



**PROFIL PENYAKIT JARINGAN LUNAK MULUT PADA
BALITA KURANG GIZI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
SILO 1**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Kedokteran Gigi (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran Gigi

Oleh

Inaayatul Maula

151610101043

Fakultas Kedokteran Gigi

Universitas Jember

2019

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orangtua, Ibunda Hj. Warti, S.P dan Ayahanda H. Solikhin, S.P yang selalu mendoakan dan memberikan motivasi untuk menjadi insan yang lebih baik dan bermanfaat.
2. Kakek dan Nenek yang saya sayangi H. Sulaeman dan Hj. Sri Tasripah.
3. Guru-guru sejak taman kanak-kanak sampai SMA yang telah memberikan banyak ilmu dan mendidik saya.
4. Seluruh dosen dan civitas Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember yang sudah memberikan banyak bantuan
5. Agama, Bangsa, dan Negara serta alamaterku Universitas Jember.

MOTTO

“Berdoalah kepada-Ku, niscaya akan Kuperkenankan bagimu”.
(QS. Al-Mukmin 40:60)

“Tuntutlah ilmu walaupun sampai ke negeri Cina, karena sesungguhnya menuntut ilmu itu wajib bagi setiap muslim. Sesungguhnya para malaikat meletakkan sayap-sayap mereka kepada para penuntut ilmu karena senang (rela) dengan yang iauntut”
(H.R. Ibnu Abdil Bar)



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Inaayatul Maula

NIM : 151610101043

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Profil Penyakit Jaringan Lunak pada Balita Kurang Gizi di Wilayah Kerja Puskesmas Silo 1” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggungjawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 13 Mei 2019

Yang menyatakan,

SKRIPSI

**PROFIL PENYAKIT JARINGAN LUNAK MULUT PADA
BALITA KURANG GIZI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
SILO 1**

Oleh

Inaayatul Maula

NIM 151610101043

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Prof. Dr. drg. Ristya Widi Endah Yani, M.Kes

Dosen Pembimbing Pendamping : drg.Dyah Indartin Setyowati, M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Profil Penyakit Jaringan Lunak Mulut pada Balita Kurang Gizi di Wilayah Kerja Puskesmas Silo 1” telah diuji dan disahkan pada:

Hari, tanggal : Senin, 13 Mei 2019

Tempat : Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember

Penguji Utama

Penguji Anggota

drg. Ayu Mashartini P, Sp. PM
NIP. 198412212009122006

drg. Kiswaluyo. M.Kes
NIP.96708211996011001

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

Prof. Dr. drg. Ristya Widi E, M. Kes
NIP. 19770405200112200

drg. Dyah Indartin Setyowati, M.Kes
NIP. 196809301997022001

Mengesahkan
Dekan Fakultas kedokteran Gigi
Universitas Jember

drg. Rahardyan P., M.Kes., Sp.Prost
NIP.196901121996011001

RINGKASAN

Profil Penyakit Jaringan Lunak Mulut pada Balita Kurang Gizi di Wilayah Kerja Puskesmas Silo 1; Inaayatul Maula, 151610101043; 2019; Halaman; Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember

Kurang gizi merupakan status kondisi seseorang yang kekurangan nutrisi, atau nutrisinya dibawah rata-rata. Kekurangan nutrisi seperti protein, karbohidrat, lemak, dan vitamin yang dibutuhkan oleh tubuh.

Balita kurang gizi di berbagai wilayah menunjukkan ketidakseimbangan asupan makanan yang bergizi sehingga menyebabkan terganggunya kesehatan gigi dan mulut karena merupakan bagian dari kesehatan tubuh yang tidak dapat dipisahkan satu dengan lainnya. Kesehatan gigi dan mulut menyebabkan manifestasi pada rongga mulut. Manifestasi pada rongga mulut menunjukkan gejala klinis pada rongga mulut seperti *angular cheilitis*, *stomatitis aphthous rekuren*, *cheilitis*, *scorbutic gingivitis* dan *glositis*. Manifestasi pada rongga mulut akibat dari kurangnya gizi adalah adanya kelainan atau penyakit jaringan lunak mulut.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember 2018, penderita kurang gizi tertinggi berada di wilayah kerja puskesmas Silo 1 yaitu sebanyak 5,74%. Wilayah kerja di puskesmas Silo 1 juga ternyata masih belum pernah diadakan penelitian terkait profil penyakit jaringan lunak mulut pada balita dengan keadaan kekurangan gizi di daerah wilayah kerja puskesmas tersebut. Diharapkan banyak mendapatkan informasi tentang data prevalensi penyakit jaringan lunak mulut pada balita kekurangan gizi dan dapat dijadikan sebagai sumber data informasi bagi masyarakat maupun pemerintah setempat untuk diadakan peningkatan perbaikan gizi sehingga memperkecil penyakit di rongga mulut. Tujuan penelitian untuk mengetahui gambaran penyakit jaringan lunak mulut pada balita kurang gizi dan untuk mengidentifikasi penyakit jaringan lunak mulut pada balita kurang gizi.

Penelitian ini merupakan penelitian observasi deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah balita penderita kurang gizi di Wilayah Kerja Puskesmas Silo 1 yang jumlahnya tidak diketahui. Teknik pengambilan sampel penelitian ini secara *purposive sampling*. Kriteria sampel yang digunakan yaitu: Balita penderita gizi kurang dan gizi buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Silo 1, Balita usia 2-5 tahun, Jenis kelamin laki-laki dan perempuan dan Bersedia mengikuti penelitian. Variabel yang diteliti adalah: Balita penderita kurang gizi (gizi kurang dan gizi buruk), Profil penyakit jaringan lunak mulut: *angular cheilitis*, *cheilitis*, *stomatitis aphthous rekuren*, *glossitis* dan *scorbutic gingivitis*.

Hasil penelitian gambaran penyakit mulut pada balita kurang gizi di wilayah kerja puskesmas Silo 1 yang telah dilakukan didapatkan kesimpulan adalah Gambaran penyakit jaringan lunak mulut pada balita kurang gizi yang tertinggi yaitu Glossitis sebesar 62,79%. Gambaran penyakit jaringan lunak mulut balita dengan status gizi buruk yang tertinggi yaitu Glossitis sebesar 23,25%, berdasarkan jenis kelamin yang tertinggi pada laki-laki sebesar 18,60% sedangkan berdasarkan umur yang tertinggi pada usia 49-60 bulan sebesar 13,95%. Gambaran penyakit jaringan lunak mulut balita dengan status gizi kurang yang tertinggi yaitu Glossitis sebesar 39,53%, berdasarkan jenis kelamin yang tertinggi pada laki-laki sebesar 37,20% sedangkan berdasarkan umur yang tertinggi pada usia 49-60 bulan sebesar 46,51%.

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan ke kehadirat Allah SWT atas segala nikmat dan hidayah-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Profil Penyakit Jaringan Lunak pada Balita Kurang Gizi di Wilayah Kerja Puskesmas Silo 1”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember.

Penyusunan dalam menyelesaikan skripsi ini tidak lepas dari bantuan serta dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. drg. Rahardyan Parnaadji, M.Kes, Sp.Prost, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember;
2. Prof. Dr. drg. Ristya Widi Endah Yani, M.Kes, selaku Dosen Pembimbing Utama, drg. Dyah Indartin Setyowati, M.Kes, selaku Dosen Pembimbing Anggota, yang telah meluangkan waktu, pikiran dan tenaga serta perhatian dalam penulisan skripsi ini;
3. drg. Ayu Mashartini P, Sp. PM selaku Dosen Penguji Utama, drg Kiswaluyo, M.Kes, selaku Dosen Penguji Anggota, atas saran, kritik dan bimbingannya hingga terselesainya skripsi ini;
4. drg. Drg. Dwi Kartika Apriyono, M.Kes, Sp.OF selaku Dosen Pembimbing Akademik, yang telah memberikan dukungan, motivasi dan nasihat selama ini
5. Seluruh staf pengajar dan akademik Fakultas kedokteran Gigi Universitas jember yang telah membantu dalam proses penyelesaian skripsi ini;
6. Kedua orang tua, H. Solikhin dan Hj. Warti atas atas kasih sayang, doa dan motivasi yang tak pernah putus sampai terselesaikannya karya tulis ini;
7. Keluarga besar H. Sulaeman dan keluarga besar Hj. Umi Kulsum atas semangat perhatian, kasih sayang dan doa;
8. Teman-teman Sofira, Intan, Nadira, Nadia, Arin K dan Melati yang telah membantu penelitian saya;

9. Sahabat-sahabat Intan, Ayus, Iga, Desyana, Venny, Eno, Prilli yang selalu menjadi penyemangat dan setia mendengar keluh kesah;
10. Teman-teman FKG 2015 untuk semua atas kebersamaan, kekompakan dan semangat yang diberikan selama menempuh pendidikan di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember;
11. Responden penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Silo 1 terimakasih atas kesediaannya.
12. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu-persatu

Penulis menyadari bahwa kesempurnaan bukan milik manusia, untuk itu kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan untuk membantu melengkapi skripsi ini. Penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat demi kemajuan ilmu pengetahuan, Amin.

Jember, 13 Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	ii
HALAMAN MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
HALAMAN PEMBIMBING	v
HALAMAN PENGESAHAN	vi
RINGKASAN	vii
PRAKATA	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN.	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Kekurangan gizi	
2.1.1 Pengertian Kekurangan gizi	6
2.1.2 Penyebab Kekurangan gizi	6
2.1.3 Klasifikasi Kekurangan gizi	9
2.1.4 Indikator Kekurangan gizi	13

2.2 Penyakit Jaringan Lunak Mulut

2.2.1 Recurrent aphthous stomatitis (RAS)	14
2.2.2 Angular Cheilitis	17
2.2.3 Scurvy/Scorbutic Gingivitis	19
2.2.4 Glossitis	21
2.2.5 Cheilitis	22

2.3 Kerangka Konsep 25

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian 26

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian 26

3.2.1 Waktu penelitian	26
------------------------------	----

3.2.2 Tempat Penelitian	26
-------------------------------	----

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian 26

3.3.1 Populasi Penelitian	26
---------------------------------	----

3.3.2 Sampel Penelitian	27
-------------------------------	----

3.4 Variabel Penelitian 27

3.5 Definisi Operasional Penelitian 28

3.5.1 Kekurangan gizi	28
-----------------------------	----

3.5.2 Angular Cheilitis	28
-------------------------------	----

3.5.3 Stomatitis Aphthous Rekuren	29
---	----

3.5.4 Scorbutic Gingivitis	29
----------------------------------	----

3.5.5 Glossitis	29
-----------------------	----

3.5.6 Cheilitis	29
-----------------------	----

3.6 Pengumpulan Data	
3.6.1 Waktu Pengumpulan Data	30
3.6.2 Cara Pengumpulan Data	31
3.7 Pengolahan data.....	31
3.8 Analisis Data	31
3.9 Bagan Alur Penelitian	32
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil	33
4.2 Pembahasan	40
BAB 5. SARAN DAN KESIMPULAN	
5.1 Saran	54
5.2 Kesimpulan	54
DAFTAR PUSTAKA	55
LAMPIRAN	63

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
4.1 Hasil penyakit jaringan lunak mulut pada balita kekurangan gizi	34
4.2 Hasil penyakit jaringan lunak mulut pada balita gizi buruk	35
4.3 Hasil penyakit jaringan lunak mulut pada balita gizi kurang	36
4.4 Hasil penyakit jaringan lunak mulut balita kekurangan gizi berdasarkan jenis kelamin	36
4.5 Hasil penyakit jaringan lunak mulut balita gizi buruk berdasarkan jenis kelamin	37
4.6 Hasil penyakit jaringan lunak mulut balita gizi kurang berdasarkan jenis kelamin	38
4.7 Hasil penyakit jaringan lunak mulut balita <i>kekurangan gizi</i> berdasarkan usia	38
4.8 Hasil penyakit jaringan lunak mulut balita gizi buruk berdasarkan usia	39
4.9 Hasil penyakit jaringan lunak mulut balita gizi kurang berdasarkan usia	39

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1 Marasmus	11
2.2 Kwashiorkor	12
2.3 Marasmik-Kwashiorkor	13
2.4 Gambaran klinis RAS minor di palatum	16
2.5 Gambaran klinis RAS mayor di mukosa labial	16
2.6 Gambaran klinis RAS herpetik di palatum	16
2.7 Gambaran klinis Angular Cheilitis	19
2.8 Gambaran klinis Scurvy / Scorbutic Gingivitis	21
2.9 Gambaran klinis glossitis	22
2.10 Gambaran klinis cheilitis	24
4.1 Hasil penyakit jaringan lunak mulut pada balita kekurangan gizi	34
4.4 Hasil penyakit jaringan lunak mulut balita kekurangan gizi berdasarkan jenis kelamin	37
4.6 Hasil penyakit jaringan lunak mulut balita gizi kurang berdasarkan jenis kelamin	38

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
A. Inform Consent	56
B. Form Penelitian	57
C. Foto Alat dan Bahan Penelitian.....	58
D. Foto Kegiatan Penelitian	58
E. Surat Ijin Penelitian	61
F. Ethical Clereance	62
G. Surat Rekomendasi BanKesBanPol.....	63
H. Data BGM Kab.Jember	64
I. Data Balita Gizi Buruk	66
J. Data Balita Gizi Kurang	67

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kurang gizi merupakan status kondisi seseorang yang kekurangan nutrisi, atau nutrisinya dibawah rata-rata. Kekurangan nutrisi seperti protein, karbohidrat, lemak, dan vitamin yang dibutuhkan oleh tubuh (Alamsyah, 2015). Kurang gizi menyebabkan suatu masalah gizi yang membutuhkan perhatian khusus dan perlu penanganan sejak dini (Adriani, 2012). Berbagai sumber data mengenai masalah gizi dapat terjadi pada semua kelompok usia, namun usia balita merupakan salah satu kelompok yang paling sering ditemukan (Khasanah, 2018; MenKes RI, 2016). Kelompok umur tersebut merupakan saat periode pertumbuhan kritis dan kegagalan tumbuh (*growth failure*) mulai dapat terlihat. Kebutuhan gizi pada balita seiring bertambahnya umur meningkat, sedangkan mereka belum bisa meminta dengan lancar dan mencari makan sendiri, sehingga risiko kurang gizi akan semakin besar. Balita yang mengalami kurang gizi akan mengalami penurunan daya tahan tubuh sehingga rentan terhadap penyakit infeksi (Alamsyah, 2015).

