

Prevalensi Kebiasaan Buruk Sebagai Etiologi Maloklusi Klas I  
Angle Pada Pasien Klinik Ortodonsia RSGM Universitas Jember  
Tahun 2015-2016  
(*The Prevalence of Bad Habits as The Etiology of Angle's Class I  
Malocclusion in Orthodontic Clinic Dental Hospital Jember Uni-  
versity 2015-2016*)

Arimbi Gupitasari, Herniyati, Leliana Sandra Devi Ade Putri  
Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember  
Jln. Kalimantan 37, Jember 68121  
e-mail korespondensi: [arimbigupitasari2@gmail.com](mailto:arimbigupitasari2@gmail.com)

**Abstract**

**Background:** Habit is a repetitive act that is done spontaneously and commonly occurs in childhood. A habit in the oral cavity that can cause malocclusion is called a bad habit. Bad habits can affect the dentofacial functions such as the process of chewing, talking, tooth occlusion, periodontal tissue, and esthetic. If bad habits continue after six years old, they can cause malocclusion. The etiology of malocclusions can be classified into general and local factors. Bad habit is one of the general factors that play a role in the occurrence of malocclusion. Kinds of bad habits are sucking the thumb/finger, pushing the tongue, biting the lips and nails, wrong swallowing habits, breathing through the mouth, and bruxism. **Objective:** To know the prevalence of bad habit and bad habit that mostly happened as etiology of Angle's Class I malocclusion in patient of Orthodontic Clinic RSGM Jember University. **Research Methods:** This descriptive study with total sampling technique was conducted by identifying dental records and study models of Angle's Class I malocclusion that caused by bad habit. Obtained data were tabulated and analysed so that conclusion could be made. **Results and Conclusions:** Prevalence of Angle's Class I malocclusion caused by bad habits was 9.4% with the largest distribution in thumb/finger sucking (38,7%), in the age group 9-10 years (50%), and in the male gender (53,6%).

**Keywords:** Prevalence of bad habits, etiology of Angle's Class I malocclusion

**Abstrak**

**Latar Belakang:** Kebiasaan adalah tindakan berulang yang dilakukan secara spontan dan umumnya terjadi pada masa kanak-kanak. Suatu kebiasaan di rongga mulut yang dapat menyebabkan maloklusi disebut kebiasaan buruk. Kebiasaan buruk berpengaruh terhadap fungsi dentofasial seperti proses mengunyah, bicara, oklusi gigi, struktur jaringan penyangga gigi maupun estetik. Apabila kebiasaan buruk berlanjut setelah usia enam tahun maka dapat menyebabkan maloklusi. Etiologi maloklusi dapat digolongkan menjadi faktor umum dan lokal. Kebiasaan buruk merupakan salah satu faktor umum yang berperan dalam terjadinya maloklusi. Macam kebiasaan buruk adalah menghisap ibu jari, mendorong lidah, mengigit bibir dan kuku, kebiasaan menelan yang salah, bernafas melalui mulut, dan *bruxism*. **Tujuan:** Untuk mengetahui prevalensi kebiasaan buruk dan macam kebiasaan buruk yang paling banyak terjadi sebagai etiologi maloklusi Klas I Angle pada pasien klinik Ortodonsia RSGM Universitas Jember. **Metode Penelitian:** Penelitian deskriptif dengan teknik pengambilan sampel secara *total sampling* dengan melihat kartu status dan model studi dan dilakukan identifikasi kasus maloklusi Klas I Angle yang disebabkan karena kebiasaan buruk, kemudian dilakukan tabulasi, analisis data, dan penarikan kesimpulan. **Hasil dan Simpulan:** Prevalensi pasien maloklusi Klas I Angle dengan kebiasaan buruk sebesar 9,4% dengan distribusi terbesar pada kebiasaan menghisap ibu jari/jari tangan (38,7%), pada kelompok usia 9-10 tahun (50%), dan pada jenis kelamin laki-laki (53,6%).

