

**PERBANDINGAN PREVALENSI MALOKLUSI DAN STATUS GIZI
PADA SISWA SMP DI SMPN 3 LEMBANG KABUPATEN PINRANG
DAN SMPN 3 KOTA MAKASSAR**

SKRIPSI

*Diajukan untuk Melengkapi Salah Satu Syarat
Mencapai Gelar Sarjana Kedokteran Gigi*



**NI MADE EGIRA DWI CAHYANI
J011201021**

**DEPARTEMEN ORTODONTI
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2024

**PERBANDINGAN PREVALENSI MALOKLUSI DAN STATUS GIZI
PADA SISWA SMP DI SMPN 3 LEMBANG KABUPATEN PINRANG
DAN SMPN 3 KOTA MAKASSAR**

SKRIPSI

*Diajukan untuk Melengkapi Salah Satu Syarat
Mencapai Gelar Sarjana Kedokteran Gigi*

NI MADE EGIRA DWI CAHYANI

J011201021

**DEPARTEMEN ORTODONTI
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2024

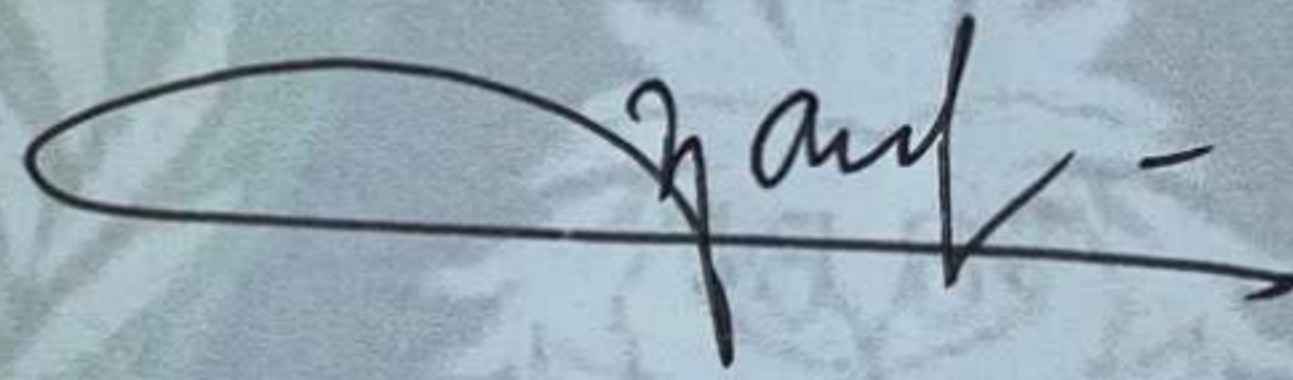
LEMBAR PENGESAHAN

Judul : Perbandingan Prevalensi Maloklusi dan Status Gizi Pada Siswa SMP di
SMPN 3 Lembang Kabupaten Pinrang dan SMPN 3 Kota Makassar.

Oleh : Ni Made Egira Dwi Cahyani / J011201021

Telah Diperiksa dan Disahkan
pada Tanggal 22 Maret 2024

Oleh :
Pembimbing



drg. Baharuddin M Ranggung, Sp.Ort., Subsp.DDPK(K)
NIP. 196912312005011014

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Hasanuddin



drg. Irfan Sugianto, M.Med.Ed., Ph.D 
NIP.19810215200801100

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini menyatakan bahwa mahasiswa yang tercantum dibawah ini:

Nama : Ni Made Egira Dwi Cahyani

NIM : J011201021

Judul : Perbandingan Prevalensi Maloklusi dan Status Gizi
Pada Siswa SMP di SMPN 3 Lembang Kabupaten
Pinrang dan SMPN 3 Kota Makassar.

Menyatakan bahwa judul skripsi yang diajukan adalah judul yang baru dan tidak terdapat di Perpustakaan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin.

Makassar, 22 Maret 2024

Koordinator Perpustakaan FKG UNHAS



Amiruddin, S.Sos
NIP. 19661121 199201 1 003

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ni Made Egira Dwi Cahyani

NIM : J011201021

Menyatakan bahwa skripsi yang berjudul **“Perbandingan Prevalensi Maloklusi dan Status Gizi Pada Siswa SMP di SMPN 3 Lembang Kabupaten Pinrang dan SMPN 3 Kota Makassar”** adalah benar merupakan karya saya. Judul skripsi ini belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi. Jika di dalam skripsi ini terdapat informasi yang berasal dari sumber lain, saya nyatakan telah disebutkan sumbernya di dalam daftar pustaka.

Makassar, 22 Maret 2024



Ni Made Egira Dwi Cahyani
NIM. J011201021

KATA PENGANTAR

Om Swastyastu

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Ida Sang Hyang Widhi Wasa atas berkat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Perbandingan Prevalensi Maloklusi dan Status Gizi pada Siswa-Siswi SMP di SMPN 3 Lembang Kabupaten Pinrang dan SMPN 3 Kota Makassar”**. Penulisan skripsi ini bertujuan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin. Selain itu, penulis berharap dapat memberikan manfaat serta informasi rasional dalam bidang ilmu kedokteran gigi bagi mahasiswa, masyarakat, dan peneliti.

Selama proses penyusunan skripsi ini, tidak terlepas dari berbagai hambatan dan cobaan, tetapi atas rahmat dan izin-Nya, serta dukungan secara moril ataupun materil berbagai pihak, penulisan skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik. Oleh karena itu, melalui kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. **drg. Irfan Sugianto, M.Med.Ed., Ph.D.** selaku Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin.
2. **drg. Baharuddin M Ranggung, Sp.Ort., Subsp.DDPK(K).** selaku dosen pembimbing skripsi yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing, mengarahkan, dan memberi nasihat serta dukungan yang sangat berarti kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

3. **drg. Nasyrach Hidayati, M.KG., Sp.Ort., Subsp.TK(K)** dan **drg. Rika Damayanti S, M.Kes** selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan, arahan, kritik, dan saran kepada penulis dalam penyempurnaan skripsi ini.
4. **drg. Rika Damayanti S, M.Kes** selaku penasihat akademik yang telah memberikan arahan, bimbingan, ilmu, dan motivasi untuk penulis selama pendidikan di jenjang pre-klinik.
5. Kedua orang tua penulis, **I Gede Sutawijana** dan **Ni Nyoman Sidiati**, kedua saudara penulis, **Ni Luh Shalia Eka Pratiwi** dan **I Nyoman Nanta Triwijana** yang senantiasa mendukung, memotivasi, dan mendoakan penulis selama penyusunan skripsi ini.
6. Teman-teman dan sahabat saya yang selalu ada, **Bila, Fanny, Beby, Bella, Audrey, Mila, Salza, Valerie, Anas, dan Kila** yang selama ini membantu, mendampingi, menemani, serta memberikan motivasi dan semangat selama penyusunan skripsi ini.
7. Staff Puskesmas Bungi Kabupaten Pinrang, **kak Wirasmi, kak Suriati, kak Yanti, kak Nufriani, dan kak Alam** yang telah banyak membantu dan mendampingi penulis selama penelitian.
8. Teman-teman angkatan **ARTIKULASI 2020**, selaku teman seperjuangan penulis yang telah kebersamai dan memberikan motivasi serta doa kepada penulis mulai dari awal hingga akhir perkuliahan.
9. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu yang telah membantu penulis selama penyusunan skripsi ini.

Penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa memberikan balasan terbaik atas segala kebaikan dari seluruh pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan penulisan skripsi ini. Akhir kata, penulis sangat mengharapkan tulisan ini mampu menjadi sumber informasi rasional yang bermanfaat dalam bidang ilmu kedokteran gigi untuk kedepannya. Penulis menyadari bahwa dalam penulisan ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan kritik untuk membantu menyempurnakan skripsi ini.

Makassar, 8 Desember 2023

Penulis

ABSTRAK

PERBANDINGAN PREVALENSI MALOKLUSI DAN STATUS GIZI PADA SISWA-SISWI SMP DI SMPN 3 LEMBANG KABUPATEN PINRANG DAN SMPN 3 KOTA MAKASSAR

Ni Made Egira Dwi Cahyani

Mahasiswa Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Hasanuddin, Makassar

Latar Belakang: Menurut *World Health Organization* (WHO) dalam kesehatan gigi dan mulut, maloklusi menempati urutan ketiga setelah penyakit periodontal dan karies gigi. Prevalensi maloklusi sangat bervariasi, tetapi dikalangan anak usia remaja sebanyak 93%. Maloklusi merupakan gangguan oklusi normal yang disebabkan oleh ketidaksesuaian antara pertumbuhan, ukuran, dan posisi gigi. Salah satu faktor predisposisi maloklusi ialah pola makan. Makanan yang mengandung protein dan kalsium yang tinggi berhubungan dengan pertumbuhan dan perkembangan tulang dan gigi. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menyatakan prevalensi status gizi pada remaja berdasarkan IMT/U di Makassar sebanyak 2.69% sangat kurus, 7.01% kurus, 63.21% normal, 17.67% gemuk, dan 9.42% obesitas. Sedangkan di Kabupaten Pinrang, prevalensi status gizi pada remaja berdasarkan IMT/U sebanyak 1.09% sangat kurus, 11.66% kurus, 68.70% normal, 14.34% gemuk, dan 4.22% obesitas. **Tujuan:** Tujuan penelitian ini, yaitu untuk mengetahui perbedaan prevalensi maloklusi dan status gizi pada siswa-siswi SMP di SMPN 3 Lembang dan SMPN 3 Kota Makassar. **Metode:** Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan desain penelitian *cross-sectional study* secara *Simple Random Sampling*. Subjek penelitian ini adalah siswa-siswi SMPN 3 Lembang dan SMPN 3 Kota Makassar sebanyak 296 siswa-siswi. Subjek penelitian diberikan kuesioner lalu dilakukan pemeriksaan rongga mulut dan foto. **Hasil:** Prevalensi maloklusi pada siswa-siswi SMPN 3 Lembang Kabupaten Pinrang (40.5%) lebih tinggi dibandingkan dengan siswa-siswi SMPN 3 Kota Makassar (37.0%). **Kesimpulan:** Tidak ada perbedaan prevalensi maloklusi dan status gizi secara signifikan antara SMPN 3 Lembang Kabupaten Pinrang di daerah pegunungan dan SMPN 3 Kota Makassar.

Kata Kunci: Prevalensi, Maloklusi, Status Gizi

ABSTRACT

COMPARISON OF MALOCCLUSION PREVALENCE AND NUTRITIONAL STATUS AMONG JUNIOR HIGH SCHOOL STUDENTS IN JUNIOR HIGH SCHOOL 3 LEMBANG PINRANG DISTRICT AND JUNIOR HIGH SCHOOL 3 MAKASSAR CITY

Ni Made Egira Dwi Cahyani

Student of Faculty of Dentistry, Hasanuddin University, Makassar

Background: According to the World Health Organization (WHO) in oral health, malocclusion ranks third after periodontal disease and dental caries. The prevalence of malocclusion varies widely, but among adolescent children it is as high as 93%. Malocclusion is a disorder of normal occlusion caused by a mismatch between the growth, size, and position of the teeth. One of the factors predisposing to malocclusion is diet. Foods that contain high protein and calcium are associated with the growth and development of bones and teeth. Based on the results of Basic Health Research in 2018, the prevalence of nutritional status in adolescents based on IMT / U in Makassar was 2.69% very thin, 7.01% thin, 63.21% normal, 17.67% fat, and 9.42% obese. While in Pinrang Regency, the prevalence of nutritional status in adolescents based on IMT / U was 1.09% very thin, 11.66% thin, 68.70% normal, 14.34% fat, and 4.22% obese. **Objective:** The purpose of this study was to determine the differences in the prevalence of malocclusion and nutritional status among junior high school students at SMPN 3 Lembang and SMPN 3 Makassar City. **Methods:** This type of research is descriptive observational with cross-sectional study design by Simple Random Sampling. The subjects of this study were students of SMPN 3 Lembang and SMPN 3 Makassar City totaling 296 students. The research subjects were given a questionnaire and then carried out an oral cavity examination and photographs. **Results:** The prevalence of malocclusion in students of SMPN 3 Lembang Pinrang Regency (40.5%) was higher than that of students of SMPN 3 Makassar City (37.0%). **Conclusion:** There is no significant difference in malocclusion prevalence and nutritional status between SMPN 3 Lembang Pinrang Regency in the mountainous area and SMPN 3 Makassar City.

Keywords: Prevalence, Malocclusion, Nutritional Status

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	II
SURAT PERNYATAAN.....	III
PERNYATAAN.....	IV
KATA PENGANTAR	V
ABSTRAK	VIII
ABSTRACT.....	IX
DAFTAR ISI.....	X
DAFTAR GAMBAR	XIII
DAFTAR TABEL.....	XIV
DAFTAR LAMPIRAN.....	XV
BAB I PENDAHULUAN	16
1.1 Latar Belakang	16
1.2 Rumusan Masalah	18
1.3 Tujuan Penelitian	19
1.3.1 Tujuan Umum	19
1.3.2. Tujuan Khusus	19
1.4 Manfaat Penelitian	19
1.4.1 Manfaat Keilmuan.....	19
1.4.2 Manfaat Praktisi	19
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	20
2.1 Oklusi	20
2.2.1 Definisi Oklusi	20
2.2.2 Kunci Oklusi	20

2.2 Maloklusi.....	21
2.2.1 Definisi Maloklusi.....	21
2.2.2 Etiologi Maloklusi.....	22
2.2.4 Dampak Maloklusi.....	30
2.4 Pola Makan.....	34
2.5 Karakteristik daerah pegunungan dan perkotaan	35
2.5.1 Karakteristik daerah pegunungan.....	35
2.5.2 Karakteristik perkotaan	36
2.6 Karakteristik kabupaten Pinrang dan kota Makassar	37
2.6.1 Karakteristik kabupaten Pinrang	37
2.6.2 Karakteristik kota Makassar.....	37
BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN HIPOTESIS.....	39
3.1 Kerangka Teori.....	39
3.2 Kerangka Konsep	40
BAB IV METODE PENELITIAN	41
4.1 Jenis Penelitian.....	41
4.2 Desain Penelitian.....	41
4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian	41
4.3.1 Lokasi Penelitian.....	41
4.3.2 Waktu Penelitian	41
4.4 Populasi Penelitian dan Sampel Penelitian	42
4.5 Kriteria Sampel	42
4.5.1 Kriteria Inklusi	42
4.5.2 Kriteria Eksklusi.....	27
4.6 Metode Sampling	42