Kurang gizi menjadi masalah kesehatan utama di beberapa negara yang sedang berkembang/berpenghasilan rendah. Wilayah yang paling sering terjadi di Asia Selatan dan sub Sahara Afrika. Angka kematian yang tinggi terdapat di wilayah sub Sahara Afrika (92/1000 kelahiran hidup) dan Asia Selatan (55/1000 kelahiran hidup), di Indonesia pada tahun 2010 angka kematian balita mencapai (44/1000 kelahiran hidup) dibandingkan dengan negara-negara maju (6/1000 kelahiran hidup) (Kramer, 2015).

Balita kurang gizi di berbagai wilayah menunjukkan ketidakseimbangan asupan makanan yang bergizi sehingga menyebabkan terganggunya kesehatan gigi dan mulut karena merupakan bagian dari kesehatan tubuh yang tidak dapat dipisahkan satu dengan lainnya. Terganggunya kesehatan gigi dan mulut menyebabkan manifestasi pada rongga mulut. Manifestasi pada rongga mulut menunjukkan gejala klinis pada rongga mulut seperti *angular cheilitis*, *stomatitis*

aphthous rekuren, cheilitis, scorbutic gingivitis, geographic tongue dan *glositis* (Thomas, 2010).

Manifestasi pada rongga mulut akibat dari kurangnya gizi adalah adanya kelainan atau penyakit jaringan lunak mulut. Penyakit yang mengenai jaringan lunak mulut memiliki prevalensi tinggi di dunia dan berdampak sosial yang signifikan. WHO melaporkan pada penyakit jaringan lunak mulut paling sering ditemukan di Asia dan Amerika Latin melebihi prevalensi gizi buruk. Prevalensi penyakit *Gingivitis* di Afrika juga ditemukan pada kalangan masyarakat ekonomi rendah yang mengalami kurang gizi sebesar 2,0-11,7% pada masyarakat pedesaan sedangkan yang ditemukan di klinik setinggi 27,6% (Thomas, 2010).

Data dari pemantau status gizi tahun 2017 Indonesia memiliki masalah gizi bisa diukur dengan berdasarkan 3 indikator (BB/U, TB/U, BB/TB) (Kemenkes, 2018; Khasanah, 2018). Balita yang mengalami gizi kurang tahun sebesar 18,4 persen sehingga Indonesia termasuk di antara 36 negara di dunia yang memberi 90 persen kontribusi masalah gizi dunia (Yendi, 2017). Laporan dinas kesehatan provinsi, pada tahun 2008 jumlah balita gizi buruk di seluruh Indonesia yang ditemukan dan mendapat perawatan sebanyak 41.064 kasus, dan pada tahun 2009 sebanyak 56.941 kasus. Data dari pemantau status gizi tahun 2016, status Gizi Balita Berdasarkan Indeks BB/U sebanyak 3,4% balita mempunyai status gizi buruk dan 14,4% balita mempunyai status gizi kurang (PSG, 2016). Data Laporan Gizi Global 2014 menempatkan Indonesia diantara 31 negara yang tidak akan mencapai target global untuk menurunkan angka kurang gizi di tahun 2025. Sedangkan presentase penduduk yang mempunyai masalah gigi dan mulut di Indonesia menurut Riskesdas tahun 2007 dan 2013 meningkat dari 23,2% menjadi 25,9%. Dari penduduk yang mempunyai masalah kesehatan gigi dan mulut, persentase penduduk yang menerima perawatan medis gigi meningkat dari 29,7% tahun 2007 menjadi 31,1% pada tahun 2013. Peningkatan masalah gigi dan mulut tertinggi adalah provinsi Sulawesi Selatan 10,9%, D.I Yogyakarta 8,5% dan Jawa Timur 8,3% pada tahun 2007 dan 2013.

Data dari Dinas Kesehatan Jawa Timur, pada tahun 2012 terjadi peningkatan jumlah kasus gizi buruk di Jawa Timur, yaitu dari tahun 2011 sebesar

8.410 kasus meningkat menjadi 11.056 kasus (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI, 2010). Proporsi status gizi buruk dan gizi kurang pada balita 2007-2018 menurut Riskesdas 2018, pada balita gizi buruk tahun 2007 sebesar 5,4%, tahun 2013 sebesar 5,7% dan 2018 sebesar 3,9%. Balita gizi kurang tahun 2007 sebesar 13%, tahun 2013 sebesar 13,9% dan 2018 sebesar 13,8%. Prevalensi kurang gizi pada wilayah Jawa Timur berdasarkan Riskesdas 2013 kurang lebih 16% dan tahun 2018 kurang lebih 18%. Kepala Biro Humas Pemprov Jatim pada tahun 2017 mengatakan bahwa terdapat enam daerah di Jatim dengan balita paling parah mengalami gizi kurang kronis, yakni Sumenep, Sampang, Probolinggo, Lamongan, Jember, dan Bangkalan (Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, 2017). Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember 2014, jumlah balita gizi buruk berdasarkan BB/U di Kabupaten Jember pada tahun 2014 sebanyak 1.900 balita. Balita gizi buruk dengan tanda-tanda klinis gizi (marasmus, kwashiorkor, dan ada tanda-tanda oedema) yang harus mendapatkan perawatan intensif ditemukan sebanyak 470 balita.

Penelitian penyakit jaringan lunak mulut yang sudah dilakukan oleh Sriwahyuni, yaitu angular cheilitis yang merupakan adanya hubungan dengan gizi. Didapatkan distribusi penderita angular cheilitis tertinggi pada jenis kelamin laki-laki (62,5%), status gizi kurang (52%), dan pasien yang berasal dari daerah pedesaan (59%) yang dilakukan di RSGM Unej pada bulan Oktober-Desember Tahun 2015 (Sriwahyuni, 2015). Prevalensi Geographic Tongue yang dilakukan oleh di RSGM Unej didapatkan total prevalensi sebesar 4,3% (Pinasthika, 2017). Prevalensi Glossitis 7,40% anak status gizi kurang, dan 1,60% anak dengan status gizi buruk (Lestari, 2012). Penelitian-penelitian tersebut menunjukkan adanya keterkaitan penyakit jaringan lunak mulut pada penderita dengan status kurang gizi.

Berdasarkan paparan diatas, kurang gizi merupakan masalah kesehatan didunia yang sering menyebabkan kematian pada balita kemudian negara Indonesia memberi 90% kontribusi masalah gizi di dunia dan wilayah Jember termasuk 6 wilayah paling tinggi di Jatim. Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember 2018, terdapat 10 wilayah tertinggi yaitu Silo 1 5,74%, Rambipuji 3,32%,

Ledokombo 3,31%, Tanggul 3,30%, Banjarsengon 3,09%, Jelbuk 3,00%, Sumberjambe 2,96%, Bangsalsari 2,92%, Lojejer 2,81% dan Gladakpakem 2,76%. Data wilayah Silo 1 tahun 2015 sebesar 3,21%, tahun 2016 sebesar 2,87% dan tahun 2017 sebesar 1,78%, berdasarkan data tahun sebelumnya wilayah Silo 1 bukan termasuk wilayah yang paling tinggi namun mengalami peningkatan yang signifikan pada tahun 2018 sebesar 5,74%. Wilayah kerja di puskesmas Silo 1 juga ternyata masih belum pernah diadakan penelitian terkait profil penyakit jaringan lunak mulut pada balita dengan keadaan kurang gizi di daerah wilayah kerja puskesmas tersebut. Diharapkan banyak mendapatkan informasi tentang data prevalensi penyakit jaringan lunak mulut pada balita kurang gizi dan dapat dijadikan sebagai sumber data informasi bagi masyarakat maupun pemerintah setempat untuk diadakan peningkatan perbaikan gizi sehingga memperkecil penyakit di rongga mulut (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2018).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran penyakit jaringan lunak mulut pada balita kurang gizi?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui gambaran penyakit jaringan lunak mulut pada balita kurang gizi.
2. Untuk mengidentifikasi penyakit jaringan lunak mulut pada balita kurang gizi.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Dapat melengkapi informasi kesehatan gigi dan mulut pada balita kurang gizi.
2. Dapat memberikan informasi penyakit jaringan lunak mulut kepada masyarakat, tenaga medis, pemerintah dalam mendukung upaya kesehatan gigi dan mulut.
3. Dapat dijadikan sebagai acuan untuk penelitian lebih lanjut.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kurang gizi

2.1.1 Pengertian Kurang gizi

Kurang gizi merupakan suatu keadaan yang terjadi akibat tidak terpenuhinya asupan makanan yang menyebabkan suatu masalah gizi. Menurut WHO kurang gizi berdasarkan pengukuran berat badan dan umur dibagi menjadi gizi buruk dan gizi kurang (WHO, 2018).

2.1.2 Penyebab Kurang gizi

Faktor penyebab kurang gizi terdiri atas penyebab tak langsung dan langsung. Penyebab langsung yaitu asupan makanan, ASI dan penyebab tak langsung seperti penyakit penyerta, pendidikan ibu, dan status sosial ekonomi. Mengatasi permasalahan gizi dibutuhkan kerjasama dari berbagai pihak yang terkait (Liansyah, 2015).

Faktor penyebab terjadinya kurang gizi antara lain :

a. Asupan makanan

Asupan makanan yang kurang disebabkan oleh berbagai faktor yaitu: pola makan yang salah, tidak tersedianya makanan secara cukup, dan Balita tidak cukup atau salah mendapat makanan bergizi seimbang. Asupan zat gizi makanan merupakan salah satu penyebab langsung yang dapat mempengaruhi status gizi balita. Asupan zat gizi dapat diperoleh dari beberapa zat gizi, diantaranya yaitu zat gizi makro seperti karbohidrat, protein dan lemak. Zat gizi makro merupakan zat gizi yang dibutuhkan dalam jumlah besar oleh tubuh dan sebagian besar berperan dalam penyediaan nutrisi. Tingkat konsumsi zat gizi makro dapat mempengaruhi terhadap status gizi balita. Asupan nutrisi yang rendah berdampak pada meningkatnya resiko masalah gizi seperti kurang gizi yang dapat berdampak pada balita dengan terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan kognitifnya. Asupan lemak yang rendah juga menyebabkan terjadinya penurunan massa tubuh dan gangguan pada penyerapan vitamin larut lemak. Ketidakseimbangan tingkat

konsumsi zat gizi makro seperti energi karbohidrat, lemak dan protein terhadap kebutuhan tubuh secara berkepanjangan dapat mempengaruhi terjadinya perubahan pada jaringan dan massa tubuh yang akan berdampak pada penurunan berat badan (Diniyah, 2017).

b. Status sosial ekonomi

Balita kurang gizi pada umumnya hidup dengan makanan yang kurang bergizi. Hal ini dapat disebabkan oleh karena rendahnya ekonomi keluarga sehingga pada akhirnya akan berdampak dengan rendahnya daya beli pada keluarga tersebut. Tingkat pendapatan keluarga merupakan salah satu indikator sosial ekonomi yang berperan dalam penyediaan bahan makanan dan pola makan keluarga, pendapatan juga berpengaruh pada tingkat pengeluaran pangan yang dikeluarkan suatu keluarga. Rendahnya pendapatan dapat menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya status gizi kurang balita, dikarenakan apabila jumlah pendapatan rendah, maka tingkat pengeluaran pangan juga rendah sehingga dapat menyebabkan rendahnya daya beli dan ketersediaan bahan pangan yang berperan terhadap tingkat konsumsi gizi balita yang tidak optimal (Diniyah, 2017; Liansyah, 2015).

c. ASI

Bayi di Indonesia rata-rata hanya menerima ASI eksklusif kurang dari dua bulan. Bayi mendapatkan makanan berupa susu formula, makanan padat, atau campuran antara ASI dan susu formula sebanyak 86%. Kekebalan tubuh balita juga dipengaruhi oleh pemberian ASI Eksklusif selama 0-6 bulan. ASI merupakan salah satu cara untuk memenuhi kebutuhan bayi saat baru lahir, karena kandungan ASI kaya akan zat-zat gizi yang dapat digunakan untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi sebelum diberi asupan berupa minuman atau makanan tambahan. ASI, sumber zat gizi yang sangat ideal dengan komposisi keseimbangan karena disesuaikan dengan kebutuhan bayi pada masa pertumbuhannya, dengan melakukan pelaksanaan yang tepat dan benar, produksi ASI seorang ibu akan cukup sebagai makanan yang sempurna bagi bayi sampai usia 6 bulan. ASI dalam jumlah cukup akan memenuhi kebutuhan gizi bayi selama 6 bulan pertama setelah kelahiran. Manfaat ASI yang mengandung gizi

cukup lengkap, ASI juga mengandung antibodi atau zat kekebalan yang akan melindungi balita terhadap infeksi. Hal ini yang menyebabkan balita yang diberi ASI, tidak rentan terhadap penyakit dan dapat berperan langsung terhadap status gizi balita. Selain itu, ASI disesuaikan dengan sistem pencernaan bayi sehingga zat gizi cepat terserap. Berbeda dengan susu formula atau makanan tambahan yang diberikan secara dini pada bayi. Susu formula sangat susah diserap usus bayi pada akhirnya, bayi sulit buang air besar. Apabila pembuatan susu formula tidak steril, bayi akan rawan diare (Dewi, 2018).