**Kata kunci:** Prevalensi kebiasaan buruk, etiologi maloklusi Klas I Angle

## Pendahuluan

Kebiasaan adalah suatu tindakan berulang yang dilakukan secara otomatis atau spontan. Perilaku ini umumnya terjadi pada masa kanak-kanak dan sebagian besar selesai secara spontan [1]. Suatu kebiasaan di rongga mulut yang dapat menyebabkan maloklusi disebut kebiasaan buruk. Kebiasaan buruk berpengaruh terhadap fungsi dentofasial seperti proses mengunyah, bicara, oklusi gigi, struktur jaringan penyangga gigi maupun estetik. Pengaruh ini dapat bersifat sementara atau permanen, tergantung keadaan dan usia anak [2]. Kebiasaan buruk merupakan sesuatu yang wajar pada anak usia kurang dari enam tahun dan dapat berhenti dengan sendirinya pada anak usia kurang dari enam tahun. Apabila kebiasaan buruk tersebut masih berlanjut setelah usia enam tahun maka dapat menyebabkan maloklusi, kelainan pada bentuk wajah, dan kelainan pada bentuk palatum [3].

Maloklusi adalah bentuk hubungan rahang atas dan bawah yang menyimpang dari bentuk standar yang diterima sebagai bentuk yang normal, maloklusi dapat disebabkan karena tidak ada keseimbangan dentofasial [4]. Maloklusi Klas I Angle (*Neutroklusi*) adalah hubungan anteroposterior yang normal antara rahang atas dan rahang bawah, dimana tonjol mesiobukal gigi molar permanen pertama atas terletak pada celah bukal gigi molar permanen pertama bawah, sedangkan gigi kaninus atas terletak pada ruang antara tepi distal gigi kaninus bawah dan tepi mesial gigi premolar pertama bawah [5]. Maloklusi merupakan masalah kesehatan gigi dan mulut yang cukup besar di Indonesia dan prevalensinya masih sangat tinggi sekitar 80% dari jumlah penduduk serta berada pada urutan ketiga setelah karies gigi dan penyakit periodontal [6].

Etiologi maloklusi dapat digolongkan dalam faktor umum dan faktor lokal. Faktor umum adalah faktor yang tidak berpengaruh langsung pada gigi. Faktor lokal adalah faktor yang berpengaruh langsung pada gigi. Kebiasaan buruk merupakan salah satu faktor umum yang berperan dalam terjadinya maloklusi. Macam-macam kebiasaan buruk adalah menghisap jari dan ibu jari, mendorong lidah, menggigit bibir dan kuku, kebiasaan menelan yang salah, bernafas melalui mulut, dan *bruxism* [7].

Suatu kebiasaan yang berdurasi total sedikitnya 6 jam sehari, berfrekuensi cukup tinggi dengan intensitas yang cukup dapat menyebabkan maloklusi. Dari ketiga faktor ini yang paling berpengaruh adalah durasi atau lama kebiasaan tersebut berlangsung [8]. Kebiasaan buruk sering didistribusikan sebagai penyebab atau faktor resiko terjadinya berbagai macam maloklusi, baik itu pada gigitan terbuka, dengan insisivus maksila miring ke fasial, insisivus mandibula ke lingual, dan erupsi beberapa gigi insisivus menjadi terhambat sehingga menyebabkan peningkatan *overjet* dan pengurangan *overbite* [9].

## Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yaitu penelitian yang dilakukan untuk menentukan jumlah atau frekuensi dan distribusi penyakit di suatu tempat [10].

Penelitian ini dilakukan pada bulan November sampai Desember 2017 di bagian rekam medis dan klinik Ortodonsia RSGM Universitas Jember. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang datang ke klinik Ortodonsia RSGM Universitas Jember mulai 01 Agustus 2015 sampai 31 Juli 2016. Teknik sampling yang digunakan adalah *total sampling*, sehingga didapatkan sampel dalam penelitian ini berjumlah 298 pasien, yaitu seluruh pasien maloklusi pada klinik Ortodonsia RSGM Universitas Jember pada 01 Agustus 2015 sampai 31 Juli 2016 dan terdiagnosa maloklusi Klas I Angle dengan kebiasaan buruk dan terdapat kartu status serta model studi. Data dikumpulkan dengan diawali melakukan perizinan penelitian, pencarian data pasien di bagian rekam medik, mengumpulkan model studi dan rekam medik sesuai data yang didapatkan, melakukan identifikasi maloklusi Klas I Angle dengan kebiasaan buruk dari kartu status dan model studi pasien, selanjutnya data diolah dan dianalisa untuk mendapatkan kesimpulan.

