisiko kesehatan berdasarkan jawaban responden pada kuesioner individu SKI 2023.	Variabel konsumsi makanan berisiko pada Kuesioner Individu SKI 2023 (G23–G24).	Menggunakan data sekunder variabel konsumsi makanan berisiko pada dataset individu SKI 2023, yang terdiri dari ya dan tidak	1 = Ya; 2 = Tidak	Nominal	SKI 2023
Konsumsi Buah dan Sayur	Kebiasaan konsumsi buah dan sayur dalam periode tertentu berdasarkan jawaban responden pada kuesioner individu 2023	Variabel konsumsi buah dan sayur pada Kuesioner individu SKI 2023 (G25-G30)	Menggunakan data sekunder variable konsumsi buah dan sayur pada dataset individu SKI 2023, yang terdiri dari ya dan tidak	1= ya; 2= tidak.	Nominal	SKI 2023
Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Gigi	Riwayat kunjungan atau pemeriksaan gigi ke tenaga kesehatan dalam periode tertentu berdasarkan jawaban responden pada kuesioner individu SKI 2023	Variabel Kesehatan gigi dan mulut pada Kuesioner individu SKI 2023 (E05-E07)	Menggunakan data sekunder variable Kesehatan gigi dan mulut pada dataset individu SKI 2023, yang terdiri dari ya dan tidak	1= ya; 2= tidak.	Nominal	SKI 2023

	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Mengukur	Koding	Skala	Referensi
	Akses Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Keterjangkauan Responden terhadap fasilitas pelayanan Kesehatan berdasarkan indikator jarak, waktu tempuh, atau kemudahan akses yang tercatat dalam kuesioner SKI 2023	Variabel akses fasilitas pelayanan Kesehatan pada kuesioner rumah tangga SKI 2023. (Blok VI, 1-3)	Menggunakan data sekunder variable akses fasilitas pelayanan Kesehatan dataset rumah tangga SKI 2023, yang terdiri dari ya dan tidak	1= ya; 2= tidak.	Nominal	SKI 2023

BAB IV
METODE

4.1 Desain

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional* dengan teknik total sampling**.**

4.2 Lokasi dan waktu

Penelitian dilakukan di DKI Jakarta pada bulan September sampai dengan bulan Desember 2026. Penelitian akan menggunakan data sekunder yang didapatkan dari Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kementerian Kesehatan Indonesia (BKPK), yaitu data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023 (SKI 2023).

4.3 Populasi dan sampel

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak usia 3–18 tahun di Indonesia yang tercakup dalam data Survei Kesehatan Indonesia 2023. Survei ini merupakan survei kesehatan berskala nasional yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 melibatkan sekitar 345.000 rumah tangga yang tersebar di 34 provinsi dan 514 kabupaten/kota di Indonesia, yang terbagi dalam sekitar 34.500 blok sensus, serta mencakup sekitar 1.191.692 individu responden dari berbagai kelompok umur**.**

4.3.1.2 Sampel

Subjek dalam penelitian ini adalah anak usia 3–18 tahun yang tercatat sebagai responden dalam dataset individu Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 dan

memenuhi kriteria inklusi penelitian**.** Pemilihan sampel dilakukan dengan menggunakan metode total sampling**,** yaitu seluruh responden yang memenuhi kriteria inklusi dalam dataset SKI 2023 digunakan sebagai sampel penelitian.

4.3.1.2.1 Kriteria pemilihan sampel

Kriteria inklusi

- Anak usia 3–18 tahun yang tercatat sebagai responden dalam dataset individu Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023**.**
- Responden yang memiliki data pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut pada SKI 2023.
- Responden yang memiliki data lengkap terkait variabel penelitian, meliputi variabel dependen (status kesehatan gigi dan mulut) serta variabel independen yang diteliti.

4.3.1.2.2 Perhitungan jumlah subjek

- **Jumlah Sampel (Perkotaan)**
- Rumus Populasi Infinit

$$n_0 = \frac{Z^2 \times p \times q}{d^2}$$

Keterangan

n_0 : besar sampel optimal yang dibutuhkan

Z : tingkat kepercayaan (1,96)

p : prevalensi masalah kesehatan gigi dan mulut di perkotaan menurut SKI 2023 (0,851)

q : prevalensi subjek yang tidak mengalami kejadian yang diteliti = 1 − p = 0,149

d : *margin of error* (0,05)

Perhitungan

$$n_0 = \frac{(1{,}96)^2 \times 0{,}851 \times 0{,}149}{(0.05)^2}$$

$$n_0 = \frac{3{,}84 \times 0{,}126}{0{,}0025}$$

= 193,5 = 194 anak

Sehingga jumlah sampel minimal adalah 194 responden anak di wilayah perkotaan**.**

- Rumus populasi finit

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Keterangan

n : jumlah sampel yang ditentukan untuk populasi finit

n_0 : jumlah sampel dari populasi infinit (194)

N : jumlah populasi kesehatan gigi dan mulut di perkotaan (484.838)

Perhitungan

$$\boldsymbol{n} = \frac{194}{1 + \frac{194}{484{,}83}}$$

$$= 194{,}4 = 195$$

Hasil

Berdasarkan hasil perhitungan menggunakan rumus tersebut, jumlah sampel minimal yang diperoleh adalah 195 responden anak di wilayah perkotaan. Untuk menghindari kemungkinan data tidak lengkap atau drop out**,** jumlah sampel dapat ditambahkan 15%**,** sehingga total sampel menjadi sekitar 225 responden anak di wilayah perkotaan**.**

- **Jumlah Sampel (Perdesaan)**

- Rumus Populasi Infinit

$$n_0 = \frac{Z^2 \times p \times q}{d^2}$$

Keterangan

n_0 : besar sampel optimal yang dibutuhkan
Z : tingkat kepercayaan (1,96)
p : prevalensi masalah kesehatan gigi dan mulut di perdesaan menurut SKI 2023 (0,901)
q : prevalensi subjek yang tidak mengalami kejadian yang diteliti = 1 − p = 0,099
d : *margin of error* (0,05)

Perhitungan

$$n_0 = \frac{(1{,}96)^2 \times 0{,}901 \times 0{,}099}{(0.05)^2}$$

$$n_0 = \frac{3{,}84 \times 0{,}2451}{0{,}0025}$$

= 136,5 = 137 anak

Sehingga jumlah sampel minimal adalah 137 responden anak di wilayah perdesaan**.**

- Rumus populasi finit

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Keterangan

n : jumlah sampel yang ditentukan untuk populasi finit

n_0 : jumlah sampel dari populasi infinit (137)

N : jumlah populasi kesehatan gigi dan mulut di perdesaan (344.735)

Perhitungan

$$\boldsymbol{n} = \frac{137}{1 + \frac{137}{344{,}73}}$$

$$= 137{,}3 = 138\ anak$$

Berdasarkan hasil perhitungan menggunakan rumus tersebut, jumlah sampel minimal yang diperoleh adalah 138 responden anak di wilayah perkotaan. Untuk menghindari kemungkinan data tidak lengkap atau drop out**,** jumlah sampel dapat

ditambahkan 15%**,** sehingga total sampel menjadi sekitar 159 responden anak di wilayah perkotaan**.**

4.4 Bahan dan instrumen

Bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah dataset Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 yang diperoleh dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia**.** Data tersebut merupakan data sekunder yang mencakup informasi mengenai karakteristik responden, kondisi sosial ekonomi, lingkungan, perilaku kesehatan, serta status kesehatan gigi dan mulut.

Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 yang telah distandarisasi oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, yang meliputi:

1. Formulir pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut

Digunakan untuk memperoleh data status kesehatan gigi dan mulut anak berdasarkan hasil pemeriksaan klinis oleh tenaga kesehatan terlatih. Variabel ini diukur menggunakan indeks def-t dan DMF-T yang terdapat pada Formulir Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut SKI 2023 (E01–E06)**.**

2. Kuesioner individu SKI 2023

Kuesioner individu digunakan untuk memperoleh data karakteristik responden dan perilaku kesehatan. Variabel yang digunakan dalam penelitian ini meliputi:

- Usia anak (variabel umur pada kuesioner individu SKI 2023)
- Jenis kelamin anak (variabel jenis kelamin pada kuesioner individu SKI 2023)
- Perilaku cuci tangan keluarga (Blok G, variabel G07–G10)
- Frekuensi menyikat gigi (Blok E, variabel E09–E10)

- Waktu menyikat gigi yang benar (Blok E, variabel E11)
- Konsumsi Makanan Beresiko (Blok G, Variabel G23-G24)
- Konsumsi buah dan sayur (Blok G, variabel G25–G30)
- Pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi (Blok E, variabel E05–E07)

3. Kuesioner rumah tangga SKI 2023

Kuesioner rumah tangga digunakan untuk memperoleh data mengenai kondisi sosial ekonomi keluarga, lingkungan rumah tangga, serta akses pelayanan kesehatan. Variabel yang digunakan meliputi:

- Klasifikasi wilayah tempat tinggal (perkotaan/perdesaan) berdasarkan variabel klasifikasi wilayah dalam dataset SKI 2023
- Pendidikan orang tua (Blok IV, kolom 8)
- Pekerjaan orang tua (Blok IV, kolom 9)
- Status sosial ekonomi (*wealth index*) yang dihitung dalam dataset SKI 2023 menggunakan metode *Principal Component Analysis*
- Akses air bersih (Blok VI, variabel 1–10)
- Akses fasilitas pelayanan kesehatan (Blok VI, variabel 1–3)

4.5 Manajemen data

Pengolahan data dalam penelitian ini meliputi data editing, data coding, data entry, data cleaning, dan analisis data. Manajemen data dilakukan menggunakan komputer dengan bantuan perangkat lunak *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)**.**

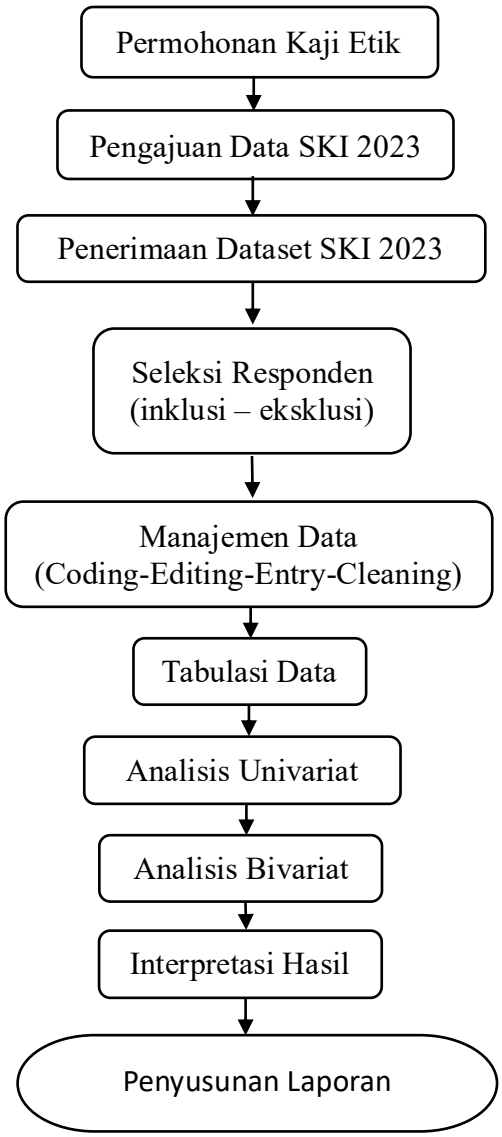
- **Analisis univariat**

Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan distribusi masing-masing variabel penelitian dalam bentuk frekuensi dan persentase. Variabel independen yang dianalisis meliputi faktor sosiodemografi (usia anak, jenis kelamin, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, dan status sosial ekonomi), determinan lingkungan (akses air bersih dan perilaku cuci tangan keluarga), determinan perilaku kesehatan (frekuensi dan waktu menyikat gigi, konsumsi makanan manis, serta konsumsi buah dan sayur), serta pelayanan kesehatan (berobat ke tenaga medis dan akses fasilitas pelayanan kesehatan). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah status kesehatan gigi dan mulut pada anak**.**

- **Analisis bivariat**

Analisis bivariat dilakukan untuk menganalisis hubungan antara masing-masing variabel independen, yaitu faktor sosiodemografi, faktor lingkungan, perilaku kesehatan mulut, serta akses pelayanan kesehatan dengan variabel dependen, yaitu status kesehatan gigi dan mulut pada anak. Selain itu, analisis bivariat juga dilakukan untuk mengetahui perbedaan status kesehatan gigi dan mulut anak berdasarkan wilayah tempat tinggal, yaitu perkotaan dan perdesaan. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi-square* dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$ Apabila asumsi uji Chi-square tidak terpenuhi, maka analisis dilanjutkan menggunakan uji Fisher's Exact**.**

4.6 Alur kerja penelitian



Gambar 3. Alur kerja

4.7 Etika penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang bersumber dari Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023**.** Data yang digunakan merupakan data yang telah dianonimkan sehingga tidak memuat identitas pribadi responden. Penelitian ini dilakukan setelah memperoleh persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti.