d. Pendidikan ibu

Pendidikan ibu yang rendah dapat mempengaruhi ketersediaan pangan dalam keluarga, yang selanjutnya mempengaruhi kuantitas dan kualitas konsumsi pangan yang merupakan penyebab langsung dari kurang gizi pada balita. Tingkat pendidikan ibu berhubungan dengan pengetahuan dan kemampuan dalam memahami informasi kesehatan yang didapat sehingga dapat memberikan pola asuh yang baik bagi balita. Menurut Marmi (2014), orang tua yang memiliki pendidikan yang tinggi akan lebih memahami makanan dan memilih makanan yang baik untuk anaknya. Keluarga dengan pendidikan tinggi tentu lebih mudah daripada dengan latar belakang pendidikan rendah, terutama yang terkait peningkatan pertumbuhan dan perkembangan anak, penggunaan fasilitas kesehatan, dan lain sebagainya (Sholikah, 2017).

e. Penyakit penyerta

Balita kurang gizi seperti balita gizi kurang dan gizi buruk akan mengalami penurunan daya tahan, sehingga rentan terhadap penyakit. Penyakit infeksi merupakan faktor yang langsung berpengaruh terhadap kejadian gizi kurang. Asupan yang tidak adekuat dan penyakit infeksi juga memiliki hubungan bolak-balik yang dapat saling mempengaruhi satu sama lain. Penyakit lain selain infeksi juga dapat berhubungan dengan status gizi. Namun demikian, penyakit tersebut tidak secara langsung memengaruhi status gizi, melainkan terlebih dulu memengaruhi asupan makanan menjadi tidak adekuat. Adapun penyakit tersebut adalah demam, trauma, penyakit malabsorpsi, dan penyakit yang berhubungan dengan perubahan metabolisme tubuh. Penyakit tersebut dapat memperjelek

keadaan gizi melalui gangguan masukan makanan dan meningkatnya kehilangan zat-zat gizi esensial tubuh. Sehingga terdapat hubungan timbal balik antara kejadian penyakit dan gizi kurang maupun gizi buruk (Rezkina, 2013).

f. Berat Badan Lahir Rendah

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi. Penyebab terbanyak terjadinya BBLR adalah kelahiran prematur. Bayi yang lahir pada umur kehamilan kurang dari 37 minggu. Bayi prematur mempunyai organ dan alat tubuh yang belum berfungsi normal untuk bertahan hidup di luar rahim sehingga semakin muda umur kehamilan, fungsi organ menjadi semakin kurang berfungsi dan prognosanya juga semakin kurang baik. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) juga dapat disebabkan oleh bayi lahir kecil untuk masa kehamilan yaitu bayi yang mengalami hambatan pertumbuhan saat berada di dalam kandungan. Hal ini disebabkan oleh keadaan ibu yang kurang baik. Kondisi bayi lahir kecil ini sangat tergantung pada usia kehamilan saat dilahirkan. Peningkatan mortalitas, morbiditas, dan disabilitas neonatus, bayi, dan Balita merupakan faktor utama yang disebabkan oleh BBLR. Gizi buruk dapat terjadi apabila BBLR jangka panjang. Pada BBLR zat anti kekebalan kurang sempurna sehingga lebih mudah terkena penyakit terutama penyakit infeksi. Penyakit ini menyebabkan balita kurang nafsu makan sehingga asupan makanan yang masuk kedalam tubuh menjadi berkurang dan dapat menyebabkan gizi buruk (Liansyah, 2015).

2.1.3 Klasifikasi Kurang gizi

1. Gizi Kurang

Gizi kurang adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U) dimana pada ambang batas Z-score $-3SD$ sampai dengan $<-2SD$ (Kementrian Kesehatan, 2010). Gizi kurang suatu kondisi yang dapat terjadi akibat asupan makanan yang tidak memadai, penyerapan nutrisi yang kurang baik, atau kehilangan nutrisi. Kurang gizi dapat atau tidak disertai dengan malnutrisi, suatu kondisi medis yang mungkin disebabkan oleh diet yang tidak tepat atau tidak memadai. Sementara kurang gizi dan malnutrisi lebih sering

terjadi di Amerika Serikat dan negara maju lainnya. Kemiskinan dan ketersediaan pangan yang biasanya dapat menyebabkan kurang gizi (Marcus, 2013).

2. Gizi Buruk

Gizi buruk adalah suatu kondisi di mana seseorang dinyatakan kekurangan nutrisi, atau dengan ungkapan lain status gizi atau nutrisinya berada di bawah standar rata-rata dengan ambang batas <-3 Z-score. Nutrisinya yang dimaksud bisa berupa protein, karbohidrat dan kalori. Gizi buruk dapat mengakibatkan balita tersebut kurang cerdas, berat badan dan tinggi badan pada umur dewasa menjadi lebih rendah dari yang normal, bahkan dapat mengakibatkan kematian apabila tidak segera ditanggulangi (Damayanti, 2014).

Kurang gizi tingkat berat disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi protein dari makanan sehari-hari dan terjadi dalam waktu yang cukup lama dengan atau tanpa tanda-tanda klinis (marasmus, kwasiorkor, dan marasmus-kwasiorkor) (Persagi, 2009). Indikator status gizi balita ada tiga yaitu: berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) (Yendra, 2010).

Klasifikasi Gizi buruk berdasarkan gejala klinisnya dapat dibagi menjadi 3, yaitu :

1. Marasmus

Marasmus merupakan salah satu bentuk gizi buruk yang paling sering ditemukan pada balita dan terjadi di negara berkembang pada balita yang orang tuanya mengganti asi dengan susu formula yang kemudian diencerkan untuk mengurangi pengeluaran keuangan tetapi tanpa memenuhi kebutuhan energi pada balita. Tipe marasmus ditandai dengan gejala tampak sangat kurus, kekurangan kalori atau energi atau gejala kekurangan pangan secara keseluruhan (kelaparan). Wajah seperti orang tua, cengeng dan rewel meskipun setelah makan, kulit keriput yang disebabkan karena lemak di bawah kulit berkurang, perut cekung, rambut tipis, jarang dan kusam, tulang iga tampak jelas, pantat kendur dan keriput (baggy pant). Marasmus awalnya pertumbuhan yang kurang dan atrofi otot serta hilangnya lemak di bawah kulit merupakan proses fisiologis, berat badannya kira-kira 60 persen dari berat badan normal pada umurnya. Tubuh membutuhkan

energi yang dapat dipenuhi oleh asupan makanan untuk kelangsungan hidup jaringan. Pada Gambar 2.1 dapat dilihat gambaran penderita marasmus (Liyansyah, 2015; Tying, 2017).



Gambar 2.1 Marasmus

(Sumber: <https://nasional.tempo.co/read/565106/13-balita-gizi-buruk-ditemukan-di-ntt/full&view=ok>

[Diakses pada 30 Desember 2019])

2. Kwashiorkor

Kwashiorkor adalah salah satu bentuk malnutrisi protein yang berat disebabkan oleh asupan karbohidrat yang normal atau tinggi namun asupan protein yang inadeguat. Kwashiorkor biasanya terjadi pada balita dan ditemukan pada daerah miskin. Tipe kwashiorkor ditandai dengan perubahan mental, mudah menangis, balita tampak apatis dan tidak tertarik pada apa yang terjadi. Dalam sebagian besar kasus terdapat lesi pada kulit, dengan kurangnya pigmentasi, edema, eritematosia dan berkilau terutama di daerah yang mengalami edema (Tying, 2017). Area pada kulit yang kering, hiperkeratosis, dan hiperpigmentasi kemudian menyatu. Penderita tampak sangat kurus dan atau edema pada kedua punggung kaki sampai seluruh badan, pertumbuhan terganggu, perubahan status mental, mudah menangis, gejala gastrointestinal, rambut tipis kemerahan seperti warna rambut jagung, mudah dicabut tanpa rasa sakit, rontok, wajah membulat dan sembab, dalam sebagian besar kasus terdapat lesi pada kulit, kulit penderita biasanya kering dengan menunjukkan garis-garis kulit yang lebih mendalam dan

lebar, sering ditemukan hiperpigmentasi dan persikan kulit (Liyansyah, 2015). Gangguan metabolik dan perubahan sel dapat menyebabkan perlemakan hati dan oedema. Penderita defisiensi protein tidak terjadi proses katabolisme jaringan yang sangat berlebihan karena persediaan energi dapat dipenuhi dengan jumlah kalori yang cukup dalam asupan makanan (Liyansyah, 2015; Tyring, 2017). Pada Gambar 2.2 dapat dilihat gambaran penderita kwashiorkor.

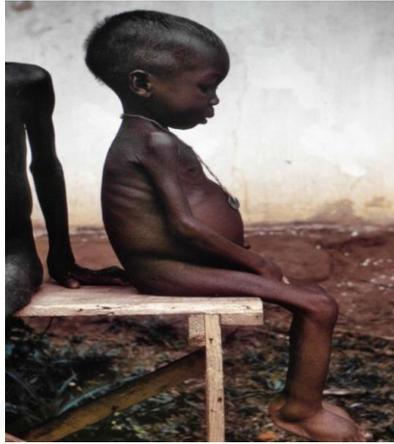


Gambar 2.2 Kwashiorkor

(Sumber: <https://metrojateng.com/tingkat-anak-kekurangan-gizi-di-solo-masih-25-persen/> [Diakses pada 18 Desember 2018])

3. Marasmiks-Kwashiorkor

Tipe marasmik-kwashiorkor merupakan gabungan beberapa gejala klinik kwashiorkor dan marasmus dengan Berat Badan (BB) menurut umur (U) < 60% baku median WHO yang disertai oedema yang tidak mencolok, terjadi karena kebutuhan energi dan protein yang meningkat tidak dapat terpenuhi dari asupannya (Kristanti, 2016). Pada Gambar 2.3 dapat dilihat gambaran penderita marasmus-kwashiorkor.



Gambar 2.3 Marasmik-Kwashiorkor

Sumber: <https://hubpages.com/education/Marasmic-Kwashiorkor-Clinical-Manifestations-Prognosis-Treatment-Prevention-And-Rehabilitation> [Diakses pada 18 Juli 2018])

2.1.4 Indikator Kurang gizi

Antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter. Parameter merupakan ukuran tunggal dari tubuh manusia, antara lain : umur, berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran pinggul, dan tebal lemak dibawah kulit (Adriani, 2014).

1. Umur

Faktor umur sangat penting dalam penentuan status gizi. Kesalahan penentuan umur akan menyebabkan interpretasi status gizi menjadi salah. Hasil pengukuran tinggi badan dan berat badan yang akurat menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat. Menurut Puslitbang Gizi Bogor dalam Supariasa, batasan umur yang digunakan yaitu tahun umur penuh (completed year) dan untuk Balita umur 0-5 tahun digunakan bulan usia penuh (completed month) (Adriani, 2014).

2) Tinggi Badan

Tinggi Badan (TB) merupakan parameter penting bagi keadaan gizi yang telah lalu. Selain itu, tinggi badan merupakan ukuran kedua yang penting karena dengan menghubungkan berat badan terhadap tinggi badan (quack stick), faktor

umur dapat dikesampingkan. Nilai tinggi badan meningkat terus, walaupun laju tumbuh berubah pesat pada masa bayi, lalu melambat dan kemudian menjadi pesat lagi pada masa remaja. Keuntungan indikator TB adalah pengukurannya yang objektif dan dapat diulang. TB merupakan indikator yang baik juga untuk menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan fisik yang sudah lewat (stunted). Adapun kerugiannya yakni perubahan tinggi badan relatif pelan, sukar mengukur tinggi badan yang tepat, dan terkadang perlu lebih dari seorang tenaga untuk mengukur (Adriani, 2014).

3) Berat Badan

Berat badan merupakan ukuran antropometri yang terpenting dan paling sering digunakan pada bayi baru lahir. Berat badan saat bayi dan balita, dapat digunakan untuk melihat laju pertumbuhan fisik maupun status gizi. Apabila terdapat kelainan klinis seperti dehidrasi, asites, edema, dan adanya tumor. Berat badan juga dapat digunakan sebagai dasar perhitungan dosis obat dan makanan. Berat badan merupakan hasil peningkatan seluruh jaringan tulang, otot, lemak, cairan tubuh, dan lain-lain (Adriani, 2014).

4) KMS

KMS merupakan kartu menuju sehat, kartu yang memuat kurva pertumbuhan normal anak berdasarkan indeks antropometri berat badan menurut umur (Kemenkes, 2012).

- Dibawah garis merah menunjukkan balita mengalami kurang gizi sedang hingga berat.
- Terletak di daerah dua pita warna kuning (di atas garis merah), hal ini menunjukkan balita tersebut mengalami kurang gizi ringan.
- Dua pita warna hijau muda dan dua warna hijau tua di atas pita kuning, menunjukkan balita memiliki berat badan cukup atau status gizi baik atau normal.
- Empat pita di atas pita warna hijau tua (2 pita warna hijau muda ditambah 2 pita warna kuning), menunjukkan balita memiliki berat badan yang lebih di atas normal.

