

Halaman Sampul Luar
GAMBARAN HAMBATAN AKSES PELAYANAN KESEHATAN
GIGI DAN MULUT PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL
TRESNA WERDHA SABAI NAN ALUIH
SICINCIN

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Guna Memperoleh
Gelar Sarjana Kedokteran Gigi



Oleh :

SABRINA PUTI HUMAIRA

2210070110034

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS BAITURRAHMAH
PADANG
2026

Halaman Sampul Dalam
GAMBARAN HAMBATAN AKSES PELAYANAN KESEHATAN
GIGI DAN MULUT PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL
TRESNA WERDHA SABAI NAN ALUIH
SICINCIN

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Guna Memperoleh
Gelar Sarjana Kedokteran Gigi



Oleh :

SABRINA PUTI HUMAIRA

2210070110034

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS BAITURRAHMAH
PADANG
2026

Halaman Pengesahan

SKRIPSI

GAMBARAN HAMBATAN AKSES PELAYANAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA SABAI NAN ALUIH SICINCIN

Oleh:

**SABRINA PUTI HUMAIRA
2210070110034**

**Telah dipertahankan di depan tim penguji pada tanggal 22 Desember 2025
dan dinyatakan LULUS memenuhi syarat**

Oleh

- | | | |
|---|----------------|--------------|
| 1. drg. Intan Batura Endo Mahata, MM | Ketua | |
| 2. drg. Resa Ferdina, MARS | Anggota | |
| 3. drg. Leny Sang Surya, MKM | Anggota | |

**Padang, 22 Desember 2025
Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Baiturrahmah
Dekan,**

dr.drg. Yenita Alamsyah, M.Kes

NIDN. 7010101001

Halaman Persembahan



*“Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya”
(Q.S Al-Baqarah, 2:286)*

Alhamdulillahillobbil’alamiin

Segala puji dan syukur ke hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat, taufiq, hidayah, dan inayah-Nya kepada penulis sehingga skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu. Dengan penuh rasa syukur dan cinta, penulis mempersembahkan karya ini kepada kedua orang tua tercinta, Papa Andi Roza, SE dan Mama Titien Sri Kesuma. Terima kasih atas kasih sayang, perhatian, kepercayaan, serta dukungan yang senantiasa diberikan sejak awal penulis menempuh pendidikan hingga saat ini. Terima kasih karena selalu menjadi tempat penulis kembali ketika merasa lelah, tempat belajar tentang keteguhan dan keikhlasan, serta pengingat bahwa setiap perjuangan akan membuahkan hasil apabila dijalani dengan sungguh-sungguh. Meskipun tidak semua proses yang penulis lalui dapat terlihat secara langsung, doa Papa dan Mama selalu penulis rasakan hadir dalam setiap langkah. Terima kasih atas motivasi, nasihat, doa, serta keridhoan yang selalu mengiringi setiap keputusan penulis. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan kesehatan, kebahagiaan, dan umur yang panjang kepada Papa dan Mama. Karena sejauh apa pun kaki ini melangkah, rumah yang paling hangat tetap ada di dalam doa dan pelukan Papa dan Mama.

Teruntuk dosen pembimbing yang penulis hormati, Ibu drg, Intan Batura Endo Mahata, MM, terimakasih karena telah membantu penulis dalam menyelesaikan tugas akhir ini. Terima kasih karena dokter sudah membimbing penulis dengan sabar, berkenan mencurahkan waktunya, memberikan saran, dan motivasi kepada penulis. Jika penulis kembali berada pada awal perjalanan ini, penulis dengan penuh rasa syukur tetap ingin dibimbing oleh Ibu drg. Intan Batura Endo Mahata, MM.

Teruntuk saudaraku tercinta Bang Yogi, Bang Yoga, Kakak Tika, dan Kak Merry, yang selalu memberikan inspirasi untuk terus melangkah maju kedepan, menjadi teman bertukar pikiran, tempat berkeluh kesah bagi penulis menyelesaikan tugas akhir. Terima kasih atas waktu, materi, doa yang senantiasa dilangitkan, dan seluruh hal baik yang diberikan kepada penulis selama ini.

Teruntuk Sahabat seperjuangan “8 Naga”, Vidia Ananda Ardila, Annisa Maika Fadhillah, Amelia Fiyora Azzahra, Alfera Yuniar, Alfina Rahma, Dona Rayendra, dan Putri Harfini Siregar, yang sudah menjadi teman penulis sejak 2022 sampai saat ini dan banyak berpartisipasi dalam pembuatan skripsi ini, terima kasih atas segala motivasi, dukungan, pengalaman yang sangat berkesan, teman belajar, sahabat di masa senang maupun sedih. Terima kasih untuk semua kebersamaan, tawa, air mata, diskusi panjang, yang membuat masa kuliah ini menjadi cerita yang indah dan penuh makna.

Teruntuk Support System penulis yang menjadi salah satu penyemangat karena selalu ada dalam suka maupun duka. Terima kasih telah menjadi bagian dalam proses perjalanan penulis menyusun skripsi. Terima Kasih selalu hadir dan memberi dukungan selama proses penyusunan skripsi ini. Terima kasih atas perhatian, kesabaran, kesediaan untuk mendengarkan setiap keluh kesah, menghibur dalam kesedihan, meluangkan baik tenaga, waktu, dan pikiran kepada penulis.

Teruntuk keluarga besar penulis tercinta, yang senantiasa memberikan wawasan, nasihat, doa, semangat, dan dukungan yang luar biasa selama proses penyusunan skripsi. Terima kasih atas kekuatan yang selalu kalian tanamkan dalam diri penulis.

Teruntuk seluruh pihak yang telah membantu, Aidha, Diva, Chanaya, Anisa, Billy, Ryan, 8 Naga, dan yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, terima kasih atas setiap bantuan selama penelitian, perhatian, dan kontribusi yang sangat berarti bagi kelancaran penyusunan skripsi ini.

Teruntuk seluruh teman angkatan Incisivus22, yang telah menjadi bagian dari perjalanan panjang ini. Terima kasih atas kebersamaan, dukungan, dan cerita-cerita yang mengiringi langkah kita hingga sejauh ini.

Last but not least teruntuk Sabrina Puti Humaira, ya! diri saya sendiri. Apresiasi sebesar-besarnya yang telah berjuang untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai. sulit bisa bertahan sampai dititik ini, terima kasih untuk tetap bertahan walaupun terkadang putus asa atas apa yang sedang diusahakan. Tetaplah jadi manusia yang berusaha dan tidak lelah untuk mencoba.

Salam hangat,

Sabrina Puti Humaira

Halaman Pernyataan Orisinilitas

Dengan ini, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : SABRINA PUTI HUMAIRA

NPM : 2210070110034

Judul : Gambaran Hambatan Akses Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut
pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tugas akhir berupa skripsi yang saya tulis ini benar-benar karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa tugas akhir ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Padang, 22 Desember 2025

Yang Membuat Pernyataan

SABRINA PUTI HUMAIRA
2210070110034

KATA PENGANTAR



Puji syukur peneliti ucapkan kehadiran Allah SWT karena berkat rahmat dan karunia-Nya peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul **“Gambaran Hambatan Akses Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin”** sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar Sarjana Kedokteran Gigi.

Perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang tulus dan ikhlas serta penghargaan yang sebesar-besarnya kepada Ibu drg. Intan Batura Endo Mahata, MM selaku Dosen Pembimbing, Ibu drg. Resa Ferdina, MARS & Ibu drg. Leny Sang Surya, MKM selaku dosen penguji. Terima kasih kepada Ibu Dr.drg. Yenita Alamsyah, M.Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Baiturrahmah, tidak lupa juga peneliti mengucapkan terimakasih kepada Papa, Mama, Abang, Kakak dan Bari yang telah memberi do’a, dorongan, dukungan dan semangat selama penyusunan ini. Serta teman-teman dan semua pihak yang berkontribusi dalam proses pembuatan skripsi ini.

Penulis berharap kiranya Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan dari segala pihak yang telah bersedia membantu penulis. Akhirnya penulis mengharapkan agar kiranya tulisan ini dapat menjadi salah satu bahan pembelajaran dan peningkatan kualitas Pendidikan di Fakultas Kedokteran Gigi kedepannya, juga dalam usaha peningkatan perbaikan kualitas kesehatan gigi dan mulut masyarakat. Amin.

Padang, 22 Desember 2025

Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang: Lansia yang tinggal di panti sosial merupakan kelompok rentan terhadap masalah kesehatan gigi dan mulut akibat keterbatasan fisik, ketergantungan pada sistem pelayanan, serta minimnya ketersediaan layanan kesehatan gigi di lingkungan panti. Di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin, pelayanan kesehatan gigi dan mulut belum terintegrasi secara rutin, sehingga lansia berpotensi mengalami kesulitan dalam memperoleh perawatan yang sesuai dengan kebutuhannya. Kondisi ini menunjukkan perlunya kajian sistematis mengenai hambatan akses pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada konteks panti sosial di Indonesia berdasarkan dimensi akses pelayanan kesehatan. **Tujuan:** Mengetahui hambatan akses pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin berdasarkan lima dimensi akses Panchansky dan Thomas (ketersediaan, aksesibilitas, akomodasi, keterjangkauan, dan penerimaan). **Metode penelitian:** Penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross-sectional* pada 51 lansia, dipilih dengan *total sampling*. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner dan dianalisis secara deskriptif. **Hasil:** Hambatan paling mencolok ditemukan pada dimensi ketersediaan (*availability*) indikator ketiadaan dokter gigi di dalam panti (100%). Pada dimensi aksesibilitas (*accessibility*), meskipun fasilitas dinilai mudah dijangkau (64,7%), kesulitan mobilitas dan transportasi tetap dialami oleh sebagian besar lansia (58,8%). Dimensi akomodasi (*accommodation*) menunjukkan waktu tunggu yang panjang untuk jadwal perawatan (58,8%), sementara pada dimensi keterjangkauan (*affordability*), biaya masih menjadi hambatan meskipun mayoritas memiliki BPJS (54,9% menyatakan biaya tidak terjangkau). Dimensi penerimaan (*acceptability*) tidak menjadi hambatan dengan tingkat kenyamanan dan kepercayaan terhadap layanan yang sangat tinggi ($\geq 90\%$). **Kesimpulan:** Lansia masih menghadapi hambatan akses multidimensi, terutama dari aspek ketersediaan dan aksesibilitas. Upaya peningkatan ketersediaan layanan gigi serta kemudahan akses ke fasilitas kesehatan diperlukan untuk mendukung kualitas hidup lansia.

