



UNIVERSITAS INDONESIA

**STATUS KESEHATAN GIGI MULUT PARA
PENYALAHGUNA NAPZA DI RUMAH
TAHANAN KELAS I CIPINANG**

TESIS

INDRAYADI GUNARDI

NPM : 0606032581

PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

PROGRAM STUDI PENYAKIT MULUT

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI

JAKARTA

JULI 2009

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Indrayadi Gunardi
NPM : 0606032581
Program Studi : Penyakit Mulut
Judul Tesis : Status Kesehatan Gigi Mulut Para Penyalahguna NAPZA
Di Rumah Tahanan Kelas I Cipinang

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Spesialis Penyakit Mulut pada Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis Penyakit Mulut, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dr. Harum Sasanti, drg. Sp.PM



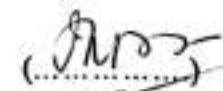
Pembimbing II : Gus Permana Subita, drg. PhD. Sp.PM



Ketua Tim Penguji : Titiek Setyawati, drg. Sp.PM



Anggota Penguji : Afi Savitri, drg. Sp.PM



Anggota Penguji : Peter Andreas, drg. M.Kes.



Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 19 Juni 2009

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Yesus Allah Tuhan kita yang telah memberikan rahmat dan karunia sehingga laporan penelitian ini dapat diselesaikan. Laporan penelitian ini dilakukan sebagai salah satu prasyarat untuk menyelesaikan Pendidikan Dokter Gigi Spesialis Program Studi Penyakit Mulut di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia.

Penulisan laporan ini tidak mungkin terlaksana tanpa bantuan, bimbingan dan doa dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. Harum Sasanti, drg. Sp.PM selaku pembimbing pertama yang telah banyak meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan dan arahan dalam penulisan laporan penelitian ini dan selaku Kepala Bagian Departemen Penyakit Mulut yang telah memberikan kesempatan dalam penyelesaian pendidikan.
2. Gus Permana Subita, drg. PhD. Sp.PM selaku pembimbing kedua yang juga telah banyak meluangkan waktu, tenaga dan pikiran selama penelitian berlangsung dan penulisan laporan penelitian ini.
3. Anandina Irmagita, drg. Sp.PM selaku KODIK PPDGS Penyakit Mulut yang selalu mendukung dan memberikan arahan bagi mahasiswa PPDGS dalam menyelesaikan program studi kami.
4. Titiek Setyawati, drg. Sp.PM, Siti Aliyah Pradono, drg. Sp.PM, Yuniardini S Wimardhani, drg. MSDent, seluruh staf pengajar Departemen Ilmu Penyakit Mulut FKG UI dan Sri Tjahjani Hanifa, drg. Sp.PM atas asupan dan dukungan dalam penulisan laporan penelitian ini.
5. Semua teman sejawat PPDGS Penyakit Mulut, Elizabeth Fitrianasari, drg., Sri Rezeki, drg., Maria Leny Raiyon, drg. MDSc., Ravina Naomi Tarigan, drg., Dian Anggraeni, drg., Hermita Agus, drg., Audiawati, drg., yang telah memberikan semangat dalam menjalani penelitian dan penulisan laporan ini.
6. Papa, mama, adikku, paman dan bibi yang tercinta, Hadidjaja Kulana, dr., Augustia Darmanata, drg., Harto Gunardi, ST., Santoso Gunardi, dr. MS.

PAK(K), Indahwati Gunardi, dr. MARS., dan Janti Gunardi, SH., yang selalu mendukung dan membantu dalam pendidikan spesialis Penyakit Mulut dan penyelesaian penelitian serta laporan penelitian ini.

7. Niki Djunaidi, SE yang telah membantu penulisan laporan penelitian.
8. Prof. Tritana Gondhoyowono, drg. M.Psi. Ph.D dan Hartono Ruslijanto, drg. Sp.PM yang telah mendukung dan membantu dalam pendidikan spesialis Penyakit Mulut ini.
9. Bambang Sumardiono, Bc.IP. SH. M.Si., Kepala Rumah Tahanan Kelas I Cipinang (Toga Efendi, Bc.IP. SH. MH.), dan para staf tenaga medik di Rumah Tahanan Kelas I Cipinang atas bantuan kerjasama dan dukungan selama penelitian berlangsung.
10. Kepada semua pihak yang telah membantu, baik secara moril maupun materiil, baik secara langsung maupun tidak, hingga pendidikan ini dapat diselesaikan.

Semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran gigi, khususnya bidang ilmu penyakit mulut.

Jakarta, 14 Juli 2009

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Indrayadi Gunardi
NPM : 0606032581
Program Studi : Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis
Departemen : Ilmu Penyakit Mulut
Fakultas : Kedokteran Gigi
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Rights)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**Status Kesehatan Gigi Mulut Para Penyalahguna NAPZA Di
Rumah Tahanan Kelas I Cipinang**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta
Pada tanggal : 14 Juli 2009

Yang menyatakan,



(Indrayadi Gunardi)

ABSTRAK

Nama : Indrayadi Gunardi
Program Studi : Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis Penyakit Mulut
Judul : Status Kesehatan Gigi Mulut Para Penyalahguna NAPZA
Di Rumah Tahanan Kelas I Cipinang

Kesehatan gigi mulut merupakan bagian integral kesehatan umum seseorang. Para penyalah guna narkoba, psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA) yang sedang menjalani tahanan merupakan bagian masyarakat yang membutuhkan perhatian mengenai masalah kesehatannya. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui status kesehatan gigi mulut pada 141 narapidana penyalahguna (NAPZA) di Rumah Tahanan Kelas I Cipinang. Metode: pendekatan survei dengan *non-probability sampling* khususnya *purposive sampling*. Hasil: 48,2% subyek mempunyai higiene oral yang sedang dan 58,2% subyek mengalami gingivitis ringan ($0,98 \pm 0,47$). Sebanyak 33,3% subyek mempunyai 0-2 gigi karies, 34% subyek kehilangan 1-2 gigi dan hanya 31,2% subyek yang pernah ditambah giginya. Nilai DMF-T adalah $8,38 \pm 6,25$. Hanya 15 subyek yang mempunyai gigi tiruan, dengan 53,3% pembuatan di dokter gigi dan masih baik kecekatannya (66,7%). Kondisi mukosa mulut normal yang sering ditemukan berupa pigmentasi melanin normal pada 55 subyek (39%). Sedangkan lesi mukosa mulut patologik paling tinggi adalah lesi putih 39% (55 subyek), diikuti kehilangan integritas mukosa 22,7%, lesi bukan putih 7,8% dan lesi pembesaran jaringan lunak tanpa lesi tulang 2,8%. Kesimpulan: dari status kesehatan gigi mulut yang diperoleh datanya, penyakit periodontal dan karies gigi merupakan masalah utama disamping kehilangan gigi.

Kata Kunci: narkoba, psikotropika, zat adiktif, status kesehatan gigi mulut

ABSTRACT

Name : Indrayadi Gunardi
Study Program : Specialist Dentistry Educational Program
on Oral Medicine
Title : Oral Health Among NAPZA User in Class I
Cipinang Detention Centre

Oral health is part of integral systemic health. Narcotic, psychotropic and other addictive substances abuser (NAPZA) whom stayed in the prison, become a part of our society. We must take attention to their health care problems. This research was designed to find oral health status among 141 NAPZA prisoner in Class I Cipinang Detention Centre. Method: survey approach with *non-probability sampling*, especially *purposive sampling*. Result: 48.2% subject had moderate oral hygiene and 58.2% subject with mild gingivitis (0.98 ± 0.47). Almost 33.3% subject had 0-2 carious teeth, 34% subject lost 1-2 teeth, and only 31.2% subject never had any teeth restoration. DMF-T score was 8.38 ± 6.25 . Only 15 subject used denture, which 53.3% made by the dentist and still in good condition (66.7%). About 39% (55 subject) variation of normal oral mucosa findings is normal melanin pigmentation. Pathologic condition of oral mucosa are white lesion 39% (55 subject), followed by loss of mucosal integrity 22.7%, dark lesion 7.8% and soft tissue swelling without bone lesion 2.8%. Conclusion: By data of oral health status, periodontal disease and carious teeth are the major problem beside teeth loss.

Key words: narcotic, psychotropic, othe addictive substance, oral health status

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR SINGKATAN	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
 I. PENDAHULUAN	 1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	4
 II. TINJAUAN PUSTAKA	 5
A. Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif Lainnya	5
1. Narkotika	5
2. Psikotropika	5
3. Zat Adiktif Lainnya	6
B. Kaitan NAPZA Terhadap Kesehatan Umum	7
1. Narkotika	7
2. Psikotropika	8
3. Zat Adiktif Lainnya	8
C. Kaitan NAPZA Terhadap Kesehatan Gigi Mulut	10
1. Narkotika	10
2. Psikotropika	10
3. Zat Adiktif Lainnya	11
D. Kerangka Teori	13
 III. KERANGKA KONSEP	 14
 IV. METODA PENELITIAN	 15
A. Desain Penelitian	15
B. Alur Penelitian	15
C. Tempat dan Waktu Penelitian	15
D. Populasi Target dan Populasi Terjangkau	15
E. Kriteria Inklusi dan Eksklusi Subyek	16
F. Jumlah dan Teknik Pemilihan Sampel	16
G. Variabel Penelitian	17
H. Definisi Operasional Variabel	18

I. Alat dan Bahan	22
J. Cara Kerja	22
K. Manajemen Data	23
L. Masalah Etika	23
V. HASIL	25
A. Karakteristik Sociodemografik	25
B. Status Kesehatan Umum Berdasarkan Rekam Medik	26
C. Status Kesehatan Gigi Mulut	27
1. Keluhan Gigi Mulut dan Kondisi Saliva	27
2. Kondisi Higiene Oral	27
3. Kesehatan Periodontal	28
4. Kesehatan Gigi	28
5. Kondisi Gigi Tiruan	29
6. Kondisi Mukosa Mulut	30
D. Status Terkait NAPZA Pada Subjek Penelitian	31
1. Pengetahuan tentang Bahaya dan Pencegahan NARKOBA, Asal Pertama Informasi tentang NARKOBA dan Asal Pertama Perolehan NARKOBA	31
2. Usia Mulai Gunakan NARKOBA, Jenis NARKOBA, Cara Penggunaan NARKOBA, Frekuensi dan Lama Penyalahgunaan NARKOBA, serta Alasan Konsumsi NARKOBA	32
3. Kebiasaan Merokok dan Minum Alkohol	34
VI. PEMBAHASAN	36
A. Sociodemografik	36
B. Status Kesehatan Umum Berdasarkan Rekam Medik	38
C. Status Kesehatan Gigi Mulut	39
1. Keluhan Gigi Mulut dan Kondisi Saliva	39
2. Kondisi Higiene Oral	39
3. Kesehatan Periodontal	40
4. Kesehatan Gigi	40
5. Kondisi Gigi Tiruan	43
6. Kondisi Mukosa Mulut	43
D. Status Terkait NAPZA Pada Subjek Penelitian	47
1. Pengetahuan tentang Bahaya dan Pencegahan NARKOBA, Asal Pertama Informasi tentang NARKOBA dan Asal Pertama Perolehan NARKOBA	47
2. Usia Mulai Gunakan NARKOBA, Jenis NARKOBA, Cara Penggunaan NARKOBA, Frekuensi dan Lama Penyalahgunaan NARKOBA, serta Alasan Konsumsi NARKOBA	48
3. Kebiasaan Merokok dan Minum Alkohol	49
E. Keterbatasan Penelitian	49
F. Implikasi Hasil Penelitian	50
VII. KESIMPULAN DAN SARAN	51
A. Kesimpulan	51
B. Saran	52

DAFTAR PUSTAKA

53

LAMPIRAN

56

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>acquired immunodeficiency syndrome</i>
BNN	: Badan Narkotika Nasional
CI	: <i>calculus index</i>
Depkumham	: Departemen Hukum dan Hak Asasi Manusia
DI	: <i>debri index</i>
DMF-T	: <i>decay, missing, filling-teeth</i>
GI	: <i>gingival index</i>
HIV	: <i>human immunodeficiency virus</i>
Lapas	: lembaga pemasyarakatan
LSD	: <i>lysergic acid diethylamide</i>
MDMA	: <i>3,4-methylenedioxymethamphetamine</i>
MTBE	: <i>methyl tert-butyl ether</i>
NAPZA	: narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya
NARKOBA	: narkotika dan obat berbahaya
OHI-S	: <i>oral hygiene index-score</i>
Rutan	: rumah tahanan
SLTA	: sekolah lanjutan tingkat atas
SLTP	: sekolah lanjutan tingkat pertama
UNODC	: <i>United Nation On Drug and Crimes</i>

DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
5.1	Sebaran subyek penelitian berdasarkan usia, lokasi dan kondisi tempat tinggal, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan.	26
5.2	Sebaran subyek penelitian berdasarkan keluhan gigi mulut dan kondisi saliva.	27
5.3	Kondisi DI, CI, dan OHI-S pada subyek penelitian.	28
5.4	Kondisi GI pada subyek penelitian.	28
5.5	Rerata <i>decay, missing, filling</i> dan DMF-T pada subyek penelitian.	29
5.6	Sebaran subyek penelitian berdasarkan DMF-T.	29
5.7	Sebaran subyek penelitian berdasarkan kondisi gigi tiruan.	30
5.8	Sebaran subyek penelitian berdasarkan pengetahuan tentang bahaya dan pencegahan NARKOBA, asal pertama informasi tentang NARKOBA, dan asal pertama perolehan NARKOBA.	32
5.9	Sebaran subyek penelitian berdasarkan usia mulai gunakan NARKOBA, jenis NARKOBA, cara penggunaan, frekuensi dan lama penyalahgunaan NARKOBA, serta alasan konsumsi NARKOBA.	33
5.10	Sebaran subyek penelitian berdasarkan kebiasaan merokok dan minum alkohol.	35
6.1	<i>Mean</i> OHI-S, GI dan DMF-T berdasarkan lamanya penyalahgunaan NAPZA pada subyek penelitian.	42
6.2	Uji <i>Chi-Square</i> untuk variabel jenis NAPZA dengan diagnosis klinis lesi mulut ($P < 0,05$)	45
6.3	Frekuensi subyek penelitian berdasarkan ada tidaknya variasi anatomis normal dan/atau lesi patologik mulut.	46
6.4	Uji Mann-Whitney untuk variabel jenis NARKOBA dengan jumlah lesi normal dan lesi patologik mulut ($P < 0,05$)	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar		Halaman
5.1	Frekuensi variasi anatomis mukosa mulut normal yang didiagnosis secara klinis.	30
5.2	Frekuensi lesi mukosa mulut patologik berdasarkan klasifikasi dari Coleman.	31
6.3	Grafik perbedaan usia antara penelitian ini dengan data terdahulu dari BNN dan Menteri Kesehatan.	37

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran		Halaman
1	Jenis narkotika dan psikotropika berdasarkan golongan yang ditentukan dalam UU RI No.22/1997 tentang narkotika dan UU RI No.5/1997 tentang psikotropika	56
2	Data induk	58
3	Hasil analisis statistik	111
4	Lembar persetujuan Komisi Etik FKG UI	120
5	Surat persetujuan izin penelitian dari Kanwil Lembaga Masyarakat	121
6	Lembar informasi penelitian kepada subyek	122
7	Lembar persetujuan mengikuti penelitian	124
8	Lembar kuesioner dan pemeriksaan	125
9	Lembar panduan penyikatan gigi yang baik dan benar	128

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Narkotika dan obat berbahaya (NARKOBA) atau narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA) merupakan bahan atau obat yang seringkali disalahgunakan oleh masyarakat. Narkotika dan psikotropika merupakan bahan kimiawi yang dapat digunakan untuk mengobati penyakit tertentu dibawah pengawasan dokter. Narkotika ini dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan (UU RI No. 22/1997); sama halnya dengan psikotropika yang berkasiat psikoaktif selektif pada susunan saraf pusat, yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku (UU RI No.5/1997), sedangkan zat adiktif lainnya adalah bahan lain bukan narkotika atau psikotropika yang penggunaannya dapat menimbulkan ketergantungan. Obat yang termasuk narkotika adalah ganja, heroin, kokain, hashish, candu, morfin; psikotropika adalah metamfetamin atau ekstasi, shabu; sedangkan zat adiktif lainnya adalah alkohol, tembakau, aseton, tiner, lem, dan lain-lain.