4.8 Penjadwalan penelitian

Tabel 3 Penjadwalan pelaksanaan penelitian

Kegiatan	2026												2027	
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb
Persiapan dan pengumpulan data	■													
Penyusunan dan penyelesaian BAB I **(Pendahuluan)**		■												
Penyusunan dan penyelesaian BAB II **(Tinjauan Pustaka)**		■												
Penyusunan dan penyelesaian BAB III **(Metodologi)**		■												
Penyusunan dan penyelesaian BAB IV **(Hasil)**		■												
Ujian Proposal						■								
Penelitian									■	■	■			
Penyusunan dan penyelesaian BAB V **(Pembahasan)**												■		
Penyusunan dan penyelesaian BAB VI (**Kesimpulan dan saran)**												■		
Persiapan ujian skripsi													■	
Penyusunan naskah publikasi E-jurnal														■

REFERENCE

1. Ramadhani A, Khairinisa S, Setiawati F, Darwita RR, Maharani DA. The Relationships Among Oral Health Practices, Early Childhood Caries, and Oral Health-related Quality of Life in Indonesian Preschool Children. J Int Soc Prev Community Dent. 2021 Mar;11(2):158–65. doi:10.4103/JISPCD.JISPCD_388_20
2. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022.
3. Amalia DR, Rahutami S, Murni NS. Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian karies gigi (indeks DMF-T). J Kesehat Tambusai [Internet]. 2024 [cited 2026 Jun 10];5(2). Available from: https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/jkt/article/view/28266
4. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. Laporan tematik Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023: potret kesehatan Indonesia [Internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2024 [cited 2026 Jun 11]. Available from: https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/5537/
5. Maisyarah, Fatma F, Adriani, Harisnal, Fajariyah R, Yasril AI, et al. Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Bandung: Media Sains Indonesia; 2021.
6. Benach J, Friel S, Houweling TAJ, Labonté R, Muntaner C, Schrecker T, et al. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010.
7. World Health Organization. Guideline. WHO suggests a further reduction of the intake of free sugars to below 5% of total energy intake. World Health Organization [Internet]. 2015 [cited 2026 Jun 10];59. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241549028
8. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2003;31(Suppl 1):3-23. doi:10.1046/j.2003.com122.x.
9. Wahyuni S, Nurhayati M, Septiana R. Kolerasi status sosial ekonomi terhadap kejadian karies gigi anak TK Bina Putra II Sukarame Palembang. J Kesehat Gigi Mulut. 2023;5(1):14-22. doi:10.36086/JKGM.V5I1.1596.
10. Maha A, Dwi P, Dewi P, Pamungkasari EP, Murti B. The impact of sugar intake, household income, and maternal education on the occurrence of dental caries in children: a meta-analysis. J Epidemiol Public Health. 2024;9(2):227-242. doi:10.26911/JEPUBLICHEALTH.2024.09.02.09.
11. Napitupulu DFGD. Hubungan kebiasaan menyikat gigi dengan karies gigi pada anak usia sekolah. Jurnal Keperawatan Priority. 2023;6(1):103-110. doi:10.34012/jukep.v6i1.2948.

12. Hidayati, Lendrawati, Adnan S, Febrian, Apriliana AL. Keparahan karies dan pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi mulut anak usia 1-12 tahun di Kabupaten Pesisir Selatan. Andalas Dent J. 2024;12(1):35-44. doi:10.25077/adj.v12i1.291.
13. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Survei Kesehatan Indonesia Tahun 2023. Jakarta: Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan;2024.
14. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. Laporan Tematik Survei Kesehatan Indonesia 2023. Jakarta: BKPK Kementerian Kesehatan RI; 2024.
15. World Health Organization. Oral health [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2026 Mar 4]. Available from: https://www.who.int/health-topics/oral-health
16. Dörfer C, Benz C, Aida J, Campard G. The relationship of oral health with general health and NCDs: a brief review. Int Dent J. 2017;67(Suppl 2):14-18. doi:10.1111/idj.12360.
17. Nurwati B, Setijanto D. Masalah karies gigi dengan kualitas hidup pada anak usia 5-7 tahun di Kecamatan Landasan Ulin Kota Banjarbaru Kalimantan Selatan. J Oral Health Care. 2021;9(1):9-15. doi:10.29238/ohc.v9i1.970.
18. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Apa itu karies gigi? [Internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2022 Aug 25 [cited 2026 Mar 4]. Available from: https://keslan.kemkes.go.id/view_artikel/1383/apa-itu-karies-gigi
19. Widyatmoko Y, Setyawati Ningsih N, Husna A. Comparison of the number of salivary bacterial colonies in caries and non-caries children after consuming isotonic drinks. J Kesehat Gigi. 2022;9(1):58-62. doi:10.31983/jkg.v9i1.7934.
20. Marsh PD, Zaura E. Dental biofilm: ecological interactions in health and disease.J Clin Periodontol. 2017;44(Suppl 18):S12-S22.
21. Marlindayanti. Manajemen pencegahan karies. Jakarta: Lembaga Chakra Brahmana Lentera; 2022. ISBN: 9786236541821.
22. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics*.
23. Kurniawan H, Fitriani Y, Sari RP, Handayani B, Rahmitasari F, Prabowo PB, et al. Indeks DMF-T dan def-t murid usia 7-10 tahun MI Tarbiyatut Tholabah Lamongan. MAJU: Indonesian Journal of Community Empowerment. 2025;2(1):1-8. doi:10.62335
24. Notohartojo IT, Magdarina DA. Penilaian indeks DMF-T anak usia 12 tahun oleh dokter gigi dan bukan dokter gigi di Kabupaten Ketapang Provinsi Kalimantan Barat. Media Penelit Pengemb Kesehat [Internet]. 2013
25. Alrashdi M. Influences of maternal nutrition and lifestyle factors on early childhood oral health: a systematic review of mechanisms and intervention strategies. Children (Basel). 2024;11(9):1107. doi:10.3390/children11091107.
26. Fejerskov O, Nyvad B, Kidd EAM, editors. Dental caries: the disease and its. clinical management. 3rd ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2015.
27. Blum HL. *Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory*. 2nd ed. New York: Human Sciences Press; 1981.

28. Kawakubo-Yasukochi T, Hayashi Y, Hirata M. Effects of Maternal Nutrition on Oral Health in Offspring. Curr Oral Health Rep. 2023;10(3):69-74. doi:10.1007/s40496-023-00338-z.
29. Widayati N. Faktor yang berhubungan dengan karies gigi pada anak usia 4–6 tahun. J Berk Epidemiol. 2014;2(2):196-205.
30. Worotitjan I, Mintjelungan CN, Gunawan P. Pengalaman karies gigi serta pola makan dan minum pada anak sekolah dasar di Desa Kiawa Kecamatan. Kawangkoan Utara. e-GiGi. 2013;1(1):59-68. doi:10.35790/eg.1.1.2013.1931.
31 Afrinis N, Indrawati, Farizah N. Analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian karies gigi anak usia dini. Jurnal Obsesi: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini. 2021;5(1):763-771. doi:10.31004/obsesi.v5i1.668.
32. Supariani NND, Senjaya AA, Sirat NM, Arini NW, Fadila Y. Hubungan kebersihan gigi dan mulut dengan kejadian karies gigi permanen pada siswa kelas V SDN 7 Pedungan Denpasar Selatan tahun 2025. J Kesehat Gigi (Dental Health Journal). 2025;12(2):121-130. doi:10.33992/jkg.v12i2.4202.
33. Persatuan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia Sulawesi Tenggara (PERSAKMI Sultra). Pengaruh pendidikan terhadap pentingnya kesadaran literasi kesehatan [Internet]. Kendari: PERSAKMI Sultra; 2023 Aug 30 [cited 2026 Mar 4]. Available from: https://www.persakmisultra.com/2023/08/pengaruh-pendidikan-terhadap-pentingnya.html
34. Suprapti T, Suyatmi D, Almujadi. Hubungan pengetahuan orang tua dalam pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut dengan terjadinya rampan karies gigi depan pada anak TK [Internet]. Yogyakarta: Poltekkes Kemenkes Yogyakarta; 2020 [cited 2026 Jun 11]. Available from: https://journal.institercom-edu.org/index.php/multiple/article/view/1116/760
35. Taluke OJ, Lesawengen L, Suwu EAA. Pengaruh status sosial ekonomi orang tua terhadap tingkat keberhasilan mahasiswa di Desa Buo Kecamatan Loloda Kabupaten Halmahera Barat. Holistik J Soc Cult [Internet]. 2021 [cited 2026 Jun 10];14(2). Available from: https://ejournal.unsrat.ac.id/v3/index.php/holistik/article/view/33777
36. ICF International. The DHS Program: wealth index [Internet]. Rockville (MD): ICF International; [cited 2026 Mar 4]. Available from: https://dhsprogram.com/topics/wealth-index/
37. Xie K, Marathe A, Deng X, Ruiz-Castillo P, Imputiua S, Elobolobo E, et al. Alternative approaches for creating a wealth index: the case of Mozambique. BMJ Glob Health. 2023;8(8):e012639. doi:10.1136/bmjgh-2023-012639.
38. Gondwe KW, Walker RJ, Mkandawire-Valhmu L, Dressel A, Ngui EM, Kako PM, et al. Predictors of wealth index in Malawi: analysis of Malawi Demographic Health Survey 2004-2015/16. Public Health Pract (Oxf). 2021;2:100059. doi:10.1016/j.puhip.2020.100059.

