

---

# DATA DEMOGRAFI DAN PROFIL PENDERITA *ANGULAR CHEILITIS* DI RUMAH SAKIT GIGI MULUT FKG USU TAHUN 2016

(ANGULAR CHEILITIS PATIENTS PROFILES AND DEMOGRAPHIC DATA AT FKG USU DENTAL HOSPITAL IN 2016)

Aida Fadhilla Darwis, Serelady

Departemen Ilmu Penyakit Mulut  
Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Sumatera Utara  
Email: aida.fadhilla@usu.ac.id

---

## Abstract

Angular cheilitis (AC), an inflammation characterized by fissure lesion at corner of the mouth that extends to the skin referred to as mucocutaneous junction region. Subjective complaints from the potential patients such as pain when eating, talking, and also when cleaning oral cavity. The aim of this study was to know the profile and demographic data of angular cheilitis patients at Rumah Sakit Gigi dan Mulut Fakultas Kedokteran Gigi in 2016. The primary data was obtained from 159 medical records, which is the total sampling. The data collected consists of age, gender, BMI (Body Mass Index), oral hygiene, distribution of lesions and healing period. The results showed that distribution and frequency of *angular cheilitis* most commonly found in the age range 5-14 (88,7%), male gender (56,6%), BMI with underweight category (79,9%), oral hygiene with moderate category (58,5%), the most frequent distribution of lesions bilaterally (72,3%) and the healing time is more than 7 days (58%). It can be concluded that angular cheilitis can occur among children age group, with poor nutritional status and bad oral hygiene condition. This information is expected to be an input to the government that clinical descriptions of angular cheilitis in children, with BMI underweight, were clues to improve children's nutritional status and it is required to make a comprehensive improvement to nutritional status and oral hygiene.

**Key words:** angular cheilitis, profile, demographic data

## Abstrak

*Angular Cheilitis* (AC), inflamasi yang ditandai dengan fisura di sudut mulut yang meluas ke kulit pada daerah pertemuan mukokutan. Keluhan subjektif penderita yaitu adanya rasa sakit saat makan, berbicara, dan saat membersihkan rongga mulut. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui data demografi dan profil angular cheilitis pada pasien yang mencari pengobatan di Rumah Sakit Gigi dan Mulut Fakultas Kedokteran Gigi pada tahun 2016. Data primer diperoleh dari 159 rekam medis yang merupakan total sampling. data meliputi umur, jenis kelamin, BMI (*Body Mass Index*), hygiene oral, distribusi lesi dan waktu penyembuhan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi dan frekwensi angular cheilitis paling banyak ditemukan pada rentang usia 5-14 (88,7%), jenis kelamin laki-laki (56,6%), BMI dengan kategori underweight (79,9%), hygiene oral dengan kategori sedang (58,5%), distribusi lokasi AC yang paling umum secara bilateral (72,3%) dan waktu penyembuhannya lebih dari 7 hari (58%). Dapat disimpulkan bahwa penderita angular cheilitis terjadi pada kelompok usia anak, dengan status gizi buruk, dan kondisi hygiene oral yang buruk. Informasi ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi pemerintah bahwa gambaran klinis angular cheilitis pada anak dengan BMI *undereight*, merupakan petunjuk untuk meningkatkan status nutrisi pada anak dan diperlukan penanggulangan menyeluruh meliputi peningkatan status nutrisi dan kebersihan dan kesehatan mulut.

**Kata Kunci:** *angular chelitis*, profil, data demografi

---

## PENDAHULUAN

Struktur sudut mulut merupakan peralihan antara kulit dan mukosa yang dikenal sebagai *angulus oris* sangat peka terhadap peradangan. Sudut mulut yang selalu dibasahi oleh saliva akan terpapar dengan se-jumlah mikroba yang beraneka ragam, sehingga da-erah tersebut cenderung menjadi rentan terhadap setiap perubahan dan kestabilan lingkungan dan salah satu efeknya dapat menyebabkan *angular cheilitis*.<sup>1</sup>

*Angular cheilitis* (AC) merupakan inflamasi yang ditandai dengan adanya fisur berwarna kemerahan pada sudut mulut.<sup>2</sup> Mikroorganisme utama terjadinya *angular cheilitis* yaitu infeksi *Candida albicans*, *Staphylococcus* dan *Streptococcus* sedangkan faktor predisposisi terjadinya *angular cheilitis* diantaranya penurunan vertikal dimensi, defisiensi nutrisi, defisiensi imun, serta trauma mekanis.<sup>2,3,4,5</sup>