Dalam laporan *United Nation On Drug and Crimes* (UNODC), sebanyak 200 juta orang atau 5% jumlah penduduk di dunia, adalah penyalahguna NAPZA, berusia antara 15 – 64 tahun.¹ Di Indonesia terutama provinsi Nangroe Aceh Darussalam, merupakan penyuplai ganja terbesar di Asia Tenggara, setelah Thailand. Menurut mantan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan 2001-2004, Indonesia tidak lagi menjadi negara tujuan atau transit NARKOBA, tapi menjadi negara pengekspor.² Hal ini didukung dengan banyaknya temuan pabrik NAPZA di berbagai daerah di Indonesia.³ Jadi pada tingkat nasional, permasalahan ganja di Indonesia cukup tinggi prevalensinya.

Menurut Badan Narkotika Nasional (BNN), ditemukan kenaikan jumlah kasus NARKOBA setiap tahunnya, dari tahun 1997 - 2008, dari 622

kasus menjadi 29.359 kasus.⁴ Penyalahguna NAPZA, berdasarkan usia banyak ditemukan pada periode remaja; berdasarkan jenis kelamin, pria (14.975 orang) lebih banyak daripada wanita (5.432 orang); berdasarkan tingkat ekonomi, 60% berasal dari keluarga ekonomi menengah kebawah.^{5,6} Sosio-ekonomi, pendidikan, dan demografik, merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan NAPZA.⁷ Faktor risiko lain adalah prestasi sekolah yang menurun, penyendiri, pemabuk, perokok, hubungan tidak erat atau jarang bersama dengan orangtua.⁷

Berbagai penelitian membuktikan bahwa penggunaan NAPZA dapat berdampak pada gangguan kesehatan tubuh. Penggunaan NAPZA melalui jarum suntik akan berisiko tinggi tertular penyakit. Di Indonesia, akibat penggunaan jarum suntik berulang, penyalahguna NAPZA yang terinfeksi *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome* (HIV/AIDS) sebanyak 24,5% sampai 53% dan yang terinfeksi hepatitis C sebanyak 40%.^{8,9} Selain penyakit menular, penggunaan NAPZA menimbulkan gagal hati, episode psikotik, depresi, panik, sikap impulsif.¹⁰

Berbagai penelitian di bidang Kedokteran dan Kedokteran gigi, menunjukkan bahwa penyakit sistemik dan penyakit gigi mulut, dapat memberikan beban signifikan terhadap individu dan masyarakat. Dalam rongga mulut, dapat ditemukan berbagai manifestasi penyakit sistemik dan penyakit mulut itu sendiri. Penyalahgunaan NAPZA melalui oral, dapat menimbulkan kondisi patologik seperti bruksisme, serostomia, karies gigi yang mencakup banyak gigi, disfungsi sendi temporomandibular, atrisi, erosi, ulserasi mukosa, dan periodontitis.¹¹ Kokain dan ekstasi (metamfetamin) yang diletakkan dibawah lidah, seringkali menyebabkan parestesi pada bibir dan lidah, atau bahkan ulserasi.^{11,12} Selain itu, kanabis dapat menimbulkan leukoedema dan peningkatan densitas *Candida albicans* mulut.¹³ Seluruh gangguan gigi mulut tersebut dapat menyebabkan keterbatasan makan, rasa sakit, ketidakpuasan estetik, gangguan tidur, perubahan kebiasaan makan, penurunan hubungan sosial dan hilangnya pekerjaan.¹⁴

Di Indonesia, penelitian pada penyalahguna NAPZA belum banyak dilakukan, khususnya mengenai status kesehatan gigi dan mulut. Beberapa

jenis NAPZA, telah diketahui dapat menimbulkan perubahan atau gangguan dalam rongga mulut. Terlebih lagi penyalahguna NAPZA ini, juga menggunakan tembakau dan alkohol. Tembakau dan alkohol merupakan bahan adiktif yang dapat menimbulkan perubahan mukosa mulut antara lain pigmentasi, leukoplakia, dan kanker.¹¹ Kondisi rongga mulut yang buruk akibat NAPZA, dapat berpengaruh terhadap kondisi sistemik, sehingga kebutuhan pemeliharaan kesehatan gigi mulut akan meningkat. Terlebih lagi dalam laporan epidemiologi penyalahguna NAPZA, ternyata prevalensi temuan infeksi sistemik HIV/AIDS dan hepatitis C tinggi, kondisi ini akan menambah masalah bagi status kesehatan gigi mulut dan secara tidak langsung akan meningkatkan peran dokter gigi lebih besar lagi. Narapidana yang menghuni Rumah Tahanan (Rutan) Kelas I Cipinang, saat ini sejumlah besar adalah penyalahguna NAPZA. Oleh karena Rutan Kelas I Cipinang ini baru diresmikan tahun 2008, dan poli gigi masih belum tersedia secara sempurna, maka perawatan gigi mulut hanya ditujukan untuk mengurangi rasa sakit dalam mulut melalui pemberian medikamen saja. Atas dasar latar belakang tersebut diatas, timbul keinginan untuk mengetahui bagaimana kondisi kesehatan gigi mulut dan efek-efek ikutan akibat penyalahguna NAPZA pada subyek penyalahguna NAPZA yang saat ini menghuni Rutan Kelas I Cipinang.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana status kesehatan gigi mulut para penyalahguna NAPZA di Rutan Kelas I Cipinang?

C. Tujuan Penelitian

1. Umum:

Mengetahui status kesehatan gigi mulut para penyalahguna NAPZA di Rutan Kelas I Cipinang.

2. Khusus:

- a. Mengetahui kondisi higiene oral para penyalahguna NAPZA di Rutan Kelas I Cipinang

- b. Mengetahui kesehatan periodontal para penyalahguna NAPZA di Rutan Kelas I Cipinang
- c. Mengetahui kesehatan gigi para penyalahguna NAPZA di Rutan Kelas I Cipinang
- d. Mengetahui kondisi gigi tiruan para penyalahguna NAPZA di Rutan Kelas I Cipinang
- e. Mengetahui kondisi mukosa mulut para penyalahguna NAPZA di Rutan Kelas I Cipinang
- f. Mengetahui pola penggunaan NAPZA para penyalahguna NAPZA di Rutan Kelas I Cipinang

D. Manfaat Penelitian

1. Memperkaya data epidemiologis tentang kesehatan rongga mulut pada penyalahguna NAPZA di Jakarta.
2. Sebagai materi dalam perencanaan pengembangan pelayanan kesehatan gigi mulut bagi penyalahguna NAPZA dan pencegahan penyakit menular dari pasien tersebut kepada tenaga medis atau bahkan orang lain.
3. Untuk membantu pemerintah Departemen Hukum dan Hak Asasi Manusia (Depkumham) dalam meningkatkan kesehatan gigi mulut pada narapidana penyalahguna NAPZA melalui pembentukan kebijakan pelayanan kesehatan gigi mulut di poliklinik gigi mulut dalam Rutan.
4. Sebagai data awal untuk membantu poli gigi mulut dalam merencanakan kebutuhan perawatan gigi mulut bagi narapidana penyalahguna NAPZA.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif Lainnya

1. Narkotika

Narkotika merupakan obat yang dapat menimbulkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa dan menyebabkan adiksi. Obat ini seringkali disalahgunakan oleh masyarakat, dan peredarannya cukup luas, sampai tingkat internasional. Negara Indonesia sudah menempati negara pengekspor narkotika, hal ini didukung dengan adanya temuan pabrik NARKOBA di pelbagai kota-kota besar. Dalam UU RI No. 22/1997, dijelaskan mengenai penggolongan narkotika yaitu: (a) golongan I: narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan; (b) golongan II: narkotika yang berkhasiat pengobatan, digunakan sebagai pilihan terakhir dan dapat digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi tinggi mengakibatkan ketergantungan; dan (c) golongan III: narkotika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan ketergantungan (Lampiran 1). Jenis yang sering digunakan antara lain ganja, heroin, marijuana, kokain, morfin.⁶

2. Psikotropika

Psikotropika adalah zat atau obat yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang akan meningkatkan aktivitas otak sehingga kewaspadaan dan atensi bertambah serta menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku seseorang. Berdasarkan UU RI No.5/1997, psikotropika dapat digolongkan menjadi (a) golongan I: psikotropika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan ilmu

pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan; (b) golongan II: psikotropika yang berkehasiat pengobatan dan dapat digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan; (c) golongan III: psikotropika yang berkehasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi sedang mengakibatkan sindroma ketergantungan; dan (d) golongan IV: psikotropika yang berkehasiat pengobatan dan sangat luas digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan sindroma ketergantungan (Lampiran 1). Jenis psikotropika yang sering digunakan adalah amfetamin (dekstroamfetamin), *lysergic acid diethylamide* (LSD) dan ekstasi atau *3,4-methylenedioxymethamphetamine* (MDMA).⁶

3. Zat adiktif lainnya

Berdasarkan gugus kimia, alkohol merupakan senyawa organik yang mengandung gugus -OH (contoh metanol [CH₃OH] dan propanol [C₃H₇OH]).¹⁰ Minuman yang mengandung etil alkohol atau etanol (C₂H₅OH) adalah semua barang cair yang lazim disebut minuman yang mengandung etil alkohol yang dihasilkan dengan cara peragian, penyulingan, atau cara lainnya, antara lain bir, *shandy*, anggur, gin, *whisky*, dan yang sejenis (UU RI No.39/2007). Minuman beralkohol dikelompokkan menjadi 3 golongan, yaitu golongan A kadar etanol 1 – 5 % (contoh bir), golongan B kadar etanol 5 – 20 % (contoh berbagai minuman anggur), golongan C kadar etanol 20 – 45 % (contoh *whisky*, *vodka*, *martini*) (Peraturan Dirjen Bea dan Cukai No.P-32/BC/2007). Senyawa alkohol lain yang kadar alkohol kurang dari 1% adalah seperti propilen glikol, *sugar alcohols* (glikol, gliserol, manitol, sorbitol, dan lain-lain).¹⁰

Tembakau berasal dari tanaman *Nicotiana spp*, banyak digunakan oleh masyarakat dalam bentuk rokok.¹⁰ Tembakau ini juga merupakan salah satu zat adiktif yang dapat mempengaruhi sistem saraf pusat. Berbagai-

macam bentuk penggunaan tembakau antara lain sigaret (sigaret kretek, sigaret putih, dan sigaret kelembak kemenyan), cerutu, rokok daun (UU RI No.39/2007). Di dalam sebuah sigaret, terdapat 6,8 – 21,6 mg tar, 0,5 – 1,6 mg nikotin, dan 5,9 – 17,4 mg karbonmonoksida.¹⁵ Nikotin akan menstimulasi pelepasan dopamin dalam otak dan bekerja pada sistem neuroendokrin.¹⁶ Absorbsinya dapat melalui oral, parenteral, kulit atau mukosa, nasal dan disekresikan melalui urin.¹⁰

Inhalasi gas dan solven (= zat pelarut) merupakan senyawa organik yang mudah menguap, dan dapat ditemukan pada berbagai barang keperluan rumah tangga, kantor, ataupun pelumas mesin. Zat yang sering disalahgunakan antara lain lem (terutama “Aica Aibon”), tiner, penghapus cat kuku, dan bensin.¹⁷ Inhalasi zat ini yang dikenal sebagai “ngelem”, banyak ditemukan pada kelompok sosio-ekonomi rendah yang tidak mampu membeli obat narkotika atau psikotropika. Bensin mengandung 15% bahan *methyl tert-butyl ether* (MTBE), yang sudah diketahui merupakan karsinogen pada binatang.¹⁸

B. Kaitan NAPZA Terhadap Kesehatan Umum

1. Narkotika

Risiko paling berbahaya dari penyalahguna NAPZA adalah perubahan sikap dan psikosis.¹¹ Biasanya tidak ada gejala yang spesifik, namun pada pengguna marijuana dapat dideteksi mata merah, rasa terbakar pada leher, dada terasa tertekan, sakit kepala, muntah, nausea, muntah. Jika efek obat dalam darah sudah menurun, maka penderita akan merasa sangat lapar. Efek samping dari marijuana antara lain depresi, ansietas, gangguan personalitas, gangguan konsentrasi-memori, peningkatan tekanan darah dan denyut jantung, penurunan kapasitas oksigen dalam darah, prediposisi terjadinya infeksi respiratori, gangguan imun dan kanker paru.¹¹

Penggunaan bahan narkotika yang disuntikkan, dapat meningkatkan risiko tertular infeksi HIV, hepatitis B dan C, endokarditis, sepsikemia. Infeksi HIV akan menyebabkan penurunan CD4+ sel limfosit T sehingga pasien akan lebih mudah mengalami infeksi oportunistik.¹⁹ Infeksi HIV

biasanya asimtomatik, tetapi pada kondisi akut terjadi demam, banyak berkeringat, mialgia, letargi, timbul rash, sakit leher, anoreksia, nausea, muntah-muntah, sakit kepala, dan diare.¹¹ Pada stadium AIDS, timbul berbagai infeksi baik jamur, virus, bakteri, bahkan pertumbuhan tumor (sarkoma Kaposi, limfoma, karsinoma servik) dan ensefalopati.¹¹ Hepatitis B dan C mempunyai gejala sistemik berupa *jaundice*, malaise, lemas, demam, artralgia, dan urtikaria.¹¹ Penyakit sirosis hati kronik dan hepatokarsinoma merupakan manifestasi infeksi virus hepatotropik.