Kata Kunci: Akses Pelayanan Kesehatan, Kesehatan Gigi dan Mulut, Lansia, Panti Sosial, Hambatan

ABSTRACT

Background: Older adults living in social care institutions are a vulnerable population with a high risk of oral and dental health problems due to physical limitations, dependence on institutional care, and limited availability of dental health services within the facility. At Sabai Nan Aluih Elderly Social Institution Sicincin, dental and oral health services have not been routinely integrated into institutional health care, which may lead to difficulties for older adults in obtaining appropriate dental care. This condition indicates the need for a systematic study on barriers to accessing dental and oral health services in the context of social nursing homes in Indonesia, based on health service access dimensions. **Research objective:** To describe the barriers to accessing dental and oral health services among older adults at the Sabai Nan Aluih Elderly Social Institution Sicincin based on five dimensions of access Penchansky and Thomas (availability, accessibility, accommodation, affordability, and acceptability). **Type of research:** This descriptive quantitative study used a cross-sectional approach involving 51 older adults selected through total sampling. Data were collected using a questionnaire and analyzed descriptively. **Research results:** The most prominent barrier was found in the availability dimension, specifically the indicator of the absence of dentists within the facility (100%). For the accessibility dimension, although healthcare facilities were considered easily reachable (64.7%), mobility and transportation difficulties were still experienced by a majority of the elderly (58.8%). The accommodation dimension showed long waiting times for treatment schedules (58.8%), while in the affordability dimension, cost remained a barrier despite most respondents having BPJS coverage (54.9% stated that costs were unaffordable). The acceptability dimension was not a barrier, with very high levels of comfort and trust in healthcare services ($\geq 90\%$). **Conclusion:** Older adults still face multidimensional barriers to accessing dental and oral health services, particularly regarding service availability and accessibility. Efforts to improve the availability of dental care and facilitate easier access to health facilities are essential to support their quality of life.

Keywords: Health service access, Dental and oral health, Older adults, Nursing home, Barriers

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Sampul Luar	i
Halaman Sampul Dalam.....	ii
Halaman Pengesahan.....	iii
Halaman Persembahan.....	iv
Halaman Pernyataan Orisinilitas	vii
Kata Pengantar	viii
Abstrak.....	ix
<i>Abstract</i>.....	x
Daftar Isi	xi
Daftar Gambar	xiii
Daftar Tabel	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.5 Kebaruan Penelitian	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Lansia (Lanjut Usia)	7
2.1.1 Karakteristik Lansia.....	8
2.1.2 Kebutuhan Spesifik Lansia	8
2.2 Konsep Kesehatan Gigi dan Mulut	9
2.2.1 Pentingnya Kesehatan Gigi dan Mulut Pada Lansia.....	10
2.2.2 Masalah Kesehatan Gigi dan Mulut Pada Lansia	10
2.3 Konsep Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut.....	12
2.3.1 Jenis-jenis Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut.....	13
2.3.2 Standar Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut untuk Lansia.....	15
2.4 Konsep Akses Pelayanan Kesehatan	15
2.4.1 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Akses Pelayanan Kesehatan	16
2.5 Konsep Hambatan Akses Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut.....	16
2.5.1 Definisi Hambatan Akses Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut.....	17
2.5.2 Jenis-jenis Hambatan Akses Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut.....	17
2.5.3 Hambatan Akses Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Lansia	18
2.6 Landasan Teori	21
2.6.1 Teori Aday dan Andersen (1974).....	22
2.6.2 Teori J. Emilio Carrillo dan Victor Carrillo (2011)	23
2.6.3 Teori Jean-Frederic Levesque, Mark F Harris dan Grant Russell (2013)....	24
2.6.4 Teori Penchansky dan Thomas (1984).....	26
2.7 Kerangka Teori.....	28
BAB 3. METODE PENELITIAN	29
3.1 Desain Penelitian	29
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	29
3.3 Sampel Penelitian.....	29
3.3.1 Kriteria Inklusi.....	29
3.3.2 Kriteria Eksklusi	29

3.4	Besar Sampel	30
3.5	Variabel Penelitian	30
3.6	Definisi Operasional	31
3.7	Teknik Pengambilan Data	34
3.8	Instrumen Penelitian	34
3.9	Teknik Analisis Data	34
3.10	Etika Penelitian	34
3.11	Alur Penelitian	35
BAB 4.	HASIL DAN PEMBAHASAN	36
4.1	Hasil Penelitian	36
4.1.1	Karakteristik Responden.....	36
4.1.2	Gambaran Hambatan Akses Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut	37
4.1.2.1	Hambatan Ketersediaan (<i>Availability</i>)	37
4.1.2.2	Hambatan Aksesibilitas (<i>accessibility</i>)	38
4.1.2.3	Hambatan Akomodasi (<i>accommodation</i>)	39
4.1.2.4	Hambatan Keterjangkauan (<i>affordability</i>)	40
4.1.2.5	Hambatan Penerimaan (<i>acceptability</i>)	41
4.2	Pembahasan.....	42
4.2.1	Hambatan pada Dimensi Ketersediaan (<i>Availability</i>).....	42
4.2.2	Hambatan pada Dimensi Aksesibilitas (<i>Accessibility</i>)	43
4.2.3	Hambatan pada Dimensi Akomodasi (<i>Accommodation</i>)	44
4.2.4	Hambatan pada Dimensi Keterjangkauan (<i>Affordability</i>)	45
4.2.5	Hambatan pada Dimensi Penerimaan (<i>Acceptability</i>)	46
BAB 5.	KESIMPULAN DAN SARAN.....	48
5.1	Kesimpulan	48
5.2	Saran	49
5.2.1	Bagi Pemerintah Daerah (Dinas Kesehatan & Dinas Sosial)	49
5.2.2	Bagi Pengelola Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin	49
5.2.3	Bagi Penelitian Selanjutnya	49
DAFTAR PUSTAKA.....		50
LAMPIRAN.....		56
Lampiran 1.	Biodata Penulis	57
Lampiran 2.	Surat Pre Penelitian	58
Lampiran 3.	<i>Informed Consent</i>	59
Lampiran 4.	Kuesioner.....	60
Lampiran 5.	Surat Keterangan Melakukan Pre Penelitian	63
Lampiran 6.	Uji Validitas dan Reabilitas	64
Lampiran 7.	Keterangan Lolos Uji Etik (<i>Ethical Clearance</i>)	66
Lampiran 8.	Surat Izin Melakukan Penelitian.....	67
Lampiran 9.	Surat Izin Penelitian dari Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat	68
Lampiran 10.	Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian.....	69
Lampiran 11.	<i>Master Table</i>	70
Lampiran 12.	<i>Output SPSS</i>	71
Lampiran 13.	Dokumentasi Penelitian.....	77

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Masalah mulut pada lansia dan pengaruhnya terhadap kesehatan secara keseluruhan. Janto, M., Iurcov, R., Daina, C. M., Neculoiu, D. C., Venter, A. C., Badau, D., Cotovanu, A., Negra, M., Suteu, C. L., Sabau, M., & Daina, L. G. (2022). <i>In Journal of Personalized Medicine</i> 12 (3).	12
Gambar 2.2 Kerangka Teori	28
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	35

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	31
Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	36
Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Umur	37
Tabel 4.3 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Indikator Ketersediaan (<i>availability</i>) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin	37
Tabel 4.4 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Indikator aksesibilitas (<i>accessibility</i>) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.....	38
Tabel 4.5 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Indikator Akomodasi (<i>accomodation</i>) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.....	39
Tabel 4.6 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Indikator Keterjangkauan (<i>affordability</i>) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin40	
Tabel 4.7 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Indikator Penerimaan (<i>acceptability</i>) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.....	41

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seiring bertambahnya usia, individu mengalami penurunan fungsi fisiologis yang berdampak pada berbagai aspek kesehatan, termasuk kesehatan gigi dan mulut. Lansia merupakan kelompok usia yang rentan terhadap berbagai gangguan kesehatan. Berdasarkan Undang-undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia, seseorang dikategorikan sebagai lansia apabila telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Sementara itu, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengelompokkan dalam beberapa kategori berdasarkan usia, yaitu orang paruh baya (45-59 tahun), lansia (60-74 tahun), usia tua (75-90 tahun), dan sangat tua (lebih dari 90 tahun) (Ahza, 2024).

Indonesia tengah memasuki era penuaan penduduk. Jumlah lansia terus meningkat, dari 18 juta jiwa (7,56%) pada 2010 menjadi 25,9 juta (9,7%) pada 2019, dan diproyeksikan mencapai 48,2 juta (15,77%) pada 2035 (Auralia dkk, 2024). Peningkatan populasi lansia sejalan dengan meningkatnya risiko gangguan kesehatan, termasuk kesehatan gigi dan mulut, yang sering kali terabaikan (Auli dkk, 2020).

Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, prevalensi masalah kesehatan gigi dan mulut pada penduduk Indonesia berusia 3 tahun ke atas adalah 56,9%. Pada kelompok lansia, prevalensinya mencapai 28,7% dengan rata-rata indeks DMFT sebesar 11,65 yang termasuk dalam kategori sangat tinggi dan menunjukkan bahwa rata-rata lansia memiliki sekitar 11 hingga 12 gigi yang rusak, hilang, atau ditambal akibat karies (SKI, 2023). Tingginya angka tersebut mencerminkan masih rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut oleh kelompok lansia.

Pada lansia, kesehatan gigi dan mulut sangat memengaruhi kualitas hidup. Masalah kesehatan gigi dan mulut yang umum dialami lansia meliputi karies, penyakit periodontal, kehilangan gigi, mulut kering, hingga lesi pada mukosa mulut yang berpotensi menjadi keganasan. Kondisi-kondisi ini tidak hanya menimbulkan

rasa sakit dan ketidaknyamanan, tetapi juga dapat berdampak negatif pada status gizi, interaksi sosial, dan kepercayaan diri lansia, yang pada akhirnya menurunkan kualitas hidup mereka secara keseluruhan (Griffin dkk, 2012).

Permasalahan kesehatan gigi dan mulut pada lansia di panti sosial cenderung lebih kompleks dibandingkan dengan lansia yang tinggal bersama keluarga. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa penghuni panti sosial memiliki kondisi kesehatan oral yang kurang optimal dan berdampak pada penurunan kualitas hidup. Studi di China melaporkan hubungan signifikan antara kondisi kesehatan gigi yang buruk dengan kualitas hidup lansia (Auralia dkk, 2023). Di Swedia, 42% penghuni panti jompo mengalami masalah oral seperti karies, penyakit periodontal, dan ketidaksesuaian gigi tiruan (Bellander dkk, 2021). Sementara di Belgia, 75,7% lansia memiliki kebersihan mulut yang kurang baik, 56,6% mengalami kerusakan gigi, dan 49,9% menghadapi gangguan jaringan gusi (Vandenbulcke dkk, 2025).

Di Indonesia, gambaran masalah kesehatan gigi dan mulut pada lansia di panti sosial juga menunjukkan angka yang mengkhawatirkan. Dalam penelitian Auli dkk (2020), penelitian di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia Ciracas melaporkan nilai rata-rata DMF-T sebesar 26,78 (Agus, 2011). Studi di UPT Pelayanan Sosial Lansia Binjai menunjukkan nilai DMF-T rata-rata 11,7 (Telaumbanua, 2019), sedangkan di Panti Werdha Budi Luhur Bantul mencapai 12,8 (Yulianti, 2017). Tingginya angka kerusakan gigi tersebut mengindikasikan bahwa kebutuhan perawatan gigi lansia belum diimbangi dengan akses pelayanan kesehatan yang memadai (Auli dkk, 2020). Temuan-temuan ini menegaskan perlunya perhatian khusus terhadap kesehatan gigi lansia di panti sosial.