4.7 Identifikasi Variabel.....	43
4.7.1 Variabel Independen	43
4.7.2 Variabel Dependen.....	43
4.8 Definisi Operasional Variabel.....	43
4.9 Prosedur Penelitian.....	44
4.10 Alat dan Bahan.....	44
4.10.1 Alat.....	44
4.10.2 Bahan.....	44
4.11 Data	45
4.11.1 Jenis Data	45
4.11.2 Pengolahan Data.....	45
4.12 Alur Penelitian	45
BAB V HASIL PENELITIAN.....	46
BAB VI PEMBAHASAN.....	56
BAB VII PENUTUP	60
DAFTAR PUSTAKA	61

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. <i>Intrauterine molding</i>	23
Gambar 2. Fraktur rahang <i>condyle mandibular</i>	24
Gambar 3. Trauma keras pada gigi insisivus sulung.....	24
Gambar 4. Maloklusi Angle Kelas I.....	26
Gambar 5. Maloklusi Angle Kelas II Divisi 1.....	27
Gambar 6. Maloklusi Angle Kelas II Divisi 2.....	27
Gambar 7. Maloklusi Angle Kelas III.....	28

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Karakteristik subjek berdasarkan usia di SMPN 3 Lembang dan SMPN 3 Makassar.....	46
Tabel 2. Karakteristik subjek penelitian berdasarkan jenis kelamin di SMPN 3 Lembang dan SMPN 3 Makassar.....	47
Tabel 3. Perbandingan prevalensi maloklusi berdasarkan usia pada subjek di SMPN 3 Lembang dan SMPN 3 Makassar.....	48
Tabel 4. Perbandingan prevalensi maloklusi berdasarkan jenis kelamin pada subjek di SMPN 3 Lembang dan SMPN 3 Makassar.....	49
Tabel 5. Perbandingan prevalensi maloklusi berdasarkan klasifikasi Angle pada subjek di SMPN 3 Lembang dan SMPN 3 Makassar.....	50
Tabel 6. Perbandingan pengetahuan maloklusi pada subjek di SMPN 3 Lembang dan SMPN 3 Makassar.....	51
Tabel 7. Perbandingan mengonsumsi makanan cepat saji dan rumahan pada subjek di SMPN 3 Lembang dan SMPN 3 Makassar.....	52
Tabel 8. Perbandingan prevalensi maloklusi berdasarkan status gizi pada subjek di SMPN 3 Lembang dan SMPN 3 Makassar.....	53
Tabel 9. Distribusi Frekuensi Hubungan antara Maloklusi dan Status Gizi pada subjek di SMPN 3 Lembang.....	54
Tabel 10. Distribusi Frekuensi Hubungan antara Maloklusi dan Status Gizi pada subjek di SMPN 3 Kota Makassar.....	55

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Penelitian.....	68
Lampiran 2. Permohonan Rekomendasi Etik.....	69
Lampiran 3. Rekomendasi Persetujuan Etik.....	70
Lampiran 4. Kartu Kontrol Skripsi.....	71
Lampiran 5. Lembar Kuesioner.....	72
Lampiran 6. Lembar Pemeriksaan Maloklusi.....	73
Lampiran 7. Lembar Pemeriksaan Status Gizi.....	74
Lampiran 8. Hasil Analisis Data SMPN 3 Lembang	75
Lampiran 9. Hasil Analisis Data SMPN 3 Kota Makassar.....	80

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO) dalam kesehatan gigi dan mulut, maloklusi menempati urutan ketiga setelah penyakit periodontal dan karies gigi.¹ Di Indonesia, prevalensi maloklusi masih sangat tinggi yaitu sekitar 80% dari jumlah penduduk dan menjadi salah satu masalah kesehatan gigi dan mulut yang cukup besar.² Prevalensi maloklusi sangat bervariasi, tetapi dikalangan anak usia remaja sebanyak 93%.³ Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 penduduk yang mengalami masalah gigi dan mulut di kota Makassar yang mengalami masalah gigi dan mulut sebanyak 69,20% sedangkan di kabupaten Pinrang yang mengalami masalah gigi dan mulut sebanyak 62,42%.⁴

Maloklusi merupakan gangguan oklusi normal yang disebabkan oleh ketidaksesuaian antara pertumbuhan, ukuran, dan posisi gigi.⁵ Oklusi dikatakan normal jika tonjol cusp mesiobukal molar pertama rahang atas beroklusi terhadap *buccal groove* molar pertama rahang bawah.⁶ Maloklusi disebabkan oleh faktor genetik dan faktor lingkungan. Faktor genetik memiliki peran penting dalam terjadinya maloklusi. Hal lain yang dikaitkan dengan penyebab maloklusi secara genetik ialah ras, etnis, dan campuran daerah yang dapat menyebabkan pewarisan gigi dan rahang. Menurut Graber, genetik berperan penting dalam menentukan karakteristik yang dapat menyebabkan maloklusi

seperti ukuran gigi, lengkung pola, jaringan lunak, kelainan bawaan, dan asimetris wajah. Selain itu, faktor lingkungan seperti prenatal yang disebabkan dari pola makan ibu, metabolisme, pemberian obat-obatan saat proses persalinan, trauma, infeksi, trauma saat lahir, dan asupan gizi juga yang berperan penting dalam menentukan gigi serta faktor predisposisi seperti kebiasaan buruk dan pola makan juga yang menyebabkan kelainan pada susunan gigi atau maloklusi.⁷

Salah satu faktor predisposisi maloklusi ialah pola makan. Pola makan dipengaruhi oleh kebiasaan, lingkungan, dan ekonomi. Pola makan pada remaja berperan penting dalam memberikan nutrisi yang cukup untuk pertumbuhan tulang dan gigi. Pola makan dan asupan makanan sangat erat kaitannya dengan pertumbuhan dan perkembangan tulang dan gigi. Makanan yang mengandung protein dan kalsium yang tinggi berhubungan dengan pertumbuhan dan perkembangan tulang dan gigi. Hal ini disebabkan karena protein banyak mengandung asam amino sebagai komponen pembentukan jaringan tubuh, sedangkan kalsium mengandung mineral yang berperan penting dalam semua proses pembentukan tulang dan gigi.⁸

Pola makan di wilayah pegunungan dan perkotaan berbeda dikarenakan adanya perbedaan geografis antar wilayah pegunungan dan perkotaan. Di wilayah pegunungan, makanan yang sering dikonsumsi ialah sayur-sayuran dan buah-buahan.⁹ Sedangkan di perkotaan, makanan yang sering dikonsumsi ialah jenis makanan lunak seperti makanan siap saji.¹⁰

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menyatakan prevalensi status gizi pada remaja berdasarkan indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U) di Makassar sebanyak 2.69% sangat kurus, 7.01% kurus, 63.21% normal, 17.67% gemuk, dan 9.42% obesitas. Sedangkan di Kabupaten Pinrang, prevalensi status gizi pada remaja berdasarkan indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U) sebanyak 1.09% sangat kurus, 11.66% kurus, 68.70% normal, 14.34% gemuk, dan 4.22% obesitas.⁴