2. Psikotropika

Dalam keadaan akut, amfetamin menimbulkan dilatasi pupil, takikardia, agresi, takipnea, halusinasi, kejang, hipertensi, hiperpireksia, aritmia dan kolaps; sedangkan dalam keadaan kronik, timbul hiperaktivitas, hilang nafsu makan dan penurunan berat badan, tremor, gerakan berulang, bruksisme.¹¹ Kombinasi amfetamin dengan alkohol akan menimbulkan nausea, kesulitan bernafas, tidak sadar diri.¹¹ Efek LSD antara lain perubahan personalitas, suasana hati dan harapan, dimana semua kondisi ini memberikan gejala panik dan delusi bahkan halusinasi.¹¹ Gejala pada organ lain menyerupai gejala toksisitas amfetamin. MDMA dapat menyebabkan euforia, penurunan nafsu makan, halusinasi. Gejala lainnya adalah konfusi, depresi, gangguan tidur, kecemasan berat, paranoid, kejang otot, nausea, gangguan penglihatan, peningkatan tekanan darah dan denyut jantung.¹¹

3. Zat adiktif lainnya

Alkohol dapat berpengaruh terhadap sistem saraf pusat, khususnya etanol yang termasuk golongan sedatif hipnotik (sedatif = depresi ringan, hipnotik = efek tidur).²⁰ Pada efek sedatif, penderita akan menjadi lebih tenang karena kepekaan kortek serebri berkurang. Disamping itu terjadi penurunan kewaspadaan terhadap lingkungan, aktivitas motorik, reaksi spontan, daya ingat, dan konsentrasi.²⁰ Kondisi tersebut secara klinis gejalanya menunjukkan kelesuan dan rasa kantuk. Jika alkohol digunakan bersama dengan narkotika atau psikotropika, maka pengaruh kedua jenis

obat tersebut akan meningkat. Selain itu, alkohol juga dapat menyebabkan *fetal alcohol syndrome*, gangguan fungsi hati sampai sirosis hepatitis, menurunkan konsentrasi *very low density lipoprotein* sehingga meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular, defisiensi asam folat dan vit B12 yang menimbulkan anemia sehingga memudahkan timbulnya perdarahan, lesi pada kulit (seperti *spider angiomata*, *acne rosacea*, *jaundice*, *biliary melanoderma*), supresi sistem imun, dan peningkatan permeabilitas membran sel.¹⁶

Dalam kondisi intoksikasi, nikotin menyebabkan nausea, vomit, diaforesis, sakit abdominal, lakrimalisasi, diare, konfusi, letargi, agitasi, dan konvulsi.¹⁰ Banyak orang berpikir jika jarang merokok sigaret atau merokok sigaret kadar tar dan nikotin yang rendah, akan lebih rendah efek buruknya daripada merokok sigaret secara kontinu. Ternyata dalam penelitian, ditemukan bahwa tidak ada perbedaan terhadap fungsi mikrovaskular koroner jantung pada kelompok yang jarang merokok sigaret atau merokok sigaret kadar tar dan nikotin rendah atau merokok sigaret secara kontinu, dibandingkan kelompok yang tidak merokok sama sekali.²¹ Disamping itu, merokok dapat menyebabkan aterosklerosis, mengurangi kemampuan darah membawa oksigen.²² Pada individu yang tidak pernah merokok namun menghirup asap rokok, mempunyai risiko menderita penyakit jantung koroner sebesar 25% dibandingkan perokok aktif, dengan 5% diantaranya mengalami kematian.^{23,24}

Inhalasi aroma bensin dapat menekan sistem saraf pusat. Pada laporan *Canadian Centre for Occupational Health and Safety*, dinyatakan bahwa setelah paparan 30 menit inhalasi 1054 ppm atau 8 jam inhalasi 150-270 ppm, hanya timbul iritasi mata dan tenggorokan, pusing, sakit kepala, penurunan nafsu makan, hilang keseimbangan dan inkoordinasi.²⁵ Pada paparan diatas 5000 ppm, dapat menimbulkan hilangnya kesadaran, edema pulmoner dan kematian. Sampai saat ini, belum diketahui apakah MTBE juga merupakan karsinogen pada manusia. Inhalasi MTBE dari bensin diduga tidak akan menimbulkan gangguan kesehatan, melainkan pada beberapa kondisi, seperti asma, lanjut usia dan imunodefisiensi, justru

meningkatkan kesehatan umum melalui kompetisi komponen volatil organik berbahaya dan bahan lain di udara.¹⁸ Inhalasi produk yang mengandung tinner, dapat menimbulkan stres oksidatif dan gangguan sistem respiratory pada paru tikus.²⁶

C. Kaitan NAPZA Terhadap Kesehatan Gigi Mulut

1. Narkotika

Pengguna marijuana/kanabis biasanya mengalami serostomia yang memudahkan timbulnya karies luas.¹¹ Disamping itu, skor DMF (*decay, missing, filling*) tinggi, indeks kebersihan mulut yang buruk, peradangan gingiva.¹³ Pertumbuhan leukoplakia dan neoplasma mulut, lebih disebabkan karena penggunaan kanabis bentuk sediaan rokok. Asap kanabis akan berperan sebagai karsinogen dengan adanya hidrokarbon, benzopiren dan nitrosamin, yang kadarnya melebihi 50% dibandingkan asap tembakau.¹³ Infeksi jamur juga tinggi, hal ini mungkin disebabkan karena adanya hidrokarbon dalam kanabis yang merupakan sumber energi bagi beberapa spesies kandida.¹³

Dokter gigi salah satu yang berisiko dari pasien, termasuk tertular infeksi HIV maupun hepatitis dari pasien penyalahguna NARKOBA. Dalam rongga mulut, infeksi HIV dapat bermanifestasi berupa angiomatosis basilar, kandidiasis, *angular cheilitis*, kondiloma akuminatum, *hairy leukoplakia*, sarkoma kaposi, linear gingival eritema, limfoma, ulkus tuberkulosis, *necrotizing ulcerative stomatitis* atau *periodontitis*, ulser aftosa, infeksi herpes simplek.¹⁹ Pasien hepatitis mungkin menunjukkan beberapa tanda dalam rongga mulut, antara lain diskolorasi ikterik pada mukosa mulut, ptekie dan ekimosis, liken planus, gangguan pembekuan darah.¹¹

2. Psikotropika

Amfetamin, LSD pada kondisi akut menyebabkan serostomia.¹¹ MDMA lebih sering menimbulkan bruksisme, disfungsi sendi temporomandibular, atrisi, erosi, ulser traumatik karena obat yang

diletakkan dalam mulut; sedangkan ekstasi menimbulkan atrisi gigi yang berat.²⁷ Kondisi oral pengguna metamfetamin ini seringkali disebut sebagai “meth mouth”, karena menunjukkan karies rampant, penurunan kebersihan mulut dan bruxisme.¹²

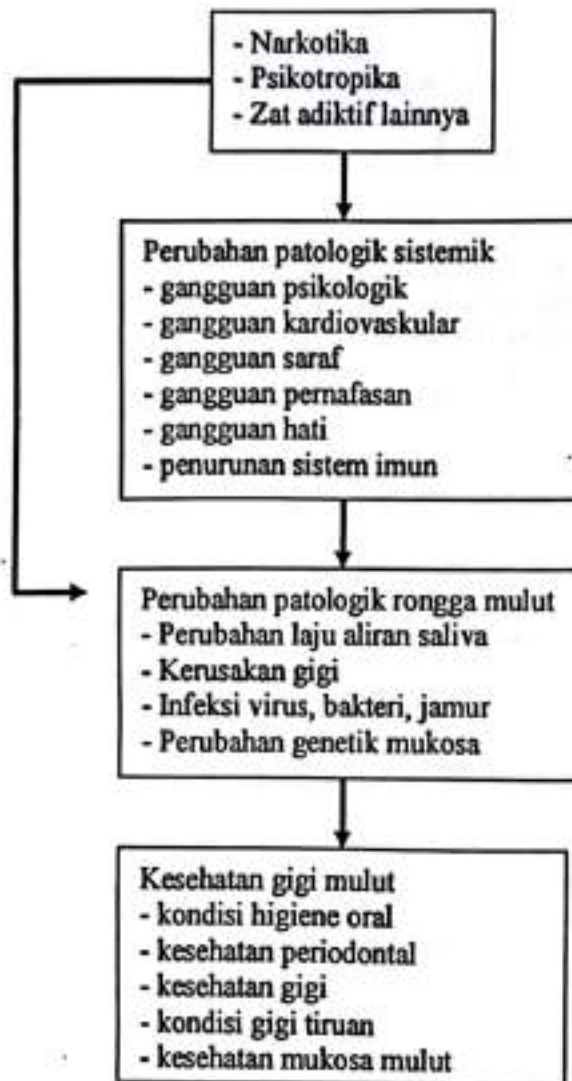
3. Zat adiktif lainnya

Penggunaan alkohol juga sangat berpengaruh terhadap kesehatan gigi mulut. Pada penelitian rongga mulut tikus, konsumsi alkohol berdampak langsung terhadap kehilangan tulang alveolar dan peningkatan risiko periodontitis, terlebih lagi konsumsi etanol kadar tinggi menyebabkan malnutrisi yang juga berpengaruh terhadap jaringan periodontal.²⁸ Selain itu konsumsi alkohol berlebihan dapat menyebabkan perubahan kuantitatif sitomorfologi oral²⁹, perubahan indera pengecap, sialadenosis (=non inflamasi pembesaran kelenjar saliva), leukoplakia, neoplasma oral³⁰, penurunan sensitivitas terhadap anestetikum, peningkatan aliran saliva pada awal konsumsi yang berlanjut menjadi serostomia karena degenerasi perlemakan pada kelenjar saliva, periodontitis yang lanjut, atrisi gigi karena bruxisme, karies gigi.¹⁶ Defisiensi asam folat atau vit B kompleks lainnya, ulser aftosa rekuren, glositis, disgeusia, depapilasi lidah, angular stomatitis dan tendensi perdarahan juga merupakan manifestasi oral dari alkoholisme.¹¹

Telah diketahui bahwa ada banyak kondisi patologik mulut yang disebabkan kebiasaan merokok, seperti neoplasma mulut, leukoplakia, stomatitis nikotina, *tobacco keratosis*, *smoker melanosis*, submukosis fibrosis, leukoedema, *hairy tongue*, gingivitis, periodontitis, *acute necrotizing ulcerative gingivitis*, ulser aftosa, kandidiasis, perlambatan masa penyembuhan luka tulang alveolar, karies, abrasi gigi, erosi gigi, halitosis, stain pada gigi dan gigi tiruan.^{30,31} Disamping itu, terjadi penurunan aliran darah rongga mulut, kehilangan perlekatan jaringan periodontal, peningkatan aliran saliva, penurunan jumlah bakteri rongga mulut tanpa mempengaruhi diversitas populasi bakteri mulut, sinusitis, dan perubahan indera pengecap.³¹

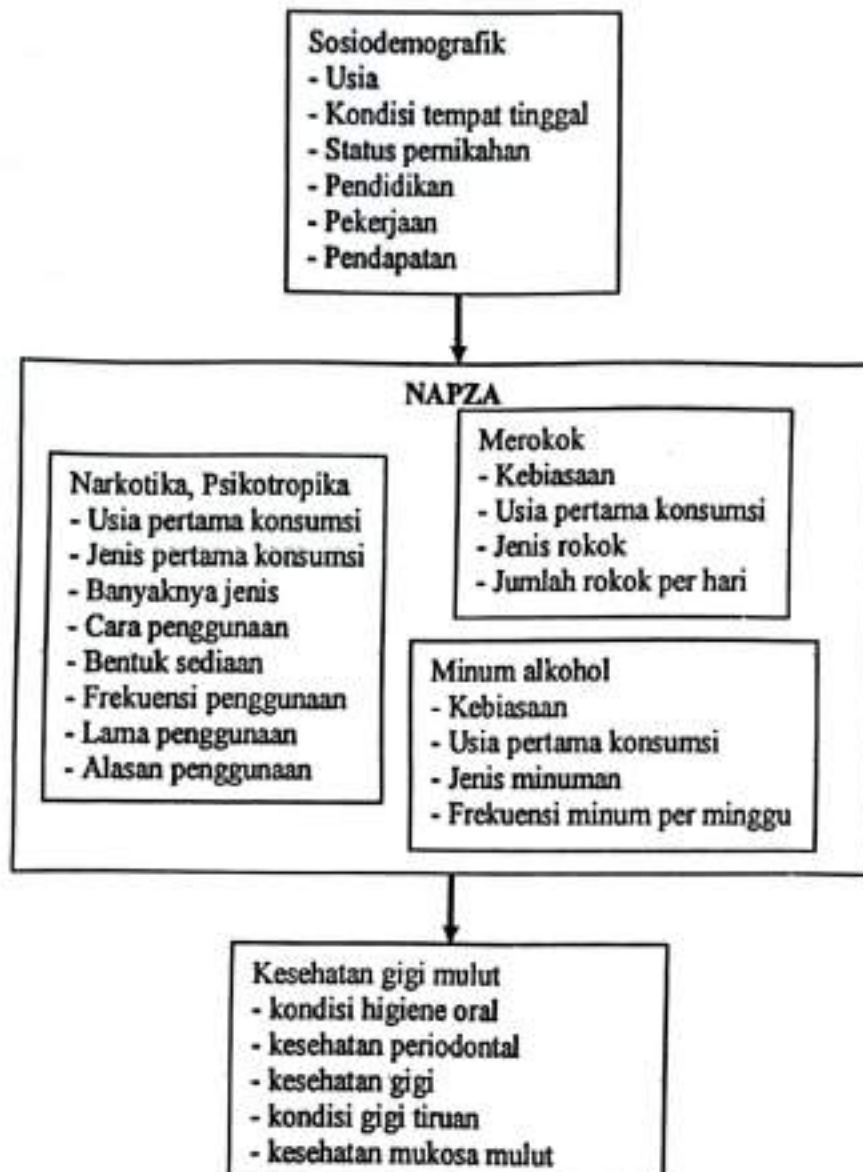
Dari penelusuran pustaka, hanya ditemukan satu laporan saja yang melihat hubungan antara paparan gas bensin terhadap rongga mulut. Pada para pekerja di pom bensin, paparan gas metanol 33%, etanol 60% dan bensin 7% diketahui dapat meningkatkan frekuensi *oral mucosa micronuclei* (=materi kromosom yang berasal dari fragmen *deoxyribonucleic acid* (DNA) asentrik atau kromosom komplit yang gagal berikatan dengan *mitotic spindle*; adanya *micronuclei* menunjukkan kerusakan genetik dari individu yang terpapar bahan mutagenik akibat pekerjaan) sel skuamosa mulut.³² Hal ini menunjukkan bahwa ada indikasi perubahan mutagenik akibat metanol tersebut.

D. Kerangka Teori



BAB III

KERANGKA KONSEP

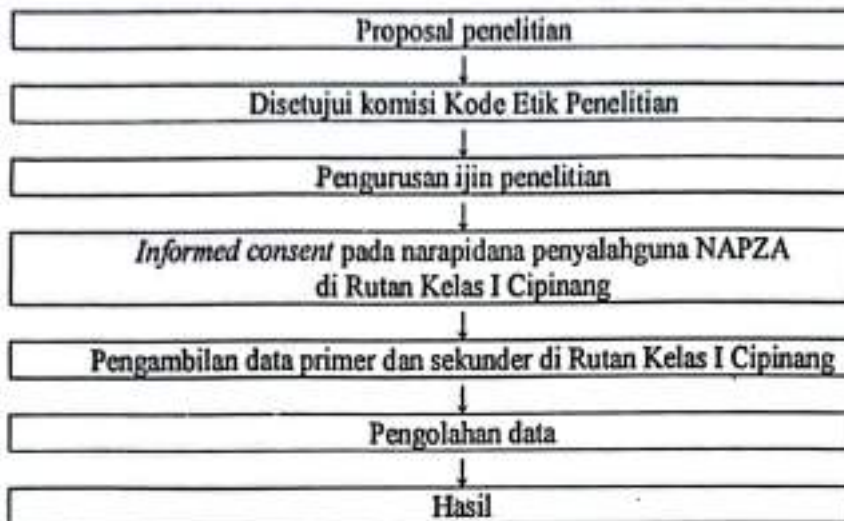


BAB IV METODA PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan survey atau observasional deskriptif dengan rancangan potong lintang (*cross sectional*).

B. Alur Penelitian



C. Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat : Rumah Tahanan Kelas I Cipinang

Waktu : 20 April sampai 12 Mei 2009

D. Populasi Target dan Populasi Terjangkau

Populasi target penelitian adalah penyalahguna NAPZA di Rutan Kelas I Cipinang. Penyalahguna atau dalam pengertian lain disebut pengguna (UU RI No.5/1997 pasal 3b). Subyek penelitian ditujukan kepada narapidana karena salah satu tempat paling mudah untuk mengumpulkan penyalahguna NAPZA, yang berasal dari berbagai sosio-ekonomi berbeda-beda. Disamping itu, banyak penyalahguna NAPZA yang belum diterapi atas ketergantungannya dalam Rutan, dibandingkan yayasan yang menjaring penyalahguna NAPZA. Populasi terjangkau diambil pada penyalahguna

NAPZA yang belum dalam perawatan ketergantungan obat di Rutan Kelas I Cipinang.