Lansia di panti sosial menghadapi berbagai hambatan dalam mengakses layanan kesehatan gigi dan mulut, seperti keterbatasan ekonomi, kurangnya tenaga kesehatan, dan minimnya dukungan sosial (Lasso, 2023). Penelitian Lutfiyya dkk (dalam Radiani dkk, 2021) menunjukkan bahwa usia bukan faktor utama dalam pemanfaatan layanan kesehatan gigi, melainkan aspek aksesibilitas seperti jarak fasilitas, keterbatasan transportasi, rendahnya kesadaran, dan tingginya biaya perawatan. Hambatan geografis, ekonomi, serta lemahnya dukungan sistem kesehatan menyebabkan rendahnya pemanfaatan layanan gigi, yang pada akhirnya

menurunkan kualitas hidup dan meningkatkan risiko komplikasi kesehatan pada lansia di panti (Ahza, 2024).

Hambatan akses pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada lansia di panti sosial telah dibuktikan secara kuantitatif dalam berbagai penelitian. Penelitian Sharmila dkk (2021) pada lansia penghuni *care home* di Chennai City yang menggunakan teori Penchansky dan Thomas melaporkan bahwa hambatan penerimaan terhadap perawatan gigi (*acceptability*) merupakan hambatan paling dominan, dialami oleh 89,9% responden. Hambatan lainnya meliputi ketidakterjangkauan biaya (*affordability*) sebesar 39,2%, hambatan akses fisik (*accessibility*) sebesar 35,4%, ketidaktersediaan layanan (*availability*) sebesar 33,3%, serta hambatan akomodasi layanan (*accommodation*) sebagai hambatan terendah sebesar 8,9%. Penelitian tersebut juga menemukan bahwa kepemilikan asuransi kesehatan, kemampuan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, keyakinan terhadap kesehatan gigi dan mulut, serta jenis kelamin berhubungan signifikan dengan penerimaan terhadap pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada lansia di panti sosial.

Temuan serupa dilaporkan oleh Hamasha dkk (2019) dalam penelitian pada populasi lansia di Arab Saudi. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa hambatan persepsi atau *acceptability* menjadi faktor utama rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi, di mana 89,9% lansia tidak menerima atau tidak merasa membutuhkan perawatan gigi. Hambatan finansial juga tergolong tinggi, ditunjukkan dengan 65% lansia tidak memiliki asuransi gigi dan 61% menyatakan biaya perawatan gigi tidak terjangkau. Hambatan akses fisik berupa kesulitan transportasi dan jarak ke fasilitas kesehatan dialami oleh 35,4% lansia, sementara hambatan ketersediaan layanan akibat keterbatasan fasilitas atau tenaga kesehatan gigi dilaporkan sebesar 33,3%. Hambatan akomodasi layanan, seperti ketidaksesuaian jam atau sistem pelayanan dengan kebutuhan lansia, merupakan hambatan dengan persentase terendah, yaitu 8,9%.

Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin yang berlokasi di Padang Pariaman merupakan salah satu lembaga resmi yang berada di bawah pengelolaan Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat. Panti ini memiliki kapasitas maksimal untuk menampung hingga 110 orang lansia yang telah memenuhi syarat dan ketentuan yang ditetapkan oleh pihak pengelola. Berdasarkan studi pendahuluan oleh Putri

(2016), penelitian dilakukan di panti tersebut dengan lansia berusia antara 60 hingga 90 tahun sebanyak 66 orang. Hasil temuan menunjukkan bahwa sebagian besar lansia di sana mengalami gizi yang buruk (Putri, 2016).

Beberapa penelitian telah dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin, antara lain mengenai pengaruh kehilangan gigi terhadap kualitas hidup lansia, hubungan fungsi pengunyahan dengan status gizi pada lansia yang kehilangan gigi. Namun, penelitian-penelitian tersebut lebih berfokus pada aspek klinis dan perilaku individu, tanpa mengkaji secara spesifik faktor-faktor hambatan akses pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang dihadapi oleh lansia di panti sosial ini (Larasati, 2022; Putri, 2016)

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa secara komprehensif hambatan-hambatan dalam akses pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang dialami oleh para lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin. Dalam menganalisis permasalahan tersebut, penelitian ini menggunakan teori akses pelayanan kesehatan Penchansky dan Thomas 1984 yang menjelaskan akses sebagai kesesuaian antara kebutuhan pengguna dan sistem pelayanan melalui lima dimensi: ketersediaan (*availability*), aksesibilitas (*accessibility*), akomodasi (*accommodation*), keterjangkauan (*affordability*), dan penerimaan (*acceptability*). Hasil kajian ini diharapkan dapat menjadi dasar bagi perumusan kebijakan dan strategi intervensi yang tepat guna meningkatkan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan gigi dan mulut, sehingga dapat meningkatkan status kesehatan dan kualitas hidup para lansia di panti tersebut.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

Apa saja hambatan yang dialami lansia dalam mengakses pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin?

1.3 Tujuan Penelitian

Menggambarkan faktor-faktor hambatan yang dihadapi lansia dalam mengakses pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Panti Sosial Tresna Werdha

1.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Akademis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah literatur ilmiah tentang hambatan akses pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada lansia di panti sosial serta menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya.

2. Manfaat Secara Teoritis

Penelitian ini dapat memperkuat dan mengembangkan penerapan teori Penchansky & Thomas 1984 dalam konteks pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada lansia di Indonesia.

3. Manfaat Secara Praktis

- a. Bagi pengelola panti: memberikan informasi untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan gigi dan mulut bagi lansia.
- b. Bagi tenaga kesehatan: menjadi bahan evaluasi dalam pengembangan program kesehatan gigi dan mulut khususnya di institusi sosial seperti panti sosial.
- c. Bagi peneliti: menjadi referensi untuk penelitian lanjutan terkait pelayanan kesehatan lansia.

1.5 Kebaruan Penelitian

1. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Sharmila dkk (2021). Mengkaji hambatan pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada lansia penghuni *care home* di Chennai City menggunakan teori akses pelayanan kesehatan Penchansky dan Thomas. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa hambatan *acceptability* merupakan hambatan yang paling dominan, dialami oleh 89,9% responden, diikuti oleh hambatan *affordability* sebesar 39,2%, *accessibility* sebesar 35,4%, *availability* sebesar 33,3%, serta *accommodation* sebagai hambatan terendah sebesar 8,9%. Selain itu, penelitian tersebut menemukan bahwa kepemilikan asuransi kesehatan, aktivitas kehidupan sehari-hari, keyakinan terhadap kesehatan gigi dan mulut, serta jenis kelamin berhubungan signifikan dengan penerimaan terhadap pelayanan kesehatan gigi. Meskipun penelitian ini telah

memberikan gambaran kuantitatif hambatan akses pada lansia di panti sosial, penelitian tersebut dilakukan dalam konteks sistem pelayanan kesehatan di India, sehingga hasilnya belum dapat menggambarkan kondisi hambatan akses pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada lansia di panti sosial di Indonesia yang memiliki karakteristik sistem jaminan kesehatan dan pengelolaan panti yang berbeda.

2. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Hamasha dkk (2019). Mengkaji hambatan akses dan perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi pada populasi lansia di Arab Saudi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hambatan persepsi atau *acceptability* menjadi faktor utama rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi, di mana 89,9% lansia tidak menerima atau tidak merasa membutuhkan perawatan gigi. Hambatan finansial juga ditemukan cukup tinggi, ditunjukkan dengan 65% lansia tidak memiliki asuransi gigi dan 61% menyatakan biaya perawatan gigi tidak terjangkau. Selain itu, hambatan akses fisik berupa kesulitan transportasi dan jarak ke fasilitas kesehatan dialami oleh 35,4% responden, sementara hambatan *availability* akibat keterbatasan fasilitas atau tenaga kesehatan gigi dilaporkan sebesar 33,3%, dan hambatan *accommodation* sebesar 8,9%. Meskipun penelitian ini berhasil mengidentifikasi besarnya hambatan akses pelayanan kesehatan gigi pada lansia, penelitian tersebut dilakukan pada lansia secara umum dan tidak secara khusus memfokuskan pada lansia yang tinggal di panti sosial, yang memiliki tingkat ketergantungan lebih tinggi terhadap sistem pelayanan dan pendampingan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia (Lanjut Usia)

Lanjut usia (lansia) merupakan kelompok usia yang memiliki karakteristik serta kebutuhan khusus yang perlu mendapat perhatian dalam upaya peningkatan kesejahteraan. Pemahaman mengenai definisi dan batasan umur lansia menjadi penting sebagai dasar dalam perencanaan pelayanan kesehatan dan sosial.

Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia, lansia didefinisikan sebagai individu yang telah berusia 60 tahun ke atas. Secara umum, seseorang dianggap memasuki kategori lansia ketika usianya melebihi 60 tahun. Namun, pengertian lansia dapat bervariasi tergantung pada sudut pandang sosial budaya, kondisi fisiologis, serta perhitungan usia secara kronologis (Yuswatiningsih & Suhartiati, 2021).

World Health Organization (WHO) (2013) mengelompokkan usia lanjut ke dalam beberapa kategori, yaitu usia paruh baya (*middle age*) pada rentang usia 45–55 tahun, usia lanjut awal (*elderly*) pada usia 55–65 tahun, lansia muda (*young old*) pada usia 66–74 tahun, lansia tua (*old*) pada usia 75–90 tahun, serta lansia sangat tua (*very old*) pada usia di atas 90 tahun. Klasifikasi ini menunjukkan bahwa proses penuaan berlangsung secara bertahap dan setiap tahap memiliki karakteristik yang berbeda (WHO, 2013).

Sementara itu, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013) mengelompokkan lansia menjadi beberapa kategori, yaitu pra lansia (usia 45–59 tahun), lansia (usia 60 tahun ke atas), lansia potensial, yaitu lansia yang masih mampu bekerja atau melakukan aktivitas produktif, serta lansia tidak potensial, yaitu lansia yang sudah tidak mampu mencari nafkah dan sepenuhnya bergantung pada bantuan orang lain (Mujiadi & Rachmah S, 2022).

Berdasarkan berbagai definisi dan klasifikasi tersebut, dapat disimpulkan bahwa lansia merupakan kelompok usia yang tidak hanya ditentukan oleh faktor kronologis, tetapi juga oleh kondisi fisik, mental, sosial, dan fungsional. Oleh karena itu, pemahaman yang komprehensif mengenai batasan dan karakteristik

lansia sangat penting untuk mendukung pemenuhan kebutuhan serta peningkatan kualitas hidup mereka.

2.1.1 Karakteristik Lansia

Karakteristik lansia mencakup perubahan fisik, kognitif, dan psikososial akibat proses penuaan. Perubahan ini memengaruhi aktivitas dan kualitas hidup lansia. Berikut beberapa karakteristik utama yang umum terjadi pada lansia:

2. Penurunan Fisik dan Mobilitas

Kemunduruan fisik menjadi ciri ciri dari proses penuaan dan keduanya disebabkan oleh hormonal, saraf, dan perubahan imunologi. Secara klinis, penuaan datang bersamaan regresi fisik, hilangnya massa otot, penurunan kekuatan otot dan kecepatan berjalan (De Cock dkk, 2018).

2. Perubahan Kognitif

Fungsi kognitif merupakan kemampuan yang digunakan dalam aktivitas berpikir, mengingat, belajar, mempertimbangkan sesuatu, dan menyelesaikan masalah. Pada lansia, fungsi ini cenderung menurun akibat proses penuaan yang menyebabkan perubahan pada sistem saraf pusat. Akibatnya, lansia dapat mengalami penurunan daya ingat, kemampuan berpikir, serta penurunan dalam keterampilan berbahasa (Mardiana & Sugiharto, 2022).