Analisa data dilaksanakan untuk mendapatkan angka prevalensi kebiasaan buruk sebagai etiologi maloklusi Klas I Angle. Angka prevalensi kebiasaan buruk dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut [11]:

$$\text{Prevalensi} = \frac{\text{Jumlah kasus kebiasaan buruk di klinik Ortodonsia}}{\text{Jumlah pasien maloklusi klas 1 Angle klinik Ortodonsia RSGM Unej}} \times 100\%$$

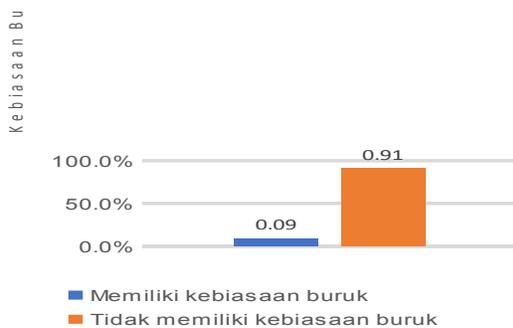
Data yang telah diolah dan dianalisis disajikan dalam bentuk tabel dan diagram.

## Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada 298 kartu status dan model studi telah dilaksanakan di bagian rekam medik dan Klinik Ortodonsia pada bulan November-Desember 2017 di RSGM Universitas Jember. Prevalensi pasien yang memiliki kebiasaan buruk sebanyak 28 pasien (9,4%). Data dapat dilihat pada Tabel 1 dan Gambar 1 berikut.

Tabel 1. Prevalensi pasien yang memiliki kebiasaan buruk di Klinik Ortodonsia RSGM Universitas Jember Tahun 2015-2016

	Jumlah pasien	%
Pasien yang memiliki kebiasaan buruk	28	9,4%
Pasien yang tidak memiliki kebiasaan buruk	270	90,6%

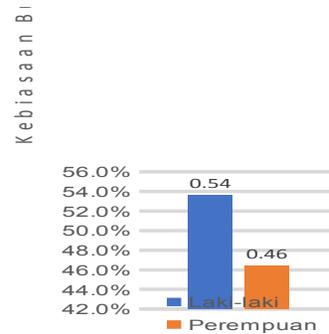


Gambar 1. Diagram batang prevalensi pasien yang memiliki dan tidak memiliki kebiasaan buruk

Distribusi prevalensi pasien Klinik Ortodonsia yang memiliki kebiasaan buruk Tahun 2015-2016 berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada Tabel 2 dan Gambar 2 berikut.

Tabel 2. Distribusi prevalensi pasien yang memiliki kebiasaan buruk berdasarkan jenis kelamin.

Jenis Kelamin	Jumlah pasien	%
Laki-laki	15	53,6%
Perempuan	13	46,4%

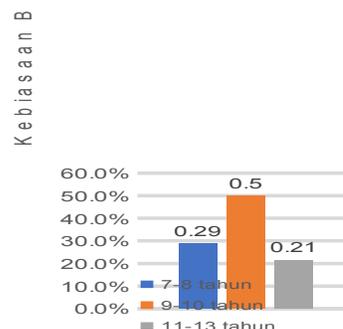


Gambar 2. Diagram batang prevalensi pasien yang memiliki kebiasaan buruk berdasarkan jenis kelamin

Distribusi prevalensi pasien Klinik Ortodonsia yang memiliki kebiasaan buruk Tahun 2015-2016 berdasarkan usia dapat dilihat pada Tabel 3 dan Gambar 3 berikut.

Tabel 3. Distribusi prevalensi pasien yang memiliki kebiasaan buruk berdasarkan usia.

