



Prevalensi Maloklusi Berdasarkan Klasifikasi Angle pada Anak Usia 12 Tahun di UPT Puskesmas Bantur, Kabupaten Malang

Dwi Wahyu Arsita Deni¹, Distya Ardiansyah²

^{1,2} UPT Puskesmas Bantur

Jalan Raya Bantur 2203, Bantur, Malang, Jawa Timur. Indonesia, Kode pos 65179

Email: dw_arsita@yahoo.com

Article Info

Article history:

Received January 28, 2026

Revised February 02, 2026

Accepted February 09, 2026

Keywords:

Children, Malocclusion, Angle, Prevalence, 12 Years Old

ABSTRACT

Malocclusion is defined as a deviation in the alignment of teeth from normal occlusion and is considered the third most prevalent oral health problem after dental caries and periodontal disease, according to the World Health Organization (WHO). Based on the 2018 Indonesian Basic Health Research (Riskesdas), approximately 57.6% of the Indonesian population experienced oral health problems. The prevalence of malocclusion in Indonesia is reported to be relatively high; however, Riskesdas data do not specifically classify malocclusion according to Angle's classification. This study aimed to determine the prevalence of dental malocclusion among 12-year-old children at UPT Puskesmas Bantur. A descriptive cross-sectional study design was employed using secondary data obtained from patients' dental medical records. The study population comprised all 12-year-old children who visited UPT Puskesmas Bantur between January and December 2025. Based on the established inclusion criteria, a total of 33 children were included as study subjects. The findings indicated that the prevalence of Angle Class I malocclusion was 42.4%, followed by Class II at 39.4% and Class III at 18.2%. Based on sex distribution, the prevalence of malocclusion was 36.4% in males and 63.6% in females. Angle Class I malocclusion was identified as the most prevalent type among the study population.

This is an open access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.



Article Info

Article history:

Received January 28, 2026

Revised February 02, 2026

Accepted February 09, 2026

Keywords:

Anak, Maloklusi, Angle, Prevalensi, 12 Tahun

ABSTRACT

Maloklusi merupakan kondisi susunan gigi yang menyimpang dari oklusi normal dan menempati urutan ketiga masalah kesehatan gigi dan mulut setelah karies dan penyakit periodontal menurut World Health Organization (WHO). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, sebanyak 57,6% penduduk Indonesia mengalami masalah kesehatan gigi dan mulut. Prevalensi maloklusi dilaporkan cukup tinggi, meskipun data Riskesdas tidak secara spesifik mengklasifikasikan maloklusi berdasarkan klasifikasi Angle. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui prevalensi maloklusi gigi pada anak usia 12 tahun di UPT Puskesmas Bantur. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan cross-sectional menggunakan data rekam medis pasien. Populasi penelitian adalah seluruh anak usia 12 tahun yang berkunjung ke UPT Puskesmas Bantur selama periode Januari–Desember 2025. Berdasarkan kriteria inklusi diperoleh 33 anak sebagai subjek penelitian. Hasil penelitian menunjukkan prevalensi maloklusi Angle kelas I sebesar 42,4%, kelas II sebesar 39,4%, dan kelas III sebesar 18,2%. Berdasarkan jenis kelamin, prevalensi maloklusi pada laki-laki sebesar 36,4% dan



perempuan sebesar 63,6%. Maloklusi kelas I merupakan jenis yang paling banyak ditemukan.

This is an open access article under the [CC BY-SA](#) license.



Corresponding Author:

Dwi Wahyu Arsita Deni

UPT Puskesmas Bantur

Email: dw_arsita@yahoo.com

PENDAHULUAN

Maloklusi merupakan suatu kondisi gigi yang menyimpang dari oklusi normal, menurut World Health Organization (WHO), maloklusi menempati urutan ketiga sebagai masalah kesehatan gigi dan mulut, setelah karies dan penyakit periodontal.^{1,2} Maloklusi adalah tidak sesuainya hubungan rahang atau gigi yang tidak normal. Maloklusi dapat menyebabkan terjadinya resiko karies dan penyakit periodontal. Derajat keparahan maloklusi berbeda-beda dari rendah ke tinggi yang menggambarkan variasi biologi individu.¹⁶ Maloklusi terjadi akibat dari tidak adanya hubungan yang seimbang antara gigi, tulang rahang terhadap tulang tengkorak dan otot disekitarnya tidak memberikan keseimbangan fungsional sehingga memberikan estetika yang kurang baik.⁴ Menurut data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, sebanyak 57,6% penduduk Indonesia mengalami gangguan pada kesehatan gigi dan mulut, dengan prevalensi maloklusi sekitar 80% dari jumlah penduduk.⁷