5) Antropometri Z-Score

Z-Score merupakan merupakan salah satu cara yang paling sering digunakan dalam menghitung status gizi anak (Kemenkes, 2010)

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Gizi Buruk	< -3 SD
	Gizi Kurang	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Gizi Baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gizi Lebih	> 2 SD
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Sangat Pendek	< -3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	> 2 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	> 2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	> 2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 5 – 18 Tahun	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 1 SD
	Gemuk	> 1 SD sampai dengan 2 SD
	Obesitas	> 2 SD

2.2 Penyakit Jaringan Lunak Mulut pada Balita Kurang gizi

Menurut beberapa penelitian, kelainan/lesi yang sering ditemukan pada penderita kurang gizi menunjukkan manifestasi oral seperti *recurrent stomatitis aphthous*, *angular cheilitis*, *scorbutic gingiviti*, *glossitis* dan *cheilitis* (Thomas, 2010).

2.2.1 Recurrent aphthous stomatitis (RAS)

RAS merupakan gangguan yang ditandai dengan ulkus yang berulang terbatas pada mukosa mulut pasien tanpa tanda-tanda penyakit lainnya. Lebih dikenal sariawan jangka panjang dengan ditemukannya berbagai macam dari bentuk minor, mayor dan herpetik. Lesi ini muncul pada usia muda, setelah usia lanjut jarang ditemukan (Greenberg, 2008; Bruch, 2010).

RAS ditandai dengan munculnya ulser yang awalnya nekrotik, berbatas jelas, berwarna kuning keabu-abuan, dan dikelilingi daerah eritematosa dari mukosa yang terinflamasi. Gejala prodromal nampak seperti rasa terbakar setiap saat dari 2 hingga 48 jam sebelum ulkus muncul. Periode awal, pada area lokal nampak eritema menjadi berkembang. Dalam beberapa jam, bentuk papul putih kecil, ulserasi, dan secara bertahap membesar selama 48 hingga 72 jam berikutnya. Ulkus berbentuk bulat dengan tepi eritematosa dan pada bagian tengah ulser ditutupi dengan pseudomembran fibrinous berwarna kuning kekuningan. Ulser terjadi pada mukosa oral non-keratinisasi, meliputi bibir, mukosa bukal, dasar mulut, palatum lunak, dan permukaan ventral lidah. Ulser yang menghasilkan luka pada epitel mulut dan menyebabkan rasa nyeri sehingga menghambat kemampuan pasien untuk makan, minum dan berbicara (Greenberg, 2008; Putri, 2015; Akintoye, 2014).

RAS diklasifikasikan menurut karakteristik klinis: ulkus minor, ulkus mayor dan ulkus herpetiformis. Ulkus minor berdiameter ukuran 0,3 hingga 1,0 cm dan mulai penyembuhan dalam waktu seminggu. Ulkus herpetiform memunculkan gejala klinis ulser yang kecil-kecil dan berkelompok. Karakteristik berukuran kecil dengan diameter 1-3 mm dan berjumlah banyak. Herpetiformis biasanya sembuh dalam waktu kurang dari satu bulan tanpa bekas. Ulkus mayor berdiameter lebih dari 1 cm dan bertahan selama berminggu-minggu sampai berbulan-bulan (Greenberg, 2008).



Gambar 2.4 Gambaran klinis RAS minor palatum (Sumber: Bruch, 2010)



Gambar 2.5 Gambaran klinis RAS mayor di mukosa labial (Sumber: Bruch, 2010)



Gambar 2.6 Gambaran klinis RAS herpetik di bawah lidah (Sumber: Bruch, 2010)

RAS merupakan penyakit mukosa oral yang paling sering terjadi pada manusia, namun penyebabnya masih belum diketahui. Etiologi RAS belum dapat ditentukan, beberapa penelitian difokuskan pada faktor-faktor predisposisi timbulnya RAS. Faktor-faktor yang dianggap sebagai predisposisi RAS, antara lain faktor genetik, faktor gangguan daya tahan tubuh, faktor hormon, faktor tekanan kejiwaan, defisiensi nutrisi, dan penyakit sistemik (Putri, 2015).

Defisiensi nutrisi seperti defisiensi hematinik, yaitu zat besi, asam folat, vitamin B1, B2, B6, B12 kemungkinan dua kali lebih berisiko terkena RAS dibandingkan orang yang sehat. Defisiensi vitamin B1, B2, dan B6 telah ditemukan pada 28% penderita RAS. Defisiensi vitamin tersebut menyebabkan menurunnya kualitas mukosa sehingga bakteri menjadi mudah melekat pada mukosa dan menurunnya sintesis protein menyebabkan terhambatnya

metabolisme sel. Asupan makanan yang kurang mengandung asam folat dan vitamin B12 pada seseorang dapat menyebabkan terjadinya ulser yang berulang. Terapi substitusi vitamin B12 menunjukkan hasil yang menjanjikan dalam pengobatan RAS. Kekurangan zat besi adalah predisposisi faktor lain yang dikaitkan dengan RAS (Putri, 2015; Tarakji, 2015).

Penegakan diagnosis RAS didasarkan pada manifestasi klinis dan anamnesis pasien. Pemeriksaan kelenjar limfe juga dibutuhkan dalam pemeriksaan ekstraoral. Hal yang penting dicatat saat pemeriksaan pasien, terdiri dari riwayat keluarga, frekuensi ulserasi, durasi ulserasi, jumlah ulserasi, daerah yang mengalami ulserasi (nonkeratin atau berkeratin), ukuran dan bentuk ulser, penggunaan obat, ulserasi genital, masalah kulit, gangguan gastrointestinal, riwayat penggunaan obat-obatan, tepi ulser, dasar ulser, dan jaringan sekitar. Dasar dari ulser dapat berupa nekrosis, granular purulen atau tertutup dengan mucous (Putri, 2015; Akintoye, 2014).

2.2.2 Angular Cheilitis

Angular cheilitis yang memiliki nama lain *angular cheilosis*, *commissural cheilitis*, *angular stomatitis*, atau *perleche*. Angular cheilitis merupakan lesi yang ditandai dengan lesi kemerahan yang menyebar dalam bentuk fisura, kulit tampak terkikis, retakan di sudut bibir, permukaan berlapis ulser dan disertai dengan gejala subyektif seperti sensasi terbakar, nyeri dan kekeringan di sudut mulut. Dalam kasus yang parah, retakan pada sudut mulut dapat mengeluarkan darah saat membuka mulut dan menyebabkan ulkus dangkal atau krusta (Fajriani, 2017).

Angular cheilitis bisa mengenai semua usia, tidak terbatas pada kelompok usia tertentu, balita, anak-anak maupun remaja dapat terkena angular cheilitis tanpa melihat jenis kelamin. Tiga puluh persen pasien dengan stomatitis gigi tiruan juga mengalami angular cheilitis, yang hanya mempengaruhi 10% pasien memakai gigi tiruan tanpa stomatitis gigi tiruan (Sriwahyuni, 2015; Greenberg, 2008).

Angular cheilitis termasuk lesi rongga mulut yang kompleks. Berbagai macam faktor dapat menyebabkan penyakit ini seperti defisiensi nutrisi, trauma

mekanik, imunologi, infeksi, dan alergi dapat menjadi satu-satunya faktor penyebab namun dapat juga kombinasi (Sriwahyuni, 2015; Scully, 2008).

Status gizi balita di mana penyebab utama angular cheilitis adalah kekurangan nutrisi yang disebabkan oleh kekurangan vitamin B kompleks, zat besi dan asam folat. Faktor predisposisi dari Angular cheilitis, terutama defisiensi nutrisi berkorelasi dengan kondisi lingkungan. Siswa yang paling berpengaruh adalah kondisi lingkungan baik di keluarga dan sekolah. Kondisi lingkungan yang dimaksud dapat berupa tingkat sosial ekonomi keluarga, pengaruh adat dalam keluarga, kebiasaan atau pola makan pada balita dan pengetahuan tentang nutrisi (Fajriani, 2017).

Kekurangan zat besi memiliki kecenderungan untuk beberapa penyakit mukosa mulut meliputi: ulkus apthous, angular cheilitis, nyeri dan retakan di sudut mulut yang disebabkan oleh jamur candida albicans dan oleh bakteri staphylococcus aureus. Atrofi mukosa yang tampak memerah dan halus pada penderita defisiensi zat besi dan anemia biasanya ditemukan dengan ulserasi apthous dan angular cheilitis (Fajriani, 2017). Kekurangan zat besi dapat mengakibatkan angular cheilitis, atrofi papila, sensasi lidah terbakar dan kemerahan, disfagia, dan pucatnya jaringan mukosa mulut karena menderita anemia (Thomas, 2010).

Gambaran Klinis ditandai dengan adanya fisura dan eritema pada sudut mulut, yang meluas ke bibir bawah dan kemungkinan diperluas ke mukosa bukal. Gejala awal angular cheilitis adalah gatal pada sudut mulut dan tampak munculnya kulit yang meradang dan bintik-bintik merah. Gerakan mulut seperti tertawa atau berbicara akan terasa sakit pada sudut mulut dan menyebabkan mudah berdarah. Keperahan peradangan ditandai dengan retakan di sudut mulut dan beberapa perdarahan ketika mulut pasien dibuka pada angular cheilitis yang terkait dengan defisiensi nutrisi dapat dilihat dengan adanya penipisan papilla (lidah depapilasi), lidahnya merah dan mengkilat pada pasien karena defisiensi zat besi (Fajriani, 2017).

Angular Cheilitis paling sering muncul sebagai area eritema dan edema pada kedua komisura. Atrofi, eritema, ulserasi dan pengerasan kulit dapat terlihat.

Lesi kadang-kadang meluas melampaui perbatasan vermilion ke kulit dalam bentuk alur linier atau celah memancar dari sudut mulut (rhagades), terutama dalam bentuk yang lebih parah. Pada lesi yang panjang, jaringan supurasi dan granulasi dapat terjadi (Scully,2008).



Gambar 2.7 Gambaran klinis Angular Cheilitis

(Sumber: <https://www.news-medical.net/health/What-is-Angular-Cheilitis.aspx> [Diakses pada 18 Juli 2018])

Kultur mikroba dan pemeriksaan hematologis (gambar darah, dan pemeriksaan kadar serum besi/ferritin, serum vitamin B12 dan folat sel darah merah terkoreksi) diindikasikan ketika adanya keterlibatan sistemik. Maserasi epitelium komissural juga dapat disebabkan oleh kebiasaan menjilati sebagai tanda karena gugup, atau dengan menghisap objek (perleche), tetapi ini jarang terjadi pada penderita angular cheilitis dan daerah eritema biasanya meluas pada komisura dan vermilion (Scully, 2008).

2.2.3 Scurvy / Scorbutic Gingivitis

Scurvy merupakan penyakit karena kekurangan vitamin c. Scurvy Gingivitis banyak di derita seseorang yang menderita masalah gizi, pada orang tidak konsumsi buah dan sayuran, kebersihan mulut yang buruk, pecandu alkohol dan bisa terjadi pada orang tua maupun bayi. Perokok yang kekurangan vitamin c sangat tinggi dapat berkembang ke penyakit periodontal. Penyakit defisiensi nutrisi yang disebabkan oleh karena ketidak mampuan penyerapan asupan vitamin C yang cukup lama (Shah, 2014; Thomas, 2010).

Vitamin C adalah zat yang larut dalam air, sangat peka terhadap panas, paparan ultraviolet atau oksigen. Jumlah seluruhnya dalam tubuh adalah 1500-2500 mg. Penyerapan vitamin c ini terjadi di ileum, sehingga asupan vitamin C sangat diperlukan untuk mencegah scurvy. Asupan harian vitamin C dalam satu hari harus mencapai minimal 10 mg/hari. Vitamin C berfungsi, baik sebagai agen pereduksi dan sebagai antioksidan, diperlukan bagi banyak orang untuk fungsi fisiologis, termasuk metabolisme zat besi dan asam folat, ketahanan terhadap infeksi, dan integritas pembuluh darah. Vitamin C diperlukan untuk Aktivitas prolyl dan lysyl hydroxylase untuk sintesis kolagen (Shah, 2014).

Lesi ekstraoral dapat diamati, seperti perdarahan pada kulit dan mukosa; yang dapat berkisar dari beberapa zona kecil, perifollicular hingga ecchymoses besar yang tidak ada hubungannya dengan jumlah trauma. Komposisi kolagen yang rusak juga terdapat pada kulit, sendi, gusi, mukosa, tulang, dan integritas vaskular. Gejala klinis yang sering terlihat pada penyakit Scorbutic gingivitis ini adalah pembesaran gingiva menyeluruh dengan penampilan eritematosa yang difus yang melibatkan papilla interdental, gingiva marginal dan gingiva yang melekat pada semua gigi, jaringan gingiva yang spongy dan mudah berdarah. Perdarahan gingiva dengan pembesaran gingiva berwarna merah kebiruan, pembengkakan dan infeksi pada gingiva. Scurvy juga mempengaruhi pertumbuhan dan kehilangan gigi karena kekurangan vitamin c. Sekitar 20% kasus yang mempengaruhi gigi karena sudah berkembang ke penyakit periodontal sehingga terjadi kehilangan gigi. Ecchymoses mungkin juga ditemukan pada palatum, pipi, atau dasar mulut. Nekrosis dan infeksi dapat menjadi komplikasi lebih lanjut. Pemeriksaan pasien tampak pucat (Thomas, 2010; Syah, 2014).