2.1.2 Kebutuhan Spesifik Lansia

Kebutuhan spesifik lansia meliputi aspek kesehatan, fisik, psikologis, dan sosial yang penting untuk menjaga kesejahteraan dan kemandirian mereka. Berikut beberapa kebutuhan utama yang perlu diperhatikan pada kelompok lansia:

1. Kebutuhan Pelayanan Kesehatan

Menuju lanjut usia secara alami disertai penurunan fisik, mental, dan sosial, yang menurunkan fungsi serta produktivitas lansia. Penurunan ini berkaitan dengan melemahnya kemampuan regenerasi jaringan tubuh dan meningkatkan risiko terhadap berbagai penyakit, sehingga lansia membutuhkan layanan kesehatan yang memadai, baik medis maupun tradisional (Mustofa & Rinawati, 2020).

2. Kebutuhan Fisik

Menurut WHO (2016), lansia membutuhkan aktivitas fisik ringan dan rutin bermanfaat untuk menjaga kondisi fisik dan mental, mempertahankan kekuatan otot, menjaga fungsi daya pikir, mencegah penyakit kronis dan menurunkan potensi risiko penyakit kronis serta memperkuat hubungan sosial dan partisipasi dalam masyarakat (WHO, 2016).

3. Kebutuhan Psikologis dan Sosial

Menurut Primardi (2010), keberadaan dukungan sosial dari keluarga dan teman sebaya berperan penting dalam membantu lansia mencapai tujuan hidupnya. Sebaliknya, apabila lansia tidak memperoleh dukungan sosial yang cukup, maka pencapaian tujuan hidup mereka cenderung menurun (Amelia & Akbar, 2023).

2.2 Konsep Kesehatan Gigi dan Mulut

Kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian penting dari kesehatan umum yang berpengaruh terhadap fungsi dasar, penampilan, dan kualitas hidup. Pada lansia, perhatian terhadap kesehatan oral perlu ditingkatkan karena proses penuaan dapat meningkatkan risiko gangguan pada rongga mulut.

Kesehatan gigi dan mulut merupakan kondisi di mana jaringan keras dan jaringan lunak di dalam rongga mulut berada dalam keadaan sehat, bebas dari penyakit serta gangguan estetika, sehingga individu mampu berbicara, mengunyah makanan, dan berinteraksi sosial tanpa hambatan (Sumadewi & Harkitasari, 2023).

Lebih luas, kesehatan gigi dan mulut mencakup kemampuan seseorang untuk berbicara, tersenyum, mencium, merasakan, menyentuh, mengunyah, menelan, serta mengekspresikan emosi melalui mimik wajah dengan rasa percaya diri tanpa adanya rasa nyeri, ketidaknyamanan, maupun penyakit pada area kraniofasial. Kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian integral dari kesehatan fisik dan mental secara menyeluruh, yang berada dalam suatu rentang kondisi dan dipengaruhi oleh nilai, persepsi, serta pandangan individu dan masyarakat (Glick dkk., 2016).

Selain itu, kesehatan gigi dan mulut mencerminkan interaksi berbagai aspek fisiologis, sosial, dan psikologis yang berperan penting dalam menentukan kualitas

hidup seseorang. Kondisi ini juga dipengaruhi oleh pengalaman hidup, persepsi individu, harapan, serta kemampuan seseorang dalam beradaptasi terhadap perubahan situasi dan lingkungan. Dengan demikian, kesehatan gigi dan mulut tidak hanya berkaitan dengan bebasnya penyakit, tetapi juga dengan kesejahteraan dan fungsi sosial individu secara keseluruhan (FDI, 2016).

2.2.1 Pentingnya Kesehatan Gigi dan Mulut Pada Lansia

Gigi memiliki peran krusial dalam proses mengunyah, berbicara, serta penampilan estetika. Seiring bertambahnya usia, terjadi perubahan alami pada rongga mulut, seperti tanggalnya gigi, kerusakan akibat karies, dan gangguan pada jaringan periodontal, yang menjadi penyebab utama menurunnya kemampuan mengunyah (Auralia dkk, 2024).

Kesehatan gigi dan mulut merupakan kondisi yang kompleks dan mencakup kemampuan individu untuk berbicara, tersenyum, mencium, mengecap, merasakan sentuhan, mengunyah, menelan, serta mengekspresikan emosi melalui wajah dengan rasa percaya diri tanpa mengalami nyeri, ketidaknyamanan, atau gangguan pada struktur kraniofasial. Kondisi ini menjadi bagian penting dari kesehatan fisik dan mental, serta berada dalam suatu spektrum yang dipengaruhi oleh nilai, pandangan, dan sikap individu maupun masyarakat. Selain itu, kesehatan gigi dan mulut mencerminkan aspek fisiologis, sosial, dan psikologis yang berperan dalam kualitas hidup, serta dipengaruhi oleh pengalaman, persepsi, harapan, dan kemampuan individu untuk menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan atau situasi (FDI, 2016).

2.2.2 Masalah Kesehatan Gigi dan Mulut Pada Lansia

Seiring bertambahnya usia, kondisi kesehatan gigi dan mulut pada lansia cenderung mengalami penurunan yang dapat memengaruhi kualitas hidup secara keseluruhan. Masalah-masalah yang paling umum ditemui pada lansia usia 65 tahun ke atas meliputi karies gigi, penyakit periodontal, kehilangan gigi, mulut kering, dan gangguan menelan (Aghaei dkk, 2021). Sedangkan penelitian Janto dkk (2022) masalah kesehatan gigi dan mulut pada lansia yang sering muncul antara lain:

1. Karies

Karies merupakan penyakit gigi yang paling umum dijumpai pada lansia. Kondisi ini sering terjadi akibat perubahan komposisi dan jumlah air liur seiring penuaan, mulut kering akibat penggunaan obat-obatan, pola makan yang kurang sehat, terbukanya akar gigi akibat resesi gingiva yang umum pada usia lanjut.

2. Penyakit Periodontal

Penyakit periodontal, termasuk *gingivitis* dan *periodontitis*, adalah gangguan yang menyerang jaringan penyangga gigi, seperti ligamen periodontal dan tulang pendukung. *Gingivitis* ditandai dengan peradangan serta perdarahan pada gusi, dan jika tidak segera ditangani, kondisi ini dapat berkembang menjadi *periodontitis* (Janto dkk, 2022). Lansia memiliki risiko lebih tinggi terkena *periodontitis* karena beberapa alasan, termasuk melemahnya sistem imun, adanya penyakit sistemik dan gaya hidup yang kurang sehat seperti merokok dan mengonsumsi alkohol (Ananda dkk, 2025).

3. Kehilangan gigi

Kehilangan gigi merupakan kondisi akhir dari karies atau penyakit periodontal yang tidak mendapatkan penanganan. Penyebab utamanya adalah infeksi mikroba yang berdampak negatif terhadap kesehatan mulut. Selain itu, kondisi ini juga dipengaruhi oleh faktor genetik individu, dan dalam beberapa kasus dapat terjadi akibat tindakan medis (*iatrogenik*), cedera, atau prosedur terapeutik tertentu (Janto dkk, 2022). Kehilangan gigi dalam rongga mulut dapat memengaruhi penurunan asupan nutrisi dan berdampak negatif terhadap kualitas hidup lansia (Ramadhana dkk, 2024).

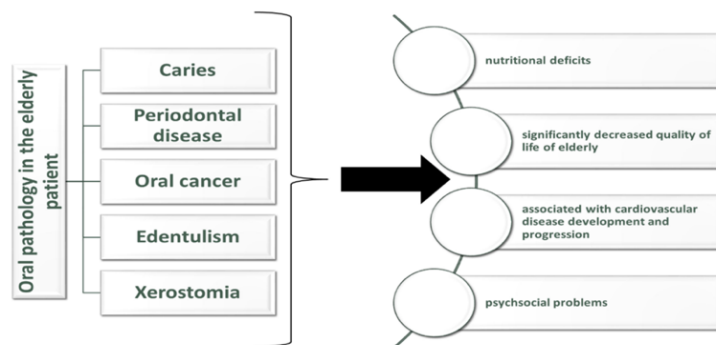
4. Mulut kering (*xerostomia*)

Mulut kering atau *xerostomia* merupakan kondisi subjektif yang ditandai dengan rasa kering di mulut, yang umumnya terjadi akibat perubahan pada jumlah maupun kualitas air liur. Keadaan ini berhubungan erat dengan menurunnya kualitas kesehatan mulut (Huang dkk, 2025).

2.2.3 Faktor Risiko Masalah Kesehatan Gigi dan Mulut pada Lansia

Masalah gigi yang tidak dirawat sering menyebabkan nyeri di mulut, terutama

pada orang berusia 50–64 tahun dengan kondisi kesehatan yang buruk, banyak lansia menghindari makanan tertentu karena kesulitan mengunyah, seperti yang dialami oleh 22% lansia berusia 65–74 tahun dan 35% pada usia 50–64 tahun. Akibatnya, mereka cenderung menghindari makanan keras seperti daging, buah, dan sayur, padahal makanan tersebut penting karena mengandung vitamin, mineral, protein, dan serat. Jika ini berlangsung terus-menerus, lansia bisa mengalami kekurangan gizi yang memperburuk kondisi penyakit kronis yang mereka derita (Janto dkk, 2022). Gambar 2.1 menunjukkan hubungan antara berbagai masalah kesehatan gigi dan mulut pada lansia dengan dampaknya terhadap asupan nutrisi, status gizi, dan resiko terjadinya penyakit sistemik



Gambar 2.1 Masalah mulut pada lansia dan pengaruhnya terhadap kesehatan secara keseluruhan (Janto dkk, 2022)

Beberapa faktor risiko utama yang berkontribusi terhadap masalah kesehatan mulut pada lansia mencakup perubahan fisiologis akibat proses penuaan, adanya penyakit kronis seperti diabetes dan gangguan kardiovaskular, konsumsi obat-obatan yang dapat menyebabkan mulut kering, serta gaya hidup tidak sehat seperti merokok dan mengonsumsi alkohol. Selain itu, pola makan tinggi gula, kondisi sosial ekonomi yang rendah, keterbatasan dalam mengakses layanan kesehatan, serta penurunan kemampuan motorik dan kognitif turut memperburuk kondisi tersebut (Huang dkk, 2025).

2.3 Konsep Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian penting dari sistem kesehatan yang bertujuan menjaga, memelihara, dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui kesehatan oral yang optimal. Pelayanan ini tidak hanya

berfokus pada upaya pengobatan, tetapi juga mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh dan berkesinambungan. Pemahaman yang baik mengenai konsep pelayanan kesehatan gigi dan mulut menjadi dasar dalam penyelenggaraan layanan yang efektif, terutama bagi kelompok rentan seperti lansia yang memiliki kebutuhan perawatan khusus.

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut merupakan bentuk pelayanan profesional di bidang kesehatan yang menasar individu, keluarga, dan masyarakat, baik yang sedang dalam kondisi sehat maupun sakit. Layanan ini meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif terhadap kesehatan gigi dan mulut yang diselenggarakan secara menyeluruh, terkoordinasi, dan berkelanjutan (Anggia dkk, 2020).