Maloklusi merupakan masalah gigi terbesar kedua, 80% dari penduduk Indonesia mengalami maloklusi.⁵ Maloklusi gigi-geligi dapat menyebabkan timbulnya masalah ketidakpercayaan diri karena keprihatinan yang meningkat tentang penampilan gigi selama masa anak-anak dan remaja.¹⁴ Maloklusi yang sudah tampak pada gigi bercampur jika tidak dilakukan perawatan sejak dini akan berakibat semakin parah pada periode gigi tetapnya. Untuk mencegah dan menanggulangi hal ini sangat diperlukan perawatan ortodontik sejak dini pada anak.¹⁸

Maloklusi bisa menyebabkan terjadinya masalah periodontal, gangguan fungsi menelan, pengunyahan, masalah bicara dan psikososial yang berkaitan dengan estetika.¹⁷ Maloklusi juga dapat menyebabkan terjadinya risiko karies dikarenakan gigi yang berjejal sehingga sulit untuk membersihkannya.¹⁹

Terjadinya maloklusi sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor, biasanya karena faktor hereditas atau keturunan dan

perkembangan kerusakan dari sumber yang tidak diketahui, misalnya dari trauma. Trauma bisa saja diakibatkan karena trauma prenatal, cedera saat lahir, dan trauma postnatal. Kebiasaan buruk dan penyakit juga bisa menyebabkan maloklusi.¹² Pengaruh faktor tersebut dapat terjadi secara langsung atau tidak langsung yang menyebabkan maloklusi.¹³ Faktor keturunan memiliki pengaruh yang paling utama terhadap maloklusi misalnya bentuk, jumlah dan ukuran gigi yang tumbuh tidak sesuai dengan lengkung rahang sehingga menyebabkan gigi



berjejal.¹⁸

Dokter gigi yang merawat maloklusi membutuhkan informasi tentang etiologi untuk mencegah dan mengobati masalah oklusi. Pengetahuan tentang faktor lingkungan juga bisa untuk mencegah pengaruh lanjutan dari faktor lingkungan pada oklusi gigi. Maloklusi akibat faktor lingkungan seperti menyedot ibu jari dapat dicegah jika kebiasaan dihentikan sebelum usia 5 tahun atau pada anak yang mengalami perkembangan cranio facial dan oklusal normal. Oleh karena itu, pengetahuan tentang penyebab maloklusi pasien penting untuk diagnosis dan perawatan yang tepat bagi pasien tersebut.⁶

Premature loss adalah kehilangan gigi desidui sebelum waktu erupsinya.³ Penyebab utama terjadinya *premature loss* adalah karies, trauma, kelainan bawaan, erupsi ektopik dan pertimbangan ortodontik.¹⁰ *Premature loss* merupakan faktor utama yang dapat menyebabkan maloklusi pada bidang sagital, melintang, dan vertikal, juga dapat dikaitkan dengan pengurangan panjang lengkung gigi dan migrasi gigi antagonis yang menyebabkan rotasi, berjejal dan impaksi pada gigi permanen.¹¹

Perkembangan gigi dan oklusi memasuki tahap gigi campuran pada usia 6-12 tahun, yaitu terjadi penggantian gigi decidui menjadi gigi tetap.¹⁷ Maloklusi pada tahap gigi campuran akan berkembang lebih parah apabila tidak dilakukan perawatan ortodonti secara dini.⁵ Kondisi ini sering terjadi pada anak usia 12 tahun karena merupakan periode transisional kedua dari periode gigi bercampur.⁹

Berdasarkan uraian latar belakang masalah di atas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah berapa prevalensi maloklusi gigi pada anak usia 12 tahun di UPT Puskesmas Bantur.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan cross-sectional menggunakan data sekunder berupa rekam medis pasien. Teknik sampling menggunakan total sampling terhadap seluruh rekam medis anak usia 12 tahun yang memenuhi kriteria inklusi di UPT Puskesmas Bantur selama periode Januari–Desember 2025. Identifikasi maloklusi dilakukan berdasarkan klasifikasi Angle yang tercatat pada rekam medis pasien.