Gambar 2.8 Gambaran klinis Scurvy / Scorbutic Gingivitis

(Sumber: <https://www.cancertherapyadvisor.com/pediatrics/vitamin-c-deficiency-scurvy/article/624081/> [Diakses pada 18 Juli 2018])

2.2.4 Glossitis

Glositis merupakan penyakit radang pada lidah dengan adanya pembengkakan, depapilasi pada lidah sehingga menghasilkan daerah kemerahan yang mengkilat. Mampu memicu penyumbatan pernafasan pada saat lidah membengkak jika kasusnya lebih parah (Puspitasari, 2018). Glositis lebih sering ditemukan pada pasien dengan status sosial ekonomi rendah, pasien kurang gizi, pecandu alkohol, perokok, pasien usia lanjut, pasien dengan gangguan kekebalan, dan pasien dengan gigi palsu (Ferri, 2018).

Peradangan bisa disebabkan oleh karena ada kelainan di lidah atau karena manifestasi klinis di rongga mulut karena faktor sistemik. Penyakit lidah menjadi tanda adanya penyakit sistemik atau bentuk awal dari patologi lokal dan keganasan (misalnya, karsinoma). Penyebab peradangan pada lidah diantaranya defisiensi nutrisi seperti (vitamin E, riboflavin, niacin, vitamin B12, zat besi), Infeksi seperti (virus, kandidiasis, tuberkulosis, syphillis), trauma terjadi karena oleh gigi palsu yang tidak pas, Iritasi lidah dari pasta gigi, obat-obatan, alkohol, tembakau dan buah jeruk (Ferri, 2018).

Atrofi glossitis menunjukkan lidah terasa halus, berwarna merah atau pink dan berkilau. Atrofi pada papila, mukosa, dan dorsum lidah dianggap sebagai

tanda-tanda defisiensi nutrisi. Tanda defisiensi nutrisi terkait dengan kekurangan vitamin B12, zat besi, asam folat, riboflavin dan niacin. Tidak adanya papilla filiform atau fungiform yang melibatkan lebih dari 50% luas permukaan dorsum lidah menimbulkan lidah terasa lembut dan halus (Raju,2014 ; Montes, 2014).

Pemeriksaan rongga mulut menunjukkan mukosa labial, bukal dan langit-langit berwarna pucat, rasa sakit di beberapa bagian lidah, kesulitan untuk menelan, sensasi terbakar. Mukosa yang terlihat pucat terjadi ketika hemoglobin konsentrasi di bawah 9-10 g/dL. Apabila defisiensi besi biasanya disebabkan oleh siklus menstruasi (Montes,2014). Dorsum dari lidah menunjukkan daerah depapilasi pada lidah kadang adanya fissure yang dalam. Kekurangan zat besi adalah salah satu gangguan paling sering terjadi dan anemia terus berlanjut terjadi di kalangan wanita karena kehamilan dan kehilangan darah pada saat menstruasi (Raju, 2014).



Gambar 2.9 Gambaran klinis glossitis

(Sumber: <https://pedclerk.bsd.uchicago.edu/page/anemia> [Diakses pada 18 Juli 2018])

2.2.5 Cheilitis

Cheilitis adalah peradangan pada bibir yang melibatkan bagian kulit dan / atau vermilion border pada daerah bibir (Gharbi, 2017). Daerah vermilion merupakan batas antara kulit dengan mukosa. Daerah tersebut mempunyai banyak pembuluh darah kapiler sehingga berwarna lebih merah dibanding area lain dan

ditutupi oleh epitel skuamous yang cukup tebal (Agustina, 2012). Keratin pada penderita cheilitis daerah vermilion kehilangan plastisitasnya sehingga bibir menjadi pecah-pecah, mengelupas, dan sakit (Indah, 2003).

Peradangan pada penderita cheilitis mirip dengan dermatitis kulit pada bagian tubuh yang lain, yaitu dengan adanya tanda fisura, kemerahan, bersisik dan pecah-pecah (Sterry et al, 2006). Cheilitis sama dengan Chapped Lips yang diartikan sebagai keadaan bibir yang kering, pecah-pecah dan sakit (Thomas & williams,2010). Penderita cenderung untuk menjilat bibir atau mengupas kulit yang terkelupas, hal-hal tersebut dapat membuat kondisi cheilitis menjadi semakin parah (Indah, 2003). Apabila dibiarkan cheilitis dapat mengganggu estetik bibir dan mengganggu kegiatan sehari-hari seperti makan dan berbicara (Sterry et al,2006).

Lesi pada bibir bisa menjadi manifestasi dari penyakit sistemik, ekspresi lokal penyakit dermatologi atau kondisi bibir yang terlokalisasi. Dalam kebanyakan kasus, riwayat penyakit, pemeriksaan klinis menyeluruh dan investigasi yang relevan akan membantu dokter dalam diagnosis (Gharbi, 2017). Cheilitis terdiri dari cheilitis umum seperti contact cheilitis dan cheilitis khusus seperti angular cheilitis, actinic cheilitis, plasma cell cheilitis,cheilitis glandularis, cheilitis granulomatosa dan eksfoliatif cheilitis (Gharbi, 2017).

Penyebab Cheilitis belum diketahui namun banyak faktor predisposisi yang mempengaruhinya seperti sinar matahari yang menyebabkan bibir menjadi kering terutama bibir bawah, cuaca dingin atau panas dapat menyebabkan bibir terkelupas, reaksi alergi terhadap lipstik, pasta gigi, makanan atau minuman, pertumbuhan berlebihan dari jamur candida yang menghasilkan bibir pecah-pecah dan rasa sakit pada mulut. Cheilitis juga faktor predisposisinya dipengaruhi dari kekurangan vitamin B riboflavin yang terdapat dalam makanan. Apabila suatu penyebab dihilangkan, biasanya bibir akan kembali normal. (Thomas & williams,2010 ; Gharbi, 2017).

Defisiensi Nutrisi pada Cheilitis yaitu kekurangan nutrisi seperti avitaminosis B2, B9, B12, scurvy (vitamin C), defisiensi besi, atau defisiensi seng yang dapat menyebabkan cheilitis eksfoliatif yang terkait dengan manifestasi oral lainnya (stomatitis, glossitis eritematosa). Pada pellagra (defisiensi vitamin PP),

vermilion berkilau dan pecah-pecah, kadang terkikis. Peradangan pada bibir gejala-gejala yang terjadi diantaranya bibir terasa kering, pecah-pecah, luka, terasa sakit, bahkan bibir dapat sampai berdarah. Jamur/thrush bisa tumbuh dan menimbulkan luka terbuka (Sterry et al, 2006 ; Thomas & williams, 2010).



Gambar 2.9 Gambaran klinis cheilitis

(Sumber: <https://dibadentist.wordpress.com/category/tips-gigi-sehat/>
[Diakses pada 18 Juli 2018])

2.2.6 Geographic Tongue

Geographic tongue dikenal sebagai benign migratory karena kemampuan lesi untuk bermigrasi dari waktu ke waktu dari satu lokasi ke lokasi lain. kondisi lesi jinak ini dapat terlihat pada ujung, batas lateral, dan dorsum lidah. Lesi pada Geographic tongue bersifat asimtomatik karena terdapat atrofi papilla atau depapilasi dari papilla filiformis yang mampu mengubah sensasi (Rezaei, 2015).

Etiologi dari lesi ini masih belum diketahui secara pasti, meskipun banyak penelitian dan studi yang meneliti tentang geographic tongue. Beberapa peneliti menyebutkan bahwa faktor genetik atau herediter berperan besar dalam lesi ini. Faktor predisposisi juga mendukung terjadinya kelainan ini seperti defisiensi nutrisi, stress, dan lain-lain (Pinasthika, 2018).

Faktor Predisposisi Geographic Tongue yaitu:

Genetik

Faktor genetik diduga kuat merupakan faktor etiologi atau faktor utama yang didukung oleh beberapa faktor sekunder lainnya. Faktor keturunan atau herediter dapat muncul apabila generasi penurunnya memiliki beberapa faktor pencetus seperti adanya kondisi sistemik tertentu (Fahmi, 2015; Pinastika, 2018). Penelitian lain menyebutkan bahwa faktor keturunan berpengaruh pada sesama saudara kandung pada antigen histocompatibility di antara pasien Geographic tongue mengungkapkan peningkatan signifikan antigen DR5 dan DRW6 dalam serum pasien Geographic tongue ketika dibandingkan dengan kontrol sementara DR2 berkurang secara komparatif ditandai dengan nyeri ringan dan ketidaknyamanan pada konsumsi makanan pedas sebagai faktor pendukung pada etiologi genetik (Nandini, 2016).

Penyakit Sistemik

Geographic tongue sering dikaitkan dengan penyakit sistemik lainnya seperti atopi, alergi, stres, anemia, psoriasis, gangguan pencernaan dan variasi hormon. Hal ini dapat dikaitkan dengan sindrom seperti sindrom Reiter, sindrom Down, sindrom Aarskog, sindrom hidantoin janin dan sindrom Robinow (Pinasthika, 2018).

Defisiensi Nutrisi

Faktor defisiensi nutrisi diduga juga memiliki keterkaitan untuk dapat menjadi salah satu faktor penyebab dari geographic tongue. Beberapa kondisi seperti defisiensi zat gizi, zat besi, asam folat dan vitamin B6, B12 dapat mengakibatkan atrofi papilla (Nandini, 2016; Pinasthika, 2018).

Faktor Hormonal

Fluktuasi hormon dapat mempengaruhi geographic tongue. Fase siklus kontrasepsi mempengaruhi inisiasi dan durasi lesi circinate pada wanita dengan geographic tongue. Perubahan yang paling parah di pada siklus hari ketujuh belas.

Selain itu sekitar 8% pasien dengan diabetes mellitus pada remaja memiliki geographic tongue. Wysocky dan Daley menemukan hubungan antara geographic tongue dan diabetes, terdapat peningkatan empat kali lipat dalam prevalensi lidah geografis pada pasien diabetes. prevalensi 8% pada pasien diabetes tipe 1 (Bajaj, 2013; Pinasthika, 2018).

Psikologi

Lesi geographic tongue sering ditemukan pada penderita yang dalam keadaan stres, gugup dan temperamen secara emosional serta lesi ini banyak menyerang pelajar khususnya pelajar yang memiliki gangguan psikologi. Selain itu stress emosional juga diduga menjadi faktor penyebab terbesar karena banyaknya lesi yang muncul pada saat penderita dalam kondisi stress (Pinasthika, 2018).

Alergi

Pasien dengan riwayat penyakit asma atau riwayat penyakit keluarga asma, eksim dan demam atau peningkatan serum total kadar imunoglobulin E mungkin lebih cenderung memiliki geographic tongue (Nandini, 2016; Pinasthika, 2018).

Psoriasis dan Penyakit Reiter's

Geographic tongue berkaitan dengan penyakit kulit psoriasis dan penyakit Reiter's. Lesi geographic tongue dapat muncul sebagai penanda penyakit kulit ataupun sebagai manifestasi oral dari penyakit, karena ditemukannya gambaran histopatologis yang sama. Sehingga geographic tongue yang disebabkan oleh psoriasis juga mampu dikategorikan sebagai lesi oral psoriasis (Aufika F, 2015; Pinasthika, 2018).

Lesi geographic tongue secara klinis tampak berwarna kuning, putih atau abu-abu pada bagian tepinya dengan bentukan yang ireguler, lesi ini juga tampak seperti lingkaran merah dengan tepi berwarna putih yang tidak teratur pada bagian samping, maupun tengah lidah. Bercak merah merupakan suatu keadaan dimana adanya atrofi dari papilla filiformis dan batas putih dari bercak merah adalah papilla filiformis yang bergenerasi dan bercampur dengan keratin dan netrofil.

Lesi ini biasanya muncul selama satu atau dua minggu lalu menghilang dan muncul kembali pada tempat yang berbeda dari lidah (Pinasthika, 2018).

Zona periferal menghilang setelah beberapa waktu, dan setelah itu terjadi penyembuhan daerah yang mengalami depapilasi dan eritematosa dimulai. Lesi dapat dimulai pada titik awal yang berbeda, zona perifer menyatu, dan gambaran klinis khas dari lidah geografis muncul. Bergantung pada aktivitas lesi, tampilan klinis dapat bervariasi dari lesi tunggal hingga multipel yang menempati seluruh dorsum lidah. Hilangnya zona perifer dapat menunjukkan bahwa terjadi penyembuhan. Lidah geografis ditandai oleh periode eksaserbasi dan remisi dengan jangka waktu yang berbeda-beda. Gangguan ini biasanya tidak ada gejala tetapi beberapa pasien mengalami sensasi perih. Pasien sering melaporkan pada saat lesi memburuk selama periode stres. Lidah geografis dan fissure tongue dapat diamati secara bersamaan. Kemungkinan besar, lidah pecah-pecah harus ditafsirkan sebagai tahap akhir dari lidah geografis (Bucket, 2008)

Geographic tongue merupakan lesi asimtomatik serta lesi ini bukan merupakan suatu kondisi dimana pasien selalu merasakan sakit akibat munculnya lesi tersebut, melainkan hanya saat terdapat faktor pencetus rasa sakitnya, seperti makanan yang pedas, panas dan asam serta minuman yang berkarbonasi atau beralkohol. Lesi geographic tongue juga kadang muncul saat periode menstruasi atau pada saat kondisi pasien sedang stress, selain itu kelainan ini dapat sembuh sendiri dan kemudian muncul lagi di tempat yang berbeda (Pinasthika, 2018).