39. Maulany RF, Dianingati RS, Annisaa E. Faktor-faktor yang mempengaruhi akses kesehatan. Indonesian Journal of Pharmacy and Natural Product. 2021;4(2):142-149. doi:10.35473/ijpnp.v4i2.1161.
40. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019;394(10194):249 60.
41. Dewi AS, Suyanto, Sari DK. Persepsi masyarakat terhadap aksesabilitas pelayanan kesehatan. J-KESMAS J Kesehat Masy. 2024;10(1):93-105. doi:10.35329/jkesmas.v10i1.4875.
42. Maharani A, Astrid, Arya, Deti, Yanti D, Sulla FY, Hafizi MZ. Dampak kemiskinan terhadap ketidaksetaraan pelayanan kesehatan di Indonesia. Jurnal Ilmu Sosial dan Humaniora. 2025;1(4):1336-1344. doi:10.63822/j61qt429.
43. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Air dan kesehatan [Internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2020 Oct 20 [cited 2026 Mar 4]. Available from: https://kemkes.go.id/id/air-dan-kesehatan
44. Suratri MAL, Jovina TA, Notohartojo IT. Hubungan kejadian karies gigi dengan konsumsi air minum pada masyarakat di Indonesia. Media Penelit Pengemb Kesehat. 2018;28(3):211-218. doi:10.22435/mpk.v28i3.254.
45. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. Metadata target indikator air minum [Internet]. Jakarta: Sekretariat Nasional SDGs Indonesia; [cited 2026 Mar 4]. Available from: https://sdgs.bappenas.go.id
46. Yusfar KM, Yuni A. Hubungan perilaku hidup bersih dan sehat dengan kejadian karies (kavitasi) gigi pada anak usia sekolah. Healthy Journal [Internet]. 2018 [cited 2026 Mar 4];6(2):12-18. Available from: https://ejournal.unibba.ac.id/index.php/healthy/article/view/480
47. Warman A, Arnetty MYS, Ifitri HI, Salsabila S, Amiruddin. Hubungan frekuensi menyikat gigi dengan karies gigi molar pertama permanen murid kelas V dan VI sekolah dasar. SAGO Gizi Kesehat. 2024;5(3B):1137-1142. doi:10.30867/gikes.v5i3b.2228.
48. Kim EJ, Lee CR. Relationship between Tooth Brushing and Hand Washing. Practices by Family Type among Adolescents: A 2021 Nationally Representative Korean Survey. Hygiene. 2024;4(3):320-330. doi:10.3390/hygiene4030025.
49. Nugroho A, Riolina A, Ningsih JR. Hubungan pola jajan kariogenik dan kebiasaan menggosok gigi terhadap kejadian karies gigi molar pertama permanen pada anak usia 8–10 tahun di SDN 01 Gumpang Kecamatan Kartasura, Sukoharjo. J Ilm Fak Kedokt Gigi Univ Muhammadiyah Surakarta. 2015:5-11.
50. Aprinta IKP, Prasetya MA, Wirawan IMA. Hubungan frekuensi menyikat gigi dan konsumsi makanan kariogenik dengan kejadian karies gigi molar pertama

permanen pada anak sekolah dasar usia 8-12 tahun di Desa Pertima, Karangasem, Bali. Bali Dent J. 2018;2(1):1-8. doi:10.51559/bdj.v2i1.17.
51. Ronaldo F, Wiyono H, Anggraini UP. Hubungan kebiasaan konsumsi makanan kariogenik dengan kejadian karies gigi pada anak sekolah dasar kelas V di SDN 1 Bukit Tunggal Palangka Raya. J Kesehat Med Udayana. 2024;10(1):26-35.
52. Senjaya AA. Buah dapat menyebabkan gigi karies. Jurnal Kesehatan Gigi. 2014;2(1):15-20.
53. Farizah LN, Astuti IK, Larasati R. Hubungan konsumsi makanan kariogenik. terhadap kejadian karies gigi pada anak usia sekolah dasar. J Ilm Keperawatan Gigi (JIKG). 2021;2(2):266-275.
54. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Erosi gigi dan karies gigi akibat konsumsi jus buah 100% [Internet]. Surabaya: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga; 2022 Apr 9 [cited 2026 Mar 4]. Available from: https://fkm.unair.ac.id/2022/04/09/erosi-gigi-dan-karies-gigi-akibat-konsumsi-jus-buah-100/
55. Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Muhammadiyah Sidoarjo. Pemeriksaan gigi berkala: investasi kecil untuk kesehatan mulut [Internet]. Sidoarjo: Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Muhammadiyah Sidoarjo; 2025 Oct 13 [cited 2026 Mar 4]. Available from: https://fkg.umsida.ac.id/pemeriksaan-gigi-berkala-untuk-investasi-kecil/
56. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Deteksi dini dan proteksi terhadap karies gigi anak [Internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2023 [cited 2026 Mar 4]. Available from: https://keslan.kemkes.go.id/view_artikel/2976/deteksi-dini-dan-proteksi-terhadap-karies-gigi-anak
57. Diani RA. Analysis of the distribution pattern and affordability of health facilities based on a geographic information system in Cianjur Regency in 2024 [skripsi]. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2025. Available from: https://eprints.ums.ac.id/id/eprint/139138
58. Alwi N, Hikmah BN, Andayanie E. Faktor yang berhubungan terhadap akses pelayanan kesehatan di Puskesmas Seko Desa Padang Raya. Window of Public Health Journal. 2025;6(2):330-341. doi:10.33096/woph.v6i2.2150.
59. Universitas Airlangga. Kenali 17 tujuan SDGs dan penjelasannya [Internet]. Surabaya: Universitas Airlangga; 2025 [cited 2026 Mar 4]. Available from: https://unair.ac.id/kenali-17-tujuan-sdgs-dan-penjelasannya/
60. World Health Organization. Targets of Sustainable Development Goal 3 [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; [cited 2026 Mar 4]. Available from: https://www.who.int/europe/about-us/our-work/sustainable-development-goals/targets-of-sustainable-development-goal-3
61. World Health Organization. Universal health coverage (UHC) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Mar 4]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)