Usia (Tahun)	Jumlah pasien	%
7-8	8	28,6%
9-10	14	50%
11-13	6	21,4%

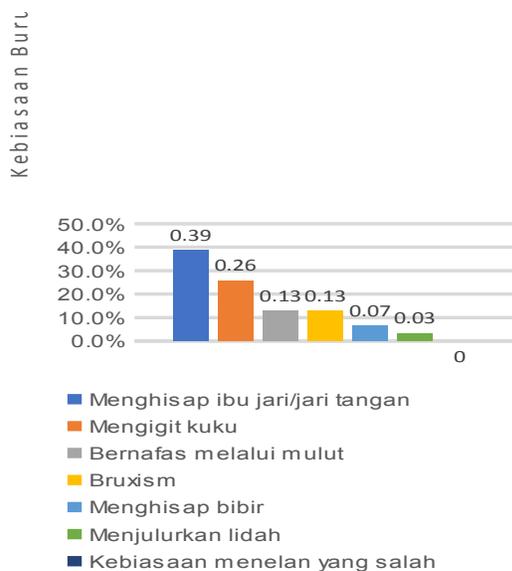


Gambar 3. Diagram batang prevalensi pasien yang memiliki kebiasaan buruk berdasarkan usia

Distribusi prevalensi pasien Klinik Ortodonsia yang memiliki kebiasaan buruk Tahun 2015-2016 berdasarkan macam kebiasaan buruk dapat dilihat pada Tabel 4 dan Gambar 4 berikut.

Tabel 4. Distribusi prevalensi pasien yang memiliki kebiasaan buruk berdasarkan macam kebiasaan buruk.

Macam kebiasaan buruk	Jumlah pasien	%
Menghisap ibu jari/jari tangan	12	38,7%
Menggigit kuku	8	25,8%
Bernafas melalui mulut	4	12,9%
Bruxism	4	12,9%
Menghisap bibir	2	6,5%
Menjulurkan lidah	1	3,2%
Kebiasaan menelan yang salah	0	0%



Gambar 4. Diagram batang prevalensi pasien yang memiliki kebiasaan buruk berdasarkan macam kebiasaan buruk

## Pembahasan

Penelitian dilakukan dengan melihat data yang terdapat pada kartu status dan model studi pasien maloklusi Klas I Angle dengan kebiasaan buruk yang datang ke Klinik Ortodonsia RSGM Universitas Jember mulai 01 Agustus 2015 sampai dengan 31 Juli 2016. Data tersebut meliputi prevalensi kebiasaan buruk, distribusi pasien kebiasaan buruk berdasarkan jenis kelamin dan usia.

Pada penelitian ini semula didapatkan 328 data, namun dikarenakan terdapat 30 model studi yang hilang dan 2 pasien dengan diagnosis maloklusi Klas II Angle, sehingga sampel yang digunakan pada penelitian ini yaitu se-

besar 298 data dari kartu status dan model studi.

Hasil penelitian ini menunjukkan prevalensi pasien maloklusi Klas I Angle Klinik Ortodonsia Universitas Jember sebanyak 28 pasien (9,4%) memiliki kebiasaan buruk. Hasil ini lebih rendah bila dibandingkan dengan penelitian tentang gambaran kebiasaan buruk pada siswa SD Katolik II St. Antonius Palu oleh Septuaginta *et al.* didapati sebanyak 52 murid (38%) memiliki kebiasaan buruk dan penelitian Lagana pada siswa di Tirana, Albania didapati 2108 murid (80,6%) memiliki kebiasaan buruk. Perbedaan ini mungkin disebabkan karena usia, jenis kebiasaan buruk yang diteliti dan tempat penelitian yang berbeda. Penelitian ini dilakukan pada 298 sampel usia 7-13 tahun, dengan melakukan pemeriksaan kebiasaan buruk yaitu menghisap jari/ibu jari, menjulurkan lidah, menghisap bibir, menggigit kuku, kebiasaan menelan yang salah, bernafas melalui mulut, dan *bruxism* menggunakan kartu status dan model studi (data sekunder) di Klinik Ortodonsia RSGM Universitas Jember, dimana dengan menggunakan data sekunder dapat terjadi ketidakakuratan data karena adanya perbedaan persepsi dari operator yang memeriksa etiologi maloklusi pasien. Selain itu, di Klinik Ortodonsia tidak banyak variasi maloklusi pasien karena pasien di Klinik Ortodonsia merupakan pasien yang sudah diseleksi dengan kasus maloklusi Klas I Angle. Sedangkan pada penelitian Septuaginta *et al.* (2013), dilakukan pemeriksaan kebiasaan buruk yaitu menghisap ibu jari, menggigit kuku, menghisap bibir, mendorong lidah dan bernafas melalui mulut pada 137 murid usia 6-13 tahun menggunakan kuesioner yang diisi oleh orang tua/wali murid (data primer) [3]. Pada penelitian Lagana dilakukan pemeriksaan pada 2617 murid usia 7-15 tahun dengan jenis kebiasaan buruknya yaitu menghisap jari, menghisap dot, bernafas melalui mulut, menjulurkan lidah, dan menghisap bibir [12]. Pada penelitian tersebut dilakukan penelitian secara langsung/menggunakan data primer, sehingga data yang didapatkan lebih akurat.