Berdasarkan data dan kondisi di atas, maka penulis tertarik untuk meneliti perbandingan prevalensi maloklusi dan status gizi pada anak SMP di daerah pegunungan (SMPN 3 Lembang) kecamatan lembang, desa rajang, Kabupaten Pinrang karena hanya ada sekolah tersebut di daerah pegunungan dan di Kota Makassar (SMPN 3 Kota Makassar) karena makanan yang dijual kantin sekolah ialah makanan siap saji dan sepanjang pinggir jalan di kawasan sekolah tersebut banyak yang menjual makanan siap saji.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka didapatkan rumusan masalah yaitu apakah terdapat perbandingan prevalensi maloklusi dan status gizi pada siswa SMP di SMPN 3 Lembang Kabupaten Pinrang dan SMPN 3 Kota Makassar?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui perbandingan prevalensi maloklusi dan status gizi pada siswa SMP di SMPN 3 Lembang Kabupaten Pinrang dan SMPN 3 Kota Makassar

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui jenis maloklusi terbanyak yang terjadi pada siswa SMP di SMPN 3 Lembang Kabupaten Pinrang dan SMPN 3 Kota Makassar.
2. Mengetahui jenis status gizi terbanyak yang terjadi pada siswa SMP di SMPN 3 Lembang Kabupaten Pinrang dan SMPN 3 Kota Makassar.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Keilmuan

Menjadi sumber informasi dan menambah pengetahuan mengenai perbandingan prevalensi maloklusi dan status gizi pada siswa SMP di SMPN 3 Lembang Kabupaten Pinrang dan SMPN 3 Kota Makassar.

1.4.2 Manfaat Praktisi

1. Memberikan dedikasi untuk menurunkan persentase maloklusi dengan melaksanakan program kesehatan gigi dan mulut.
2. Memberikan kontribusi untuk meningkatkan status gizi seimbang dengan melaksanakan program upaya perbaikan gizi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Oklusi

2.2.1 Definisi Oklusi

Istilah oklusi berasal dari kata *occludere* yang berarti menyatukan dua permukaan yang berlawanan hingga saling berkontak. Oklusi didefinisikan sebagai proses menyatukan permukaan oklusal gigi rahang atas dan gigi rahang bawah hingga keduanya berkontak. Pengertian oklusi secara statis adalah keadaan berkontakannya gigi rahang atas dan gigi rahang bawah ketika menutup mulut. Oklusi gigi secara sederhana dapat diartikan sebagai suatu keadaan gigi rahang atas dan rahang bawah bersentuhan.¹¹ Oklusi adalah berkontakannya antara gigi geligi dalam serangkaian gerakan mandibula. Oklusi yang normal tergantung pada kecocokan antara lengkung gigi, hubungan antara gigi rahang atas dan rahang bawah, serta berhubungan dengan otot, sendi, dan tulang yang dapat berpengaruh terhadap fungsional.¹²

2.2.2 Kunci Oklusi

Menurut Andrews (1972) terdapat enam kunci oklusi, yaitu:¹²

1. Hubungan molar yang menunjukkan cusp mesiobukal molar pertama permanen rahang atas berkontak dengan *buccal groove* yang berada diantara mesial dan sentral dari molar pertama rahang bawah pada bidang sagital.

2. Angulasi mahkota gigi insisivus yang tepat pada bidang transversal.
3. Inklinasi mahkota gigi insisivus yang tepat pada bidang sagital.
4. Tidak ada rotasi gigi
5. Adanya kontak antara gigi ke gigi yang erat dan tidak ada celah ataupun *crowding*.
6. Memiliki *curve of spee* yang rata.

Oklusi yang benar sangat berperan penting dalam fungsi mulut, seperti pengunyahan, menelan, berbicara, dan bernapas, serta memengaruhi kualitas hidup. Pada gigi susu, oklusi gigi biasanya terjadi pada usia tiga tahun. Di usia tersebut, semua gigi susu telah erupsi dan bertahan hingga usia enam tahun saat gigi permanen pertama erupsi.¹³

2.2 Maloklusi

2.2.1 Definisi Maloklusi

Maloklusi adalah suatu kondisi penyimpangan dari hubungan normal gigi dengan gigi lain pada lengkung yang sama atau pada lengkung yang berlawanan (antara maxilla dan mandibula).¹⁴ Maloklusi adalah ketidaksesuaian oklusi diluar rentang normal yang dapat diterima. Maloklusi juga dapat didefinisikan sebagai abnormal antara gigi geligi rahang atas dan rahang bawah yang tidak saling berkontak.¹⁵ Maloklusi melibatkan empat jaringan, yaitu gigi, tulang, otot, dan jaringan saraf. Maloklusi dapat terjadi ketika salah satu dari jaringan tersebut ada kelainan, kelainan yang dapat

terjadi melingkupi malposisi gigi atau ketidaksejajaran gigi, hubungan rahang yang abnormal, dan kelainan pada fungsi saraf dan otot.¹⁶

2.2.2 Etiologi Maloklusi

Sampai saat ini, banyak dari etiologi maloklusi belum dapat dijelaskan dengan jelas. Etiologi maloklusi dapat memengaruhi organ seperti gigi dan neuromuskular. Beberapa penulis telah mengklasifikasikan etiologi maloklusi ke dalam pola yang berbeda. Meskipun beberapa etiologi maloklusi tidak dapat dihilangkan, tetapi etiologi maloklusi dapat dicegah dengan melakukan perawatan dini untuk mengurangi perkembangan maloklusi.¹⁶ Klasifikasi etiologi maloklusi menurut Moyers, yaitu:¹¹

1. Herediter/keturunan

Keturunan seperti sistem neuromuskular, tulang, dan gigi.

2. Gangguan pertumbuhan dari sumber yang tidak diketahui.

3. Trauma

Seperti trauma pranatal dan saat proses kelahiran.

4. Lingkungan

Pengaruh lingkungan pranatal dan pascanatal.

a. Pranatal

- *Intrauterine molding* yang merupakan posisi janin abnormal misalnya tangan, kaki, atau lutut yang menekan wajah sehingga dapat menyebabkan wajah menjadi asimetris.



Gambar 1 *Intrauterine molding*
(Sumber: Textbook of Orthodontics)

- Bahan atau obat yang berpengaruh terhadap perkembangan dentofasial. Pada pengaruh tersebut, berbagai agen (teratogen) dapat memengaruhi embrio dan dapat menyebabkan maloklusi jika embrio terpapar saat perkembangan yang kritis.
- b. Pascanatal
 - Trauma pada anak-anak
 - 1) Pada anak-anak, pastinya sering terjatuh dan itu dapat menyebabkan fraktur rahang terutama pada *condyle mandibular*, tetapi umumnya cepat sembuh. Pada fraktur dini, mandibula tumbuh normal dan tidak terjadi maloklusi meskipun sewaktu-waktu dapat terjadi asimetri fasial.



Gambar 2 Fraktur rahang *condyle mandibular*
(Sumber: Textbook of Orthodontics)

- 2) Trauma yang keras pada gigi insisivus sulung sering terjadi pada anak-anak yang mengakibatkan kerusakan email, pembentukan akar terhenti, atau mengalami distorsi (dilaserasi).



Gambar 3. Trauma keras pada gigi insisivus sulung
(Sumber: Textbook of Orthodontics)

5. Kebiasaan buruk

Menghisap ibu jari, menghisap atau menggigit bibir, menggigit kuku, dan menjulurkan lidah.

6. Penyakit

Seperti penyakit sistemik dan disfungsi sistem kelenjar endokrin.