62. Haque S. Sustainable development goals and the dental profession in Saudi Arabia: a call to action. Dent Hypotheses. 2025;16(3):73-75. doi:10.4103/DENTHYP.DENTHYP_22_25.
63. Komisi Nasional Hak Asasi Manusia. Kerangka analisis untuk mengintegrasikan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) dengan kewajiban pemenuhan hak-hak asasi manusia untuk di Indonesia [Internet]. Jakarta: Komisi Nasional Hak Asasi Manusia; 2017 [cited 2026 Mar 4]. Available from: https://sdg.komnasham.go.id
64. Mint Dental of Anchorage. How does water quality affect oral health? [Internet]. Anchorage (AK): Mint Dental of Anchorage; [cited 2026 Mar 4]. Available from: https://mintdentalak.com/how-does-water-quality-affect-oral-health/
65. SDGs Knowledge Hub Jakarta. SDGs detail: berkurangnya kesenjangan [Internet]. Jakarta: SDGs Knowledge Hub Jakarta; [cited 2026 Mar 4]. Available from: https://sdgs.jakarta.go.id/sdgs-goal/berkurangnya-kesenjangan
66. UNICEF. SDG Goal 10: reduced inequalities [Internet]. New York (NY): United Nations Children's Fund; [cited 2026 Mar 4]. Available from: https://data.unicef.org/sdgs/goal-10-reduced-inequalities/
67. Kementerian Sekretariat Negara Republik Indonesia. RPJMN 2025–2029: fondasi awal wujudkan Visi Indonesia Emas 2045 [Internet]. Jakarta: Sekretariat Negara Republik Indonesia; 2025 [cited 2026 Mar 6]. Available from: https://www.setneg.go.id/baca/index/rpjmn_2025_2029_fondasi_awal_wujudkan_visi_indonesia_emas_2045
68. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029 [Internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2025 [cited 2026 Mar 6]. Available from: https://kemkes.go.id/id/permenkes-ri-no-12-tahun-2025-tentang-rencana-strategis-kementerian-kesehatan-tahun-2025-2029
69. Asriawal, Angki J, Dwiasrianti WOF. Overview of OHI-S status and toothbrushing knowledge in Baubau City Pioneer Batalyon B Police, Southeast Sulawesi. Media Kesehat Gigi. 2024;23(2):50-55. doi:10.32382/mkg.v23i2.1244.
70. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. Ringkasan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2025–2029 [Internet]. Jakarta: Kementerian PPN/Bappenas; 2025 [cited 2026 Mar 6]. Available from: Publikasi RPJMN 2025–2029 Bappenas

Lampiran:
Dummy table

Lampiran 1. Hubungan Determinan Kesehatan dengan Status Kesehatan Gigi dan Mulut Anak Usia 3–18 Tahun Menurut Wilayah Tempat Tinggal di Indonesia Tahun 2023 (n= …)

Variabel	Perdesaan		p[1]	Perkotaan		p[2]	p[3]
	Status Kesehatan Gigi dan Mulut			Status Kesehatan Gigi dan Mulut			
	Baik n (%)	Buruk n (%)		Baik n (%)	Buruk n (%)		
Usia Anak							
3–5 tahun							
6–12 tahun							
13–18 tahun							
Jenis Kelamin Anak							
Laki-laki							
Perempuan							
Pendidikan Orang Tua							
Tidak/belum sekolah							
Tidak tamat SD							
Tamat SD/MI							
Tamat SMP/MTs							
Tamat SMA/MA							
Tamat D1/D2/D3							
Tamat Perguruan Tinggi							
Pekerjaan Orang Tua							
Tidak bekerja							
Sekolah							
PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD							
Pegawai swasta							
Wiraswasta							
Petani/Buruh tani							
Nelayan							
Buruh/Sopir/Pembantu RT							
Lainnya							
Status Sosial Ekonomi							
Terbawah (P1)							
Menengah bawah (P2)							
Menengah (P3)							
Menengah atas (P4)							

Variabel	Perdesaan		p1	Perkotaan		p2	p3
	Status Kesehatan Gigi dan Mulut			Status Kesehatan Gigi dan Mulut			
	Baik n (%)	Buruk n (%)		Baik n (%)	Buruk n (%)		
Teratas (P5)							
Akses Air Bersih							
Layak							
Tidak layak							
Perilaku Cuci Tangan Keluarga							
Ya							
Tidak							
Frekuensi Menyikat Gigi							
1 kali sehari							
2 kali sehari							
> 2 kali sehari							
Waktu Menyikat Gigi yang Benar							
Ya							
Tidak							
Konsumsi Buah dan Sayur							
Ya							
Tidak							
Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Gigi							
Ya							
Tidak							
Akses Fasilitas Pelayanan Kesehatan							
Ya							
Tidak							

Keterangan:

p^1 = hasil uji hubungan pada wilayah perdesaan;
p^2 = hasil uji hubungan pada wilayah perkotaan;
p^3 = hasil uji perbandingan antara wilayah perdesaan dan perkotaan.

Lampiran 2. Kuesioner Individu Data SKI 2023

E. KESEHATAN GIGI DAN MULUT [**ART ≥ 3 TAHUN**]					
E01	**Dalam 1 tahun terakhir**, apakah [NAMA] mempunyai masalah kesehatan gigi? **ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK**				
	a. Gigi rusak, berlubang ataupun sakit	☐	d. Gigi goyah		☐
	b. Gigi hilang karena dicabut atau tanggal sendiri	☐	e. Gigi sensitif		☐
	c. Gigi telah di tambal/ditumpat karena berlubang	☐	f. Lainnya, Sebutkan…		☐
E02	**Dalam 1 tahun terakhir**, apakah [NAMA] mempunyai masalah mulut? **ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK**				
	a. Gusi bengkak dan/atau keluar bisul (abses)	☐	c. Sariawan berulang minimal 4 kali		☐
	b. Gusi mudah berdarah (seperti saat menyikat gigi)	☐	d. Sariawan menetap dan tidak pernah sembuh minimal 1 bulan		☐
E03	**Dalam 1 tahun terakhir,** apakah [NAMA] pernah berobat ke tenaga medis gigi?			1. Ya 2. Tidak ➔ **E.07**	☐