Gambar 2.10 Gambaran klinis Geographic Tongue

(Sumber: https://geographic tongue.org/wp-content/uploads/2010/11/Geographic_Tongue_child1.jpg [Diakses pada 8 Juli 2019])



2.3 Kerangka Konsep



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasi deskriptif dengan pendekatan cross sectional, yaitu penelitian observasi tujuannya untuk memberi gambaran mengenai fakta-fakta tetapi tidak menguji hipotesis. Pendekatan cross sectional merupakan penelitian yang dilakukan pada waktu tertentu tanpa mengamati dari awal sampai akhir (Silaen, 2018).

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1 Waktu penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan November-Desember 2018.

3.2.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Silo 1.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah balita penderita kurang gizi di Wilayah Kerja Puskesmas Silo 1 yang jumlahnya tidak diketahui.

3.3.2 Sampel Penelitian

a. Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel penelitian ini secara *purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan teknik penentuan sampel yang dipilih berdasarkan pertimbangan tujuan penelitian yang sudah mengetahui ciri-ciri populasi, kemudian memilih sampel yang sesuai dengan kriteria tertentu (Silaen, 2018).

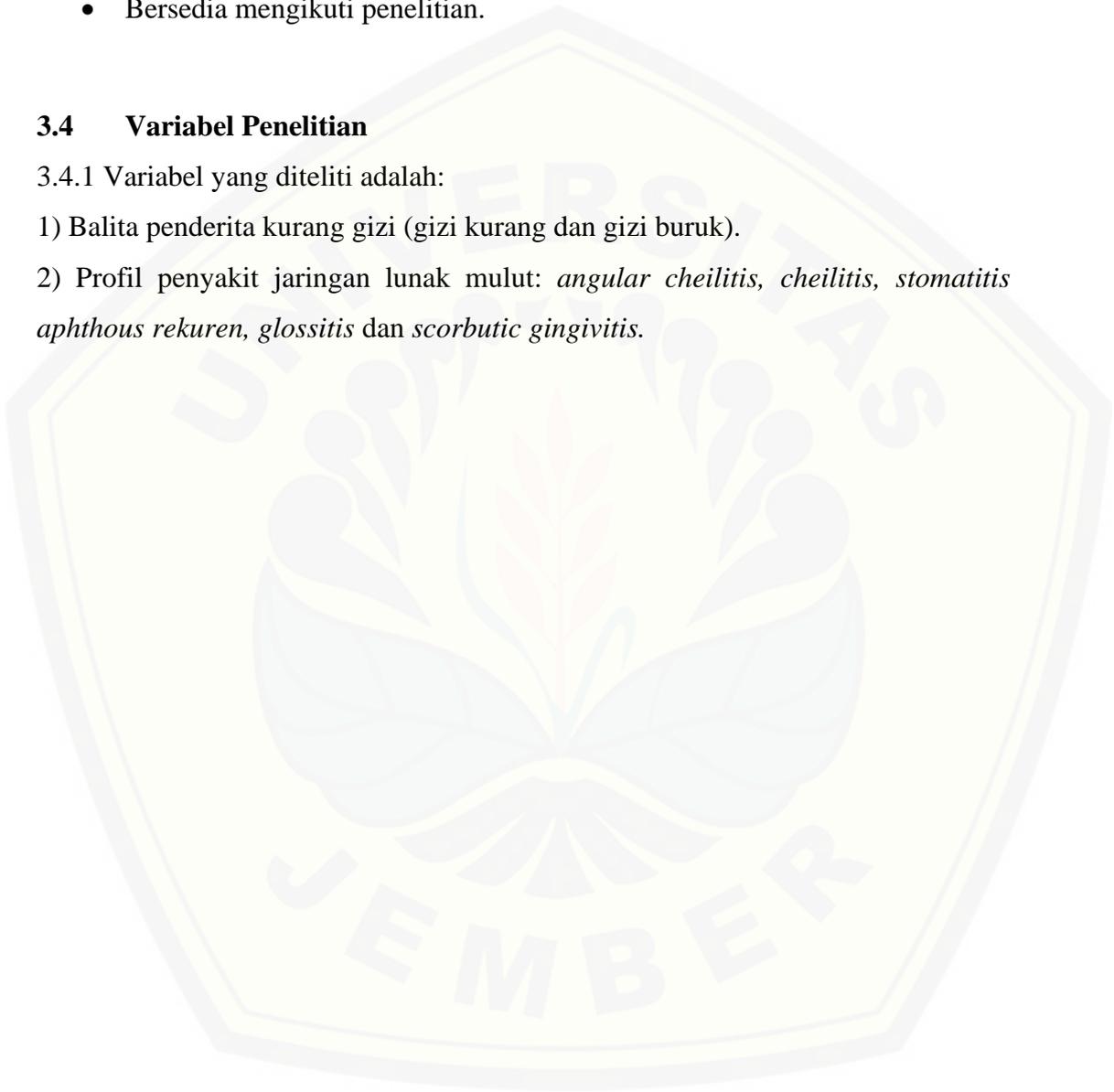
b. Kriteria sampel

- Balita penderita gizi kurang dan gizi buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Silo 1.
- Balita usia 2-5 tahun.
- Jenis kelamin laki-laki dan perempuan.
- Bersedia mengikuti penelitian.

3.4 Variabel Penelitian

3.4.1 Variabel yang diteliti adalah:

- 1) Balita penderita kurang gizi (gizi kurang dan gizi buruk).
- 2) Profil penyakit jaringan lunak mulut: *angular cheilitis*, *cheilitis*, *stomatitis aphthous rekuren*, *glossitis* dan *scorbutic gingivitis*.



NO	Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
1	Kurang gizi (Gizi buruk dan kurang)	keadaan status gizi dibawah normal berdasarkan indeks berat badan dan umur menurut standar antropometri pengukuran anak. Gizi kurang adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U) batas Z-score -3SD sampai dengan <-2SD (Kementrian Kesehatan, 2010). Gizi buruk adalah kondisi status gizi berada di bawah standar rata-rata dengan ambang batas <-3 Z-score.	Rekapan data yang diperoleh dari dinas kabupaten jember	-Balita yang gizi buruk (<-3 SD) -Balita yang gizi kurang (3SD sampai dengan <-2 SD)	Nominal

2	Gambaran penyakit mulut	Gambaran suatu kelainan atau penyakit yang berada di rongga mulut.	Pengamatan langsung menggunakan alat dasar	Lesi rongga mulut pada Balita gizi kurang, RAS, glossitis, cheilitis, angular cheilitis, geographic tongue dan scorbutic gingivitis	Nominal
3	Angular Cheilitis	Peradangan pada sudut mulut ditandai dengan adanya fisur-fisur, berwarna merah kecoklatan, rasa terbakar, nyeri dan rasa kering pada sudut mulut. Penyebab angular cheilitis yang ditemukan pada anak-anak disebabkan dengan defisiensi nutrisi seperti vitamin B kompleks, zat besi dan asam folat.			

4	RAS	penyakit mukosa rongga mulut yang penyebabnya belum diketahui, ditandai dengan ulser yang berulang, sakit, berbentuk oval dikelilingi oleh pinggiran yang eritematus dengan dasar kuning keabuan.			
5	Scorbutic Gingivitis	inflamasi pada gingiva karena defisiensi vitamin C ditandai dengan gingiva yang membesar, mudah berdarah dan spongi.			
6	Glossitis	peradangan pada lidah ditandai dengan lidah yang kemerahan, mengkilap dan desquamasi papila			
7	Cheilitis	peradangan pada bibir yang tampak kering, bersisik dan pecah-pecah			

8	Geographic Tongue	peradangan pada lidah yang bersifat jinak ditandai dengan lesi yang berpindah-pindah, berpola dan dapat sembuh dengan sendirinya.			
---	----------------------	---	--	--	--

3.6 Pengumpulan Data

a. Waktu Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan pada bulan Agustus-September 2018.

b. Cara Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dengan melakukan screening dan anamnesa.

1. Alat yang diperlukan untuk pengumpulan data:
 - a. Formulir *inform consent*
 - b. Alat dasar
 - c. Handscoon
 - d. Masker
 - e. Kamera yang digunakan untuk memeriksa dan mendata responden
 - f. Microtoise dan alat penimbang berat badan
 - g. Head lamp
 - h. Alat tulis
 - i. Alat sterilisasi
2. Bahan yang diperlukan untuk pengumpulan data:
 - a. Alkohol
 - b. Kapas
 - c. Cotton roll dan cotton pellet
3. Prosedur pengumpulan data:
 - a. Perijinan penelitian ke Wilayah Kerja Puskesmas Silo 1.
 - b. Mengikuti kegiatan Posyandu yang dilakukan pada awal bulan bersama kader posyandu, bidan desa dan masyarakat sekitar di wilayah kerja puskesmas silo 1.
 - c. Screening Balita kurang gizi di Wilayah Kerja Puskesmas Silo 1 dengan melakukan pengukuran berat badan dan pencatatan umur dengan dibantu bersama ibu kader posyandu dan bidan desa, sesuai dengan panduan pemeriksaan klinis dan memberi penjelasan mengenai tahapan serta tujuan penelitian. Diagnosa dan informed consent, dalam tahap ini dilakukan: 1)

- Pemeriksaan subjektif: peneliti melakukan anamnesa secara lengkap. 2)
 Pemeriksaan objektif: peneliti mengobservasi secara visual.
- d. Peneliti melakukan dokumentasi keadaan rongga mulut subjek dengan menggunakan kamera.
 - e. Pengumpulan data dengan melakukan perhitungan rumus Z-Score yaitu berat badan dengan umur, kemudian digolongkan berdasarkan gizi buruk dan gizi kurang.
 - f. Penyalinan data.
 - g. Tabulasi dan penyajian data.
 - h. Pembahasan data secara deskriptif.
 - i. Kesimpulan

3.7 Pengolahan data

Pengolahan data

- a. Identifikasi, yaitu mengenal pasti hasil penelitian yang diperoleh.
- b. Entri data, yaitu dengan menyajikan data dalam bentuk frekuensi dan persentase dengan menggunakan rumus prevalensi (Timmreck dan Thomas, 2005) :

$$\text{Angka prevalensi : } \frac{\text{Jumlah kasus penyakit yang ada}}{\text{Total populasi}} \times 100\%$$

- c. Tabulasi, yaitu proses menghitung setiap variabel berdasarkan kategori yang telah ditetapkan sebelumnya sesuai dengan tujuan penelitian.

3.8 Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan cara deskriptif sehingga dapat diperoleh data berupa penyakit jaringan lunak mulut pada balita kurang gizi, selanjutnya untuk menentukan prevalensi penyakit jaringan lunak mulut dilakukan perhitungan persentase dan data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan diagram batang.

3.9 Bagan Alur Penelitian



BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian di wilayah kerja puskesmas Silo 1 didapatkan kesimpulan adalah sebagai berikut:

1. Status gizi yang kurang baik menyebabkan terganggunya kesehatan gigi dan mulut dengan menunjukkan gejala klinis manifestasi penyakit jaringan lunak mulut pada balita status gizi buruk dan gizi kurang.
2. Penderita penyakit mulut Glossitis, Cheilitis, Angular Cheilitis paling tinggi pada balita status gizi kurang sedangkan RAS dan Geographic Tongue paling banyak ditemukan pada status gizi buruk.
3. Balita jenis kelamin laki-laki paling banyak ditemukan penderita status kurang gizi yang bermanifestasi penyakit jaringan lunak mulut dibanding balita dengan jenis kelamin perempuan.
4. Usia balita yang paling tinggi menderita status kurang gizi yang bermanifestasi penyakit jaringan lunak mulut pada usia 49-60 bulan dibanding usia 37-48 bulan dan 24-36 bulan.

5.2 Saran

1. Dapat dijadikan sebagai dasar penelitian selanjutnya.
2. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui prevalensi penyakit jaringan lunak mulut pada balita kurang gizi dengan jumlah populasi yang lebih besar dan wilayah yang lebih luas sehingga dapat dilakukan pengendalian terhadap faktor-faktor risiko terjadinya penyakit mulut pada balita status gizi kurang dan meningkatkan derajat kesehatan gigi dan mulut di daerah tersebut.
3. Perlu adanya kegiatan penyuluhan oleh tenaga kesehatan terhadap masyarakat khususnya daerah perdesaan tentang gizi dan kesehatan mulut sebagai salah satu upaya pencegahan penyakit mulut dan kurang gizi.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriani, M. Dan B. Wirjatmadi. 2012. *Gizi Dan Kesehatan Balita*. Jakarta: Kharisma Putra Utama.
- Agarwal, Anil dan Shaharyar, Abbas. 2014. Scurvy in Pediatric Age Group- A Disease Often Forgotten. Elsevier. 101-107.
- Agustina dan Subagyo. 2012. Exfoliative Cheilitis dan Penatalaksanaan. *Majalah kedokteran gigi*. 19(1) : 49-52.
- Akintoye and Greenberg. 2014. Recurrent Aphthous Stomatitis. *Dent Clin North Am*. 58(2): 281–297
- Anggarini dan Puhadi. 2012. Pemodelan Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Prevalensi Balita Kurang Gizi di Provinsi Jawa Timur dengan Pendekatan Geographically Weighted Logistic Regression (Gwlr). *Jurnal sains dan seni its*. 1 (1) : 1-2.
- Babu, K. L., Subramaniam, P., dan Madhusudan, K.S. 2019. Association of Nutritional Status and Dental Health Among 3–6 Years Old Children Of A South Indian Population. *Saudi Journal of Oral Sciences*.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2010. *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015*. Desember. Jakarta: Bappenas.
- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Provinsi Jawa Timur. 2017. Kasus Gizi Buruk Jatim Turun. <http://bappeda.jatimprov.go.id/2017/07/17/kasus-gizi-buruk-jatim-turun/>. [Diakses pada 17 Juli 2017]

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2010. *Riset Kesehatan Dasar*. September. Jakarta: Litbang Depkes.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Desember. Jakarta: Litbang Depkes.