7. Malnutrisi

Pada negara maju, malnutrisi relatif jarang terjadi tetapi pada negara berkembang masih banyak ditemui. Penyakit seperti rickets, scurvy, dan beri-beri dapat menyebabkan maloklusi yang parah. Masalah utama yang sering terjadi adalah gangguan pada perkembangan gigi, seperti gigi tanggal dini, persistensi, proses erupsi yang abnormal, dan kesehatan jaringan yang buruk. Defisiensi nutrisi di negara maju bukan disebabkan karena kekurangan gizi, tetapi gangguan pencernaan.

2.2.3 Klasifikasi Maloklusi

2.2.3.1 Klasifikasi Angle

Pada tahun 1908, Angle mengklasifikasikan maloklusi berdasarkan hubungan anteroposterior gigi. Angle menggunakan angka romawi untuk menunjukkan kelas dan angka arab untuk menunjukkan divisi. Klasifikasi ini didasarkan pada hubungan antara gigi geligi yang digunakan sebagai kunci oklusi, khususnya gigi molar pertama permanen rahang atas dan molar pertama permanen rahang bawah. Idealnya cusp mesiobukal molar pertama permanen rahang atas menyentuh lekuk bukal (buccal groove)

molar pertama permanen rahang bawah dan posisi gigi kaninus rahang atas berada diantara kaninus dan dan premolar pertama rahang bawah.¹² Angle membagi maloklusi tiga kelas, yaitu kelas I, kelas II, dan kelas III.

1. Maloklusi Angle Kelas I

Memperlihatkan hubungan mesiodistal yang normal antara lengkung gigi rahang bawah dengan lengkung gigi rahang atas. Cusp mesiobukal molar pertama permanen rahang atas berkontak dengan *buccal groove* molar pertama permanen rahang bawah. Pada maloklusi kelas I, gigi geligi tidak beraturan, seperti adanya malposisi, *crowding* atau *spacing*.¹⁷



Gambar 4 Maloklusi Angle Kelas 1

(Sumber: Diagnosis and Management of Malocclusion and Dentofacial Deformities)

2. Maloklusi Angle Kelas II

Maloklusi dengan hubungan lengkung gigi rahang bawah yang lebih ke distal dari lengkung gigi rahang atas atau disto-oklusi. Cusp mesiobukal molar pertama permanen rahang atas berada lebih ke anterior dari *buccal groove* molar pertama permanen rahang bawah.^{18,19}

Maloklusi Angle Kelas II terbagi menjadi dua divisi, yaitu:

a. Kelas II Divisi 1

Hubungan molar disto-oklusi dengan gigi insisivus rahang atas labioversi. Terlihat konstruksi maksila atau lengkung maksila berbentuk huruf V, gigitan yang dalam (*deep bite*), dan bibir yang pendek.¹⁷



Gambar 5 Maloklusi Angle Kelas II Divisi 1

(Sumber: Diagnosis and Management of Malocclusion and Dentofacial Deformities)

b. Kelas II Divisi 2

Hubungan molar disto-oklusi dengan gigi insisivus yang berinklinasi ke lingual. Lengkung gigi rahang atas biasanya berbentuk persegi dan memiliki *overbite* yang berlebihan.^{18,20}



Gambar 6 Maloklusi Angle Kelas II Divisi 2

(Sumber: Diagnosis and Management of Malocclusion and Dentofacial Deformities)

3. Maloklusi Angle Kelas III

Hubungan lengkung gigi rahang bawah yang lebih ke mesial dari lengkung gigi rahang atas atau mesio-oklusi. Cusp mesiobukal dari molar pertama rahang atas berada lebih ke posterior dari *buccal groove* molar

pertama rahang bawah. Gigi insisivus dan kaninus rahang bawah berinklinasi ke lingual.^{18,19,20}



Gambar 7 Maloklusi Angle Kelas III
(Sumber: Diagnosis and Management of Malocclusion and Dentofacial Deformities)

2.2.3.2 Klasifikasi Modifikasi Dewey

Dewey memodifikasi klasifikasi maloklusi Angle kelas I dan kelas III. Dewey (1915) membagi maloklusi kelas I menjadi lima tipe dan maloklusi kelas III menjadi tiga tipe.²⁰

1. Maloklusi Angle kelas I modifikasi Dewey:

- a. Tipe 1: Gigi anterior berjejal.
- b. Tipe 2: Gigi insisivus rahang atas labioversi.
- c. Tipe 3: Gigitan silang (*crossbite*) gigi anterior.
- d. Tipe 4: Gigitang silang (*crossbite*) gigi posterior.
- e. Tipe 5: Gigi molar mengalami mesioversi karena pergeseran setelah kehilangan gigi anterior, semua gigi lainnya berada dalam hubungan normal.

2. Maloklusi Angle kelas III modifikasi Dewey:

- a. Tipe I: Hubungan gigi insisivus *edge to edge*.
- b. Tipe II: Gigi anterior rahang bawah berjejal dan berinklinasi ke lingual.

c. Tipe III: Crossbite gigi anterior rahang atas.

2.2.3.2 Klasifikasi Lischer¹¹

Lischer memodifikasi klasifikasi Angle, yaitu neutroklusi untuk kelas I Angle, distoklusi untuk kelas II Angle, dan mesioklusi untuk kelas III Angle. Selain itu, Lischer mendefinisikan malposisi gigi secara personal serta deviasi lengkung gigi dengan memasukkan akhiran “versi” pada kata yang menandakan arah posisi normal.

1. Bukoversi atau labioversi: ketika lengkung gigi, kuadran atau sekelompok gigi posisinya terletak lebih ke arah bukal atau labial.
2. Linguoversi: ketika lengkung gigi, kuadran atau sekelompok gigi posisinya terletak lebih ke arah lingual.
3. Supraklusi: ketika gigi atau sekelompok gigi erupsinya melebihi garis oklusi yang menyebabkan gigitan dalam (*deep bite*).
4. Infraklusi: ketika gigi atau sekelompok gigi erupsinya tidak mencapai garis oklusi yang menyebabkan gigitan terbuka (*openbite*).
5. Mesioversi: ketika pergerakan gigi ke arah mesial.
6. Distoversi: ketika pergerakan gigi ke arah distal.
7. Transversi: ketika perpindahan posisi antara dua gigi.
8. Aksiversi: ketika abnormalitas inklinasi aksial gigi (*tipped*).
9. Torsioversi: ketika rotasi gigi pada sumbu panjang gigi.

2.2.4 Dampak Maloklusi

Dampak maloklusi secara umum, yaitu asimetris wajah dan tidak estetik pada gigi yang dapat mengganggu kualitas hidup dengan memengaruhi fungsional, penampilan, hubungan interpersonal, sosial, dan kesehatan psikologis.²¹ Penampilan wajah memengaruhi emosional pada remaja yang berperan penting dalam interaksi sosialnya.²² Secara tidak langsung, maloklusi akan berdampak periodontitis, karies, dan trauma serta penyakit temporomandibular. Remaja yang memiliki kebiasaan buruk, seperti mengisap jari akan mengalami perubahan pada gigi insisivus rahang atas dan insisivus rahang bawah sehingga gigi insisivus rahang atas menjadi lebih protrusi dan gigi insisivus rahang bawah lebih retrusi, hal tersebut dapat menyebabkan bertambahnya overjet menjadi lebih besar. Selain itu, kualitas hidup remaja dapat berdampak karena gangguan fungsi oral, seperti pengunyahan, penelanan, pemapasan, senyum, dan berbicara^{23,24}