E04	**Dalam 1 tahun terakhir**, jenis tindakan apa saja yang diterima [NAMA] dari **tenaga medis gigi** untuk mengatasi masalah gigi dan mulut? **ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK**			
	a. Pengobatan/minum obat	☐	f. Pemasangan gigi palsu	☐
	b. Konseling perawatan kebersihan dan kesehatan gigi dan mulut	☐	g. Pemasangan gigi tanam (*Implant denture*)	☐
	c. Penumpatan/penambalan gigi	☐	h. Perawatan orthodonsi (behel/kawat gigi)	☐
	d. Pencabutan gigi	☐	i. Pembersihan karang gigi (*scaling*)	☐
	e. Bedah mulut	☐	j. Perawatan gusi/*periodontal treatment*	☐

E05	**Dalam 1 tahun terakhir**, kemana biasanya [NAMA] mencari pengobatan atau pelayanan untuk mengatasi masalah kesehatan gigi dan mulut? **ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK**					
	Profesi	RS	Puskesmas	Klinik	Praktik Mandiri	Lain-lain
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	a. Dokter gigi spesialis	☐	☐	☐	☐	☐
	b. Dokter gigi	☐	☐	☐	☐	☐
	c. Terapis gigi	☐	☐	☐	☐	☐
	d. Dokter umum/Nakes lainnya	☐	☐	☐	☐	☐

E06	**Dalam 1 tahun terakhir**, seberapa sering [NAMA] berobat ke tenaga medis gigi?	1. 1- 2 kali 2. >2 kali	☐

	LANJUT KE E.08				
E07	Alasan [NAMA] tidak pernah berobat ke tenaga medis gigi? **ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK (JAWABAN TIDAK DIBACAKAN)**				
	a. Tidak pernah sakit gigi	☐	f. Tidak ada pelayanan kesgilut di fasyankes yang dituju	☐	
	b. Merasa tidak perlu	☐	g. Tidak ada biaya berobat	☐	
	c. Takut ke dokter gigi	☐	h. Tidak ada biaya transport	☐	
	d. Khawatir terpapar COVID-19	☐	i. Berobat ke tukang gigi	☐	
	e. Waktu tunggu pelayanan lama	☐	j. Mengobati sendiri	☐	
DAMPAK PENYAKIT GIGI DAN MULUT TERHADAP KUALITAS HIDUP					
E08	**Dalam 1 tahun terakhir**, apakah [NAMA] pernah tidak masuk sekolah/kerja/tidak bisa beraktivitas karena gangguan kesehatan gigi dan mulut?	1. Ya 7. Tidak Berlaku 2. Tidak		☐	
PERILAKU HIGIENIS					
E09	Apakah [NAMA] biasa menyikat gigi setiap hari?	1. Ya 2. Tidak ➔ **BLOK F** 7. Tidak Berlaku ➔ **BLOK F**		☐	
E10	Jika Ya, berapa kali [NAMA] sehari menyikat gigi?	1. 1 kali per hari 2. 2 kali per hari 3. >2 kali per hari		☐	
E11	Kapan saja biasanya [NAMA] menyikat gigi? **ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA ATAU 2. TIDAK**				
	a. Pagi sebelum sarapan	☐	c. Sesudah makan siang ☐	e. Sebelum tidur malam	☐
	b. Pagi sesudah sarapan	☐	d. Saat mandi sore ☐		

PERILAKU CUCI TANGAN [ART UMUR ≥ 10 TAHUN]				
G07	Apakah [NAMA] biasa mencuci tangan?	1.Ya 2. Tidak ➔ **G.11**		☐
G08	Apakah [NAMA] selalu mencuci tangan menggunakan air bersih mengalir?	1.Ya 2. Tidak		☐
G09	Dengan menggunakan apa [NAMA] biasanya mencuci tangan?	1. Sabun 3. Keduanya 2. Hand sanitizer 4. Tidak keduanya		☐
G10	Kapan [NAMA] biasa mencuci tangan? **(JAWABAN DIBACAKAN) ISIKAN KODE JAWABAN: 1. YA, 2. TIDAK ATAU 7. TIDAK BERLAKU**			
	a. Sebelum menyiapkan makanan/ sebelum makan	☐	d. Setelah menggunakan pestisida/ insektisida	☐
	b. Setiap kali tangan kotor (memegang uang, binatang, berkebun)	☐	e. Setelah menceboki balita	☐
	c. Setelah buang air besar (BAB)	☐	f. Sebelum menyusui bayi	☐

KONSUMSI MAKANAN BERISIKO [ART UMUR ≥ 3 TAHUN]				
Tanyakan frekuensi konsumsi makanan berikut dalam satu hari. Jika tidak dikonsumsi setiap hari, tanyakan per minggu atau per bulan				
G23	Dalam **satu bulan terakhir**, berapa kali [NAMA] **biasanya** mengonsumsi makanan berikut: (**POINT a-j DIBACAKAN**) **ISIKAN KODE: 1. > 1 kali per hari 3. 3 – 6 kali per minggu 5. < 3 kali per bulan** **2. 1 kali per hari 4. 1 – 2 kali per minggu 6. Tidak pernah**			
	a. Makanan manis	☐	f. Makanan daging/ ayam/ ikan olahan dengan pengawet	☐
	b. Minuman manis	☐	g. Bumbu penyedap	☐
	c. Makanan asin	☐	h. *Soft drink* atau minuman berkarbonasi	☐
	d. Makanan berlemak/ berkolesterol/ gorengan	☐	i. Minuman berenergi	☐
	e. Makanan yang dibakar	☐	j. Mie instan/ makanan instant lainnya	☐
G24	Alasan konsumsi makanan tersebut: (**POINT a-e DIBACAKAN**) **ISIKAN KODE: 1. Ya 2. Tidak**			
	a. Enak rasanya	☐	d. Tidak mengetahui bahaya dan risikonya	☐
	b. Mudah didapatkan	☐	e. Lainnya, sebutkan	☐
	c. Lebih murah	☐		
KONSUMSI BUAH DAN SAYUR (GUNAKAN BUKU **PERAGA**) **[ART UMUR ≥5 TAHUN]**				
G25	**Biasanya dalam 1 minggu**, berapa hari [NAMA] makan buah-buahan segar? **JIKA TIDAK PERNAH ISIKAN 0 ➔ LANJUT G.27**	.....hari		☐
G26	**Berapa porsi rata-rata** [NAMA] mengonsumsi buah-buahan segar dalam **satu hari** dari hari-hari tersebut?	..... porsi		☐.☐

	LANJUT KE G.28				
G27	Alasan mengapa [NAMA] tidak konsumsi buah: **ISIKAN KODE: 1. YA ATAU 2. TIDAK (JAWABAN DIBACAKAN)**				
	a. Tidak suka	☐	d. Bosan atau malas		☐
	b. Tidak mampu beli buah	☐	e. Tidak ada manfaat yang dirasakan		☐
	c. Buah tidak ada	☐	f. Lainnya, sebutkan…..		☐
G28	**Biasanya dalam 1 minggu**, berapa hari [NAMA] mengonsumsi sayur-sayuran? **JIKA TIDAK PERNAH ISIKAN 0 ➔ LANJUT KE G.30**			.....hari	☐
G29	**Berapa porsi rata-rata** [NAMA] mengonsumsi sayur-sayuran dalam **satu hari** dari hari-hari tersebut?			.....porsi	☐.☐
	LANJUT KE G.31				
G30	Alasan mengapa [NAMA] tidak konsumsi sayur: **ISIKAN KODE: 1. YA ATAU 2. TIDAK (JAWABAN DIBACAKAN)**				
	a. Tidak suka	☐	d. Bosan atau malas		☐
	b. Tidak terbiasa masak sayur	☐	e. Tidak ada manfaat yang dirasakan		☐
	c. Sayur tidak ada (stok/ketersediaan/harga)	☐	f. Lainnya, sebutkan…..		☐