E. Kriteria Inklusi dan Eksklusi Subyek

1. Kriteria inklusi subyek :

- a. penyalahguna NAPZA yang sudah berstatus narapidana, bukan tahanan
- b. narapidana yang pernah menyalahgunakan NAPZA
- c. narapidana penyalahguna NAPZA yang belum pernah mendapatkan pengobatan kondisi ketergantungannya.
- d. narapidana penyalahguna NAPZA yang setuju untuk ikut serta dalam penelitian dan telah menandatangani informed consent

2. Kriteria eksklusi subyek :

- a. narapidana penyalahguna NAPZA yang sedang dalam keadaan "sakaw" (=sakit karena ketagihan)
- b. narapidana penyalahguna NAPZA yang sedang dalam pengobatan kondisi ketergantungannya.
- c. narapidana penyalahguna NAPZA yang menolak ikut serta dalam penelitian

F. Jumlah dan Tehnik Pemilihan Sampel

Oleh karena jenis penelitian ini adalah deskriptif kategorik, maka besar sampel diestimasikan menggunakan rumus:³³

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 PQ}{d^2}$$

N = besar sampel
 $Z\alpha$ = deviat baku alpha
 P = proporsi kategori
 $Q = 100 - P$
 d = presisi

Berdasarkan laporan UNODC (2006) yang menyatakan bahwa 200 juta orang atau 5% dari penduduk di dunia adalah pengguna NARKOBA, berusia antara 15-64 tahun.¹ Berdasarkan rumus diatas, maka P sebesar 5% dan Q sebesar 95%. Tingkat kepercayaan yang dikehendaki dari penelitian ini, ditetapkan 95%, sehingga nilai $\alpha = 5\%$ dan $Z\alpha = 1,96$; dengan kesalahan

prediksi yang masih dapat diterima ditetapkan sebesar 10%. Diperoleh nilai N sebesar 18,2476. Jumlah subyek penelitian penyalahguna NAPZA ditetapkan sebesar 200 orang.

Teknik pemilihan sampel berdasarkan *non-probability sampling* khususnya sampel dengan maksud (*purposive sampling*). Teknik *non-probability sampling* ini diambil karena tidak dapat dilakukan penelitian pendahuluan dan tidak diketahui secara pasti jumlah penyalahguna NAPZA di Rutan Kelas I Cipinang. *Purposive sampling* atau *judgemental sampling* digunakan karena subyek dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan waktu penelitian yang singkat.

G. Variabel Penelitian

1. Kesehatan gigi mulut
 - a. Kondisi higiene oral
 - b. Kesehatan periodontal
 - c. Kesehatan gigi
 - d. Kondisi gigi tiruan
 - e. Kesehatan mukosa mulut
2. Faktor risiko
 - a. NAPZA
 - i. Jenis narkoba dan/atau psikotropika
 - ii. Banyaknya jenis narkoba dan/atau psikotropika
 - iii. Cara penggunaan narkoba dan/atau psikotropika
 - iv. Bentuk sediaan narkoba dan/atau psikotropika
 - v. Frekuensi penggunaan narkoba dan/atau psikotropika
 - vi. Lama penggunaan narkoba dan/atau psikotropika
 - vii. Kebiasaan merokok
 - viii. Kebiasaan minum alkohol
 - b. Demografik
 - i. Jenis kelamin
 - ii. Usia
 - iii. Status pernikahan

- iv. Pendidikan
- v. Pekerjaan
- vi. Pendapatan

H. Definisi Operasional Variabel

1. Kondisi higiene oral

Kondisi higiene oral adalah kondisi kebersihan gigi yang secara fisik ditentukan berdasarkan *oral hygiene index-score* (OHI-S). OHI-S adalah skor yang dihitung dari *debris index* (DI) ditambah *calculus index* (CI).³⁴ Gigi yang diperiksa 16, 11, 26, 36, 31, 46. Sisi gigi yang diperiksa adalah sisi bukal atau labial dan lingual atau palatal. Indeks debri total = (sisi bukal/labial + sisi lingual/palatal) / (jumlah sisi yang diperiksa). Indeks kalkulus total = (sisi bukal/labial + sisi lingual/palatal) / (jumlah sisi yang diperiksa). Indeks debri nilai 0 artinya tidak ada debri atau stain; nilai 1 artinya ada sedikit debri yang tidak menutupi sepertiga bagian permukaan gigi atau ada stain ekstrinsik tanpa debri; nilai 2 artinya ada debri yang menutupi sepertiga bagian permukaan gigi, tetapi tidak lebih dari duapertiga; nilai 3 artinya ada debri yang menutupi lebih dari duapertiga bagian permukaan gigi. Indeks kalkulus nilai 0 artinya tidak ada kalkulus; nilai 1 artinya ada kalkulus supragingiva yang menutupi kurang dari sepertiga bagian permukaan gigi; nilai 2 artinya ada kalkulus supragingiva yang menutupi sepertiga bagian permukaan gigi, tetapi tidak lebih dari duapertiga atau ada sedikit kalkulus subgingiva; nilai 3 artinya ada kalkulus yang menutupi lebih dari duapertiga bagian permukaan gigi atau ada banyak kalkulus subgingiva. Nilai indeks debri dan indeks kalkulus dapat digolongkan menjadi sangat baik jika nilai <0,1; baik jika nilai 0,1-0,6; sedang jika nilai 0,7-1,8; dan buruk jika nilai 1,9-3,0. Nilai OHI-S, dikatakan sangat rendah jika nilai 0,0 – 1,1; rendah jika nilai >1,1 – 2,6; sedang jika nilai >2,6 – 4,4; tinggi jika nilai >4,4 – 6,5; sangat tinggi >6,5.

2. Kesehatan periodontal

Kesehatan jaringan periodontal adalah kondisi jaringan periodontal yang bebas dari penyakit, dalam penelitian ini hanya diukur sebatas

kesehatan gingiva, melalui *gingival index* (GI).³⁵ Indeks gingiva melihat keparahan peradangan gingiva secara klinis. Nilai 0 jika gingiva normal; nilai 1 jika gingiva sedikit edema dan perubahan dari normal kemerahan ringan, tidak berstipling tanpa perdarahan; nilai 2 jika gingiva berwarna merah, hipertrofi, edema, terjadi perdarahan saat probing; nilai 3 jika gingiva berwarna merah, hipertrofi, edema, ulserasi dan perdarahan spontan. Gigi yang diperiksa 16, 12, 24, 36, 32, 44. Permukaan gingiva yang diperiksa sisi bukal, lingual, mesial dan distal. Indeks gingiva untuk sebuah gigi = (nilai sisi bukal + lingual + mesial + distal) / (4). Indeks gingiva total = nilai seluruh indeks gingiva / jumlah gigi yang diperiksa. Jika indeks gingiva <0,1 artinya tidak ada peradangan; jika nilai 0,1-1,0 artinya peradangan ringan; jika nilai 1,1-2,0 artinya peradangan sedang; jika nilai 2,1-3,0 artinya peradangan berat.³⁶

3. Kesehatan gigi

Kesehatan gigi adalah kondisi fisik gigi yang bebas dari penyakit. Status kesehatan gigi diukur dari indeks *decay, missing, filling teeth* (DMF-T).³⁷ Jumlah gigi karies dilihat dari nilai *decay* (D) pada indeks DMF-T. Jumlah gigi yang hilang dilihat dari nilai *missing* (M) pada indeks DMF-T. Jumlah gigi yang hilang dilihat dari nilai *filling* (F) pada indeks DMF-T. $DMF-T = \text{skor D} + \text{skor M} + \text{skor F}$.

4. Kondisi gigi tiruan

Kondisi gigi tiruan adalah keadaan fisik dari gigi tiruan yang ditentukan berdasarkan lokasi dan regio gigi tiruan (atas atau bawah; kiri atau kanan), gigi-gigi yang diganti, jenis gigi tiruan (cekat atau lepasan, lepasan sebagian atau lepasan lengkap) dan kecekatan gigi tiruan (cekat atau longgar).

5. Kondisi mukosa mulut

Kondisi mukosa mulut adalah kondisi jaringan lunak mulut yang termasuk variasi normal ataupun patologik, ditentukan berdasarkan ada tidaknya penampilan mukosa mulut yang berbeda dari mukosa normal. Seorang narapidana mungkin mempunyai lesi mulut lebih dari satu, baik

normal dan/atau patologik. Variasi anatomis normal dan lesi patologik mulut dikelompokkan berdasarkan,³⁸

- a. Lesi putih, mempunyai gambaran berupa permukaan mukosa yang berwarna putih, dengan permukaan halus atau kasar. Beberapa lesi putih ini dapat diangkat, sehingga menunjukkan adanya material superfisial. Berdasarkan jumlah lesi, lesi putih dapat soliter atau multipel, dengan batas tegas atau difus. Kebiasaan merokok dan minum minuman beralkohol biasanya berhubungan dengan pembentukan lesi putih. Perubahan mukosa warna putih yang disertai ulserasi dikategorikan sebagai ulserasi. Contoh friksional keratosis, leukoedema, *fordyce spot*, *linea alba*, *geografic-fissured tongue*, leukoplakia, *oral hairy leukoplakia*, stomatitis nikotik, kandidiasis pseudomembran, dan liken planus.
- b. Lesi bukan putih, mempunyai gambaran akibat tampilan abnormal dari darah, akumulasi pigmen darah, deposit melanin atau material benda asing. Karakteristik pigmentasi biasanya menunjukkan warna spesifik antara lain merah, coklat, atau hitam. Jumlah dan distribusi lesi bukan putih ini juga patut diperhatikan dalam diagnosis banding. Jika ditemukan lesi bukan putih mulut, sebaiknya juga dilakukan pemeriksaan pada ekstraoral. Contoh *smoker melanosis*, varikosis, sarkoma kaposi, linear gingiva eritema, dan *black nevus*.
- c. Kehilangan integritas mukosa, mempunyai gambaran berupa ulser dan seluruh lesi yang mengawali pembentukan ulserasi. Onset lesi dapat akut atau gradual, dengan distribusi lokal atau multipel. Mukosa ekstraoral juga dapat terlibat. Oleh karena ulserasi menimbulkan rasa sakit, pasien biasanya dapat mendeskripsikan keparahan sakit, durasi dan faktor pemicunya. Contoh *acute necrotizing ulcerative gingivitis*, *necrotizing ulcerative periodontitis*, stomatitis aftosa, herpes labialis, ulser traumatik, ulser tuberkulosis, dan *cheliosis*.
- d. Pembesaran jaringan lunak tanpa disertai keterlibatan jaringan keras, mempunyai gambaran berupa pembesaran jaringan lunak yang menunjukkan kondisi abnormal, baik lunak kenyal maupun keras.

Jumlahnya dapat soliter atau multipel. Gambaran permukaan lesi dapat bervariasi. Contoh fibroma, dan karsinoma verukosa.

- e. Pembesaran jaringan lunak disertai lesi tulang, mempunyai gambaran berupa adanya gambaran abnormal pada radiografik, seperti radiopak atau radiolusensi. Ukuran, bentuk, lokasi, tepi lesi berpengaruh terhadap diagnosis banding lesi tulang ini. Karakteristik lainnya dapat berupa ada tidaknya ekspansi lesi ke jaringan sekitarnya yang menimbulkan kegoyangan gigi, perubahan mukosa mulut, dan perubahan konsistensi struktur didekatnya. Contoh torus palatinus, dan torus mandibularis.
- f. Sindroma klinik, mempunyai gambaran berupa adanya berbagai manifestasi yang menunjukkan kemungkinan abnormalitas ini berhubungan dengan kondisi tumbuh kembang atau metabolik. Contoh penyakit Addison.

6. Jenis narkotika dan/atau psikotropika

Jenis narkotika dan psikotropika adalah macam narkotika dan/atau psikotropika yang digunakan. Hal ini ditentukan berdasarkan jenis narkotika dan psikotropika yang pertama kali dan yang pernah digunakan, dapat dibagi menjadi narkotik (ganja, heroin, kokain, hashish, candu, morfin) dan psikotropika (ekstasi, shabu, obat daftar G).

7. Banyaknya jenis narkotika dan/atau psikotropika

Banyaknya jenis narkotika dan psikotropika adalah jumlah macam narkotika dan/atau psikotropika yang pernah digunakan.

8. Cara penggunaan narkotika dan/atau psikotropika

Cara penggunaan narkotika dan/atau psikotropika adalah teknik penggunaan narkotika dan/atau psikotropika melalui ditelan, dikulum, ditaruh dibawah lidah, diminum, asap dihirup melalui mulut, asap dihirup melalui hidung, dicampur minuman, disuntikan dan lainnya

9. Bentuk sediaan narkotika dan/atau psikotropika

Bentuk sediaan narkotika dan/atau psikotropika dapat berupa tablet, bubuk, daun, cairan dan gas.

10. Frekuensi penggunaan narkotika dan/atau psikotropika

Frekuensi penggunaan narkotika dan psikotropika adalah seringnya narkotika dan/atau psikotropika yang digunakan dalam sebulan.

11. Lama penggunaan narkotika dan/atau psikotropika

Lama penggunaan narkotika dan psikotropika adalah periode waktu penggunaan narkotika dan/atau psikotropika.

12. Kebiasaan merokok

Kebiasaan merokok adalah konsumsi rokok yang termasuk zat adiktif berbahaya, ditentukan berdasarkan pernah atau tidak merokok, umur saat merokok pertama kali, jenis rokok yang pernah digunakan (sigaret kretek, sigaret putih, sigaret kelembak kemenyan, cerutu, rokok daun), dan jumlah rokok per hari (kurang 1 bungkus, 1 bungkus, lebih 1 bungkus).

13. Kebiasaan minum alkohol

Kebiasaan minum alkohol adalah konsumsi alkohol yang termasuk zat adiktif berbahaya, ditentukan berdasarkan pernah atau tidak minum alkohol, umur saat minum alkohol pertama kali, jenis alkohol yang pernah diminum (bir, *shandy*, anggur, gin, *whisky*, *vodka*, *martini*), dan frekuensi konsumsi alkohol per minggu (<5 kali/minggu, 5-10 kali/minggu, >10 kali/minggu).

I. Alat dan Bahan

1. 200 buah kaca mulut plastik
2. 200 buah sonde plastik
3. 1 buah lampu senter putih
4. 200 buah sikat dan pasta gigi

J. Cara Kerja

1. Dibuat daftar nama-nama subyek narapidana yang pernah menggunakan NAPZA dan belum mendapatkan pengobatan atas ketergantungannya didalam Rutan Kelas I Cipinang.

2. Lakukan *informed consent* pada setiap nama yang terdaftar pada nomor 1, dan didaftar hanya yang bersedia dan menandatangani lembar *informed consent*.
3. Dicatat data sosiodemografi dan wawancara terstruktur yang berisi tentang data umum, status NAPZA, dan status kesehatan sistemik. Peneliti mengisi seluruh jawaban subyek penelitian dari pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner tersebut.
4. Pemeriksaan kesehatan rongga mulut narapidana penyalahguna NAPZA dengan menggunakan alat pemeriksaan rongga mulut standar yaitu kaca mulut dan sonde, di klinik gigi mulut Rutan Kelas I Cipinang.
5. Dicatat data subyek yang ada di rekam medik Rutan Kelas I Cipinang, terutama yang terkait penyalahgunaan NAPZA.
6. Narapidana yang sudah dilakukan wawancara dan pemeriksaan gigi mulut, akan diberikan panduan tehnik penyikatan gigi yang baik dan benar serta diberi paket sikat gigi dan pasta gigi.

K. Manajemen Data

Data dihitung dengan persentasi atau rerata dari tiap variabel, yang menggambarkan frekuensi distribusi.