Bandt, J.P.De. 2015. *Understanding The Pathophysiology of Malnutrition for Better Treatment*. Elseviermasson. France.

Bekele, A., dan Janakiraman,B. 2016. *Physical Therapy Guideline for Children with Malnutrition in Low Income Countries: Clinical Commentary*. *Journal of Exercise Rehabilitation*. 12(4): 266–275.

Bolat M, Chiriac MI, Trandafir L, Ciubara A, Diaconescu S. 2016. Oral manifestations of nutritional diseases in children. *Romanian J Oral Rehabil*. Apr-Jun;8(2):56-60.

Bruch, J. M., dan N.S. Treister. 2010. *Clinical Oral Medicine and Pathology*. London: Humana press.

Damayanti, R., S. Setyaningsih, dan A. Qur'ania. 2014. Sistem penunjang keputusan menentukan status gizi pada balita dengan menggunakan metode fuzzy.

Depkes. 2017. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jember : Departemen Kesehatan Kabupaten Jember

Diniyyah, S.R. dan Nindya, T.S. 2017. Asupan Energi, Protein dan Lemak dengan Kejadian Gizi Kurang pada Balita Usia 24-59 Bulan di Desa Suci, Gresik. 341-350.

Dicker, Richard C., dkk. 2012. *Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.

Direktorat Gizi Masyarakat. 2018. Buku saku pemantauan status gizi tahun 2017.

Januari. Jakarta: Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan.

Elfarisi, R.N., Susilawati,S., dan Suwargiani, A.A. 2018. Kesehatan gigi dan Mulut Terkait Kualitas Hidup Anak Usia 4-5 Tahun di Desa Cilayung. *Jurnal Kedokteran Gigi Unpad*. Vol 30(2): 86-95.

Fajriani. 2017. Management of Angular Cheilitis in children. *Journal of Dentomaxillofacial Science*. 2(1): 1-3.

Ferri, F. 2018. *Ferrys Clinical Advisor*. Elsevier. Philadelphia

Gharbi dan Wissem. 2017. Cheilitis.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470592/>. [Diakses pada 20 Desember 2018].

Greenberg. 2008. *Burkets Oral Medicine*. Eleventh Edition. India: BC Decker Inc.

Indah dan Setyawati. 2003. Kendala Dalam Penatalaksanaan Keilitis Eksfoliatif. *Journal Of Dentistry Indonesia*. 10 (3): 949-955.

Isnaini, Nurul. 2016. Hubungan Pola Asuh, Pola Makan Dan Penyakit Infeksi Dengan Kejadian Gizi Buruk Pada Balita Di Kabupaten Magetan Tahun 2016.

Khasanah dan Sulistyawati. 2018. Karakteristik Ibu dengan Kejadian Gizi Kurang pada Balita 6-24 Bulan di Kecamatan Selat , Kapuas Tahun 2016. *Strada Jurnal Ilmiah Kesehatan*. 7 (1) : 1-2.

- Khozeimeh, F dan Rasti,G.2006.The Prevalence of Tongue Abnormalities Among the School Children in Borazjan, Iran. *Dental Research Journal*. 1(3):1-4.
- Kramer, C.V., dan Allen, S. 2015. *Malnutrition In Developing Countries Paediatric and child health*. [http:// dx.doi.org/10.1016/j.paed.2015.04.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.paed.2015.04.002). [diakses pada 5 mei 2018].
- Kristanti, E., dan D. Sari. 2016. Perbedaan Status Gizi Balita Usia 4-6 pada Ibu Bekerja dan Ibu Tidak Bekerja. *Jurnal Stikes*. 9(2) : 138-145.
- Kusumaningtyas, Kharisma. 2016. Faktor Pendapatan Dan Pendidikan Keluarga Terhadap Perkembangan Motorik Halus Anak Usia 3-4 Tahun. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*. Vol 7 (1).
- Lestari, Yulia. 2012. Hubungan Status Gizi Berdasarkan Indeks Antropometri Dengan Terjadinya Atrofi Glositis Pada Anak Usia 6-12 Tahun Di Lima Pondok Pesantren Di Kabupaten Jember.
- Liansyah, T.M. 2015. Malnutrisi pada Balita Balita. *Fakutas Kedokteran, Universitas Syiah Kuala*. Volume II (1): 4-5.
- Marcus, J. 2013. *What Is Inside Food, How It Functions and Healthy Guidelines. Culinary Nutrition*. USA: Elsevier.
- Merita, Aisah dan Aulia,S. 2018. Status Gizi dan Aktivitas Fisik dengan Status Hidrasi pada Remaja di SMA Negeri 5 Kota Jambi. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*. 9(3): 207-215.
- Montes, dan Viella. 2014. Atrophic glossitis as a clinical signs of severe anemia. *Polski prezeglada*. 2(2) : 201-204.

- Nagtilak, S. dan Motta, T. K. 2014. Nutritional Deficiency Disorders Among Tribal School Children. *Double Hellx Research*. 5(3): 99-103.
- Nandini, D.B. dan BhavaNa, S.B. 2016. Paediatric Geographic Tongue: A Case Report, Review and Recent Updates. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. Vol 10(2).
- Pinasthika, P.A. Mashartini, A., dan Yani, R.W.E. 2018. Prevalensi dan Distribusi Penderita Geographic Tongue pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember Angkatan 2014 – 2016. *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*. Vol. 6 (1).
- Persatuan Ahli Gizi Indonesia. 2009. *Kamus Gizi Pelengkap Kesehatan Keluarga*. Jakarta : Kompas Media Nusantara.
- Puspitasari, Ana Mariyam dan R.E, Dian. 2018. Klasifikasi Penyakit Gigi Dan Mulut Menggunakan Metode Support Vector Machine. *Jurnal Pengembangan Teknologi Informasi dan Ilmu Komputer*. 2(2).
- Putri, A. 2015. Pemanfaatan obat herbal topikal pada recurrent aphthous stomatitis. *Makassar Dent J* . 4(5): 158-167.
- Rahim, Fitri Kurnia. 2014. Faktor Risiko Underweight Balita Umur 7-59 bulan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol 9 (2): 115-121.
- Raju, V. 2014. Atrophic glossitis; An indicator of iron deficiency anemia. *International Journal of Dental Clinics*. 6(3) :30-31.
- Ramavat, Manish Rameshchandra dan Gunjana, Geet. 2016. Prevalence of nutritional deficiencies among school going adolescents of Ahmedabad city, Gujarat: a cross sectional study. *International Journal of Advances in Medicine*. Vol 3(4):876-879.
- Scully, C. 2008. *Oral and Maxillofacial Medicine*. Second edition. Toronto:

Elsevier.

Shah, J., dan S. Vasanwala. 2014. Scorbutic gingivitis. *Journal of Government Dental College and Hospital*. 1(1) : 5-10.

Silaen, Sofar. 2018. Metodologi Penelitian Sosial untuk Penulisan Skripsi dan Tesis. Bogor : In Media.

Sitorus, Serelady Maredlyn. 2017. Profil Penderita Angular Cheilitis di Departemen Ilmu Penyakit Mulut FKG USU Tahun 2016.

Soenoe, Jane Sutera. 2013. Prevalensi Recurrent Aphthous Stomatitis (Ras) Pada Anak Sd Usia 10-12 Tahun Di Kelurahan Puger Wetan Kecamatan Puger Dan Kelurahan Kemuning Lor Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember.

Sriwahyuni, Herlin. Mashartini, Ayu dan Hernawati, Sri. 2017. Insidensi dan Distribusi Penderita Angular Cheilitis pada Bulan Oktober-Desember Tahun 2015 di RSGM Universitas Jember (Incidence and Distribution of Angular Cheilitison October December 2015 at Dental Hospital of Jember University). *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*. 5(1).

Sulistiani, Annisa. Hernawati, Sri dan Mashartin, Ayu. 2017. Prevalensi dan Distribusi Penderita Stomatitis Aftosa Rekuren (SAR) di Klinik Penyakit Mulut RSGM FKG Universitas Jember pada Tahun 2014. *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*. Vol. 5(1).

Sunarjo, Lanny dan Hendari, Ratnawati. 2015. Manfaat Xanthone Terhadap Kesembuhan Ulkus Rongga Mulut Dilihat Dari Jumlah Sel Pmn Dan Fibroblast. *ODONTO Dental Journal*. Vol 2(2).

Swarup, N. dan Gupta.S. 2017. Atrophic Glossitis: Burning Agony of Nutritional

Deficiency Anemia. *World Journal of Anemia*. 1(2):48-50.

Tarakji, Bassel dan G. Gaza . 2015. Guideline for the Diagnosis and Treatment of Recurrent Aphthous Stomatitis for Dental Practitioner. *Journal of International Oral Health*. 7(5):74-80.

Thakur,Sharu dan Gupta,Mudita. 2019. Geographic Tongue in 8-month-old Monozygotic Twins: Case Report with Review of Literature. *Indian Journal of Paediatric Dermatology*. Vol 19(2).

UNICEF. 2015. Kemakmuran Indonesia Bergantung Pada Upaya Peningkatan Perbaikan Gizi. <http://indonesiaunicef.blogspot.com/2015/02/kemakmuran-indonesia-bergantung-pada.html>. [Diakses pada 17 Juli 2017]

Thomas, danieelle marie. 2010. *Nutrition and oral mucosa disease*. Chicago: Elsevier

Wahyuni.I.S. dan Agustina, A. 2017. The Prevelence of Oral Mucosa Lesions in the First Grade of Elementary School Children at Tanjungsari Sumedang Indonesia. *Prosiding Seminar Ilmiah Nasional Oral Medicine*.

WHO. 2018. *Malnutrition*. [Http: //www.who.int/mediacentre/factsheets/malnutrition /en/](Http://www.who.int/mediacentre/factsheets/malnutrition/en/) [25 April 2018].

Yendi, Y.,N. Eka, dan N. Maemunah. 2017. Hubungan Antara Peran Ibu Dalam Pemenuhan Gizi Anak Dengan Status Gizi Anak Prasekolah Di Tk Dharma Wanita Persatuan 2 Tlogomas Kota Malang. *Nursing News*. 2 (2) : 762-763.

Yendra, M. 2010. *Indonesia Ekonomi Outlook 2010*. Jakarta : Grasindo.

Yilmaz, A.E., Gorpelioglu, c dan Sarifakioglu,E. 2011. Prevalence of Oral Mucosal Lesions from Birth to Two Years. Nigerian Journal of Clinical Practice. Vol 14 (3): 349-352.



LAMPIRAN

Lampiran A. Informed Consent

INFORM CONSENT

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : No :

Jenis Kelamin/Umur :

Alamat :

Setelah mendapatkan penjelasan dari tim peneliti/ pengabdian pada masyarakat FKG UNIVERSITAS JEMBER menyatakan bersedia untuk menjadi subjek penelitian/pengabdian kepada masyarakat dari :

Nama : Inaayatul Maula

NIM : 151610101043

Instansi : Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember

Alamat : Jl. Danau Toba VII no 225

Dengan topik penelitian pengabdian kepada masyarakat “Profil Penyakit Jaringan Lunak Mulut pada Balita *Kurang gizi* di Wilayah Puskesmas Silo 1”

Tim peneliti meminta saya untuk dilakukan pemeriksaan rongga mulut dan karies gigi.

Saya telah membaca dan dibacakan prosedur penelitian yang hampir dan telah diberikan kesempatan untuk menanyakan hal-hal yang belum jelas dan diberi jawaban dengan jelas. Surat persetujuan ini saya tulis dengan sebenar-benarnya tanpa paksaan dari pihak manapun. Dengan ini saya menyatakan sukarela sanggup menjadi subjek dalam penelitian ini

Peneliti

Jember,
Subjek Penelitian Pengabdian kepada Masyarakat

.....

.....