Lampiran 3. Kuesioner Rumah Tangga Data SKI 2023

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BADAN KEBIJAKAN PEMBANGUNAN KESEHATAN

SURVEI KESEHATAN INDONESIA 2023

PERTANYAAN RUMAH TANGGA

RAHASIA | **Nomor Rekomendasi Survei Statistik Sektoral: V-23.0000.001** | **SKI23.RT**

	I. PENGENALAN TEMPAT			
	NO 1-9 SALIN DARI BLOK I SKI23.DPRT			
1	Provinsi			☐☐
2	Kabupaten/Kota			☐☐
3	Kecamatan			☐☐☐
4	Desa/Kelurahan			☐☐☐
5	Klasifikasi Desa/Kelurahan	1. Perkotaan	2. Perdesaan	☐
6	Nomor Blok Sensus			☐☐☐☐
7	Nomor Kode Sampel			☐☐☐☐☐☐
8	No. Urut Sampel Rumah Tangga			☐☐
9	Nama Kepala Rumah Tangga			
10	Alamat Rumah			
11	Terpilih Sampel Biomedis	1. Ya	2. Tidak	☐

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART) / NIK	Hubungan dengan kepala rumah tangga [KODE]	Jenis Kelamin 1. Laki-laki 2. Perem-puan	Status kawin [KODE]	Tanggal lahir	Umur Jika umur < 1 bln isikan dalam kotak"Hari" Jika umur < 5 thn isikan dlm kotak"Bulan" Jika umur ≥ 5 thn isikan dlm kotak "Tahun"	**Khusus ART > 5 tahun** Status Pendidikan tertinggi yang ditamatkan [KODE]	**Khusus ART ≥ 10 tahun** Status Pekerjaan [KODE]	**Khusus ART Perempuan ≥ 10 tahun** Status Kehamilan saat ini 1. Hamil 2. Tidak	Kepemilikan Jaminan Kesehatan 1. BPJS PBI 2. BPJS non PBI 4. Jamkesda 8. Asuransi kesehatan swasta 16. Lainnya 32. Tidak ada **Bila jawaban > 1 jumlahkan kode jawaban**	ART diwawancarai? 1. Ya 2. Ya, didampingi 3. Ya, diwakili 4. Tidak
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
5	Nama : NIK :	☐☐	☐	☐	Tgl: ☐☐ Bln: ☐☐ Thn: ☐☐☐☐	a. ☐☐Hr b. ☐☐Bln c. ☐☐☐Thn	☐	☐	☐	☐☐	☐
6	Nama : NIK :	☐☐	☐	☐	Tgl: ☐☐ Bln: ☐☐ Thn: ☐☐☐☐	a. ☐☐Hr b. ☐☐Bln c. ☐☐☐Thn	☐	☐	☐	☐☐	☐
7	Nama : NIK :	☐☐	☐	☐	Tgl: ☐☐ Bln: ☐☐ Thn: ☐☐☐☐	a. ☐☐Hr b. ☐☐Bln c. ☐☐☐Thn	☐	☐	☐	☐☐	☐
8	Nama : NIK :	☐☐	☐	☐	Tgl: ☐☐ Bln: ☐☐ Thn: ☐☐☐☐	a. ☐☐Hr b. ☐☐Bln c. ☐☐☐Thn	☐	☐	☐	☐☐	☐

GUNAKAN HALAMAN 4 APABILA JUMLAH ART > 8 ORANG

Kode kolom (3): Hubungan dgn kepala rumah tangga
01= Kepala RT
02= Istri/suami
03= Anak kandung
04= Anak angkat/tiri
05= Menantu
06= Cucu
07= Orang tua/ mertua
08= Pembantu rumah tangga/ sopir
09= Famili lain
10= Lainnya

Kode kolom (5): Status Kawin
1= Belum Kawin
2= Kawin
3= Cerai hidup
4= Cerai mati

Kode kolom (8): Pendidikan Tertinggi
1= Tidak/ belum pernah sekolah
2= Tidak tamat SD/MI
3= Tamat SD/MI
4= Tamat SLTP/MTS
5= Tamat SLTA/MA
6= Tamat D1/D2/D3
7=Tamat PT

Kode Kolom (9): Status Pekerjaan
1= Tidak bekerja
2= Sekolah
3= PNS/ TNI/ Polri/ BUMN/ BUMD
4= Pegawai swasta
5= Wiraswasta
6= Petani/buruh tani
7= Nelayan
8= Buruh/ sopir/ pembantu ruta
9= Lainnya

V. AKSES FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

1 Apakah [RUMAH TANGGA] **MENGETAHUI** jenis fasilitas pelayanan kesehatan berikut?

Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan terdekat	Keberadaan: 1. Ada dalam kab/kota 2. Ada di kab/kota terdekat 3. Tidak ada ➔ **baris berikutnya** 8. Tidak tahu ➔ **baris berikutnya**	Alat transportasi yang digunakan **Bila jawaban > 1 jumlahkan kode jawaban alat transportasi yang digunakan**: [KODE]	Waktu yang diperlukan dari rumah ke fasyankes (**dalam menit**)	Biaya transportasi yang dikeluarkan 1. Terjangkau 2. Tidak Terjangkau	Apakah fasilitas menyediakan sarana/layanan khusus untuk penyandang disabilitas, misal kursi roda, lantai khusus disabilitas, dll? 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
a. Puskesmas	☐	☐☐☐	☐☐☐	☐	☐
b. Klinik/Praktek Mandiri Tenaga Kesehatan	☐	☐☐☐	☐☐☐	☐	☐
c. Laboratorium Kesehatan	☐	☐☐☐	☐☐☐	☐	☐
d. Rumah Sakit	☐	☐☐☐	☐☐☐	☐	☐

Kode kolom (3): Alat transportasi yang digunakan
1. Kendaraan pribadi bermotor dan tidak bermotor
2. Kendaraan umum bermotor
4. Kendaraan umum tidak bermotor
8. Ambulance
16. Jalan kaki
32. Transportasi air
64. Transportasi udara
128. Lainnya

2 **Dalam 1 tahun terakhir,** fasilitas pelayanan kesehatan yang **PALING SERING** dimanfaatkan oleh [RUMAH TANGGA]? 1. Puskesmas 2. Klinik/ Praktek Mandiri Tenaga Kesehatan 3. Rumah Sakit 4. Tidak ada ➔ **P.4** ☐