Penelitian oleh Zhiri di Arab menyebutkan bahwa prevalensi *angular cheilitis* sebanyak 16,9%.<sup>6</sup> Penelitian Crivelli *et al.* mengenai prevalensi lesi oral pada anak sekolah dasar umur 4-13 tahun di Argentina berdasarkan tingkatan ekonomi, dilaporkan bahwa 1,1% anak sekolah dasar dengan tingkat ekonomi tinggi menderita *angular cheilitis*, sedangkan pada anak sekolah dasar dengan tingkat ekonomi yang lebih rendah ditemukan menderita *angular cheilitis* sebanyak 6,5%.<sup>7</sup> Badan Pusat Statistik memperkirakan jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2010 mencapai 243,2 juta orang. Sekitar 37,3 juta penduduk hidup dibawah garis kemiskinan, lima juta balita berstatus gizi kurang, dan lebih dari 100 juta penduduk berisiko terhadap masa-lah kurang gizi.<sup>8</sup> Status gizi individu atau komunitas dipengaruhi oleh faktor ekonomi dan ekologi sosial.<sup>9</sup> Salah satu permasalahan yang ada di Indonesia menurut Dinas Kesehatan Republik Indonesia yaitu gizi buruk di Indonesia menduduki peringkat lima besar pada tahun 2012.<sup>8</sup> *World Health Organization* (WHO) memperkirakan 181,9 juta (32%) anak kekurangan gizi di negara berkembang, sehingga menyebabkan tingginya persentase *angular cheilitis*.<sup>3</sup> Kekurangan nutrisi yang dapat menyebabkan terjadinya *angular cheilitis* antara lain kekurangan *riboflavin* (Vitamin B<sub>2</sub>), *niacin* (Vitamin B<sub>3</sub>), *pyridoxine* (Vitamin B<sub>6</sub>), atau *cyano-cobalamin* (Vitamin B<sub>12</sub>) dan kekurangan zat besi. Berdasarkan penelitian Bamji di Hyberabad, India terhadap 407 orang anak usia 5-13 tahun telah dinyatakan bahwa gejala defisiensi nutrisi yang paling jelas yaitu adanya *angular cheilitis* sebanyak 41,3%.<sup>10</sup> Tujuan penelitian ini untuk mengetahui

data demografi dan profil penderita *angular chei-litis* di Instalasi Ilmu Penyakit Mulut RSGM-FKG USU tahun 2016.

## BAHAN DAN CARA

Jenis penelitian ini yaitu deskriptif analitik dengan jumlah sampel sebanyak 159 berupa data primer rekam medis, Rumah Sakit Gigi Mulut FKG USU. pada periode 1 Januari - 31 Desember 2016 yang meliputi usia, jenis kelamin, BMI, kebersihan rongga mulut, distribusi lesi, dan waktu penyembuhan. Penelitian ini dengan izin komite etik no: 213/ KEPK FKUSU-RSUP HAM/ 2017

## HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Distribusi dan frekuensi *angular cheilitis* berdasarkan usi

Usia (th)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1-4	4	2,5
5-14	141	88,7
15-24	7	4,4
25-34	2	1,3
35-44	2	1,3
45-54	1	0,6
55-64	2	1,3
Total	159	100

Tabel 2. Distribusi dan frekuensi *angular cheilitis* berdasarkan jenis kelamin

Jenis kelamin	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Perempuan	69	43,4
Laki – laki	90	56,6
Total	159	100

Tabel 3. Distribusi dan frekuensi *angular cheilitis* berdasarkan BMI

BMI	Frekuensi (n)	Persentase (%)
<i>Underweight</i>	127	79,9
Normal	28	17,9
Obesitas	4	2
Total,	159	100

Tabel 4. Distribusi dan frekuensi *angular cheilitis* berdasarkan kebersihan rongga mulut

Kebersihan rongga mulut	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Baik	21	13,2
Sedang	93	58,8
Buruk	45	28,3
Total	159	100

Tabel 5. Distribusi dan frekuensi angular cheilitis berdasarkan distribusi lesi/lokasi lesi.