L. Masalah Etika

Masalah potensial terkait etika yang mungkin timbul pada penelitian ini adalah, mengingat subyek merupakan narapidana yang sudah mendapatkan pembatasan hak-hak sosialnya akibat pelanggaran Undang-Undang narkoba dan psikotropika sebagai penyalahguna NAPZA. Diantara mereka mungkin ada yang menderita HIV/AIDS dan hepatitis B atau C tetapi belum mendapatkan pengobatan penyakit tersebut akibat keterbatasan fasilitas, tenaga kesehatan dan lain-lain di Rutan Kelas I Cipinang. Subyek penelitian adalah narapidana penyalahguna NAPZA yang sudah menyetujui dan menandatangani *informed consent*. Subyek penelitian hanya dilakukan wawancara terstruktur untuk pengisian status data umum dan NAPZA, serta pemeriksaan rongga mulut. Subyek penelitian tidak dilakukan tindakan

perawatan gigi dan mulut, tetapi dianjurkan untuk menjaga kesehatan gigi mulut dan dilakukan konsul ke dokter gigi Rutan untuk mengatasi kondisi rongga mulutnya. Dari seluruh alasan diatas, maka proposal penelitian ini ditujukan kepada Komisi Etik FKG UI untuk mendapatkan *ethical clearance*.

BAB V

HASIL

Pada penelitian ini, pengumpulan data ditujukan untuk melihat status kesehatan gigi mulut pada narapidana penyalahguna NAPZA di Rutan Kelas I Cipinang, dan berlangsung selama 14 hari kerja, yaitu dari tanggal 20 April sampai dengan 12 Mei 2009. Tempat penelitian di poli umum Rutan Kelas I Cipinang. Penelitian dimulai dari pukul 09.30 – 17.00 WIB. Seluruh subyek penelitian sudah berstatus narapidana, bukan tahanan. Pemilihan subyek penelitian dilakukan secara langsung pada narapidana yang pernah menggunakan NARKOBA, baik yang ditahan akibat penyalahgunaan NARKOBA atau tindak kejahatan lainnya. Seluruh narapidana adalah pria. Berdasarkan perhitungan besar sampel, jumlah subyek yang ditargetkan sebesar 200 orang, tetapi dalam penelitian ini hanya didapatkan sebanyak 141 subyek.

Rumah Tahanan Kelas I Cipinang ini diresmikan tahun 2008. Oleh karena itu, fasilitas di poli gigi mulut masih belum tersedia secara sempurna walaupun tenaga kesehatan baik dokter gigi dan perawat sudah tersedia. Narapidana dan tahanan yang mengeluhkan rasa sakit gigi mulut, akan mendapatkan perawatan medikamentosa untuk mengatasi kondisi mulutnya.

A. Karakteristik Sosiodemografik

Karakteristik sosiodemografik pada 141 subyek penelitian ini dapat dilihat pada tabel 1. Berdasarkan karakteristik usia dan pendidikan, kelompok terbanyak adalah usia 21-30 tahun sebesar 69 subyek (48,9%) dan lulusan Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (SLTA) sebesar 80 subyek (56,7%). Kondisi tempat tinggal sendiri (37 subyek, 26,2%) dan bersama orangtua (36 subyek, 25,5%), merupakan kondisi rumah tinggal yang paling banyak dijumpai pada penyalahguna NARKOBA. Selain itu kelompok pekerjaan sebagai buruh atau karyawan (72 subyek, 51,1%) dengan pendapatan berkisar lebih dari Rp.1.000.000,- sampai Rp.3.000.000,- (74 subyek, 52,5%) juga menempati persentasi tinggi pada subyek penyalahguna NARKOBA.

Tabel 5.1. Sebaran subyek penelitian berdasarkan usia, kondisi tempat tinggal, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan.

Sosiodemografik	Frekuensi	Persentase
Usia		
21-30 tahun	69	48,9
31-40 tahun	49	34,8
41-50 tahun	17	12,1
51-60 tahun	5	3,5
Diatas 60 tahun	1	0,7
Kondisi tempat tinggal		
Sendiri kost	23	16,3
Sendiri rumah	37	26,2
Orangtua	36	25,5
Ayah	4	2,8
Ibu	21	14,9
Famili	20	14,2
Status pernikahan		
Belum menikah	76	53,9
Menikah	64	45,4
Duda	1	0,7
Pendidikan		
Tamat dan tidak tamat SD	9	6,4
SLTP	31	22
SLTA	80	56,7
Perguruan tinggi	21	14,9
Pekerjaan		
Tidak bekerja	7	5
Sekolah/kuliah	4	2,8
Usaha/dagang	36	25,5
Buruh/karyawan	72	51,1
Profesional formal	5	3,5
Profesional non-formal	17	12,1
Pendapatan		
Kurang dari 1 juta	40	28,4
Lebih 1 juta – 3 juta	74	52,5
Lebih 3 juta – 5 juta	6	4,2
Diatas 5 juta	8	5,7
Lainnya	13	9,2

B. Status Kesehatan Umum Berdasarkan Rekam Medik

Dari 141 subyek, hanya ditemukan 85 rekam medik (60,3%). Infeksi sistem pernapasan (18 subyek) dan sistem pencernaan (17 subyek) menempati penyakit sistemik yang paling sering ditemukan pada narapidana penyalaguna NAPZA di Rutan Kelas I Cipinang, sisanya gangguan sistem kulit, skeletal,

darah, mata, saraf, endokrin. Sedangkan infeksi spesifik seperti tuberkulosis pada 10 subyek dan HIV pada 3 subyek.

C. Status Kesehatan Gigi Mulut

1. Keluhan Gigi Mulut dan Kondisi Saliva

Dalam penelitian ini, juga ditanyakan secara subyektif kepada narapidana tentang kondisi gigi mulut yang dirasakan saat penelitian berlangsung. Kondisi gigi mulut ini antara lain sariawan, sakit gigi, gigi goyang dan tidak ada rasa pengecap. Selain itu, narapidana juga ditanyakan bagaimana kondisi saliva yang dirasakan dan besaran nilai kondisi saliva tersebut. Hasilnya nampak sebagian besar dalam kondisi normal 57,4% (81 subyek), dengan modus 5. Tabel 5.2 menyajikan sebaran subyek penelitian berdasarkan keluhan gigi mulut dan kondisi saliva secara subyektif.

Tabel 5.2. Sebaran subyek penelitian berdasarkan keluhan gigi mulut dan kondisi saliva subyektif.

	Frekuensi	Persentase
Keluhan		
Sariawan	4	2,8
Sakit gigi	8	5,7
Gigi goyang	16	11,3
Lainnya	1	0,7
Saliva		
Sedikit	54	38,3
Normal	81	57,4
Banyak	6	4,3

2. Kondisi Higiene Oral

Higiene oral dilihat melalui DI, CI, dan OHI-S (Tabel 5.3).

Tabel 5.3. Kondisi DI, CI, dan OHI-S pada subyek penelitian.

	DI		CI		OHI-S	
	F	P	F	P	F	P
Sangat baik	1	0,7	5	3,5	0	0
Baik	20	14,2	36	25,5	28	19,9
Sedang	83	58,9	83	58,9	68	48,2
Buruk	37	26,2	17	12,1	45	31,9

* F = frekuensi; P = persentase

Sebagian besar subyek penelitian mempunyai indeks debri (58,9%), indeks kalkulus (58,9%) dan indeks oral higiene (48,2%) sedang. Masing-masing mean dari DI adalah $1,41 \pm 0,73$; CI adalah $1,06 \pm 0,65$; dan OHI-S adalah $2,47 \pm 1,27$.

3. Kesehatan Periodontal

Kesehatan periodontal diukur melalui indeks gingiva (Tabel 4). Sebanyak 82 subyek (58,2%) mempunyai indeks gingiva ($0,98 \pm 0,47$) dengan peradangan ringan.

Tabel 5.4. Kondisi GI pada subyek penelitian.

GI	Frekuensi	Persentase
Tidak ada peradangan	7	5
Peradangan		
Ringan	82	58,2
Sedang	50	35,5
Buruk	2	1,4

4. Kesehatan Gigi

Kesehatan gigi diukur melalui indeks DMF-T. Tabel 5.5 menyajikan rata-rata DMF-T subyek penelitian berdasarkan *decay* atau gigi berlubang, *missing* atau gigi yang hilang akibat proses karies serta *filling* atau gigi yang telah direstorasi.

Tabel 5.5. Rerata *decay, missing, filling* dan DMF-T pada subyek penelitian.

	D	M	F	DMF-T
Mean	5.29	2.33	0.76	8.38
SD	4.348	3.252	1.752	6.250
Minimum	0	0	0	0
Maksimum	18	25	11	28

Tabel 5.6. Sebaran subyek penelitian berdasarkan DMF-T.

	Kuartil							
	Pertama		Kedua		Ketiga		Keempat	
	F	P	F	P	F	P	F	P
D	47	33,3	30	21,3	31	22	33	23,4
M	48	34	48	34	12	8,6	33	23,4
F	97	68,8	-	-	23	16,3	21	14,9
DMF-T	46	32,6	27	19,1	35	24,8	33	23,4

* F = frekuensi; P = persentase

Pada Tabel 5.6, indeks DMF-T dikelompokkan berdasarkan kuartil pertama dengan nilai 0-4 sebanyak 46 subyek (32,6%), kuartil kedua dengan nilai 5-7 sebanyak 27 subyek (19,1%), kuartil ketiga dengan nilai 8-12 sebanyak 35 subyek (24,8%) dan kuartil keempat dengan nilai 13-28 sebanyak 33 subyek (23,4%).

5. Kondisi Gigi Tiruan

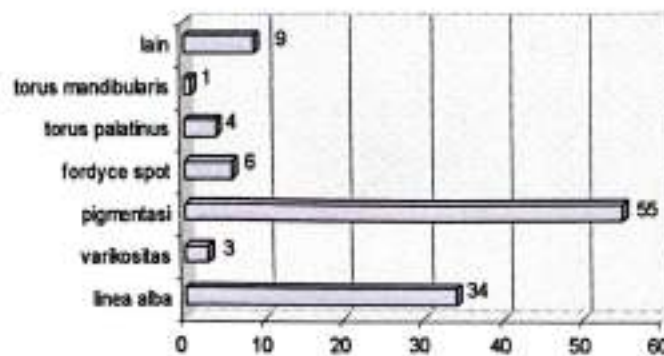
Sebanyak 15 dari 141 subyek, ditemukan mempunyai gigi tiruan. Hanya ada 2 subyek yang mempunyai gigi tiruan atas dan bawah. Tabel 5.7 menyajikan sebaran kondisi gigi tiruan pada subyek penelitian.

Tabel 5.7. Sebaran subyek penelitian berdasarkan kondisi gigi tiruan.

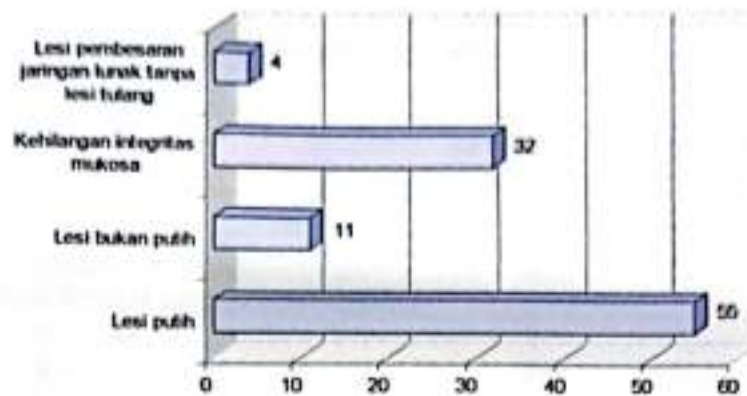
Kondisi Gigi Tiruan	Frekuensi	Persentase
Pembuatan		
Dokter gigi	8	53,3
Tukang gigi	7	46,7
Kecekatan		
Baik	10	66,7
Longgar	5	33,3
Jenis (n=17)		
Mahkota	5	
Sebagian lepasan	11	
Sebagian lengkap	1	
Lokasi (n=17)		
Maksila	14	
Mandibula	3	

6. Kondisi Mukosa Mulut

Kondisi mukosa mulut dibedakan menjadi variasi anatomis mukosa mulut normal dan lesi patologik. Gambar 5.1 dan Gambar 5.2 menunjukkan frekuensi lesi mukosa mulut yang didiagnosis secara klinis pada populasi penyalahguna NAPZA di Rutan Kelas I Cipinang.



Gambar 5.1. Frekuensi variasi anatomis mukosa mulut normal yang didiagnosis secara klinis.



Gambar 5.2. Frekuensi lesi mukosa mulut patologik berdasarkan klasifikasi dari Coleman.³⁷

D. Status Terkait NAPZA Pada Subyek Penelitian

1. Pengetahuan tentang Bahaya dan Pencegahan NARKOBA, Asal Pertama Informasi tentang NARKOBA dan Asal Pertama Perolehan NARKOBA

Tabel 5.8 menyajikan sebaran pengetahuan tentang bahaya dan pencegahan NARKOBA, asal pertama informasi tentang NARKOBA dan asal pertama perolehan NARKOBA yang disalahgunakan.

Tabel 5.8. Sebaran subyek penelitian berdasarkan pengetahuan tentang bahaya dan pencegahan NARKOBA, asal pertama informasi tentang NARKOBA, dan asal pertama perolehan NARKOBA.

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
Pengetahuan bahaya dan pencegahan		
Tidak tahu	83	58,9
Pernah dengar	58	41,1
Asal pertama informasi NARKOBA		
Keluarga	3	2,1
Teman	129	91,5
Media	8	5,7
Orang lain	1	0,7
Asal pertama perolehan NARKOBA		
Keluarga	1	0,7
Teman	116	82,3
Orang lain	3	2,1
Beli	21	14,9

Sebanyak 58,9% (83 subyek) tidak mengetahui tentang bahaya dan pencegahan NARKOBA. Berdasarkan asal pertama informasi tentang NARKOBA, ditemukan 129 (91,5%) subyek menyatakan berasal dari teman. Begitu pula dengan asal pertama NARKOBA yang disalahgunakan, sebesar 116 subyek (82,3%) menyatakan bahwa NARKOBA didapat dari teman.

2. Usia Mulai Gunakan NARKOBA, Jenis NARKOBA, Cara Penggunaan NARKOBA, Frekuensi dan Lama Penyalahgunaan NARKOBA, serta Alasan Konsumsi NARKOBA

Karakteristik usia mulai gunakan NARKOBA, jenis NARKOBA, cara penggunaan NARKOBA serta frekuensi dan lama penyalahgunaan NARKOBA dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9. Sebaran subyek penelitian berdasarkan usia mulai gunakan NARKOBA, jenis NARKOBA, cara penggunaan, frekuensi dan lama penyalahgunaan NARKOBA, serta alasan konsumsi NARKOBA.