3 Penilaian [RUMAH TANGGA] terhadap layanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan yang **PALING SERING** tersebut? **PILIHAN JAWABAN DIBACAKAN. ISIKAN KODE JAWABAN 1. YA ATAU 2. TIDAK**

a. Akses mudah terjangkau	☐	d. Tenaga kesehatan komunikatif	☐	g. Layanan yang diberikan sesuai harapan	☐
b. Fasilitas lengkap	☐	e. Ruangan nyaman	☐		
c. Biaya layanan murah/ gratis	☐	f. Layanan yang diberikan cepat/ tepat/ akurat	☐		

VI. KESEHATAN LINGKUNGAN

LAKUKAN VERIFIKASI DAN OBSERVASI PADA PERTANYAAN DI BAWAH INI

1	Apakah jenis sarana air yang **UTAMA** digunakan oleh [RUMAH TANGGA] untuk keperluan minum saat ini? 1. Air kemasan → **P.4** 2. Air isi ulang → **P.4** 3. Ledeng/air perpipaan 4. Sumur bor/pompa 5. Sumur gali terlindung 6. Sumur gali tak terlindung 7. Mata air terlindung 8. Mata air tidak terlindung 9. Penampungan air hujan 10. Air permukaan (sungai/danau/irigasi) 11. Hidran air 12. Terminal air 13. Air eceran membeli	☐☐
2	Dimanakah lokasi sarana air minum tersebut? 1. Di dalam rumah → **P.4** 2. Di kawasan dalam pagar rumah → **P.4** 3. Di luar kawasan pagar rumah	☐
3	a. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mengambil air ke lokasi sarana air minum pulang pergi termasuk mengantri? **ISIKAN "888" JIKA TIDAK TAHU** ..... menit	☐☐☐
	b. Berapa jaraknya? **ISIKAN "8888" JIKA TIDAK TAHU** ..... meter	☐☐☐☐
4	Bagaimana kualitas fisik air minum? **ISIKAN KODE JAWABAN 1. YA ATAU 2. TIDAK** a. Keruh ☐ c. Berasa ☐ e. Berbau ☐ b. Berwarna ☐ d. Berbusa ☐	
5	Apakah [RUMAH TANGGA] melakukan pengolahan air minum sebelum dikonsumsi? 1. Ya 2. Tidak → **P.7**	☐
6	Bagaimana cara pengolahan air tersebut sebelum diminum? **ISIKAN KODE JAWABAN 1. YA ATAU 2. TIDAK** a. Dimasak ☐ c. Ditambah larutan tawas ☐ e. Dengan penyinaran matahari/UV ☐ b. Disaring/filtrasi ☐ d. Ditambah larutan klorin ☐ f. Ditambah kapur ☐	
7	Apa jenis wadah penyimpanan air siap minum? **ISIKAN KODE JAWABAN 1.YA ATAU 2.TIDAK** a. Panci/ember bertutup ☐ c. Teko/wadah bermulut kecil ☐ e. Lainnya ☐ b. Panci/ ember tidak bertutup ☐ d. Galon ☐	
8	Apakah jenis sarana air yang **UTAMA** digunakan oleh rumah tangga untuk keperluan **SELAIN MINUM**, seperti mandi, masak, mencuci dan keperluan *hygiene* lainnya? 1. Air kemasan → **P.11** 2. Air isi ulang 3. Ledeng/air perpipaan 4. Sumur bor/pompa 5. Sumur gali terlindung 6. Sumur gali tak terlindung 7. Mata air terlindung 8. Mata air tidak terlindung 9. Penampungan air hujan 10. Air permukaan (sungai/danau/irigasi) 11. Hidran air 12. Terminal air 13. Air eceran membeli	☐☐
9	Dimanakah lokasi sumber/fasilitas air RT untuk mandi, masak, mencuci dan keperluan *hygiene* lainnya tersebut? 1. Di dalam rumah → **P.11** 2. Di kawasan dalam pagar rumah → **P.11** 3. Di luar kawasan pagar rumah	☐
10	a. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mengambil air ke lokasi sarana air untuk mandi, masak, mencuci, dan keperluan *hygiene* lainnya pulang pergi termasuk mengantri? **ISIKAN "888" JIKA TIDAK TAHU** ..... menit	☐☐☐
	b. Berapa jaraknya? **ISIKAN "8888" JIKA TIDAK TAHU** ..... meter	☐☐☐☐

VII. SOSIAL EKONOMI

1	Apakah status penguasaan bangunan tempat tinggal yang ditempati? 1. Milik sendiri 3. Bebas sewa 5. Lainnya 2. Kontrak/Sewa 4. Rumah Dinas	☐
2	Luas lantai bangunan rumah **(BULATKAN DALAM METER PERSEGI)** .....m^2	☐☐☐☐
3	a. Apa jenis sumber penerangan utama di rumah? 1. Listrik PLN 2. Listrik Non-PLN → **P.4** 3. Bukan listrik → **P.4**	☐
	b. Daya yang terpasang di rumah ini? **ISIKAN KODE JAWABAN:** 1. 450 watt (CL-2) 3. 1.300 watt (CL-6) 5. > 2.200 watt 2. 900 watt (CL-4) 4. 2.200 watt (CL-10) 7. Tidak berlaku Meteran 1 b.1 ☐ Meteran 2 b.2 ☐ Meteran 3 b.3 ☐	
4	Apakah [RUMAH TANGGA] memiliki barang-barang sebagai berikut: **ISIKAN KODE JAWABAN 1. YA ATAU 2. TIDAK** a. Tabung gas ≥ 5,5 Kg ☐ e. Handphone ☐ i. TV layar datar (min. 30 Inch) ☐ m. Mobil ☐ b. Mesin cuci ☐ f. *Air Conditioner* (AC) ☐ j. Sepeda motor ☐ n. Emas/Perhiasan (min. 10 gram) ☐ c. Lemari es ☐ g. Pemanas air (*water heater*) ☐ k. Perahu ☐ o. Tanah/ lahan ☐ d. Telepon rumah ☐ h. Komputer/ laptop ☐ l. Perahu motor ☐ p. Hewan Ternak ☐	
5	Apakah jenis bahan bakar/energi **UTAMA** yang digunakan untuk memasak? 1. Listrik 4. Minyak tanah 6. Kayu bakar 2. LPG 5. Arang/briket/batok kelapa 7. Ruta tidak memasak 3. Gas alam/Biogas	☐
6	Apakah [RUMAH TANGGA] memiliki Kartu Keluarga Sejahtera/Kartu Perlindungan Sosial? 1. Ya 2. Tidak	☐
7	**Dalam 1 tahun terakhir**, apakah [RUMAH TANGGA] pernah mendapatkan bantuan sosial berikut? **ISIKAN KODE JAWABAN 1. YA ATAU 2. TIDAK** a. Program Keluarga Harapan (PKH) ☐ d. Program Subsidi Listrik (gratis/pemotongan biaya) ☐ b. Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) ☐ e. Lainnya, Sebutkan: ..... ☐ c. Bantuan Langsung Tunai (BLT) ☐	