Metode pengukuran pada penelitian ini menggunakan rekam medis pasien. maloklusi angle kelas I yaitu posisi tonjol *mesio bucal* gigi molar 1 permanen atas berada pada *bucal groove* gigi molar permanen 1 rahang bawah, maloklusi angle kelas II yaitu posisi tonjol *mesio bucal* molar 1 permanen rahang atas berada antara molar 1 dan premolar 2 rahang bawah atau lebih mesial dari *bucal groove*, dan angle kelas III yaitu posisi tonjol *mesio bucal* molar 1 permanen rahang atas berada antara molar 1 dan molar 2 permanen rahang bawah.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Jumlah subyek yang memenuhi kriteria inklusi dalam penelitian ini berjumlah 33 anak terdiri dari 12 anak laki-laki (36.4%) dan 21 anak perempuan (63.6%).



Tabel 1. Distribusi Frekuensi Prevalensi Maloklusi pada anak usia 12 tahun di UPT Puskesmas Bantur

Klasifikasi Maloklusi	Jumlah Kasus	Prevalensi
Kelas 1	14	42.4 %
Kelas 2	13	39.4 %
Kelas 3	6	18.2 %

Berdasarkan [tabel 1](#) dapat diketahui total diagnosis klasifikasi maloklusi kelas I sebanyak 14 anak dengan prevalensi 42.4%, total maloklusi kelas II sebanyak 13 anak dengan prevalensi sebesar 39.4%, total maloklusi kelas III sebanyak 6 anak dengan prevalensi sebesar 18.2%.

Tabel 2. Klasifikasi maloklusi berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin			
Maloklusi	Laki-Laki	Perempuan	Total
Kelas 1	5 (15.2%)	9 (27.3%)	14 (42.4%)
Kelas 2	5 (15.2%)	8 (24.2%)	13 (39.4%)
Kelas 3	2 (6.1%)	4 (12.1%)	6 (18.2%)
Jumlah	12 (36.4%)	21 (63.6%)	33 (100%)

Pada tabel 2, didapatkan bahwa frekuensi pasien anak maloklusi kelas I dengan jenis kelamin laki-laki adalah sebanyak 5 orang (15.2%) dan dengan jenis kelamin perempuan adalah sebanyak 9 orang (27.3%), frekuensi pasien anak maloklusi kelas II dengan jenis kelamin laki-laki adalah sebanyak 5 orang (15.2%) dan perempuan 8 orang (24.2%), frekuensi pasien anak maloklusi kelas III dengan jenis kelamin laki – laki adalah 2 orang (6.1%) dan perempuan 4 orang (12.1%).

Pembahasan

Penelitian mengenai prevalensi maloklusi pada anak usia 12 tahun dilakukan di UPT Puskesmas Bantur dengan jumlah sampel sebanyak 33 anak. Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling, yaitu seluruh anak usia 12 tahun yang memenuhi kriteria inklusi selama periode penelitian. Hasil penelitian menunjukkan bahwa klasifikasi maloklusi kelas I ditemukan pada 14 anak (42,4%), maloklusi kelas II pada 13 anak (39,4%), dan maloklusi kelas III pada 6 anak (18,2%). Hasil ini menunjukkan bahwa maloklusi kelas I merupakan jenis maloklusi yang paling banyak ditemukan pada anak usia 12 tahun di lokasi penelitian.

Maloklusi dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik faktor lokal maupun faktor umum. Faktor lokal meliputi anomali jumlah gigi, anomali bentuk dan ukuran gigi, serta pencabutan dini gigi desidui.¹⁵ Sementara itu, faktor umum meliputi faktor kongenital,



gangguan metabolisme, malnutrisi, kebiasaan buruk rongga mulut, faktor lingkungan, serta faktor keturunan.⁸ Faktor-faktor tersebut dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan dentofasial sehingga meningkatkan risiko terjadinya maloklusi.

Berdasarkan hasil penelitian pada distribusi jenis kelamin, maloklusi kelas I, II, dan III ditemukan baik pada kelompok laki-laki maupun perempuan. Hal ini menunjukkan bahwa kejadian maloklusi pada usia 12 tahun tidak dipengaruhi secara signifikan oleh jenis kelamin, sehingga baik laki-laki maupun perempuan memiliki kemungkinan yang relatif sama untuk mengalami maloklusi. Temuan ini sejalan dengan penelitian Thilander et al. (2013) yang menyatakan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna antara jenis kelamin terhadap kejadian maloklusi kelas I, II, maupun III. Namun demikian, maloklusi kelas II dan III umumnya berkaitan dengan faktor lokal maupun faktor umum yang memengaruhi pertumbuhan kraniofasial.¹⁴

Pada penelitian ini, maloklusi kelas II dan III dikategorikan sebagai kondisi yang lebih membutuhkan perawatan ortodonti dibandingkan maloklusi kelas I. Meskipun demikian, sebagian anak dengan maloklusi kelas II (41,6%) dan sebagian kecil anak dengan maloklusi kelas III (3,3%) menyatakan tidak merasa memerlukan perawatan. Kondisi ini kemungkinan disebabkan oleh kurangnya kesadaran dan pengetahuan anak mengenai pentingnya perawatan ortodonti, serta faktor usia yang masih relatif muda sehingga aspek estetik dan fungsional belum menjadi perhatian utama.