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
Usia mulai gunakan NARKOBA		
Dibawah 10 tahun	1	0,7
10-19 tahun	74	52,5
20-29 tahun	42	29,8
30-39 tahun	20	14,2
40-49 tahun	3	2,1
Diatas 50 tahun	1	0,7
Jenis NARKOBA pertama dikonsumsi		
Ganja	86	61
Sabu	23	16,3
Heroin	7	5
Ekstasi	17	12,1
Lainnya	8	5,7
Jenis NARKOBA paling sering dikonsumsi		
Ganja	110	96,5
Sabu	100	70,9
Heroin	41	29,1
Ekstasi	78	55,3
Lainnya	43	30,5
Cara penggunaan		
Ditelan	82	58,2
Dikunyah	10	7,1
Ditaruh dibawah lidah	3	2,1
Asap dihirup melalui mulut	135	95,7
Asap dihirup melalui hidung	9	6,4
Dicampur minuman	4	2,8
Disuntikan	21	14,9
Lainnya	2	1,4
Frekuensi		
Kurang dari 5 kali per bulan	62	44
Lebih 5 kali per bulan	79	56
Lama penyalahgunaan		
Kurang dari 1 bulan	3	2,1
1-6 bulan	16	11,3
7-12 bulan	4	2,8
12-18 bulan	4	2,8
19-24 bulan	5	3,5
Lebih dari 24 bulan	109	77,3
Alasan konsumsi		
Diberi oleh teman	3	2,1
Ingin tahu/coba-coba	10	7,1
Gaya hidup	28	19,9
Bersenang-senang	49	34,8
Melupakan masalah	22	15,6
Lainnya	29	20,6

Berdasarkan usia mulai gunakan NARKOBA, lebih banyak ditemukan pada kelompok usia 10-19 tahun sebesar 52,5% (74 subyek). Ganja merupakan salah satu jenis NARKOBA yang paling banyak dikonsumsi pertama kali pada 86 subyek (61%) dan paling sering dikonsumsi pada 110 subyek (96,5%). Cara penggunaan NARKOBA pun lebih banyak berupa asap dihirup melalui mulut pada 135 subyek (95,7%). Berdasarkan frekuensi penggunaan NARKOBA, sebanyak 79 subyek (56%) menyatakan menggunakan lebih dari 5 kali per bulan. Sedangkan lama penggunaan lebih dari 24 bulan banyak ditemukan pada 109 subyek (77,3%). Sebanyak 49 subyek (34,8%) menyatakan alasan konsumsi NARKOBA adalah untuk bersenang-senang.

3. Kebiasaan Merokok dan Minum Alkohol

Selain narkotika dan psikotropika, rokok dan minuman beralkohol juga merupakan zat adiktif lainnya. Dari 141 subyek, sebanyak 97,9% mempunyai kebiasaan merokok dan 89,4% mempunyai kebiasaan minum alkohol. Tabel 5.10 menyajikan sebaran subyek penelitian berdasarkan status kebiasaan merokok dan minum alkohol.

Tabel 5.10. Sebaran subyek penelitian berdasarkan kebiasaan merokok dan minum alkohol.

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
Usia mulai merokok		
Dibawah 10 tahun	10	7,1
11-20 tahun	126	89,3
Diatas 21 tahun	2	1,4
Jenis rokok		
Kretek	75	53,2
Putih	77	54,6
Kemenyan	1	0,7
Cerutu	1	0,7
Daun	2	1,4
Jumlah rokok per hari		
Kurang dari 1 bungkus	55	39
1 bungkus	56	39,7
Lebih 1 bungkus	27	19,1
Usia mulai minum alkohol		
Dibawah 10 tahun	1	0,7
11-20 tahun	114	80,8
Diatas 21	11	7,8
Jenis minuman beralkohol		
Bir	90	63,8
Shandy	27	19,1
Anggur	71	50,3
Gin	34	24,1
Whisky	61	43,3
Vodka	62	43,9
Lainnya	9	6,4
Frekuensi minum per minggu		
Kurang dari 5 kali	75	53,2
5-10 kali	20	14,2
Lebih dari 10 kali	31	22

BAB VI

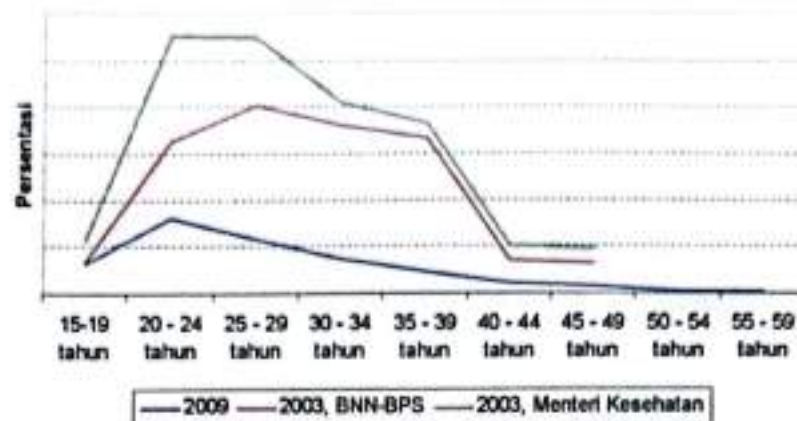
PEMBAHASAN

Rumah Tahanan Kelas I Cipinang yang didirikan pada tahun 2008, dihuni oleh kira-kira 3000 narapidana dan tahanan dari berbagai daerah di Jakarta. Usia paling muda adalah 21 tahun. Pada penelitian ini, ditemukan beberapa kendala antara lain subyek penelitian yang sudah harus berstatus narapidana bukan tahanan, dan banyak narapidana yang menolak untuk dilakukan pemeriksaan gigi mulut sehingga hanya didapatkan subyek sebanyak 141 orang. Hal ini disebabkan karena a) ada narapidana yang takut untuk dilakukan pemeriksaan kesehatan dan jika mereka diketahui menderita penyakit menular, maka kemungkinan besar mereka akan ditempatkan dalam ruang isolasi; b) ada narapidana yang menyebarkan informasi kurang tepat tentang pemeriksaan gigi mulut kepada narapidana lainnya, sehingga mereka takut jika dilakukan perawatan gigi mulut khususnya pencabutan gigi; dan c) waktu penelitian yang terbatas yaitu 14 hari.

A. Sosiodemografik

Rerata usia narapidana adalah 31 tahun (21-62), dengan kelompok usia terbanyak 21-30 tahun. Hasil ini tidak berbeda jauh dengan penelitian tahun 2004 dari BNN-BPS (Badan Pusat Statistik), ditemukan bahwa pelaku tindak pidana NARKOBA di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) atau Rutan lebih banyak didominasi oleh kelompok usia 25-39 tahun sebesar 57,2%, sisanya 19-24 tahun (32,8%), diatas 39 tahun (9,8%) dan dibawah 19 tahun (0,3%).⁶ Begitu pula data dari BNN, diketahui bahwa terjadi peningkatan jumlah penyalahguna NARKOBA setiap tahunnya sebesar 11%.⁴ Tetapi jika dilihat secara umum dari berbagai institusi rumah sakit di hampir seluruh provinsi sampai tahun 2003, ditemukan bahwa kelompok usia 20-24 tahun menempati persentasi terbesar yaitu 45,68%, diikuti 25-29 tahun sebesar 29,36%, 30-34 tahun sebesar 9,33%, 15-19 tahun sebesar 8,96% dan diatas 35 tahun sebesar 6,18%.³⁹ Keadaan ini menunjukkan bahwa kelompok usia 20-34 tahun, rentan terhadap penyalahgunaan NARKOBA di Indonesia. Gambar 6.3 menunjukkan

grafik perbedaan usia antara penelitian ini dengan data terdahulu dari BNN dan Menteri Kesehatan.



Gambar 6.3. Grafik perbedaan usia penyalahguna NAPZA antara penelitian ini dengan data terdahulu dari BNN dan Menteri Kesehatan. A. Rutan Kelas I Cipinang (warna biru). B. Hasil BNN-BPS tahun 2003 di Lapas dan Rutan (warna merah). C. Hasil dari Menteri Kesehatan tahun 2003 dari Rumah Sakit dan Lapas Narkotika (warna hijau).^{6,39}

Berdasarkan rumah tempat tinggal narapidana, banyak berasal dari daerah Jakarta Selatan dengan kondisi tempat tinggal sendiri dan bersama orangtua menempati persentase terbesar dalam penyalahgunaan NAPZA. Jumlah narapidana yang sudah menikah sebanyak 76 orang (53,9%), belum menikah 64 orang (45,4%) dan hanya 1 orang duda (0,7%). Hasil dari penelitian ini nampaknya berbeda dengan penelitian tahun 2003, diketahui bahwa 60,5% responden belum menikah dan 44,4% tinggal dengan orangtua.⁶ Perbedaan ini mungkin karena penyebaran penyalahguna NAPZA di Rutan dan Lapas di Jakarta tidak sepenuhnya sesuai pada daerahnya masing-masing, karena kapasitas Rutan dan Lapas yang kurang memadai, sedangkan jumlah tahanan dan narapidana semakin meningkat setiap tahunnya.

Lima puluh enam persen populasi penelitian berpendidikan sampai SLTA. Kondisi ini nampaknya sesuai dengan penelitian sebelumnya dari tahun 1997-2008, bahwa subyek dengan pendidikan formal SLTA sebanyak 109.451 orang (62,1%), kemudian Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP) sebanyak 42.943 orang (24,4%), Sekolah Dasar sebanyak 17.537 orang (9,9%)

dan perguruan tinggi sebanyak 6.413 orang (3,6%).⁴ Hal ini menunjukkan bahwa faktor pendidikan mungkin juga berperan dalam risiko penyalahgunaan NAPZA.

Berdasarkan status pekerjaan dan pendapatan, sebanyak 51,1% subyek mempunyai pekerjaan sebagai buruh atau karyawan dan mempunyai pendapatan sebesar Rp.1.000.000,- sampai Rp.3.000.000,-. Jika dibandingkan dengan data BNN 1997-2008, status pekerjaan sebagai buruh atau karyawan (50,89%) memang nampak lebih cenderung menyalahgunakan NAPZA dibandingkan responden yang masih sekolah atau kuliah (5,93%).⁴

B. Status Kesehatan Umum Berdasarkan Rekam Medik

Delapan puluh lima subyek ditemukan rekam mediknya dari bagian Poli Umum, sisanya tidak ada. Hal ini disebabkan karena sumber daya manusia di bagian poli masih kurang dan tamping (= narapidana atau tahanan yang bekerja didalam Rutan atau Lapas) poli umum sebelum dilakukan penelitian ini, kurang dapat menyusun seluruh rekam medik daripada tamping yang ada sekarang. Penyakit sistemik terbesar yaitu gangguan pada sistem pernapasan dan pencernaan. Pada populasi penelitian, infeksi HIV yang sudah dipastikan melalui pemeriksaan darah, hanya dijumpai pada 3 subyek. Tetapi selama penelitian berlangsung, peneliti menemukan 7 subyek yang belum didiagnosis menderita infeksi HIV, namun ditemukan beberapa manifestasi penyakit yang biasa menyertai infeksi tersebut, dan secara klinis menyerupai *oral hairy leukoplakia*, kandidiasis, linear gingiva eritema, sarkoma kaposi, *acute necrotizing ulcerative gingivitis*, dan *necrotizing ulcerative periodontitis*. Dengan melihat kondisi ini, setiap kali ada tahanan atau narapidana yang masuk kedalam Lapas atau Rutan, sebaiknya dilakukan pemeriksaan kesehatan umum dan gigi mulut secara menyeluruh. Disamping itu, pengetahuan dan kemampuan dokter gigi Lapas dan Rutan juga perlu ditingkatkan untuk dapat mendeteksi lesi-lesi mulut tahanan dan narapidana, sehingga risiko penularan dapat diminimalkan.

C. Status Kesehatan Gigi Mulut

1. Keluhan Gigi Mulut dan Kondisi Saliva

Secara subyektif, gigi goyang merupakan keluhan paling banyak ditemukan pada narapidana penyalahguna NAPZA, sisanya sakit gigi dan sariawan. Menurut subyek penelitian, kondisi saliva dirasakan normal. Penyebab gigi goyang bermacam-macam, dapat disebabkan karena kerusakan tulang alveolar akibat infeksi periodontal atau karena trauma pada gigi yang bersangkutan.

2. Kondisi Higiene Oral

Tiga puluh satu koma sembilan persen subyek penelitian mempunyai indek kebersihan gigi mulut buruk. Tidak ditemukan narapidana yang mempunyai indek kebersihan mulut sangat baik. Hal ini mungkin disebabkan karena keterbatasan selama penelitian menggunakan alat pemeriksaan yang kurang baik, hanya dibantu dengan lampu senter putih dan sebuah kaca mulut plastik, dan karena indek OHI-S yang hanya memeriksa 6 gigi saja, bukan seluruh gigi. Selain itu, berdasarkan status pendapatan, 52,5% populasi nampaknya mampu berobat ke dokter gigi. Walaupun jumlah populasi kondisi kebersihan gigi mulut buruk lebih rendah dibandingkan baik dan sedang, tetapi tetap dibutuhkan perawatan dasar berupa pembersihan debri dan skaling kalkulus masih merupakan kebutuhan utama di Rutan Kelas I Cipinang.

Jika dilakukan analisis data lebih lanjut, ditemukan hubungan bermakna antara OHI-S dengan status pendidikan ($P = 0,011$), usia konsumsi NARKOBA pertama ($P = 0,048$), jumlah konsumsi rokok per hari ($P = 0,019$), konsumsi rokok kretek ($P = 0,044$), konsumsi *whisky* ($P = 0,012$), konsumsi anggur ($P = 0,026$) dan konsumsi bir ($P = 0,031$). Hal ini menunjukkan pada populasi penyalahguna NAPZA di Rutan Kelas I Cipinang, kondisi kebersihan gigi mulut dipengaruhi oleh faktor pendidikan, usia konsumsi NARKOBA pertama, jumlah konsumsi rokok, jenis rokok kretek, konsumsi minuman beralkohol khususnya *whisky*, anggur dan bir.

3. Kesehatan Periodontal

Disamping kebersihan mulut, ditemukan pula gingivitis ringan pada 58,2% populasi. Untuk melihat ada tidaknya hubungan antara variabel kondisi kebersihan gigi mulut dengan kesehatan periodontal, maka dilakukan uji korelasi Pearson. Hasilnya ditemukan hubungan antara kondisi kebersihan mulut dengan kesehatan periodontal, tetapi tidak dengan kesehatan gigi ($P = 0,000$). Dari kondisi diatas, nampak bahwa kebersihan gigi mulut dan kesehatan periodontal masih merupakan masalah umum dalam populasi penelitian di Rutan Kelas I Cipinang. Oleh karena itu, penyuluhan tentang pemeliharaan kebersihan gigi mulut dan perawatan kebersihan gigi mulut masih merupakan kebutuhan utama dalam kesehatan gigi mulut.

4. Kesehatan Gigi

Berdasarkan kesehatan gigi, ditemukan bahwa rerata gigi berlubang $5,29 \pm 4,34$, gigi yang hilang akibat proses karies $2,33 \pm 3,25$, gigi yang telah direstorasi $0,76 \pm 1,75$ dan indek DMF-T sebesar $8,38 \pm 6,25$. Pada laporan nasional Riset Kesehatan Dasar 2007 yang dilakukan pada rumah tangga, diketahui bahwa DKI Jakarta mempunyai skor D sebesar 0,95, skor M sebesar 2,53, skor F sebesar 0,16 dan skor DMF-T sebesar 3,66.⁴⁰ Jika dibandingkan hasil penelitian ini dengan laporan tersebut, nampak perbedaan bermakna pada skor D dan DMF-T. Hal ini menunjukkan bahwa karies gigi dan kesehatan gigi pada populasi penyalahguna NAPZA nampaknya lebih buruk dibandingkan penduduk DKI Jakarta sendiri. Sebanyak 33,3% subyek mempunyai gigi sehat dan 1-2 gigi yang karies; 34% subyek tidak mengalami kehilangan gigi dan 34% subyek yang juga mengalami kehilangan 1-2 gigi; dan hanya 31,2% subyek saja yang pernah ditambal giginya. Dari data diatas dapat dilihat, bahwa kebutuhan penambalan gigi masih merupakan kebutuhan primer perawatan gigi mulut. Kondisi ekonomi dan faktor estetik juga berpengaruh terhadap pembuatan gigi tiruan dan penambalan gigi yang karies dalam populasi penelitian ini.