Menurut Rosidah dkk (2020) yang mengutip Kemenkes RI (2012), Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan pada Pasal 93 bahwa pelayanan kesehatan gigi dan mulut bertujuan untuk memelihara serta meningkatkan kesehatan masyarakat melalui kegiatan peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan kesehatan gigi yang dilaksanakan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, atau masyarakat secara terpadu, terintegrasi, dan berkesinambungan (Rosidah dkk, 2020)

2.3.1 Jenis-jenis Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut mencakup berbagai upaya untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan oral masyarakat, mulai dari pencegahan hingga pemulihan. Secara umum, pelayanan ini terbagi menjadi empat kategori utama antara lain:

1. Pelayanan promotif

Pelayanan ini dilakukan dengan memberikan edukasi mengenai cara menjaga kebersihan dan kesehatan gigi dan mulut, pentingnya penggunaan gigi tiruan untuk mengembalikan fungsi pengunyahan, serta anjuran untuk melakukan pemeriksaan gigi secara rutin (Senjaya, 2016).

2. Pelayanan Preventif

Pelayanan ini dilakukan untuk menjaga serta meningkatkan kesehatan oral

individu. Memberikan edukasi dalam bentuk penyuluhan mengenai pentingnya menjaga kebersihan mulut, teknik menyikat gigi yang benar, serta penggunaan benang gigi (*dental floss*) untuk membersihkan sisa makanan di sela-sela gigi (Lily dkk, 2025) .

Pemeriksaan gigi secara berkala sangat penting untuk mengidentifikasi masalah sejak dini, sehingga tindakan preventif dapat dilakukan tepat waktu. Selain itu, pembersihan karang gigi (*scaling*) membantu menghilangkan plak dan kalkulus yang menjadi penyebab utama penyakit periodontal dan karies. Tindakan preventif lainnya mencakup aplikasi *fluoride* untuk memperkuat enamel gigi dan mencegah kerusakan akibat karies. Mengurangi konsumsi gula dan makanan yang dapat merusak gigi.

Disamping itu, pemanfaatan teknologi seperti teledentistry menjadi inovasi yang mendukung promosi kesehatan dan konsultasi jarak jauh, terutama bagi masyarakat di daerah terpencil, sehingga meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan gigi dan mulut secara preventif (Thania dkk, 2025).

3. Pelayanan Kuratif

Merupakan upaya perawatan yang melibatkan lansia dalam menjaga kebersihan gigi dan mulutnya. Bagi lansia yang masih memiliki gigi alami, disarankan untuk segera berkonsultasi ke dokter gigi jika terdapat karang gigi atau gigi berlubang. Menyikat gigi minimal dua kali sehari (pagi dan malam sebelum tidur). Bagi pengguna gigi tiruan lepasan, gigi tiruan harus dibersihkan dengan menyikat secara perlahan di bawah air mengalir dan jika perlu menggunakan pasta gigi. Saat tidur, gigi palsu sebaiknya dilepas dan direndam dalam air bersih. Sedangkan untuk lansia yang tidak memiliki gigi sama sekali, dianjurkan untuk berkumur setiap selesai makan dan menyikat gusi serta lidah secara rutin agar sisa makanan tidak menumpuk (Senjaya, 2016).

4. Pelayanan Rehabilitatif

Pertama, membentuk pola makan yang sehat dan seimbang. Kedua, memperkuat sistem imun tubuh. Ketiga, mencegah pengeroposan tulang dengan mengonsumsi makanan kaya vitamin D. Keempat, menjaga kesehatan sistem pencernaan dengan asupan serat. Kelima, melindungi kesehatan mata dan mencegah katarak. Keenam, mengurangi risiko penyakit jantung dengan

membatasi konsumsi lemak, kolesterol, dan natrium. Ketujuh, menjaga daya ingat dan fungsi. Kedelapan, mempertahankan berat badan ideal melalui aktivitas fisik rutin dan pola makan rendah lemak yang kaya karbohidrat kompleks. Kesembilan, menjaga selera makan dan kelenturan otot melalui olahraga seperti aerobik, berjalan kaki, atau berenang sesuai kemampuan dan kondisi fisik masing-masing. Terakhir, tetap aktif dalam kegiatan sehari-hari untuk mendukung kesehatan secara keseluruhan (Senjaya, 2016).

2.3.2 Standar Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut untuk Lansia

Penelitian yang dilakukan Rabbo dkk (2011) menyatakan standar pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada lansia, khususnya mereka yang tinggal di panti jompo yaitu pemeriksaan rutin berkala, serta perawatan yang memadai dan berkelanjutan. Aspek lain yang tidak kalah penting adalah perhatian terhadap status gizi lansia yang dipengaruhi oleh kondisi kesehatan mulut, di mana keterlibatan dokter gigi dalam pemantauan pola makan sangat dianjurkan (Rabbo dkk, 2012). Selain itu, Pelayanan harus mengakomodasi aspek sosial budaya lansia, dengan pendekatan yang empatik, edukasi yang mudah dipahami, dan dukungan keluarga atau tenaga kesehatan agar lansia lebih mau dan mampu menjalani perawatan gigi (Mawardani, 2024).

2.4 Konsep Akses Pelayanan Kesehatan

Akses pelayanan kesehatan mencerminkan kemampuan masyarakat untuk memperoleh layanan kesehatan yang dibutuhkan secara adil, terjangkau, dan berkualitas. Konsep ini mencakup kemudahan dalam menjangkau serta memanfaatkan layanan tanpa hambatan geografis, ekonomi, atau sosial. Bagian ini membahas pengertian, dimensi, dan faktor-faktor yang memengaruhi akses terhadap pelayanan kesehatan.

Aksesibilitas pelayanan kesehatan merujuk pada kemampuan individu untuk memperoleh layanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhannya. Bashshur dan rekan-rekannya (1971) mendefinisikan aksesibilitas sebagai hubungan fungsional antara masyarakat, fasilitas medis, dan sumber daya yang tersedia. Hubungan ini mencerminkan adanya perbedaan dalam hal hambatan, kendala, atau kesulitan yang

dihadapi, maupun faktor-faktor yang dapat mempermudah masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan (Laksono dkk, 2016).

Akses pelayanan kesehatan adalah bagian dari hak asasi manusia yang menjamin ketersediaan layanan kesehatan yang merata, terjangkau, dan berkualitas bagi seluruh masyarakat tanpa diskriminasi. Aksesibilitas mencakup dimensi non-diskriminasi, keterjangkauan fisik dan ekonomi, serta kemampuan mengakses informasi kesehatan (Japar dkk, 2024).

2.4.1 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Akses Pelayanan Kesehatan

Terdapat sejumlah faktor-faktor yang memengaruhi tingkat akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yaitu:

1. Faktor jenis kelamin, di mana perempuan cenderung lebih aktif dalam memanfaatkan layanan kesehatan dibandingkan laki-laki.
2. Durasi perjalanan menuju fasilitas kesehatan, lama perjalanan menuju fasilitas kesehatan berpengaruh signifikan terhadap kemudahan akses. Jarak jauh dan waktu tempuh Panjang mengurangi kemungkinan masyarakat untuk rutin berkunjung.
3. Faktor geografis, seperti tempat tinggal baik di wilayah perkotaan maupun pedesaan serta kepemilikan kendaraan pribadi dan biaya transportasi juga menjadi unsur penting dalam menentukan kemudahan akses.
4. Persepsi masyarakat terhadap kesehatan dan mutu layanan, persepsi positif masyarakat terhadap kesehatan dan mutu layanan meningkatkan pemanfaatan. Pendidikan dan pengetahuan kesehatan berperan meningkatkan akses
5. Hambatan fisik juga menjadi faktor yang mempengaruhi akses pelayanan kesehatan seperti akses transportasi masyarakat menuju pelayanan kesehatan menjadi kendala, karena kondisi jalan yang sulit dilalui. Situasi ini juga menyulitkan proses rujukan apabila ada anggota keluarga yang perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan di kota (Nurfadillah dkk, 2025;Maulany dkk, 2021).

2.5 Konsep Hambatan Akses Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Hambatan akses pelayanan kesehatan gigi dan mulut mencerminkan berbagai kesulitan yang dialami individu dalam memperoleh layanan kesehatan gigi secara

optimal. Hambatan ini dapat bersumber dari faktor ekonomi, geografis, sosial, maupun psikologis yang mengakibatkan rendahnya pemanfaatan layanan dan menurunnya status kesehatan gigi masyarakat.

Bagian ini membahas pengertian, jenis-jenis, serta hambatan spesifik yang dialami kelompok tertentu, khususnya lansia, guna memahami faktor yang memengaruhi keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan gigi dan mulut.

2.5.1 Definisi Hambatan Akses Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Hambatan dalam akses terhadap pelayanan kesehatan gigi dapat berdampak signifikan terhadap rendahnya pemanfaatan layanan kedokteran gigi. Kondisi ini berimplikasi pada banyaknya kebutuhan kesehatan gigi yang tidak terpenuhi dan pada akhirnya menurunkan status kesehatan gigi masyarakat (Vaishampayan dkk, 2025).

Menurut Freeman (1999), istilah hambatan digunakan untuk menggambarkan berbagai kesulitan yang dialami individu dalam mengakses pelayanan kesehatan gigi. Istilah tersebut kemudian berkembang menjadi sebuah konsep yang mencakup berbagai faktor, termasuk faktor fisik, yang dapat memengaruhi akses terhadap perawatan gigi (Freeman, 1999) .

2.5.2 Jenis-jenis Hambatan Akses Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Akses pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada populasi dewasa dipengaruhi oleh berbagai hambatan yang bersifat ekonomi, struktural, pengetahuan, geografis, dan psikologis. Hambatan-hambatan tersebut berkontribusi terhadap rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi, khususnya layanan preventif. Hambatan finansial merupakan faktor yang paling sering dilaporkan. Penelitian Almutlaqah dkk (2018) di Arab Saudi menunjukkan bahwa sekitar 50–60% responden dewasa menyatakan biaya perawatan gigi yang tinggi sebagai alasan utama tidak melakukan kunjungan ke dokter gigi. Temuan serupa dilaporkan oleh Obeidat dkk (2014) dan Akram dkk (2020), yang menyebutkan bahwa lebih dari setengah responden dewasa mengalami keterbatasan biaya dalam mengakses pelayanan kesehatan gigi dan mulut (Almutlaqah dkk, 2018; Akram dkk, 2020; Obeidat dkk, 2014).

Selain biaya, keterbatasan waktu dan kesibukan aktivitas sehari-hari juga menjadi hambatan penting. Almutlaqah dkk (2018) melaporkan bahwa sekitar 35–40% responden tidak memiliki waktu yang cukup untuk mengunjungi pelayanan kesehatan gigi meskipun menyadari pentingnya perawatan gigi secara rutin. Hal ini menyebabkan kecenderungan penundaan perawatan hingga muncul keluhan yang lebih serius.