2.3 Status Gizi

Menurut Aulya, *et al* (2015) status gizi merupakan keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat gizi yang sangat dibutuhkan oleh tubuh sebagai sumber energi, pertumbuhan, dan pemeliharaan jaringan tubuh serta pengatur proses tubuh.²⁵ Masalah gizi biasanya disebabkan oleh genetik, lingkungan, pola makan, tingkat sosial dan tingkat pendidikan orang tua, ekonomi serta kurangnya pengetahuan orang tua mengenai gizi.²⁶

Penelitian yang dilakukan oleh Leszczyszyn, *et al* (2021) menunjukkan bahwa perkembangan tulang skeletal berhubungan dengan kekurangan vitamin

D3. Kekurangan vitamin ini menyebabkan pertumbuhan tulang skeletal menjadi terlambat sehingga berisiko tubuh pendek. Kekurangan vitamin D3 menyebabkan maloklusi Angle kelas I dengan prevalensi sebesar 32,2%.²⁷ Status gizi dapat diukur berdasarkan, berat badan menurut umur (BB/U), berat badan menurut panjang dan tinggi badan (BB/TB), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan indeks massa tubuh (BMI) menurut umur (IMT/U).²⁸

a. Berdasarkan indikator BB/U²⁸

Berat badan merupakan tolak ukur yang memberikan gambaran mengenai berat badan. Berat badan sangat sensitif terhadap perubahan yang mendadak, seperti adanya infeksi dan menurunnya nafsu makan. Seseorang yang dalam keadaan sehat dan memiliki pola makan dan gizi yang seimbang, biasanya bertambahnya berat badan seiring bertambahnya usia. Sebaliknya, pada kondisi tidak normal terdapat dua kemungkinan kenaikan berat badan. Artinya, pertumbuhan tubuh bisa lebih cepat atau lebih lambat tergantung pada usia dan merupakan ukuran status gizi yang baik. Mengingat karakteristik berat badan yang tidak stabil, indeks BB/U merupakan representasi status gizi seseorang saat ini. Berikut ini klasifikasi status gizi berdasarkan indikator BB/U:

- Gizi buruk : Z-score < -3,0
- Gizi kurang : Z-score \geq -3,0 s/d Z-score < -2,0
- Gizi baik : Z-score \geq -2,0 s/d Z-score \leq 2,0
- Gizi lebih : Z-score > 2,0

Pemantauan pertumbuhan normal berdasarkan indeks antropometri berat badan menurut umur dapat dilakukan dengan menggunakan kurva pertumbuhan pada kartu menu sehat (KMS). Dengan KMS, risiko kekurangan gizi dan kelebihan gizi dapat diketahui sejak dini sehingga tindakan pencegahan dapat dilakukan lebih cepat sebelum menjadi lebih parah.

b. Berdasarkan indikator TB/U²⁸

Tinggi badan merupakan tolak ukur yang menggambarkan keadaan pertumbuhan. Dalam keadaan normal, pertumbuhan tinggi badan sesuai dengan usia. Tidak seperti berat badan, kenaikan tinggi badan relatif tidak menyebabkan masalah kekurangan gizi dalam jangka pendek sehingga efek kekurangan gizi pada tinggi badan terwujud dalam jangka waktu yang relatif lama. Oleh karena itu, indikator TB/U merupakan representasi yang lebih baik dari kecukupan gizi pada masa lampau. Indikator TB/U sangat sesuai untuk memeriksa riwayat status gizi, terutama terkait keadaan berat badan lahir rendah dan kurang gizi pada masa balita. Berikut ini klasifikasi status gizi berdasarkan indikator TB/U:

- Sangat pendek : Z-score < -3,0
- Pendek : Z-score \geq -3,0 s/d Z-score < -2,0
- Normal : Z-score \geq -2,0
- Tinggi : Z-score > 2,0

c. Berdasarkan indikator BB/TB²⁸

BB/TB merupakan indikator antropometri terbaik karena memberikan gambaran status gizi terkini yang lebih sensitif dan spesifik. Berat badan berhubungan dengan tinggi badan, artinya perkembangan berat badan akan diikuti oleh penambahan tinggi badan. Oleh karena itu, berat badan normal berbanding lurus dengan tinggi badan. Berikut ini klasifikasi status gizi berdasarkan indikator BB/TB:

- Sangat kurus : Z-score < -3,0
- Kurus : Z-score ≥ -3,0 s/d Z-score < -2,0
- Normal : Z-score ≥ -2,0 s/d Z-score ≤ 2,0
- Gemuk : Z-score > 2,0

d. Berdasarkan indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U)

Status gizi anak usia 5-18 tahun dikelompokkan menjadi tiga kelompok usia, yakni 5-12 tahun, 13-15 tahun, dan 16-18 tahun.⁴ Indeks IMT/U digunakan untuk menentukan kategori gizi buruk, gizi kurang, gizi baik, gizi lebih, dan obesitas.²⁹ Indikator status gizi ini didasarkan pada pengukuran antropometri berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) yang disajikan dalam bentuk indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U). Indeks massa tubuh (IMT) dihitung berdasarkan rumus sebagai berikut:⁴

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan}}{\text{Kuadrat Tinggi Badan (m}^2\text{)}}$$

Berikut ini klasifikasi status gizi anak usia 5-18 tahun berdasarkan indikator IMT/U:²⁹

- a. Gizi kurang (*thinness*) : - 3 SD s/d <- 2 SD
- b. Gizi baik (normal) : - 2 SD s/d +1 SD
- c. Gizi lebih (*overweight*) : + 1 SD s/d +2 SD
- d. Obesitas (*obese*) : > + 2 SD

2.4 Pola Makan

Pola makan sangat memengaruhi status gizi seseorang. Pola makan adalah cara yang ditempuh seseorang sebagai pandangan terhadap pengaruh fisiologis, psikologis, budaya, dan sosial. Makanan yang dikonsumsi sangat menentukan status gizi anak sejak berusia diatas 6 bulan. Rendahnya status gizi penduduk dapat dilihat dari berbagai masalah gizi, seperti malnutrisi, anemia akibat defisiensi zat besi, defisiensi yodium, dan defisiensi vitamin A.³⁰

Pola makan dapat memberikan gambaran tentang asupan zat gizi, termasuk jenis, jumlah, dan waktu makan. Pola pemberian gizi didasarkan pada gizi yang seimbang, termasuk asupan gizi berdasarkan kebutuhan dan konsumsi makanan yang berbeda untuk mencapai status gizi normal.³⁰ Pilihan pola makan yang buruk dan kurangnya pengetahuan tentang gizi dapat menyebabkan masalah gizi yang pada akhirnya akan memengaruhi status gizi dan dapat menyebabkan maloklusi. Selain faktor pengetahuan, pola asuh pemberian makanan dan peran pendampingan dari orang tua akan berpengaruh terhadap status gizi.³¹

Pengaruh masalah gizi terhadap pertumbuhan, perkembangan, intelektual, dan produktivitas menunjukkan peran utama gizi dalam kehidupan remaja. Jika terjadi gangguan gizi, maka proses kematangan tulang rahang, struktur enamel,

dan kekuatan dentin akan terganggu. Maka dari itu, gizi yang seimbang dibutuhkan agar membantu kematangan tulang rahang serta meningkatkan kekerasan struktur enamel dan kekuatan dentin. Pola makan remaja akan menentukan jumlah zat gizi yang diterima remaja untuk pertumbuhan dan perkembangan tulang dan gigi. Jumlah makanan yang sesuai dengan kebutuhannya akan memberikan nutrisi yang cukup untuk pertumbuhan dan perkembangan dentofasial pada remaja.³²