Prevalensi kebiasaan buruk lebih besar terjadi pada pasien anak laki-laki (53,6%) dibandingkan anak perempuan (46,4%). Hal ini sesuai dengan penelitian Gildasya *et al* pada 92 anak usia 6-12 tahun di Yayasan Bahtera Bandung, menunjukkan sebanyak 26 anak laki-laki (55,32%) memiliki prevalensi kebiasaan buruk yang lebih besar daripada 20 anak perempuan (44,44%). Hal ini mungkin disebabkan karena anak laki-laki merupakan anak yang cender-

ung kurang penurut dan kurang peduli terhadap penampilan. Kekeliruan orang tua selama pendidikan dan pengawasan anak-anak mereka akan menyebabkan anak-anak mereka mengalami gangguan secara psikis dan mental yang dapat mengganggu keadaan psikologis anak tersebut sehingga dapat mendorong timbulnya kebiasaan buruk tersebut [13].

Kelompok usia 9-10 tahun merupakan kelompok usia yang secara umum paling banyak memiliki kebiasaan buruk pada penelitian ini yaitu sebanyak 14 pasien (50%). Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Jabur *et al.*, yang menemukan kebiasaan buruk paling banyak terjadi pada anak usia 8-9 tahun sebanyak 39 anak (35,45%). Perbedaan ini mungkin disebabkan karena jumlah sampel dan jenis kebiasaan buruk yang diteliti berbeda. Penelitian ini dilakukan pada 298 sampel usia 7-13 tahun, dengan melakukan pemeriksaan kebiasaan buruk yaitu menghisap jari/ibu jari, menjulurkan lidah, menghisap bibir, mengigit kuku, kebiasaan menelan yang salah, bernafas melalui mulut, *bruxism* menggunakan kartu status dan model studi. Sedangkan pada penelitian Jabur *et al.*, dilakukan pada 110 pasien anak usia 6-13 tahun di Departemen kedokteran gigi anak dan Departemen Ortodonsia Universitas Baghdad dengan kebiasaan buruk yang diteliti yaitu kebiasaan menghisap ibu jari dan jari tangan, mengigit kuku, mengigit pensil, menjulurkan lidah, dan menghisap bibir [14].

Kebiasaan buruk yang paling banyak dilakukan pada penelitian ini adalah kebiasaan menghisap ibu jari/jari tangan yaitu sebanyak 12 kasus (38,7%). Hal ini sesuai dengan penelitian Yaakob *et al.* pada 14 anak usia 8-12 tahun di Klinik Ortodonsia Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga menunjukkan kebiasaan menghisap ibu jari paling banyak dilakukan yaitu sebanyak 9 kasus (64,28%) [2]. Hal ini mungkin disebabkan karena adanya rasa ketakutan, bosan, ketegangan, kelaparan, stress emosional dan adanya faktor keinginan yang tidak terpenuhi. Sehingga dengan melakukan kebiasaan menghisap ibu jari/jari tangan ini akan memberikan rasa senang dan perasaan aman pada waktu anak dalam masa sulit tersebut [15,16]. Usia 6-12 tahun anak mulai memasuki lingkungan sekolah. Pada masa ini anak mulai beradaptasi dan beraktifitas dengan kegiatan bersama teman-teman dan guru baru. Mereka dihadapkan pada kehidupan sosial, intelektual, bahasa, emosi, moral, dan motorik. Atas perkembangan tersebut anak akan mengalami kelebihan dan kekurangan yang ada

pada dirinya. Apabila anak merasa dirinya banyak kekurangan daripada kelebihan dan tak mampu mengatasinya, maka cenderung muncul ketegangan psikis. Bila perhatian orang tua kurang, anak akan mencari kompensasi misalnya melakukan kebiasaan buruk [17].