Hambatan pengetahuan dan kesadaran turut memengaruhi rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi. Al-Ansari (2016) menemukan bahwa sekitar 40% responden dewasa memiliki tingkat kesadaran yang rendah terhadap metode pencegahan penyakit gigi dan mulut, termasuk pemeriksaan gigi rutin dan praktik kebersihan mulut yang benar. Rendahnya kesadaran ini berdampak pada persepsi bahwa perawatan gigi tidak bersifat mendesak selama belum muncul rasa sakit (Al-Ansari dkk, 2016).

Hambatan geografis dan transportasi juga dilaporkan sebagai faktor pembatas akses. Obeidat dkk (2014) dan Akram dkk (2020) menunjukkan bahwa sekitar 25–35% responden dewasa mengalami kesulitan mengakses fasilitas pelayanan kesehatan gigi akibat jarak yang jauh dan keterbatasan sarana transportasi. Kondisi ini berkontribusi terhadap rendahnya frekuensi kunjungan ke dokter gigi (Obeidat dkk, 2014; Akram dkk, 2020).

Selain itu, faktor psikologis seperti rasa takut dan kecemasan terhadap perawatan gigi turut menghambat akses pelayanan. Akram dkk (2020) melaporkan bahwa sekitar 30% responden dewasa menghindari atau menunda kunjungan ke dokter gigi karena takut terhadap rasa nyeri atau prosedur perawatan (Akram dkk, 2020). Secara keseluruhan, hambatan akses pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada populasi dewasa bersifat multidimensional dan saling berkaitan, sehingga memengaruhi pola pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi yang cenderung bersifat kuratif dibandingkan preventif.

2.5.3 Hambatan Akses Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Lansia

Akses pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada lansia dipengaruhi oleh berbagai hambatan yang bersifat multidimensional, mencakup faktor individu, ekonomi, sistem pelayanan kesehatan, serta lingkungan sosial. Berbagai penelitian

menunjukkan bahwa hambatan-hambatan tersebut dapat muncul pada setiap tahapan proses perawatan, mulai dari pengenalan kebutuhan hingga pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut (Borreani dkk, 2008; Griffin dkk, 2012). Berdasarkan kajian literatur, jenis-jenis hambatan akses pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada lansia dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Hambatan Persepsi Kebutuhan dan Kesadaran

Rendahnya persepsi akan kebutuhan perawatan gigi merupakan hambatan yang paling dominan pada lansia. Penelitian Hamasha dkk (2019) menunjukkan bahwa 70,2% lansia melaporkan kurangnya persepsi terhadap kebutuhan perawatan gigi sebagai hambatan utama dalam mengakses pelayanan kesehatan gigi. Griffin dkk (2012) menegaskan bahwa banyak lansia menganggap masalah gigi sebagai bagian normal dari proses penuaan, sehingga tidak memprioritaskan pemeriksaan dan perawatan gigi secara rutin. Borreani dkk (2008) menyebut hambatan ini sebagai hambatan pasif yang muncul sejak tahap awal pengenalan kebutuhan perawatan (Hamasha dkk, 2019; Griffin dkk, 2012; Borreani dkk, 2008).

2. Hambatan Sistem Pelayanan dan Jaminan Kesehatan

Keterbatasan sistem pelayanan dan jaminan kesehatan gigi juga menjadi hambatan signifikan bagi lansia. Hamasha dkk (2019) melaporkan bahwa 64,5% lansia tidak memiliki asuransi kesehatan gigi, sehingga membatasi kemampuan mereka dalam mengakses pelayanan kesehatan gigi. Borreani dkk (2008) menambahkan bahwa sistem pelayanan kesehatan gigi yang masih berorientasi pada layanan klinik konvensional sering kali belum ramah terhadap kebutuhan lansia, terutama bagi mereka yang memiliki keterbatasan fisik dan ketergantungan fungsional (Hamasha dkk, 2019; Griffin dkk, 2012; Borreani dkk, 2008).

3. Hambatan Finansial (Biaya Perawatan Gigi)

Hambatan finansial merupakan faktor penting yang memengaruhi akses pelayanan kesehatan gigi pada lansia. Hamasha dkk (2019) menunjukkan bahwa 61,3% lansia menyatakan biaya perawatan gigi yang tidak terjangkau sebagai hambatan dalam memperoleh layanan kesehatan gigi. Borreani dkk (2008) menjelaskan bahwa hambatan biaya tidak hanya berupa biaya langsung seperti perawatan dan pembuatan gigi tiruan, tetapi juga biaya tidak langsung, termasuk transportasi dan parkir. Kondisi ini diperkuat oleh Griffin dkk (2012) yang

menyatakan bahwa keterbatasan ekonomi berkontribusi terhadap rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi secara preventif pada lansia (Hamasha dkk, 2019; Borreani dkk, 2008; Griffin dkk, 2012)

4. Hambatan Fisik dan Mobilitas

Keterbatasan fisik dan mobilitas menjadi hambatan penting bagi lansia dalam mengakses pelayanan kesehatan gigi. Montini dkk (2014) melaporkan bahwa sekitar 30–35% lansia mengalami kesulitan mengunjungi fasilitas pelayanan kesehatan gigi akibat gangguan mobilitas, penyakit kronis, dan ketergantungan pada bantuan orang lain. Dalam penelitian Hamasha dkk (2019), 10,7% lansia melaporkan disabilitas sebagai hambatan akses. Borreani dkk (2008) menegaskan bahwa keterbatasan fisik dapat menghambat lansia pada tahap penjadwalan hingga pelaksanaan perawatan gigi (Montini dkk, 2014; Hamasha dkk, 2019; Borreani dkk, 2008).

5. Hambatan Aksesibilitas dan Transportasi

Hambatan aksesibilitas dan transportasi berkaitan dengan kesulitan mencapai fasilitas pelayanan kesehatan gigi. Hamasha dkk (2019) melaporkan bahwa 44,2% lansia mengalami hambatan transportasi dalam mengakses pelayanan kesehatan gigi. Montini dkk (2014) juga menunjukkan bahwa sekitar 25–30% lansia mengalami kesulitan transportasi dan bergantung pada keluarga atau perawat lansia untuk mencapai fasilitas pelayanan kesehatan gigi. Kondisi ini menyebabkan frekuensi kunjungan menjadi rendah dan tidak teratur (Hamasha dkk, 2019; Montini dkk, 2014; Borreani dkk, 2008).

6. Hambatan Psikologis dan Ketakutan terhadap Perawatan Gigi

Faktor psikologis, khususnya rasa takut dan kecemasan terhadap perawatan gigi, turut membatasi akses pelayanan kesehatan gigi pada lansia. Hamasha dkk (2019) melaporkan bahwa 35,5% lansia menyatakan ketakutan terhadap perawatan gigi sebagai hambatan. Borreani dkk (2008) menjelaskan bahwa ketakutan ini sering kali bersumber dari pengalaman negatif di masa lalu, lingkungan klinik yang kurang nyaman, serta citra negatif terhadap perawatan gigi (Hamasha dkk, 2019; Borreani dkk, 2008).

7. Hambatan Ketersediaan Layanan

Ketersediaan layanan kesehatan gigi yang ramah lansia masih menjadi tantangan dalam sistem pelayanan kesehatan. Borreani dkk (2008) menyatakan bahwa banyak lansia kesulitan menemukan dokter gigi yang bersedia dan mampu menangani pasien usia lanjut. Griffin dkk (2012) menegaskan bahwa keterbatasan distribusi tenaga kesehatan gigi dan rendahnya prioritas pelayanan gigi bagi lansia berkontribusi terhadap rendahnya akses pelayanan kesehatan gigi dan mulut (Borreani dkk, 2008; Griffin dkk, 2012).

8. Hambatan Geografis

Faktor geografis, seperti lokasi tempat tinggal, juga dapat memengaruhi akses pelayanan kesehatan gigi pada lansia. Namun, hambatan ini relatif lebih rendah dibandingkan hambatan lainnya. Hamasha dkk (2019) melaporkan bahwa 28,9% lansia menyatakan lokasi tempat tinggal sebagai hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan gigi (Hamasha dkk, 2019).

Akumulasi berbagai hambatan akses tersebut berdampak pada tingginya beban penyakit gigi dan mulut pada lansia. Griffin dkk (2012) menegaskan bahwa rendahnya akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi berkontribusi terhadap meningkatnya kebutuhan perawatan kuratif, penurunan kualitas hidup, serta meningkatnya beban sistem pelayanan kesehatan (Griffin dkk, 2012).

2.6 Landasan Teori

Landasan teori merupakan dasar konseptual yang digunakan untuk menjelaskan hubungan antarvariabel dan menjadi acuan dalam menganalisis hasil penelitian. Dalam konteks ini, teori akses pelayanan kesehatan digunakan untuk memahami berbagai faktor yang memengaruhi kemampuan individu memperoleh layanan kesehatan gigi dan mulut, khususnya pada lansia di panti sosial.

Akses pelayanan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan fasilitas, tetapi juga oleh aspek ekonomi, sosial, budaya, dan perilaku individu dalam memanfaatkan layanan. Karena itu, beberapa ahli telah mengembangkan teori untuk menjelaskan faktor-faktor tersebut, antara lain Aday dan Andersen (1974), Carillo dkk (2011), Levesque dkk (2013), serta Penchansky dan Thomas (1984). Dari berbagai teori tersebut, model Penchansky dan Thomas dipilih karena paling

relevan dan aplikatif dalam menggambarkan hambatan akses pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada lansia.

2.6.1 Teori Aday dan Andersen (1974)

Teori Aday dan Andersen merupakan salah satu model konseptual yang paling banyak digunakan untuk menjelaskan faktor-faktor yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Teori ini pertama kali diperkenalkan melalui *Behavioral Model of Health Services Use*, yang menyatakan bahwa penggunaan pelayanan kesehatan merupakan hasil interaksi antara karakteristik individu dan sistem pelayanan kesehatan yang tersedia (Aday & Andersen, 1974).

Model ini kemudian mengalami pengembangan untuk memperjelas determinan utama pemanfaatan pelayanan kesehatan. Dalam versi revisi yang dikemukakan oleh Andersen (1995), faktor-faktor yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan dikelompokkan ke dalam tiga komponen utama, yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pendukung (*enabling factors*), dan faktor kebutuhan (*need factors*). Faktor predisposisi mencakup karakteristik demografis, struktur sosial, serta keyakinan individu terhadap kesehatan; faktor pendukung meliputi sumber daya individu dan ketersediaan pelayanan kesehatan; sedangkan faktor kebutuhan berkaitan dengan persepsi individu maupun penilaian profesional terhadap kondisi kesehatan yang memerlukan pelayanan (Andersen, 1995).

Keunggulan teori Aday dan Andersen terletak pada kemampuannya menjelaskan hubungan antara faktor individu dan faktor sistem pelayanan kesehatan dalam menentukan keputusan pemanfaatan layanan. Tinjauan sistematis yang dilakukan oleh Babitsch dkk (2012) menunjukkan bahwa model ini digunakan secara luas dalam penelitian akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan karena fleksibilitasnya dalam berbagai konteks layanan, baik pelayanan promotif, preventif, maupun kuratif (Babitsch dkk, 2012).

Teori Aday dan Andersen juga relevan untuk menganalisis akses pelayanan kesehatan pada kelompok rentan, termasuk lansia. Kelompok lansia sering menghadapi kombinasi hambatan yang berasal dari faktor predisposisi seperti usia dan pendidikan, faktor pendukung seperti keterbatasan akses, dukungan sosial, dan

kualitas pelayanan, serta faktor kebutuhan yang meningkat akibat kondisi kesehatan yang kompleks dan penyakit kronis (Griffin dkk, 2012).