2.5 Karakteristik daerah pegunungan dan perkotaan

2.5.1 Karakteristik daerah pegunungan

Daerah pegunungan merupakan desa yang memiliki kesuburan tanah yang tinggi dan cocok untuk pengembangan pertanian. Mata pecaharian di wilayah pegunungan sebagian besar ialah sebagai petani.³³ Masyarakat menggantungkan hidupnya dengan mengkonsumsi hasil panen yang ada, yaitu sayur-sayuran dan buah-buahan.¹⁴ Letak geografis wilayah pegunungan menjadi salah satu penyebab rendahnya kondisi sosial ekonomi. Secara geografis, wilayah pegunungan sulit untuk dijangkau oleh transportasi dan jaringan telekomunikasi sehingga wilayah pegunungan termasuk ke dalam kawasan tertinggal. Keterbatasan tersebut mengakibatkan kemiskinan pada masyarakat yang tinggal di dataran tinggi.³³

Letak wilayah pegunungan yang berada di ketinggian menjadikan wilayah ini memiliki fungsi melindungi kawasan dibawahnya. Salah satu fungsi penting yang dimiliki oleh wilayah pegunungan ialah sebagai daerah

tangkapan air hujan (*catchment area*). Selain dapat memenuhi kebutuhan air di kawasan ini, resapan air hujan juga dapat mencegah banjir di kawasan dibawahnya.³³

2.5.2 Karakteristik perkotaan

Kota merupakan kawasan terbangun dan wilayahnya meliputi kawasan terbangun dan kawasan lindung. Kota mencakup berbagai faktor seperti populasi, keadaan demografi, dan perilaku penduduk.³⁴ Menurut Bardo, terdapat tiga ciri kehidupan kota (*urbanisme*) yang menjadi pusat perhatian perkotaan dalam melihat kota, yaitu struktur kota, gaya hidup perkotaan (*urban*), dan organisasi sosial. Ketiga inti tersebut ditambah dengan faktor-faktor yang memengaruhi perencanaan kota dan akibat dari perkembangan tersebut ialah kerusuhan kota dan abnormalitas kehidupan.³⁵

Di perkotaan, makanan siap saji sangat mudah ditemukan seperti di restoran, mall, dan konter makanan *fast food* yang berada disepanjang pinggir jalan raya. Akibat ramainya makanan siap saji yang ditawarkan, gaya hidup dan pola makan seseorang berubah sehingga semakin banyak variasi makanan lunak yang dikonsumsi, yang memungkinkan terjadinya maloklusi. Hal ini, remaja tidak terbiasa mengkonsumsi makanan yang agak keras sehingga dapat menyebabkan gangguan makan di kemudian hari karena gigi tidak pada posisi yang benar. Jika terjadi maloklusi yang parah, maka dapat membuat remaja sulit mengucapkan huruf serta rahang dan gigi yang berantakan.³⁶

2.6 Karakteristik kabupaten Pinrang dan kota Makassar

2.6.1 Karakteristik kabupaten Pinrang

Pinrang berasal dari kata Pinra-pinra dan berasal bahasa bugis, yaitu kata “Pinra” yang secara etimologi berarti “Perubahan”. Kabupaten Pinrang dengan ibu kota Pinrang terletak disebelah utara ibu kota Provinsi Sulawesi Selatan. Secara administratif, kabupaten Pinrang terdiri atas 12 kecamatan, 39 kelurahan, dan 65 desa. Batas wilayah kabupaten Pinrang ialah sebelah utara dengan kabupaten Tana Toraja, sebelah Timur dengan kabupaten Sidenreng Rappang dan Enrekang, sebelah Barat kabupaten Polmas provinsi Sulawesi Selatan dengan kota Pare-pare. Luas wilayah kabupaten Pinrang mencapai 1.961,77 km². Kabupaten Pinrang memiliki garis pantai sepanjang 93 km sehingga terdapat area pertambakan sepanjang pantai, pada dataran rendah didominasi oleh area persawahan, bahkan hingga perbukitan dan pegunungan. Kondisi tersebut mendukung kabupaten Pinrang sebagai daerah potensial untuk sektor pertanian dan memungkinkan berbagai komoditi pertanian, seperti perkebunan, tanaman pangan, dan peternakan untuk dikembangkan.³⁷

2.6.2 Karakteristik kota Makassar

Kota Makassar (Makassar: dieja Macassar, Mangkasar) secara resmi dikenal sebagai Ujung Pandang dari tahun 1997-1999 adalah sebuah kotamadya dan ibu kota provinsi Sulawesi Selatan. Makassar merupakan kota terbesar keempat di Indonesia dan kota terbesar di Indonesia Timur. Makassar sebagai pusat pelayanan kawasan Timur Indonesia yang berfungsi sebagai

pusat perdagangan dan jasa, pusat kegiatan industri, pusat kegiatan pemerintahan, jasa angkutan barang dan penumpang melalui darat, laut, udara serta pusat pendidikan dan pelayanan kesehatan.³⁸

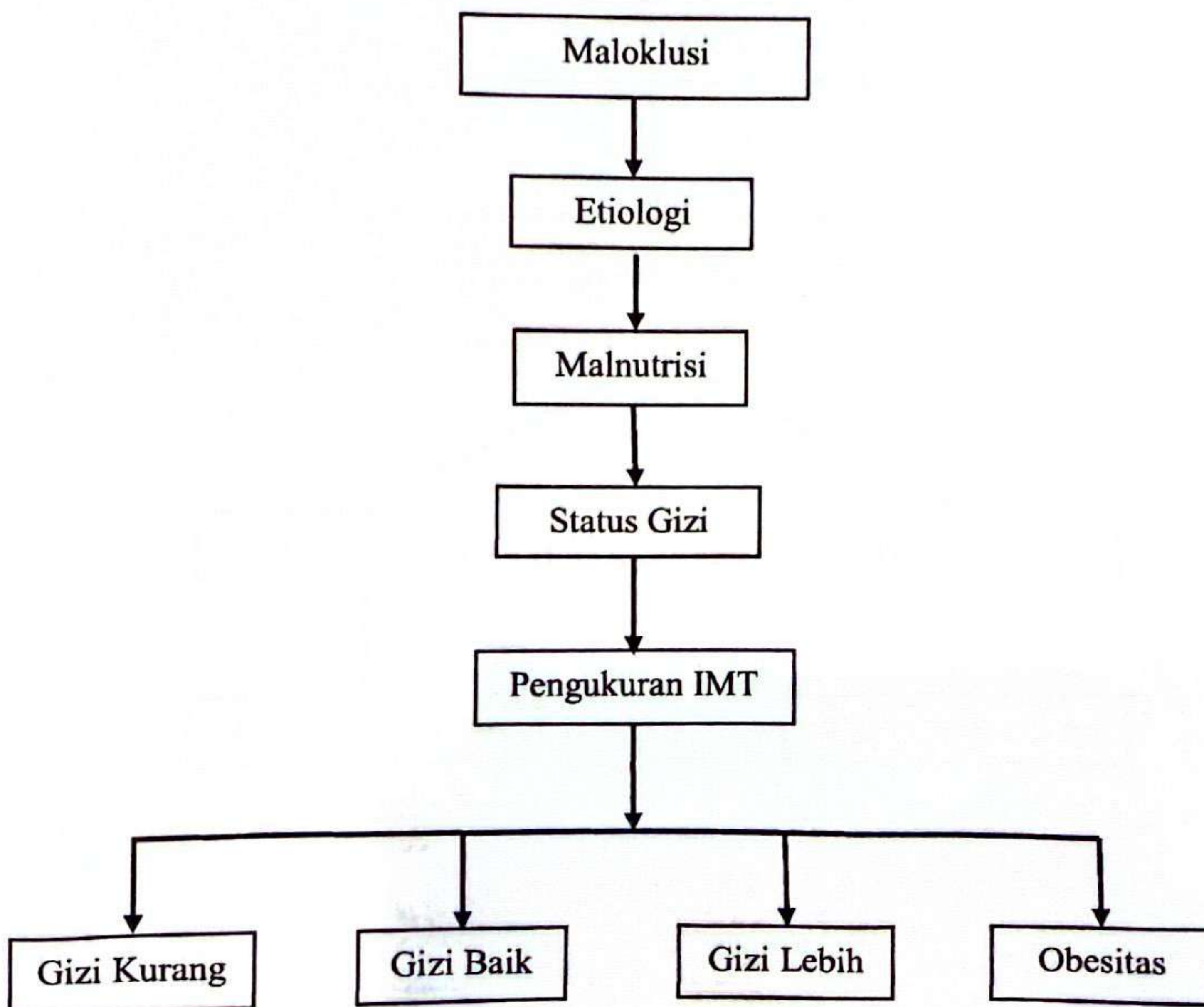
Kota Makassar terdiri dari 14 kecamatan dan 143 kelurahan, kota ini terletak pada ketinggian antara 0-25 m diatas permukaan laut. Pada tahun 2000, jumlah penduduk kota Makassar adalah 1.130.384 jiwa, laki-laki 557.050 jiwa, dan perempuan 573.334 jiwa dengan laju pertumbuhan rata-rata 1,65%. Masyarakat kota Makassar terdiri dari beberapa suku yang hidup berdampingan secara damai. Penduduk Makassar sebagian besar adalah suku Makassar, selebihnya suku Bugis, Toraja, Mandar, Buton, Tionghoa, Jawa. Mayoritas penduduk kota Makassar adalah beragama Islam.³⁸