## Simpulan dan Saran

Kesimpulan dari penelitian ini adalah prevalensi pasien maloklusi Klas I Angle dengan kebiasaan buruk yang datang ke Klinik Ortodonsia RSGM Universitas Jember pada 1 Agustus 2015 sampai dengan 31 Juli 2016 sebesar 9,4%. Persentase distribusi terbesar berdasarkan macam kebiasaan buruk adalah menghisap ibu jari/jari tangan (38,7%), persentase distribusi terbesar berdasarkan usia adalah kelompok usia 9-10 tahun (50%), dan persentase distribusi terbesar berdasarkan jenis kelamin adalah laki-laki (53,6%).

Saran yang dapat diberikan yaitu diharapkan dapat dilakukan penelitian lebih lanjut tentang prevalensi kebiasaan buruk sebagai etiologi maloklusi Klas I Angle dengan jangka waktu yang lebih panjang dan populasi yang lebih besar dan penelitian mengenai prevalensi etiologi maloklusi yang lainnya. Selain itu, diharapkan dapat dilakukan penelitian secara langsung kepada pasien, serta untuk Klinik Ortodonsia, diharapkan lebih memperhatikan penyimpanan model studi, sehingga data pasien tidak ada yang hilang.

## Daftar Pustaka

- [1] Shahraki NS, Yassaeei, Moghadam MG. Abnormal oral habits: A review. *Journal of Dentistry and Oral Hygiene*. 2012; 4(2): 12-15
- [2] Yaakob AN, NarmadaIB, Triwardhani A. Keparahan gigitan terbuka anterior pada anak usia 8-12 tahun di Klinik Ortodonti Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga Tahun 2008-2010. *J Orthodontic Dent*. 2011; 2(1): 41-44.
- [3] Septuaginta AA, Kepel BJ, Anindita PS. Gambaran oral habit pada murid SD Katolik II St.Antonius Palu. *J E-Gigi*. 2013; 1(1): 18-27.
- [4] Susanto C. Need and Demand serta akibat dari maloklusi pada siswa SMU Negeri 1 Binjai [Internet]. Binjai: Repository USU; 2010 [cited 2017 September 27]. Available from <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/18207>

- [5] Moyers RE. Handbook Of Orthodontics. 4th ed. Chicago: Year Book Medical Publisher; 1988.
- [6] Sudarso ISR. Solusi penetapan waktu dan manajemen perawatan ortodonti pada anak masa tumbuh kembang. *Dentika Dental Journal*. 2008.
- [7] Graber TM, Vanarsall RL. Orthodontics Current Principles and Techniques Vol. 2. 3rd ed. Philadelphia: Saunder Company; 2000.
- [8] Rahardjo P. Ortodonti Dasar. 2nd ed. Surabaya: Airlangga University Press; 2012.
- [9] Proffit WR, Fields HW. Contemporary Orthodontics. 4th ed. St. Louis: Mosby Inc; 2007.
- [10] Budiarto E, Anggraeni D. Pengantar Epidemiologi. Jakarta: EGC; 2002.
- [11] Efendi F, Makhfudli M. Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan. Jakarta: Penerbit Salemba Merdeka; 2009.
- [12] Lagana G, Masucci C, Fabi F, Bollero P, Cozza P. Prevalence of malocclusions, oral habits, and orthodontic treatment need in a 7 to 15 years old school children population in Tirana. *Progress in Orthodontics*. 2013; 14(2): 1-7.
- [13] Gildasya, Riyanti E, Hidayat S. Prevalence of oral habits in homeless children under-care of Yayasan Bahtera Bandung. *Dental Journal*. 2007; 39(4): 165-167.
- [14] Jabur SF, Al-Rudainy D. The effect of bad oral habits on malocclusions and its relation with age, gender and type of feeding. *MD Journal*. 2007; 4(2): 152-156.
- [15] Salah A. Mother's attitude toward digit sucking habits in children of United Arab Emirates. *Int J Orofacial Myol*. 2007; 33: 37-45.
- [16] Paredes GV, Paredes CC. Prevalence of oral habits and teeth alterations in schoolchildren from Valencia (Spain). *Ann Depadiat (Barc.)*. 2005; 62: 261-65.
- [17] Yusuf SH. Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja. Bandung: PT Remaja Rosdakarya; 2001.