Selain itu, penerapan teori Aday dan Andersen dapat ditemukan dalam berbagai penelitian empiris di Indonesia. Penelitian oleh Siahaan dkk (2025) menunjukkan bahwa karakteristik individu, kualitas petugas kesehatan, kelengkapan fasilitas, dan akses pelayanan memiliki hubungan dengan preferensi pemanfaatan layanan kesehatan. Temuan ini sejalan dengan konsep faktor predisposisi dan faktor pendukung dalam model Aday dan Andersen, yang menekankan bahwa keputusan individu dalam menggunakan layanan kesehatan dipengaruhi oleh interaksi antara karakteristik personal dan sistem pelayanan kesehatan (Siahaan dkk, 2025).

Dengan demikian, teori Aday dan Andersen (1974) beserta pengembangannya memberikan landasan teoritis yang kuat dalam penelitian ini untuk menjelaskan bagaimana karakteristik individu, faktor sistem pelayanan kesehatan, dan kebutuhan kesehatan memengaruhi akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut, khususnya pada kelompok lansia.

2.6.2 Teori J. Emilio Carrillo dan Victor Carrillo (2011)

Teori yang dikemukakan oleh Carrillo dan rekan-rekannya dikenal sebagai *Health Care Access Barriers (HCAB) Model*, yang berfungsi sebagai kerangka untuk mengidentifikasi dan mengklasifikasikan hambatan akses pelayanan kesehatan secara sistematis. Menurut Carrillo dkk., hambatan akses pelayanan kesehatan tidak hanya bersumber dari kondisi medis pasien, tetapi juga berasal dari faktor finansial, struktural, dan kognitif yang saling terkait dan memengaruhi hasil kesehatan secara keseluruhan (Carrillo dkk, 2011).

1. Hambatan Finansial (*Financial Barriers*), yang mencakup kesulitan membayar biaya layanan, kurangnya asuransi, atau status *underinsured*. Hambatan ini menjadi salah satu penyebab utama rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan pada kelompok berpenghasilan rendah.
2. Hambatan Struktural (*Structural Barriers*), yaitu kendala yang timbul dari sistem dan organisasi layanan kesehatan, seperti jarak fasilitas yang jauh, waktu

tunggu panjang, kurangnya transportasi, dan jam operasional yang tidak fleksibel.

3. Hambatan Kognitif (*Cognitive Barriers*), yang berkaitan dengan aspek pengetahuan, kepercayaan, dan komunikasi antara pasien dan penyedia layanan. Faktor-faktor seperti rendahnya literasi kesehatan, perbedaan bahasa, dan ketidakpercayaan terhadap sistem kesehatan dapat menyebabkan individu tidak memanfaatkan layanan meskipun layanan tersebut tersedia (Carillo dkk, 2012).

Model Carrillo telah banyak digunakan sebagai kerangka analisis dalam penelitian-penelitian kontemporer untuk mengkaji hambatan akses pelayanan kesehatan pada berbagai kelompok rentan. Penelitian kualitatif oleh Golestasi dkk (2025) menunjukkan bahwa hambatan finansial, keterbatasan ketersediaan layanan, serta rendahnya pemahaman terhadap sistem pelayanan kesehatan merupakan faktor utama yang menghambat akses pelayanan kesehatan. Temuan tersebut menunjukkan kesesuaian yang kuat dengan klasifikasi hambatan dalam HCAB Model, meskipun konteks dan karakteristik responden berbeda (Golestasi dkk, 2025).

HCAB juga menambahkan tiga variabel antara (*intermediary variables*), yaitu *prevention* (pencegahan), *timely care* (ketepatan waktu mencari layanan), dan *treatment* (pengobatan). Ketiga variabel ini menjelaskan bagaimana hambatan-hambatan akses dapat menyebabkan keterlambatan atau penurunan kualitas pelayanan yang diterima masyarakat (Brusnahan dkk, 2022).

2.6.3 Teori Jean-Frederic Levesque, Mark F Harris dan Grant Russell (2013)

Teori akses pelayanan kesehatan yang dikemukakan oleh Levesque, Harris, dan Russell (2013) memandang akses sebagai suatu proses dinamis dan berkelanjutan yang terjadi melalui interaksi antara sistem pelayanan kesehatan dan kemampuan individu sebagai pengguna layanan. Akses tidak hanya dimaknai sebagai keberadaan fasilitas kesehatan, tetapi juga mencakup kemampuan individu untuk mengenali kebutuhan kesehatan, mencari, menjangkau, memperoleh, dan menggunakan pelayanan kesehatan secara tepat dan berkesinambungan (Levesque dkk, 2013).

Pandangan akses sebagai suatu proses ini sejalan dengan konsep yang dikemukakan oleh Fortney dkk (2011), yang menekankan bahwa akses pelayanan kesehatan harus dipahami sebagai rangkaian tahapan mulai dari ketersediaan layanan hingga keterlibatan pasien dalam perawatan. Fortney dkk. menyatakan bahwa hambatan akses dapat muncul pada setiap tahapan proses tersebut dan saling berinteraksi dalam memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan (Fortney dkk, 2011).

Dalam kerangka Levesque, akses dari sisi sistem pelayanan kesehatan terdiri atas lima dimensi utama, yaitu *approachability*, *acceptability*, *availability and accommodation*, *affordability*, dan *appropriateness*. Kelima dimensi ini menggambarkan sejauh mana pelayanan kesehatan dapat dikenali, diterima, tersedia, terjangkau, dan sesuai dengan kebutuhan pengguna layanan (Levesque dkk, 2013).

Selain dimensi sistem, Levesque dkk (2013) juga menekankan kemampuan individu dalam mengakses pelayanan kesehatan, yang meliputi kemampuan untuk mempersepsikan kebutuhan (*ability to perceive*), mencari pelayanan (*ability to seek*), menjangkau pelayanan (*ability to reach*), membayar (*ability to pay*), serta terlibat dalam proses perawatan (*ability to engage*). Akses pelayanan kesehatan yang optimal hanya dapat tercapai apabila terdapat kesesuaian antara karakteristik sistem pelayanan dan kemampuan individu tersebut (Levesque dkk, 2013; Fortney dkk, 2011).

Penggunaan teori Levesque dalam penelitian kontemporer juga diperkuat oleh Jindal dkk (2023), yang mengaplikasikan kerangka *patient-centred access* untuk menjelaskan ketimpangan akses pelayanan kesehatan. Studi tersebut menegaskan bahwa upaya peningkatan akses harus dilakukan secara simultan pada sisi sistem pelayanan dan kemampuan individu, sebagaimana dikemukakan dalam teori Levesque. Oleh karena itu, teori ini relevan digunakan sebagai landasan dalam menganalisis hambatan akses pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada lansia (Jindal dkk, 2023).

2.6.4 Teori Penchansky dan Thomas (1984)

Penchansky dan Thomas (1981) memperkenalkan salah satu kerangka kerja paling berpengaruh dalam memahami konsep akses ke pelayanan kesehatan melalui artikel klasik berjudul *“The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction”* yang diterbitkan dalam *Medical Care*.

Menurut Penchansky dan Thomas, akses tidak hanya berarti tersedianya fasilitas kesehatan, tetapi merupakan tingkat kesesuaian (*degree of fit*) antara karakteristik penyedia layanan kesehatan (*health care resources*) dan kebutuhan serta kemampuan pengguna layanan (*patients or consumers*). Dengan kata lain, seseorang dianggap memiliki akses ketika ada kesesuaian yang baik antara sistem pelayanan dan kebutuhan populasi. Jika kesesuaian ini buruk maka muncul hambatan (*barriers*) terhadap akses layanan kesehatan. Untuk menjelaskan konsep tersebut secara lebih operasional, Penchansky dan Thomas menguraikan akses ke dalam lima dimensi utama yang hingga kini dikenal luas sebagai *“Five A’s of Access”*, yaitu ketersediaan (*availability*), aksesibilitas (*accessibility*), akomodasi (*accommodation*), keterjangkauan (*affordability*), dan penerimaan (*acceptability*) (Penchansky dan Thomas, 1984).

1. Ketersediaan (*Availability*)

Dimensi ini menilai apakah sumber daya layanan, seperti fasilitas, tenaga kesehatan, dan peralatan medis, tersedia cukup untuk memenuhi kebutuhan populasi. Ketersediaan yang rendah dapat menimbulkan antrean panjang, keterbatasan layanan, atau penolakan pasien. Sharmila dkk (2021) menemukan bahwa keterbatasan jumlah tenaga kesehatan di panti jompo menjadi salah satu hambatan utama lansia dalam memperoleh layanan kesehatan gigi (Sharmila dkk, 2021).

2. Aksesibilitas (*Accessibility*)

Menekankan seberapa mudah individu dapat mencapai fasilitas kesehatan. Faktor yang memengaruhi antara lain jarak, transportasi, dan waktu tempuh. Hambatan geografis dapat mengurangi kemungkinan individu memanfaatkan layanan meskipun layanan tersebut tersedia (Penchansky dan Thomas, 1984).

3. Akomodasi (*Accommodation*)

Menggambarkan sejauh mana layanan menyesuaikan diri dengan kebutuh-

an pasien misalnya jam operasional, prosedur pendaftaran, dan kemudahan administrasi. Akomodasi yang baik meningkatkan kenyamanan dan efisiensi akses layanan (Penchansky dan Thomas, 1984).

4. Keterjangkauan (*Affordability*)

Berhubungan dengan hubungan antara biaya layanan dan kemampuan ekonomi pengguna. Hambatan muncul ketika biaya perawatan, obat, atau transportasi melampaui kemampuan bayar individu atau ketika sistem asuransi tidak mencakup jenis layanan tertentu (Penchansky dan Thomas, 1984).