Luas wilayah kota Makassar, yaitu 128,18 km² (Total 175,77 km²) dengan letak koordinat 5°8'S 119°25'E di pesisir barat daya pulau Sulawesi menghadap Selat Makassar. Pembagian wilayah kota Makassar dibagi menjadi 14 kecamatan, 143 kelurahan, 885 RW, dan 4446 RT. Kota Makassar memiliki jumlah penduduk sebesar 1.168.258 jiwa dengan kepadatan penduduk sebesar 6.646,5/km². Makassar berbatasan dengan Selat Makassar di sebelah barat, kabupaten Kepulauan Pangkajene di sebelah utara, kabupaten Maros di sebelah timur, dan kabupaten Gowa di sebelah selatan. Makanan khas Makassar yang banyak dijumpai adalah coto makassar, pisang epe, roti maros, jalangkote, kue tori, palubutung, pisang ijo, sop saudara, dan sop konro.³⁸

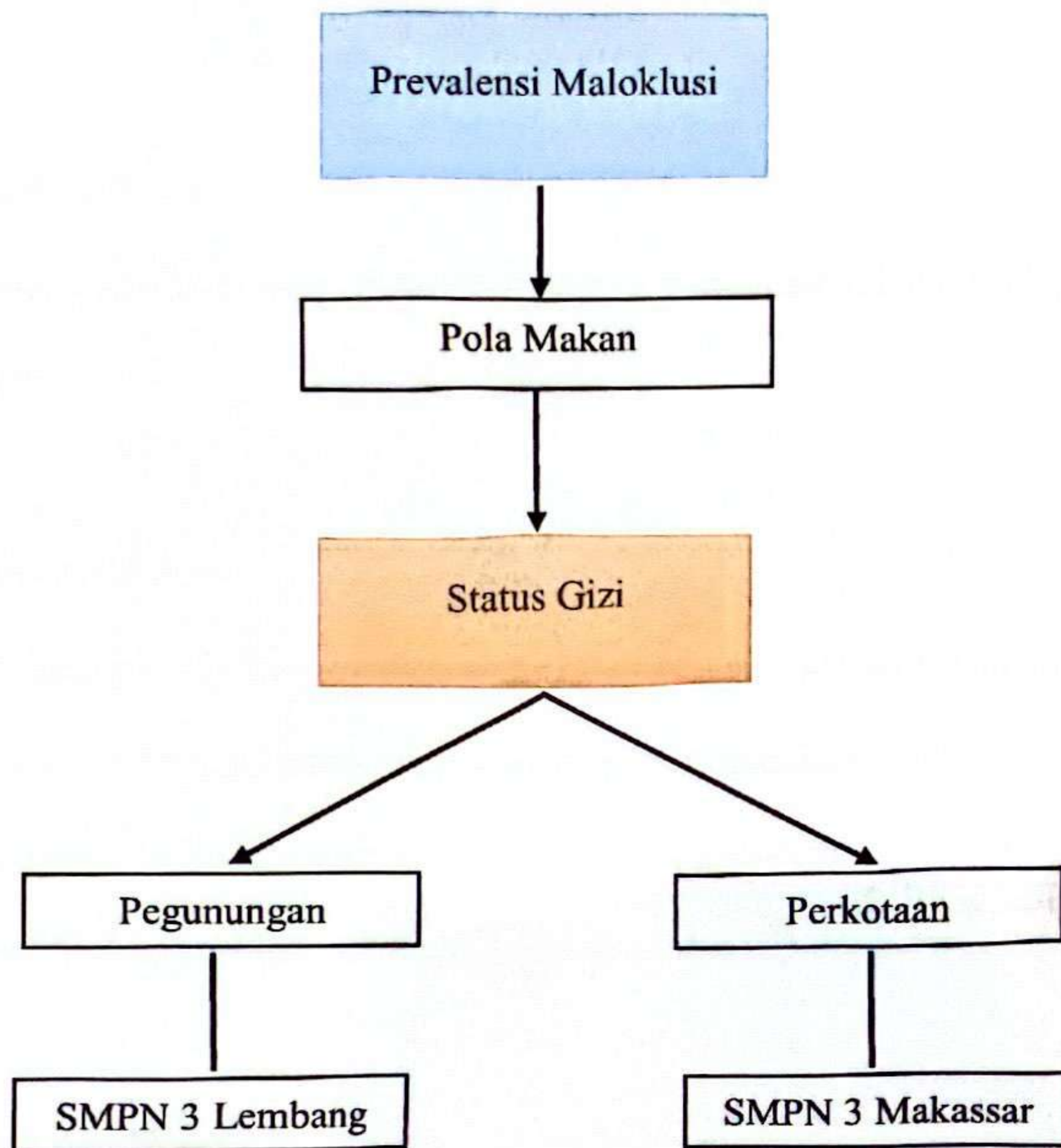
BAB III

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN HIPOTESIS


3.1 Kerangka Teori




3.2 Kerangka Konsep



Keterangan:

 : Variabel Independen

 : Variabel Dependen

3.3 Hipotesis

Terdapat perbandingan prevalensi maloklusi dan status gizi pada siswa SMP di SMPN 3 Lembang Kabupaten Pinrang dan SMPN 3 Kota Makassar.