Distribusi lesi	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Unilateral	44	27,7
Bilateral	115	72,3
Total	159	100

Tabel 6. Distribusi dan frekuensi angular cheilitis berdasarkan waktu penyembuhan

Waktu penyembuhan (hr)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1-7	67	42,1
>7	92	57,9
Total	159	100

## PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui data demografi dan profil penderita angular cheilitis di Rumah Sakit Gigi Mulut FKG USU tahun 2016. Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa distribusi dan frekuensi AC berdasarkan usia paling banyak berada pada rentang usia 5-14 tahun (88,7%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Herlin dkk, bahwa kelompok usia yang sering terjadi angular cheilitis yaitu 5-11 tahun (89,2%).<sup>11</sup> Pada usia 5-12 merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan, pada saat ini aktifitas anak meningkat dikarenakan sudah mengenal kegiatan baru, teman baru yang akan mempengaruhi cakrawala anak dan anak sudah terpapar jenis makanan baru, bentuk makanan baru dan jumlah makanan yang berlebih sehingga konsep makanan sehat sudah tertinggal. Angular cheilitis, glositis, dermatitis dan anemia dapat terjadi karena defisiensi riboflavin atau ariboflavinosis, yang berlangsung sekitar 8 minggu. Defisiensi riboflavin secara primer jarang terjadi, lebih sering

disebabkan defisiensi berbagai jenis makanan, salah satunya kurangnya asupan susu.<sup>12</sup>

Berdasarkan jenis kelamin ditemukan lebih banyak laki-laki menderita AC dibandingkan dengan perempuan yaitu 90 orang (56,6%) dengan perbandingan 1,3:1. Perbedaan yang menyebabkan hal ini diduga berkaitan dengan hal kebiasaan, aktifitas anak laki-laki lebih meningkat dibandingkan anak perempuan dan kemungkinan anak laki-laki cenderung kurang memperhatikan kebersihan diri salah satunya kebersihan rongga mulut. Kebersihan rongga mulut yang baik dapat menurunkan risiko terjadinya *angular cheilitis*.<sup>11</sup>

Berdasarkan BMI didapatkan bahwa penderita AC dengan *underweight* atau status gizi yang buruk sebanyak 127 orang (79,9%). Salah satu faktor predisposisi terjadinya *angular cheilitis* yaitu defisiensi nutrisi. Menurut data Riset Kesehatan Dasar tahun 2010 status gizi balita di Indonesia dengan indikator BB/U menunjukkan prevalensi gizi buruk, yaitu 4,9 %, gizi kurang 13,0% dan gizi lebih 5,8% .<sup>18</sup> Masalah gizi juga masih menjadi masalah serius di beberapa Kabupaten/Kota di Indonesia. Berdasarkan data tahun 2004 menunjukkan masalah gizi terjadi di 77,3% Kabupaten dan 56% Kota di Indonesia.<sup>18</sup> Defisiensi nutrisi dapat menyebabkan menurunnya sistem kekebalan tubuh, sehingga berbagai mikroorganisme seperti bakteri dan jamur mudah menginfeksi. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lubis yang menyebutkan bahwa defisiensi nutrisi berhubungan dengan terjadinya *angular cheilitis* (52,23%).<sup>3</sup>

Angular cheilitis berdasarkan kebersihan rongga mulut didapatkan hasil, yaitu berada pada kategori sedang sebanyak 93 orang (58,5%). Mikroorganisme rongga mulut merupakan salah satu faktor lokal yang berkontribusi dalam terjadinya *angular cheilitis*. Penelitian yang dilakukan oleh Ohman dan Warnakulasuriya yaitu ditemukannya mikroorganisme seperti *Candida albicans*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*.<sup>4,13</sup> Mikroorganisme rongga mulut tersebut merupakan flora normal, namun mikroorganisme tersebut mampu menyebabkan penyakit sehingga disebut patogen.<sup>14,15</sup>

Berdasarkan distribusi lesi yang paling banyak ditemukan yaitu bilateral atau kedua sudut mulut 115 orang (72,3%). Penelitian yang dilakukan oleh Warnakulariya dkk yaitu ditemukan lesi yang banyak terjadi secara bilateral (76%).<sup>4</sup> Distribusi lesi dapat terjadi unilateral maupun bilateral. Lesi unilateral umumnya diakibatkan oleh kebiasaan buruk yaitu menjilat sudut mulut.

Lesi bilateral umumnya diakibatkan oleh faktor defisiensi nutrisi.<sup>16</sup>

Waktu penyembuhan yang paling banyak ditemukan berada pada waktu >7 hari yaitu sebanyak 92 orang (58%). Perawatan *angular cheilitis* dilakukan berdasarkan etiologi utama yaitu infeksi patogen dari mikroorganisme bakteri dan jamur. Penelitian yang dilakukan oleh Ohman menyatakan bahwa pengobatan dengan *nystatin* dapat menyembuhkan dalam waktu 28 hari dan perawatan dengan *fusidic acid* sembuh dalam waktu 14 hari.<sup>17</sup> Bila defisiensi nutrisi yang berperan pada AC ma-ka protein yang tidak cukup sesuai kebutuhan akan mempengaruhi penyembuhan dan akan memper-lambat waktu penyembuhan.

## KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa distribusi dan frekuensi *angular cheilitis* berdasarkan usia paling banyak berada pada rentang 5-14 tahun (88,7%), jenis kelamin laki-laki (56,6%), BMI dengan kategori *underweight* (79,9%), dan kebersihan rongga mulut dengan kategori sedang (58,8%). Distribusi lesi yang paling sering terjadi secara bilateral (72,3%), dan waktu penyembuhan yang paling banyak yaitu >7 hari (58%). Informasi profil AC yang ternyata terbanyak terjadi pada anak ini sangat baik diketahui dan diperlukan penelitian selanjutnya untuk pembuktian faktor pen-cetus. Perbaikan nutrisi perlu dipertimbangkan bila dijumpai gambaran klinis AC dengan BMI *under-weight*.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Sarumahi T, Mahalakshmi K, Saranvanakumar B, Hemalatha VT, Aarththinisha V. A review of oral candidiasis in oral mucosal lesions. RJPBCS 2014; 1167-9.
2. Scully C. Oral and maxillofacial medicine, the basis of diagnosis and treatment. Toronto: Wright, 2004: 189-92.
3. Lubis S. Hubungan status gizi dengan terjadinya keilitis angularis pada anak umur 6-12 tahun di enam panti asuhan di kota madya Medan. Dentika Dent J. 2006: 180-1.
4. Warnakulasuriya KAAS, Samayanke LP. Peiris JSM: Angular cheilitis in a group of srilanka adults: a clinical and microbiologic study. J Oral Pathol Med 1991; 20: 172-5.
5. Unur M, Kayhan KB, Altop MS, Metin ZB, Keskin Y. The prevalence of oral mucosal lesions in children: a single center study. J Istanbul Univ Dent 2015; 49 (3): 29-38.
6. Zwiri AMA. Prevalence and associated factors of denture wearing associated oral lesions among dental patients attending college of dentistry clinics in aljouf university. European Scientific Journal 2016: 12: 326-328.
7. Crivelli MR, Aguas S, Adler I, Quarracino, Bazerque P. Influence of socioeconomic status on oral mucosa lesions prevalence in school children. Commun Dent. Oral Epidemiol 1988; 16: 58-60.
8. Iman D, Hendarti HT, Radithia D. Prevalensi angular cheilitis pada anak usia 5-18 tahun di panti asuhan habibie Surabaya. Oral Medicine Dental Journal ; (6): 74-78.
9. Vieira-Andrade RG, Martins-Junior PA, Correa-Faria P, et al. Oral mucosal conditions in preschool children of low socioeconomic status: prevalence and determinant factors. Eur J Pediatr 2013; 172: 675-681.
10. Bamji MS, Sarma KVR, Radhaniah G. Relationship between biochemical and clinical indices of b-vitamin deficiency. a study in rural school boys. Br. J. Nutr 1979; 41: 431- 441.
11. Sriwahyuni H, Hernawati S, Mashartini A. Insidensi dan distribusi penderita angular cheilitis pada bulan oktober-desember tahun 2015 di RSGM Universitas Jember 2017; 5: 120-121.
12. Stegeman CA, Davis JR, Boyd LD. The dental hygienist's Guide to Nutritional Care. St. Louis: Elsevier, 2010:113,181-263
13. Ohman SC, Dahlen G, Moller A, Ohman A. Angular cheilitis: a clinical and microbial study. J Oral Pathol 1986; 15: 213-7.
14. Park KK, Brodell RT, Helms SE. Angular cheilitis, part 1: local etiologies. Cutis 2011; 87: 289-293.
15. Samarayanke LP. Nutritional factors and oral candidosis. J Oral Pathol 1986; 15: 61-5.
16. Hari S, Anil S. Angular cheilitis: review of etiology and clinical management. K.D.J 1989; 13 (2): 229-31.
17. Ohman SC, Jontell M. Treatment of angular cheilitis: the significance of microbial analysis, antimicrobial treatment, and interfering factor. Acta Odontologica Scandinavica 2015; 46: 267-272.
18. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2013. Departemen kesehatan RI