5. Penerimaan (*Acceptability*)

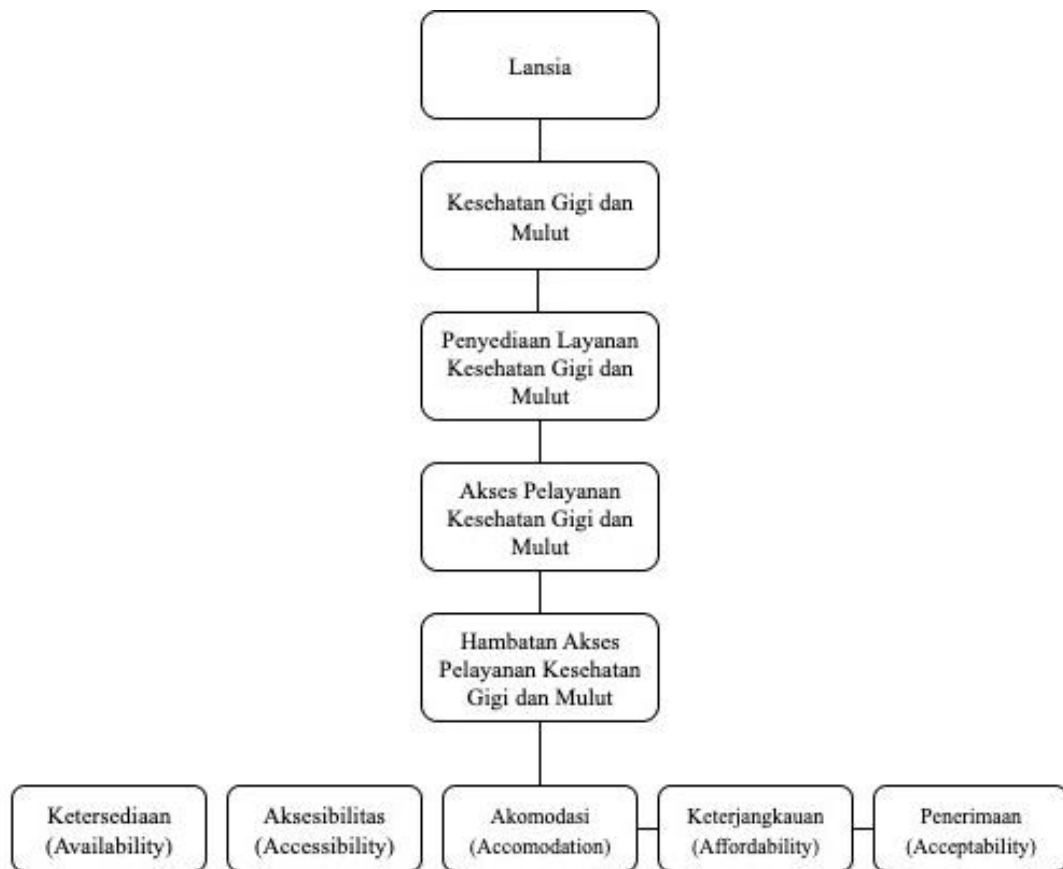
Dimensi ini menekankan kesesuaian layanan dengan ekspektasi pasien terkait budaya, etika, gender, dan interaksi interpersonal. Penerimaan pasien terhadap layanan sangat penting untuk membangun kepercayaan dan kepuasan dalam perawatan (Sharmila dk, 2021).

Kelima dimensi ini saling berhubungan dan membentuk pengalaman akses secara menyeluruh. Misalnya, meskipun layanan tersedia dan terjangkau secara finansial, akses masih bisa terganggu jika pasien merasa layanan tersebut tidak sesuai secara budaya (*unacceptable*). Dalam model ini, *utilization* (pemanfaatan layanan) dipandang sebagai hasil akhir dari keseimbangan antar dimensi tersebut.

Alasan Pemilihan Teori Penchansky & Thomas dalam Penelitian. Teori Penchansky & Thomas dipilih karena memiliki relevansi konseptual dan operasional yang tinggi terhadap penelitian mengenai akses pelayanan kesehatan, terutama ketika penelitian berfokus pada identifikasi hambatan dan faktor-faktor yang memengaruhi pemanfaatan layanan.

Dengan demikian, teori Penchansky & Thomas (1984) menjadi pilihan yang tepat karena mampu menjembatani pendekatan konseptual dan aplikatif menyajikan kerangka yang kuat untuk memahami, mengukur, serta memperbaiki akses terhadap pelayanan kesehatan di berbagai konteks sosial dan ekonomi (Penchansky & Thomas, 1984; Sharmila dkk, 2021).

2.7 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori *Penchansky & Thomas. (1984). Relating satisfaction with access to utilization of service. Medical Care 22(6).*

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain deskriptif pendekatan *cross-sectional* untuk menggambarkan hambatan akses pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin, Kabupaten Padang Pariaman, Sumatera Barat. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan November 2025.

3.3 Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh lansia yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin sebanyak 110 orang. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *total sampling*, yaitu seluruh anggota populasi yang memenuhi kriteria penelitian dijadikan sampel.

3.3.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi untuk sampel pada penelitian ini, antara lain:

- 1) Lansia yang berumur >60 tahun.
- 2) Lansia yang mampu berkomunikasi dengan baik dan kooperatif saat pengisian kuesioner.
- 3) Tinggal di panti sosial minimal 6 bulan.

3.3.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi untuk sampel pada penelitian ini, antara lain:

- 1) Lansia yang tidak mau menandatangani *informed consent*.
- 2) Lansia yang mengalami gangguan kognitif berat (misalnya demensia atau pikun) sehingga tidak mampu mengisi kuesioner.

3.4 Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan teknik total sampling, yaitu seluruh lansia yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dijadikan sebagai sampel penelitian. Dari total 110 lansia yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin, sebanyak 51 lansia memenuhi kriteria penelitian dan seluruhnya diikutsertakan sebagai sampel. Dengan demikian, besar sampel dalam penelitian ini adalah 51 lansia.

3.5 Variabel Penelitian

Pada penelitian ini, variabel yang digunakan mengacu pada lima dimensi yaitu:

1. Hambatan *Availability* (ketersediaan)
2. Hambatan *Accessibility* (aksesibilitas)
3. Hambatan *Accommodation* (akomodasi)
4. Hambatan *Affordability* (keterjangkauan)
5. Hambatan *Acceptability* (penerimaan)

3.6 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1.	Hambatan <i>Availability</i> (ketersediaan)	Tingkat kecukupan ketersediaan layanan kesehatan gigi dan mulut, tenaga termasuk tenaga medis dan fasilitas, sesuai dengan pengetahuan lansia kebutuhan lansia di panti sosial.	Tingkat keyakinan lansia terhadap ketersediaan pelayanan kesehatan gigi dan mulut, ketersediaan tenaga kesehatan, dan tenaga kesehatan, dan pengetahuan lansia tentang tempat layanan gigi dan mulut.	Kuesioner	Membagikan Kuesioner untuk diisi langsung oleh responden	Nominal	1= Tidak, 0= Ya
2.	Hambatan <i>Accessibility</i> (aksesibilitas)	Kemampuan membayar dan ketiadaan asuransi kesehatan menimbulkan kesenjangan akses layanan antara kelompok miskin dan waktu. tidak miskin.	Kemudahan lansia di panti sosial dalam menjangkau layanan kesehatan gigi dan mulut berdasarkan lokasi, transportasi, dan waktu.	Kuesioner	Membagikan Kuesioner untuk diisi langsung oleh responden	Nominal	1= Tidak, 0= Ya

No	Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
3.	Hambatan <i>Accommodation</i> (akomodasi)	Sejauh mana pengaturan pelayanan kesehatan gigi disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan lansia di panti sosial.	Durasi lansia mendapatkan jadwal dan pelayanan gigi, ke-sesuaian jadwal dengan aktivitas, waktu tunggu dan kemampuan berkomunikasi dengan petugas atau dokter gigi.	Kuesioner	Membagikan Kuesioner untuk diisi langsung oleh responden	Nominal	1= Tidak, 0= Ya
4.	Hambatan <i>Affordability</i> (keterjangkauan)	Kemampuan lansia dalam membayar biaya pelayanan kesehatan gigi dan biaya pelayanan kesehatan gigi dan mulut, baik secara mandiri maupun melalui jaminan kesehatan.	Penanggung biaya layanan gigi, kepemilikan jaminan kesehatan, pengetahuan biaya perawatan, dan kecenderungan menunda berobat karena biaya.	Kuesioner	Membagikan Kuesioner untuk diisi langsung oleh responden	Nominal	1= Tidak, 0= Ya
5.	Hambatan <i>Acceptability</i> (penerimaan)	Kenyamanan dan kesesuaian hubungan lansia dengan penyedia	Kenyamanan lansia terhadap lingkungan dan dokter gigi, sikap hormat tenaga medis,	Kuesioner	Membagikan Kuesioner untuk diisi langsung oleh responden	Nominal	1= Tidak, 0= Ya

No	Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
		layanan berdasarkan sikap, terhadap kepercayaan, dan dokter preferensi.	gigi serta keyakinan keahliah dalam menangani masalah gigi dan mulut.				

3.7 Teknik Pengambilan Data

Data dalam penelitian ini dikumpulkan menggunakan kuesioner. Kuesioner tersebut berisi pertanyaan tertutup yang dirancang untuk menggali hambatan yang dialami lansia dalam mengakses layanan kesehatan gigi dan mulut di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin.

3.8 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembaran kuesioner yang dirancang khusus untuk mengidentifikasi hambatan akses layanan kesehatan gigi dan mulut pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin.

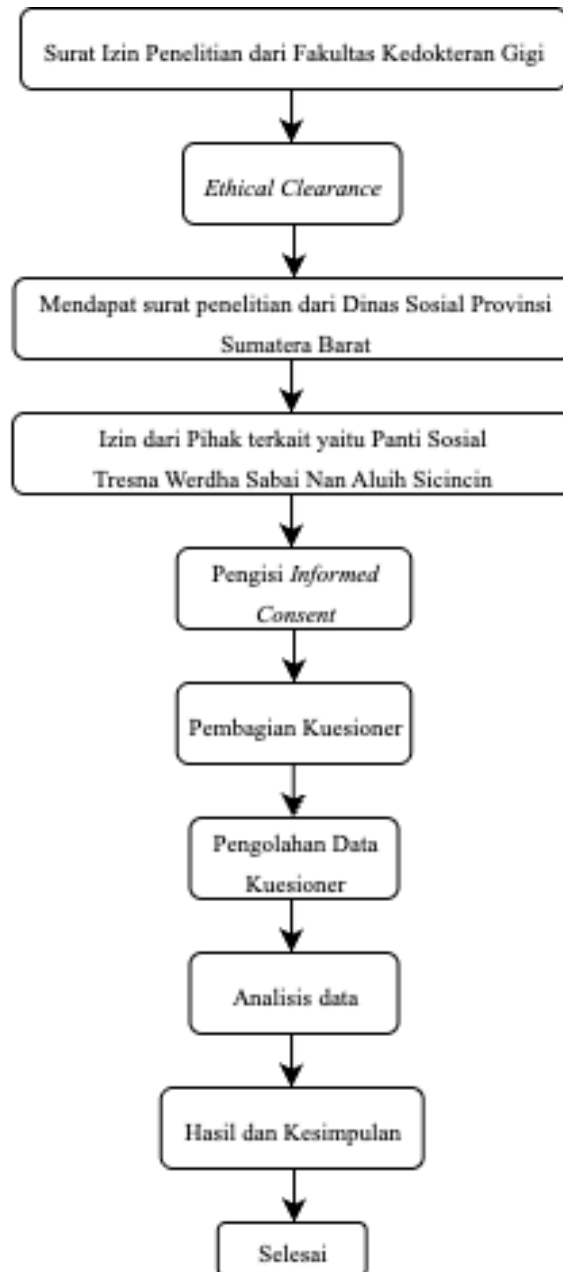
3.9 Teknik Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan secara deskriptif menggunakan bantuan perangkat lunak *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Data kuesioner yang berupa jawaban dikotomi (Ya = 0 dan Tidak = 1) dianalisis dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase. Hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel, diagram, serta uraian naratif untuk menggambarkan distribusi masing-masing variabel penelitian

3.10 Etika Penelitian

Penelitian ini memperoleh persetujuan etik dari Komite Etik Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Baiturrahmah, Sumatera Barat. Setiap responden diberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian dan menandatangani *informed consent* sebelum wawancara dilakukan. Kerahasiaan dan privasi data responden dijamin sepenuhnya.

3.11 Alur Penelitian



Gambar 3. 1 Alur Penelitian