Menurut penelitian di Brazilia (2006), pada individu dewasa, ditemukan adanya hubungan antara sosioekonomi terhadap DMF-T.⁴¹ Tetapi dalam penelitian ini, melalui uji Kruskal-Wallis tidak ditemukan hubungan antara pendapatan dengan status DMF-T ($P = 0,252$). Hal ini mungkin disebabkan karena jumlah populasi penelitian yang rendah dan alat serta cara pengukuran DMF-T yang kurang memadai pada penelitian ini.

Jika ditinjau hubungan antara usia dan pendidikan terhadap DMF-T, ditemukan ada hubungan bermakna antara usia dengan DMF-T ($P = 0,004$) dan pendidikan dengan DMF-T ($P = 0,011$). Hasil ini sesuai dengan penelitian tahun 2007, yang menyatakan bahwa ada hubungan antara faktor usia dan pendidikan dengan status DMF-T.⁴²

Tabel 6.1. *Mean OHI-S, GI dan DMF-T berdasarkan lamanya penyalahgunaan NAPZA pada subyek penelitian.*

	Lama Penyalahgunaan NAPZA (bulan)					
	< 1 n = 3	1 – 6 n = 16	7 – 12 n = 4	13 – 18 n = 4	19 – 24 n = 5	> 24 n = 109
Debri Index						
Mean	0,83	1,42	1,29	1,42	1,43	1,43
SD	0,60	0,80	1,04	0,79	0,85	0,72
Calculus Index						
Mean	0,89	1,18	0,95	0,78	1,36	1,05
SD	0,54	0,57	0,82	0,60	0,79	0,66
OHI-S						
Mean	1,72	2,61	2,24	2,2	2,79	2,48
SD	1,11	1,30	1,83	1,35	1,64	1,26
Gingival Index						
Mean	0,89	1,04	0,74	0,75	1,05	0,99
SD	0,54	0,49	0,65	0,39	0,59	0,47
Decay						
Mean	3,67	3,81	6,25	5,50	5,60	5,50
SD	0,58	4,96	8,06	4,73	3,30	4,22
Missing						
Mean	1,67	1,56	1,25	1,25	2,00	2,55
SD	2,08	2,61	0,96	1,50	1,23	3,51
Filling						
Mean	3,67	0,31	1,25	0,50	0,20	0,76
SD	5,51	0,48	1,50	1,00	0,45	1,73
DMF-T						
Mean	9,00	5,69	8,75	7,25	7,80	8,81
SD	5,57	7,03	7,59	5,50	4,32	6,22

Pada Tabel 6.1, berdasarkan lama penyalahgunaan NAPZA, nampaknya tidak berhubungan dengan indeks kebersihan mulut, kesehatan periodontal serta kesehatan gigi. Dari hasil kebersihan gigi mulut dan kesehatan periodontal, perlu diperhatikan bahwa kesehatan gigi mulut ini, lebih dipengaruhi oleh perilaku yang buruk atau efek NARKOBA terhadap perubahan perilaku. Hal ini perlu diteliti lebih lanjut pada populasi yang besar secara berkesinambungan. Penyalahguna NAPZA yang mempunyai status kesehatan gigi mulut yang buruk, juga perlu mendapatkan perawatan gigi mulut yang adekuat. Tetapi untuk mencapai kondisi tersebut, dijumpai beberapa kendala, antara lain faktor biaya dan waktu pengobatan, serta jarak poli gigi.

5. Kondisi Gigi Tiruan

Sepuluh koma enam persen subyek mempunyai gigi tiruan dan diantaranya 46,7% membuat gigi tiruan tersebut di tukang gigi dengan 33,3% subyek kecekan gigi tiruan buruk. Gigi tiruan yang paling banyak dibuat adalah tipe lepasan sebagian dan lokasinya adalah rahang atas. Sama halnya dengan jumlah kehilangan gigi, pembuatan gigi tiruan nampaknya masih ditujukan pada fungsi estetik, terutama gigi depan atas, dibandingkan fungsi pengunyahan. Pembuatan gigi tiruan oleh dokter gigi, biasanya akan bertahan lama dibandingkan oleh tukang gigi. Terlebih lagi, tukang gigi biasanya menganjurkan agar gigi tiruan tetap dipakai selama tidur malam, yang akan berdampak pada timbulnya infeksi mukosa mulut. Sebanyak 2 subyek dengan gigi tiruan yang dibuat di tukang gigi, ditemukan lesi mulut yang menyerupai *denture stomatitis*. Selain itu, gigi tiruan yang longgar, dapat menimbulkan resorpsi cepat dari tulang alveolar, kegoyangan gigi tetap yang berkontak dengan gigi tiruan dan lingkungan yang baik untuk akumulasi sisa makanan.

6. Kondisi Mukosa Mulut

Pemeriksaan mukosa mulut dilakukan hanya berdasarkan inspeksi menggunakan kaca mulut dan senter, sehingga lesi mukosa mulut hanya dapat didiagnosis secara klinis. Kondisi mukosa mulut dapat digolongkan sebagai kondisi normal (85 subyek) dan patologik (80 subyek). Jenis lesi mukosa mulut normal ini menyerupai *linea alba*, *varikosis*, *smoker melanosis*, *fordyce spot*, *torus palatinus*, *torus mandibularis*, *geografik tongue*, dan *fissured tongue*. Untuk melihat ada tidaknya hubungan antara jenis NAPZA dengan lesi mulut, dilakukan analisa variabel tersebut (Tabel 12). Dari uji *Chi-Square*, ditemukan adanya hubungan antara lesi mulut normal menyerupai *linea alba* dengan penggunaan rokok kretek ($P = 0,015$; *odds ratio* 2,824; *confidence interval* 95% 1,199 – 6,648) dan frekuensi minum minuman beralkohol ($P = 0,015$). Dari hasil tersebut nampak bahwa penyalahguna NAPZA yang menggunakan rokok kretek mempunyai

kemungkinan 2,84 kali untuk mengalami linea alba dibandingkan penyalahguna NAPZA yang tidak merokok kretek.

Berdasarkan klasifikasi penyakit mulut, lesi putih (39%) nampak dominan pada populasi penelitian ini, diikuti kehilangan integritas mukosa (22,7%), lesi bukan putih (7,8%) dan lesi pembesaran jaringan lunak tanpa lesi tulang (2,8%). Dari uji *Chi-Square*, nampak hubungan antara lesi putih patologik dengan konsumsi minuman *shandy* ($P = 0,045$; *odds ratio* 2,390; *confidence interval* 95% 1,006 – 5,676). Dari hasil ini, dapat diketahui bahwa penyalahguna NAPZA yang mengkonsumsi minuman *shandy*, mempunyai kemungkinan 2,39 kali untuk timbul lesi putih patologik dibandingkan penyalahguna NAPZA yang tidak konsumsi minuman *shandy*. Sedangkan jika dilakukan analisis antara status NAPZA dengan jenis lesi patologik mulut yang didiagnosis secara klinis, ditemukan beberapa hubungan antar variabel-variabel, yaitu (a) lesi patologik mulut yang menyerupai leukoplakia berhubungan bermakna dengan kebiasaan minum anggur ($P = 0,021$; *odds ratio* 0,225; *confidence interval* 95% 0,058 – 0,878); menunjukkan bahwa penyalahguna NAPZA yang mengkonsumsi minuman anggur mempunyai kemungkinan 0,22 kali untuk timbul leukoplakia; (b) lesi patologik mulut yang menyerupai friksional keratosis berhubungan bermakna dengan kebiasaan minum anggur ($P = 0,031$; *odds ratio* 3,415; *confidence interval* 95% 1,064 – 10,964); menunjukkan bahwa penyalahguna NAPZA yang mengkonsumsi minuman anggur mempunyai kemungkinan 3,41 kali untuk timbul friksional keratosis; (c) lesi patologik mulut yang menyerupai stomatitis nikotinik berhubungan bermakna dengan penyalahgunaan opium ($P = 0,000$; *odds ratio* 33,750; *confidence interval* 95% 1,776 – 641,470) dan amfetamin ($P = 0,005$; *odds ratio* 16,750; *confidence interval* 95% 1,246 – 225,137); menunjukkan bahwa penyalahguna NAPZA yang mengkonsumsi opium mempunyai kemungkinan 33,75 kali dan konsumsi amfetamin mempunyai kemungkinan 16,75 kali untuk timbul lesi stomatitis nikotinik; dan (d) lesi menyerupai kandidiasis berhubungan bermakna dengan penyalahgunaan heroin ($P = 0,011$; *odds ratio* 10,703; *confidence interval* 95% 1,158 –

98,900); menunjukkan bahwa penyalahguna NAPZA yang mengkonsumsi heroin mempunyai kemungkinan 10,7 kali untuk timbul kandidiasis mulut.

Tabel 6.2. Uji *Chi-Square* untuk variabel jenis NAPZA dengan diagnosis klinis lesi mulut ($P < 0,05$).

	Cheilosia	Ulser	Linnea Alba	Friksional Keratosis	Leukoplakia	Stomatitis Nikotinik	Leukodem	Kandidiasis
NARKOBA								
Ganja	0,064	0,321	0,483	0,817	0,958	0,913	0,233	0,227
Sabu	0,897	0,734	0,360	0,665	0,199	0,649	0,315	0,584
Ekstasi	0,133	0,320	0,940	0,975	0,477	0,258	0,826	0,106
Heroin	0,326	0,315	0,211	0,335	0,565	0,584	0,734	0,011*
Opium	0,586	0,664	0,422	0,563	0,636	0,000*	0,664	0,785
Morfin	0,586	0,664	0,422	0,144	0,636	0,785	0,664	0,785
Kokain	0,299	0,408	0,533	0,994	0,368	0,115	0,408	0,603
Amfetamin	0,281	0,593	0,706	0,337	0,561	0,005*	0,593	0,737
Jenis Rokok								
Rokok kretek	0,244	0,752	0,015*	0,583	0,363	0,796	0,772	0,512
Rokok putih	0,430	0,161	0,076	0,572	0,500	0,847	0,302	0,847
Jenis Alkohol								
Bir	0,664	0,563	0,738	0,156	0,773	0,872	0,921	0,564
Shandy	0,886	0,127	0,357	0,076	0,245	0,157	0,621	0,937
Anggur	0,420	0,267	0,118	0,031*	0,021*	0,445	0,162	0,867
Gin tonic	0,516	0,340	0,934	0,107	0,126	0,292	0,982	0,720
Whisky	0,885	0,926	0,406	0,921	0,272	0,949	0,403	0,149
Vodka	0,373	0,963	0,464	0,187	0,078	0,974	0,372	0,160

* $P < 0,05$

Berdasarkan jumlah lesi patologik yang dapat ditemukan per individu, sebanyak 53 subyek (37,6%) mempunyai sebuah lesi patologik, sisanya 14,2% (20 subyek) mempunyai 2 jenis, 2,8% (4 subyek) mempunyai 3 jenis dan 2,1% (3 subyek) mempunyai 4 jenis. Tabel 6.3 menunjukkan frekuensi subyek penelitian berdasarkan ada tidaknya variasi anatomis normal dan/atau lesi patologik mulut. Dengan menggunakan pengelompokkan lesi mulut pada tabel 6.3, jika dilakukan analisis *Chi-square*, hanya ditemukan hubungan antara penyalahgunaan heroin dengan kelompok lesi mulut ($P = 0,039$) (Lampiran 3). Selain itu, sejumlah lesi patologik mulut, nampaknya lebih berhubungan dengan kebiasaan merokok

dan minum minuman beralkohol daripada akibat penyalahgunaan NARKOBA yang dahulu kala itu sendiri. Untuk melihat efek NARKOBA terhadap rongga mulut, mungkin perlu dicari subyek yang tidak merokok dan minum minuman beralkohol, tetapi populasi demikian sangat sulit untuk didapat.

Tabel 6.3. Frekuensi subyek penelitian berdasarkan ada tidaknya variasi anatomis normal dan/atau lesi patologik mulut.

		Lesi Patologi					
		Ya		Tidak			
		F	P	F	P	Total	
Lesi Normal							
Ya		46	32,6	39	27,7	85	60,3
Tidak		34	24,1	22	15,6	56	39,7
Total		80	56,7	61	43,3	141	100

* F = frekuensi; P = Persentase

Berdasarkan jenis NARKOBA yang pernah digunakan, ditemukan adanya perbedaan bermakna antara jumlah lesi patologik kelompok penyalahguna heroin dengan jumlah lesi patologik kelompok yang tidak pernah konsumsi heroin ($P = 0,017$). Tabel 6.4 menunjukkan analisis Mann-Whitney untuk jenis NARKOBA dengan jumlah variasi anatomis normal dan lesi patologik mulut.

Tabel 6.4. Uji Mann-Whitney untuk variabel jenis NARKOBA dengan jumlah variasi anatomis normal dan lesi patologik mulut ($P < 0,05$).

Jenis NARKOBA	Jumlah lesi	
	Normal	Patologik
Ganja	0,957	0,529
Sabu	0,460	0,803
Heroin	0,227	0,017*
Ekstasi	0,710	0,594
Opium	0,106	0,800
Morfin	0,775	0,800
Kokain	0,959	0,186
Amfetamin	0,502	0,224

* $P < 0,05$

Dari berbagai gambaran mukosa intraoral yang ditemukan dalam populasi penelitian, kebanyakan dokter umum dan dokter gigi umum di Rutan Kelas I Cipinang, hanya mengenali beberapa kondisi mulut, seperti *coating tongue*, kandidiasis, ulser traumatik, dan *cheilitis*. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan dokter gigi umum masih perlu ditingkatkan untuk dapat mengenali dan mendeteksi berbagai lesi pada mukosa mulut dan mampu mengadakan kerjasama dengan dokter gigi spesialis penyakit mulut untuk mengatasi kondisi mulut tersebut. Terlebih lagi, di dalam Rutan, dokter gigi umum sebaiknya mampu memberikan terapi bagi narapidana yang mempunyai penyakit mulut, mengingat narapidana sulit untuk dirujuk ke Rumah Sakit diluar lingkungan Rutan.

D. Status Terkait NAPZA Pada Subyek Penelitian

1. Pengetahuan tentang Bahaya dan Pencegahan NARKOBA, Asal Pertama Informasi tentang NARKOBA dan Asal Pertama Perolehan NARKOBA

Sejak dahulu pemerintah dan berbagai lembaga swadaya masyarakat sudah menggalangkan penyebaran informasi tentang bahaya dan pencegahan NARKOBA, tetapi dari hasil penelitian ini, hanya dua per lima subyek yang pernah mendengarnya, sisanya tidak pernah. Lingkungan nampaknya lebih berperan dalam penyebaran NARKOBA di

masyarakat, dimana informasi NARKOBA lebih banyak didapatkan dari teman daripada keluarga maupun media massa. Keadaan ini akan berdampak pada asal pertama perolehan NARKOBA, yang dominan diberi oleh teman (82,3%). Hal ini sesuai dengan penelitian terdahulu tahun 2003, dimana asal pertama perolehan NARKOBA dari keluarga sebanyak 23 subyek (1,4%), diberi teman sebanyak 1.370 subyek (82,6%), diberi orang lain sebanyak 30 subyek (1,8%), membeli kepada seseorang sebanyak 206 subyek (12,4%) dan lainnya sebanyak 30 subyek (1,8%).⁶

2. Usia Mulai Gunakan NARKOBA, Jenis NARKOBA, Cara Penggunaan NARKOBA, Frekuensi dan Lama Penyalahgunaan NARKOBA, serta Alasan Konsumsi NARKOBA

Berdasarkan usia mulai gunakan NARKOBA, ditemukan bahwa kelompok usia 10-19 tahun memiliki persentasi terbesar yaitu 52,5%. Hal ini sesuai dengan penelitian dahulu sebesar 48,5%.⁶ Kelompok usia ini sesuai dengan periode pendidikan responden yang terbanyak kelompok SLTA. Kondisi ini menunjukkan bahwa sangat diperlukan penyebaran informasi bahaya dan pencegahan NARKOBA kepada murid-murid sekolah baik SLTP maupun SLTA.