Lampiran B. Form Penelitian

FORM PENELITIAN

Nama :

Jenis kelamin :

Usia :

Alamat lengkap :

Tinggi badan :

Berat badan :

Suku :

Penyakit umum yg menyertai :

No	Penyakit mulut	Ya	Tidak	Keterangan
1	Angular Cheilitis			
2	Cheilitis			
3	RAS			
4	Scorbutic gingivitis			
5	Glositis			
6	Dan lain-lain			

Lampiran C. Foto Alat dan Bahan Penelitian



Lampiran D. Foto Kegiatan Penelitian



Keterangan: pemeriksaan gambaran penyakit jaringan lunak mulut pada balita kurang gizi



Keterangan: pengukuran berat badan dan tinggi badan



Keterangan: gambaran penyakit jaringan lunak mulut Cheilitis pada balita kurang gizi



Keterangan: gambaran penyakit jaringan lunak mulut RAS pada balita kurang gizi



Keterangan: gambaran penyakit jaringan lunak mulut glossitis pada balita kurang gizi



Keterangan: gambaran penyakit jaringan lunak mulut angular cheilitis pada balita kurang gizi



Keterangan: gambaran penyakit jaringan lunak mulut geographic tongue pada balita kurang gizi

Lampiran E. Surat Ijin Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
Jl. Kalimantan No. 37 Jember 60132, Telp. 331991

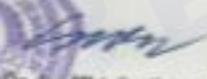
Nomor : 4025/UN25.R.TL/2018
 Perihal : Ijin Penelitian 16 AUG 2018

Kepada Yth
 Kepala Badan Kesehatan Bangsa dan Politik
 Di
 Jember

Dalam rangka pengumpulan data penelitian guna penyusunan skripsi maka, dengan hormat kami mohon bantuan dan kesediaannya untuk memberikan ijin penelitian bagi mahasiswa kami dibawah ini :

1	Nama	: Insyaf Maula
2	NIM	: 151610101043
3	Semester/Tahun	: 2017/2018
4	Fakultas	: Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember
5	Alamat	: Jl. Dusun Toba VII No.225 Jember
6	Judul Penelitian	: Gambaran Penyakit Mulut Pada Anak Gigi Buruk Di Wilayah Kerja Puskesmas Silo 1
7	Lokasi Penelitian	: Wilayah Kerja Puskesmas Silo 1
8	Data/waktu yang di pinjam	: Data Anak Yang Mengalami Gigi Buruk Di Wilayah Kerja Puskesmas Silo 1
9	Waktu	: Agustus s/d September 2018
10	Tujuan Penelitian	: Untuk Mengetahui Gambaran Penyakit Mulut Pada Anak Gigi Buruk
11	Dosen Pembimbing	: 1. Dr. drg. Risty Widi E Y, M.Kes : 2. drg. Dyah Indarti S, M.Kes

Demikian atas perkenan dan kerja sama yang baik diucapkan terimakasih

m. Dekan
 Wakil Dekan I

 Dr. drg. IDA Sunilawati, M.Kes
 NIP.196109031986022801

Lampiran F. Ethical Clearance



The image shows an official document titled 'ETHIC COMMITTEE APPROVAL' from the Faculty of Dentistry at Universitas Jember. The document is framed with a decorative border and contains the following information:

**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS JEMBER
(THE ETHICAL COMMITTEE OF MEDICAL RESEARCH
FACULTY OF DENTISTRY UNIVERSITAS JEMBER)**

ETHIC COMMITTEE APPROVAL
No. 120/UN25.A/KEPK/DL/2018

Title of research protocol : "Description of Oral Disease in Toddler with Undernutrition status in the work Area of Puskesmas Silo 1"

Document approved : Research Protocol

Principal investigator : Inayatul Maula

Member of research : -

Responsible Physician : Inayatul Maula

Date of approval : July 17th, 2018

Place of research : Working area of Puskesmas Silo 1

The Research Ethic Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember states that the above protocol meets the ethical principle outlined and therefore can be carried out.

Jember, July 20th, 2018

Dean of Faculty of Dentistry Universitas Jember
Chairperson of Research Ethic Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember


Dehaerdyan P. M. Kas, Sp. Pro


Prof. Dr. Agus Ayu Retna Dewanti, M.S

Lampiran. G. Surat Rekomendasi BanKesBanPol



**PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
di -
J E M B E R

SURAT REKOMENDASI
Nomor : 072/913/415/2019

Tentang

PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember
- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember tanggal 04 April 2019 Nomor : 1524/UN25.8.TL/2019 perihal Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Inaayatul Maula / 1516101010043
Instansi : Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember
Alamat : Jl. Danau Toba 7/225 Jember
Keperluan : Mengadakan Penelitian untuk penyusunan skripsi dengan judul : "Gambaran Penyakit Mulut Pada Balita Status Gizi Kurang di Wilayah Kerja Puskesmas Silo I"
Lokasi : Dinas Kesehatan dan Puskesmas Silo I Kabupaten Jember
Waktu Kegiatan : April 2019 s/d Selesai

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 04-04-2019

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Sekretaris



- Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Dekan FKG Universitas Jember;
2. Yang Bersangkutan.

Lampiran H. Data BGM Kab.Jember

BGM 2018

NO	PUSKESMAS	%
1	KENCONG	2.04
2	CAKRU	2.53
3	GUMUKMAS	0.94
4	TEMBOKREJO	1.49
5	PUGER	0.72
6	KASIYAN	2.64
7	WULUHAN	0.84
8	LOJEJER	2.81
9	AMBULU	0.57
10	SABRANG	0.47
11	ANDONGSARI	0.06
12	TEMPUREJO	0.54
13	CURAHNONGKO	2.57
14	SILO I	5.74
15	SILO II	0.99
16	MAYANG	2.15
17	MUMBULSARI	2.05
18	JENGGAWAH	2.41
19	KEMUNINGSARI	2.21
20	AJUNG	1.50
21	RAMBIPUJI	3.32
22	NOGOSARI	1.99
23	BALUNG	1.62
24	KARANGDUREN	1.63
25	UMBULSARI	0.75
26	PALERAN	2.35
27	SEMBORO	2.01
28	JOMBANG	2.30
29	SUMBERBARU	0.45
30	ROWOTENGAH	2.83
31	TANGGUL	3.30
32	KLATAKAN	2.67
33	BANGSALSARI	2.92
34	SUKOREJO	0.79
35	PANTI	2.45
36	SUKORAMBI	0.85
37	ARJASA	1.10
38	PAKUSARI	1.25
39	KALISAT	2.20
40	LEDOKOMBO	3.31
41	SUMBERJAMBE	2.96
42	SUKOWONO	2.60
43	JELBUK	3.00
44	KALIWATES	0.00
45	MANGLI	1.69
46	JEMBER KIDUL	1.59
47	SUMBERSARI	0.00
48	GLADAKPAKEM	2.76
49	PATRANG	0.80
50	BANJARSENGON	3.09
	JUMLAH	1.87

DATA BGM (GIZI BURUK BB/U) KAB JEMBER

NO	PUSK	2015		2016		2017	
		n	%	n	%	n	%
1	KENCONG	53	2.61	92	4.16	71	3.18
2	CAKRU	47	2.80	44	2.59	28	1.71
3	GUMUKMAS	16	0.44	29	0.77	50	1.41
4	TEMBOKREJO	21	1.22	38	2.27	36	2.30
5	PUGER	33	0.80	22	0.54	35	0.88
6	KASIYAN	78	2.15	95	2.56	97	2.77
7	WULUHAN	65	1.53	66	1.51	70	1.66
8	LOJEJER	67	1.87	84	2.30	96	2.71
9	AMBULU	11	0.39	18	0.62	29	1.02
10	SABRANG	16	0.60	18	0.65	26	0.96
11	ANDONGSARI	24	1.36	15	0.84	11	0.62
12	TEMPUREJO	45	1.49	40	1.31	24	0.80
13	CURAHNONGKO	60	2.91	66	3.20	63	3.09
14	SILO I	97	3.21	88	2.87	54	1.78
15	SILO II	39	0.94	42	1.01	40	0.97
16	MAYANG	87	2.67	69	2.12	69	2.21
17	MUMBULSARI	123	2.76	134	2.86	203	4.57
18	JENGGAWAH	49	2.00	73	3.03	86	3.59
19	KEMUNINGSARI	74	2.52	60	1.91	52	1.70
20	AJUNG	51	0.92	74	1.39	67	1.27
21	RAMBIPUJI	117	3.61	119	3.61	73	2.37
22	NOGOSARI	58	2.69	59	2.86	62	3.08
23	BALUNG	62	2.23	52	1.94	49	1.91
24	KARANGDUREN	38	1.44	27	1.10	31	1.26
25	UMBULSARI	44	1.56	35	1.26	31	1.15
26	PALERAN	37	1.78	58	2.77	56	2.76
27	SEMBORO	102	3.37	90	3.01	83	2.94
28	JOMBANG	104	3.16	69	2.08	78	2.37
29	SUMBERBARU	197	4.98	82	2.04	85	2.01
30	ROWOTENGAH	118	3.59	129	3.92	112	3.51
31	TANGGUL	68	1.83	115	3.02	75	2.00
32	KLATAKAN	48	2.40	74	3.79	64	3.28
33	BANGSALSARI	102	2.44	81	1.91	113	2.72
34	SUKOREJO	30	0.97	30	0.89	35	1.02
35	PANTI	135	3.17	135	3.08	81	1.91
36	SUKORAMBI	102	3.86	85	3.14	55	2.03
37	ARJASA	72	3.67	112	4.87	74	3.42
38	PAKUSARI	16	0.55	27	0.92	39	1.28
39	KALISAT	182	3.85	198	4.00	138	2.89
40	LEDOKOMBO	83	1.98	103	2.45	90	2.29
41	SUMBERJAMBE	149	3.83	212	5.52	183	4.75
42	SUKOWONO	124	3.23	151	3.96	125	3.36
43	JELBUK	65	3.76	45	2.45	43	2.55
44	KALIWATES	60	2.01	35	1.06	5	0.15
45	MANGLI	22	1.22	24	1.33	30	1.68
46	JEMBER KIDUL	67	2.90	56	2.47	71	3.26
47	SUMBERSARI	34	0.75	86	1.88	70	1.51
48	GLADAKPAKEM	77	2.83	83	2.87	52	1.62
49	PATRANG	150	2.14	52	1.19	35	0.81
50	BANJARSENGON						

Lampiran I. Data Balita Gizi Buruk

no	nama	L/P	Usia	BB	TB	angular cheilitis:				
						cheilitis	RAS	scorbutic gingivitis	glossitis	dll
1	safa	P	23	6,1	68		√			
2	Fatimatuzzahro	P	30	8,8	82				√	
3	Fatah	L	30	8,8	82				√	
4	Aulia Q	P	41	10	90		√			
5	Dwi	P	47	10,8	88					
6	Rega	L	60	11,4	92	√	√		√	
7	Zidan	L	56	11,6	97				√	
8	Roibeh	L	60	12	98	√	√		√	
9	vabil	L	53	11,5	96	√			√	geographic tongue
10	Denis	L	60	12,1	96		√		√	
11	Zahira	P	59	11	96				√	
12	Mahruj	L	30	8,9	82				√	
13	M.Fahmi	L	48	10,6	92		√		√	geographic tongue

Lampiran J. Data Balita Gizi Kurang

no	nama	L/P	Usia	BB	TB	angular cheilitis	cheilitis	RAS	scorbutic gingivitis	glossitis	dll
1	farhan	L	20	9	78						
2	Siren	P	42	11	90	√	√				
3	alfian	L	54	15	95			√			
4	M.Fadlullah	L	53	12,2	93						
5	Nurin Airin	P	58	13	95						
6	arafa	L	36	11,1	85					√	
7	Nurida	P	39	10,4	85					√	
8	Marcel	L	50	11,9	95						
9	Diki	L	28	9,3	84					√	
10	Zila	P	57	13	96						
11	Nadi	P	57	13,1	97		√			√	
12	Putri	P	60	13,1	101					√	
13	Riski Aditya	L	60	13	98		√	√		√	
14	Indah	P	52	12	94	√				√	geographic tongue
15	Dedi	L	41	11	91	√					
16	Raditya	L	55	13	98					√	
17	Raya	P	60	13,1	99					√	
18	Kirana	P	60	13,5	101						
19	Puput	P	60	13,4	98						
20	Afifa	P	60	13	97	√	√			√	
21	Alif	L	60	13,1	104					√	
22	Zahra	P	60	13,6	96					√	
23	Danis	L	60	13,4	99						
24	Firoh	P	60	13,6	95					√	
25	Alvin	L	60	14	97					√	
26	Arya	L	60	13,3	102					√	
27	Annisa	P	27	8,8	75		√			√	
28	M. Wafiq	L	36	11	88		√				
29	Hanum	P	36	10,1	85					√	
30	Ferin	P	36	10,7	84		√				

Daftar Istilah

1. Malnutrisi: Suatu keadaan status gizi seseorang bisa lebih dan kurang untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.
2. Undernutrition: Suatu keadaan dimana nutrisi dibawah normal / kurang untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari
3. Kurang Gizi: Suatu keadaan dimana status gizinya tidak cukup,seimbang dan kurang untuk kebutuhan nutrisi sehari-hari. Kurang gizi ditandai dengan badan yang kurus, karena berat badannya kurang untuk anak seusianya. Terlepas dari masalah genetik, tubuhnya juga lebih pendek dibanding anak lain seusianya. Jika masalah kekurangan gizi ini tidak segera diatasi, anak akan mengalami masalah giziburuk.

Gizi kurang: Status gizi yang didasarkan pada indeks berat badan menurut umur (BB/U) $-2 SD - -3 SD$ Z Score

4. Gizi buruk: Status gizi yang didasarkan pada indeks berat badan menurut umur (BB/U) $-3 SD SD$ Z Score
5. Stunting: Kondisi di mana tinggi badan seseorang jauh lebih pendek dibandingkan tinggi badan orang seusianya.
6. KMS: Catatan grafik perkembangan anak yang diukur berdasarkan umur, berat badan, dan jenis kelamin
7. KIA: Berisi catatan kesehatan ibu (hamil, bersalin dan nifas) dan anak (bayi baru lahir sampai anak usia 6 tahun) serta berbagai informasi cara memelihara dan merawat kesehatan ibu dan anak.
8. Z Score: Salah satu cara yang paling sering digunakan dalam menghitung status gizi anak pengukuran berdasarkan BB/U, TB/U dan BB/TB.
9. BMI Index: Suatu pengukuran yang menghubungkan atau membandingkan berat badan dengan tinggi badan.