Banyak jenis narkoba dan/atau psikotropika yang ditemukan di pasaran, tetapi ada 4 jenis yang paling sering digunakan pertama kali yaitu ganja (61%), sabu (16,3%), ekstasi (12,1%) dan heroin (5%). Hasil ini agak sedikit berbeda dengan penelitian terdahulu, yaitu ganja 61,3%, heroin 12,5%, sabu 9,9% dan ekstasi 7,4%.⁶ Berdasarkan jenis NARKOBA yang paling sering digunakan, antara lain ganja, sabu, ekstasi, heroin, kokain, amfetamin, opium, morfin dan lainnya. Cara penggunaan pun berbeda-beda tiap responden, antara lain pil ditelan, pil dikulum atau dikunyah, pil ditaruh dibawah lidah, dibuat dalam lenting rokok atau dibakar menggunakan alkohol kemudian dihisap melalui mulut, dibakar menggunakan alkohol kemudian dihisap melalui hidung, dicampur dengan minuman, disuntikkan, dicampur dalam makanan atau dikunyah bersama permen karet.

Frekuensi tertinggi konsumsi NARKOBA adalah lebih 5 kali per bulan dan lamanya penyalahgunaan NAPZA terbanyak adalah lebih dari 24 bulan. Alasan bersenang-senang merupakan faktor terbesar penyalahgunaan NARKOBA dari penelitian ini.

Responden juga ditanyakan apakah masih menggunakan NARKOBA atau tidak didalam Rutan Kelas I Cipinang. Hampir seluruh responden menjawab tidak, namun ada indikasi yang menunjukkan bahwa beberapa subyek masih menggunakan NARKOBA.

3. Kebiasaan Merokok dan Minum Alkohol

Selain NARKOBA, kebiasaan merokok dan minum alkohol juga dapat menimbulkan ketergantungan. Hampir seluruh subyek mempunyai kebiasaan merokok (97,9%) dan minum alkohol (89,4%). Usia 10-20 tahun merupakan kelompok usia paling banyak pertama kali terpapar kedua jenis bahan tersebut. Jenis rokok yang paling banyak digunakan adalah rokok putih atau filter dan rokok kretek. Jumlah rokok dikonsumsi per hari paling banyak jumlahnya antara kurang dari 1 bungkus per hari sampai 1 bungkus per hari. Kebiasaan merokok ini didukung dengan ditemukannya lesi menyerupai *smoker melanosis* dalam rongga mulut. Sedangkan jenis minuman beralkohol yang paling banyak dikonsumsi antara lain bir, sisanya anggur, *vodka*, *whisky*, gin tonic, dan *shandy*. Setengah populasi mengakui bahwa frekuensi minum alkohol sebelum ditahan kurang dari 5 kali per minggu. Kebiasaan merokok dan minum alkohol ini sesuai dengan penelitian tahun 2003, yang menyebutkan bahwa empat per lima responden merokok dan dua per tiganya minum minuman keras.⁶

E. Keterbatasan Penelitian

1. Pengumpulan data terbatas oleh waktu penelitian yang hanya 14 hari dengan memperhatikan perijinan Kantor Wilayah Lembaga Pemasyarakatan, dan masa pendidikan dari penulis.

2. Tidak dimungkinkan untuk melakukan survey pendahuluan di Rutan oleh karena perijinan yang agak sulit didapatkan dan sulit untuk menjaring narapidana agar bersedia ikut dalam penelitian.
3. Pemeriksaan gigi mulut hanya dilakukan secara klinis dengan alat kaca mulut dan sonde, sehingga diagnosis klinis lesi mukosa mulut hanya berdasarkan inspeksi tanpa pemeriksaan penunjang.

F. Implikasi Hasil Penelitian

1. Sebagai informasi bahwa kesehatan gigi mulut juga merupakan kebutuhan primer bagi narapidana dan tahanan, selain kesehatan umum.
2. Sebagai informasi kepada Depkumham yang juga perlu memperhatikan aspek kesehatan gigi mulut melalui penyediaan fasilitas, dokter gigi umum dan spesialis di Rutan maupun Lapas.
3. Sebagai dasar acuan bahwa program kesehatan di Rutan perlu diperbaiki dengan melakukan pemeriksaan umum dan gigi mulut secara rutin bagi seluruh narapidana dan tahanan.
4. Sebagai dasar pembentukan program kerja tentang bagaimana merubah perilaku dan sikap narapidana terhadap konsumsi NAPZA, untuk nantinya jika narapidana telah bebas dan terjun kembali ke masyarakat, dimana mereka tidak akan mengulangi kembali konsumsi NAPZA tersebut.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Hasil penelitian ini dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Sebagian besar higiene oral subyek adalah sedang.
2. Lebih dari setengah populasi penelitian, mempunyai gingivitis ringan, yang ditandai adanya deposit kalkulus sub dan supra gingiva. Kebutuhan perawatan gigi berupa skaling, penambalan gigi dan pergantian gigi yang hilang masih merupakan kebutuhan dasar bagi penyalahguna NAPZA di Rumah Tahanan Kelas I Cipinang.
3. Pada hampir seluruh subyek, karies gigi merupakan masalah utama disamping kehilangan gigi. Hanya sebagian kecil subyek yang pernah ditambal giginya.
4. Hanya sebagian kecil subyek mempunyai gigi tiruan yang masih baik. Gigi tiruan lebih banyak dibuat di dokter gigi daripada tukang gigi. Fungsi estetik lebih diutamakan oleh subyek penelitian daripada pengembalian fungsi pengunyahan.
5. Kondisi mukosa mulut normal yang sering ditemukan menyerupai pigmentasi melanin normal, linea alba, *geografic-fissured tongue*, *fordyce spot*, torus palatinus, varikosititas dan torus mandibularis. Kondisi mukosa mulut patologik tertinggi adalah lesi putih.
6. Narkotika dan obat berbahaya pertama kali banyak disalahgunakan pada kelompok usia 15-19 tahun, dengan jenis NARKOBA pertama dan paling sering digunakan adalah ganja, sisanya sabu, ekstasi dan heroin. Cara penggunaan NARKOBA banyak dihisap melalui mulut dengan frekuensi lebih dari 5 kali per bulan dan lama penyalahgunaan lebih dari 24 bulan. Alasan penyalahgunaan NARKOBA terbanyak adalah untuk bersenang-senang. Sebagian besar subyek juga mempunyai kebiasaan merokok dan minum alkohol. Kelompok usia tertinggi mulai konsumsi rokok dan minum beralkohol adalah 11-20 tahun. Jenis rokok yang paling sering

digunakan adalah rokok filter atau rokok putih dengan jumlah rokok per hari sebanyak 1 bungkus. Jenis minuman beralkohol yang tertinggi konsumsinya adalah bir dengan frekuensi minum kurang dari 5 kali per minggu.

B. Saran

1. Untuk melihat efek NARKOBA terhadap rongga mulut, sebaiknya dilakukan pada subyek yang masih konsumsi NARKOBA dan belum mendapatkan terapi ketergantungannya.
2. Jika dilakukan penelitian kembali di Rutan ataupun Lapas, sebaiknya menggunakan fasilitas pemeriksaan gigi mulut yang lebih baik, yaitu tersedianya *dental chair*.
3. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan jumlah sampel yang lebih besar dan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai penelitian pendahuluan pada penyalahguna NAPZA
4. Perlu dilakuan penelitian lebih lanjut mengenai kadar laju aliran saliva pada penyalahguna NAPZA karena efek NARKOBA yang langsung pada sistem saraf pusat dan mengenai hubungan antara jenis NARKOBA dengan berbagai kondisi rongga mulut

DAFTAR PUSTAKA

1. Indonesia Penyuplai Ganja Terbesar di Asia Tenggara. Jakarta. Suara Pembaharuan 31 Oktober 2007. Diunduh tanggal 2 November 2007. <http://202.169.46.231/last/index.html>.
2. Indonesia Kini Jadi Pengekspor NARKOBA. TEMPO Interaktif 20 November 2003. Diunduh tanggal 2 November 2007. <http://www.tempointeraktif.com/hg/nasional/2003/11/20/brk,20031120-46,id.html>
3. 6 warga kelola pabrik sabu. Suara Pembaruan. 30 Januari 2009. Diunduh 2 Februari 2009. <http://202.169.46.231/spnews/News/2009/01/30/index.html>.
4. BNN. Data kasus NARKOBA di Indonesia tahun 1997-2008. Update 30 Januari 2009. Diunduh 2 Februari 2009. www.bnn.go.id/konten.php?nama=databasenarkoba&op=index_database_narkoba&mn=5&smn=b
5. 97 Persen Masyarakat Jakarta Tahu Bahaya NARKOBA. TEMPO Interaktif 5 Februari 2004. Diunduh tanggal 2 November 2007. <http://www.tempointeraktif.com/hg/nasional/2004/02/05/brk,20040205-25,id.html>
6. BNN. Data kasus tindak pidana NARKOBA di Indonesia tahun 2001-2007. Update 10 September 2008. Diunduh 2 Februari 2009. www.bnn.go.id/konten.php?nama=statistik&op=index_statistik&mn=5&smn=g
7. BNN. Hasil penelitian. Update 5 Januari 2004. Diunduh 2 Februari 2009. www.bnn.go.id/konten.php?nama=hasilpenelitian&op=index_hasil_penelitian&mn=5&smn=a
8. Korban NARKOBA Tambah, Masyarakat Diminta Waspada. KOMPAS 23 Februari 2008. Diunduh 2 Februari 2009. <http://kompas.co.id/read/xml/2008/02/23/22275321/korban.narkoba.tambah.masyarakat.diminta.waspada>
9. Tinggi, Kasus Hepatitis C Akibat NARKOBA Suntik. KOMPAS. 11 September 2008. Diunduh 2 Februari 2009. <http://www.kompas.com/read/xml/2008/09/11/13572236/tinggi.kasus.hepatitis.c.akibat.narkoba.suntik>
10. Olson KR, dkk. *Poisoning and Drug Overdose*. 5th ed. New York: Lange Medical Books. 2007:278-9,189-91.
11. Scully C, Dios PD, Kumar N. *Special Care in Dentistry*. Churchill Livingstone: Edinburgh. 2007;42-6, 108-12, 214-8.
12. Donaldson M, Goodchild JH. Oral health of the methamphetamine abuser. *Am J Health-Syst Pharm* 2006;63(1):2078-82.
13. Cho CM, Hirsch R, Johnstone S. General and oral health implications of cannabis use. *Aust Dent J* 2005;50(2):70-4.
14. Dolan TA. The sensitivity of geriatric oral health assessment index to dental care. *J Dent Educ* 1997;61:37-46.
15. Calafat AM, Polzin GM, Saylor J, Richter P, Ashley DL, Watson CH. Determination of tar, nicotine, and carbon monoxide yields in the mainstream smoke of selected international cigarettes. *Tobacco Control* 2004;13:45-51.
16. Rees TD. Oral effects of drug abuse. *Crit Rev Oral Biol Med* 1992;3(3):163-84.
17. Hindarkan anak anda dari "ngelem". Jakarta. KOMPAS 29 April 2008. Diunduh 2 Februari 2009. <http://www.kompas.com/read/xml/2008/04/29/21210049/hindarkan.anak.andadari.ngelem>

18. Ahmed FE. Toxicology and human health effects following exposure to oxygenated or reformulated gasoline. *Toxicol Letters* 2001;123:89-113.
19. Mosca NG, Hathorn AR. HIV-positive patients: dental management considerations. *Dent Clin N Am* 2006;50:635-57.
20. Ganiswarna SG dkk. *Farmakologi dan Terapi*. 4th ed. Jakarta: Gaya Baru. 1995:124-47,189-206, 234-47.
21. Gullu H, Caliskan M, Ciftci O, Erdogan D, Topcu S, Yildirim E, Yildirir A, Muderrisoglu H. Light cigarette smoking impairs coronary microvascular functions as severely as smoking regular cigarettes. *Heart* 2007;93:1274-7.
22. Centers for Disease Control. "Smoking & Tobacco Use: Heart Disease and Stroke." Diunduh 28 February 2007. US Department of Health and Human Services. http://www.cdc.gov/tobacco/health_effects/heart.htm
23. Enstrom JE, Kabat GC. Environmental tobacco smoke and coronary heart disease mortality in the United States - a meta analysis and critique. *Inhal Toxicol* 2006;18(3):199-210.
24. Centers for Disease Control. "Fact Sheet: Secondhand Smoke Causes Heart Disease." May 2007. US Department of Health and Human Services. Diunduh 2 Februari 2009. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/Factsheets/HeartDisease.htm
25. Health Effects of Gasoline. Canadian Centre for Occupational Health and Safety. Update 22 des 1997. Diunduh 12 Feb 2007. http://www.ccohs.ca/oshanswers/chemicals/chem_profiles/gasoline/health_gas.html
26. Ilgazli A, Sengula C, Maralb H, Ozdenb M, Ercin C. The effects of thinner inhalation on superoxide dismutase activities, malondialdehyde and glutathione levels in rat lungs. *Clinica Chimica Acta* 2004;343:141-4.
27. Klasser GD, Epstein J. Methamphetamine and its impact on dental care. *J Can Dent Assoc* 2005;71(10):759-62.
28. Souza DM, Ricardo LH, Prado MA, Prado FA, Rocha RF. The effect of alcohol consumption on periodontal bone support in experimental periodontitis in rats. *J Appl Oral Sci* 2006;14(6):443-7.
29. Ogden GR, Wight AJ, Rice P. Effects of alcohol on the oral mucosa assessed by quantitative cytomorphometry. *J Oral Pathol Med* 1999;28(5):216-20.
30. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders, 2002:338,358,404-5,753.
31. Bouquot JE, Schroeder KL. The oral effects of tobacco abuse. *J Am Dent Inst Cont Educ* 1992; 43:3-17.
32. Gattás GJ, Cardoso Lde A, Medrado-Faria Mde A, Saldanha PH. Frequency of oral mucosa micronuclei in gas station operators after introducing methanol. *Occup Med (Lond)* 2001;51(2):107-13.
33. Dahlan MS. *Besar sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Ed ke-1. Jakarta: Arkans, 2006:15.
34. Greene JC, Vermillion JR. The simplified Oral Hygiene Index. *J Am Dent Assoc* 1964;68:7-13.
35. Humphrey LL, Fu R, Buckley DI, Freeman M, Helfand M. Periodontal disease and coronary heart disease incidence: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2008;23(12):2079-86.
36. Loe H. The Gingival Index, the Plaque Index, and the Retention Index. *J Periodontol* 1967;38:610-6.

37. Anaise JZ. Measurement of dental caries experience-modification of the DMFT index. *Comm Dentistry Oral Epid* 1984;12(1):43-6.
38. Coleman GC. Differential diagnosis of oral soft tissue lesions. *Tex Dent J* 2002;119(6):484-503.
39. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. *Indonesia Health Profile 2003*. Jakarta 2005;147-8.
40. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta, 2008;130-47.
41. Pattussi MP, Hardy R, Sheiham A. The potential impact of neighborhood empowerment on dental caries among adolescents. *Comm Dentistry Oral Epid* 2006;34(5):344-50.
42. Tjahja IN. Peran faktor komposisional dan faktor kontekstual terhadap status kesehatan gigi mulut dengan analisis multilevel (Studi di DKI Jakarta, tahun 2007). *Disertasi*. Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia, Jakarta, 2008.