Jumlah sampel yang terbatas serta penggunaan data rekam medis berbasis fasilitas kesehatan primer dapat memengaruhi generalisasi hasil penelitian.

KESIMPULAN

Prevalensi maloklusi pada anak usia 12 tahun di UPT Puskesmas Bantur adalah sebanyak 42.4 % untuk maloklusi Angle kelas 1; 39.4 % maloklusi Angle kelas 2 dan 18.2 % maloklusi Angle kelas 3. Prevalensi maloklusi pada anak laki-laki adalah 36.4 % sedangkan pada anak perempuan adalah 63.6 %. Prevalensi maloklusi pada anak usia 12 tahun di UPT Puskesmas Bantur menunjukkan bahwa maloklusi Angle kelas I merupakan jenis yang paling banyak ditemukan, diikuti kelas II dan kelas III. Prevalensi maloklusi lebih banyak ditemukan pada anak perempuan dibandingkan laki-laki.

DAFTAR PUSTAKA

1. Anindita PS, Zuliari K, Nanlessy SM. Prevalensi maloklusi pada anak usia 9–12 tahun di daerah pesisir Kota Manado. *E-Gigi*. 2024;12(2):168-174.
2. Anindita PS, Gosal S, Ginting PEB. Prevalensi maloklusi pada anak usia 9–12 tahun di daerah pesisir Kecamatan Malalayang Kota Manado. *E-Gigi*. 2024;12(1):137-141.
3. Bansal M, Gupta N, Gupta P, Arora V, Thakar S. Reasons for extraction in primary teeth among 5–12-year-old school children in Haryana, India: A cross-sectional study. *J Clin Exp Dent*. 2017;9(4):e545.



4. Demmajannang T, Erwansyah E. Overview of Bolton index on patients treated with removable orthodontic appliance in Dental Hospital of Hasanuddin University. *J Dentomaxillofac Sci.* 2013;12(3):175.
5. Herawati H, Novita S, Utami RN. Relationship between premature loss of deciduous teeth and malocclusion incidence in elementary school children in Cimahi. *J Med Health.* 2015;1(2):165.
6. Joelijanto R. Oral habits that cause malocclusion problems. *Insisiva Dent J.* 2012;1(2).
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2018.
8. Kusnoto J, Nasution FH, Gunadi HA. Buku ajar ortodonti. Jakarta: EGC; tahun tidak disebutkan.
9. Laguhi VA, Anindita PS, Gunawan PN. Gambaran maloklusi menggunakan HMAR pada pasien di Rumah Sakit Gigi dan Mulut Universitas Sam Ratulangi Manado. *E-Gigi.* 2014;2(2).
10. Lucas-Rincón SE, Robles-Bermeo NL, Lara-Carrillo E, et al. Interproximal caries and premature tooth loss in primary dentition as risk factors for loss of space in the posterior sector: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore).* 2019;98(11):e14875.
11. Murshid SA, Al-Labani MA, Aldhorae KA, Rodis OM. Prevalence of prematurely lost primary teeth in 5–10-year-old children in Thamar City, Yemen: A cross-sectional study. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2016;6(Suppl 2):S126.
12. Premkumar S. Textbook of orthodontics. Elsevier Health Sciences; 2015.
13. Premkumar S. Manual of pediatric dentistry. Jaypee Brothers Medical Publishers; 2014.
14. Rythén M, Thilander B, Robertson A. Dento-alveolar characteristics in adolescents born extremely preterm. *Eur J Orthod.* 2013;35(4):475-482.
15. Shrestha A, Marla V, Shrestha S, Maharjan IK. Developmental anomalies affecting the morphology of teeth: A review. *RSBO.* 2015;12(1):68-78.
16. Susilowati. Prevalensi maloklusi gigi anterior pada siswa sekolah dasar (penelitian pendahuluan di SD 6 Maccora Walihe, Sidrap). *Makassar Dent J.* 2016;5(3):97-101.
17. Wahyuningsih S, Hardjono S, Suparwitri S. Perawatan maloklusi Angle klas I dengan gigi depan crowding berat dan crossbite menggunakan teknik Begg pada pasien dengan kebersihan mulut buruk. *Maj Kedokt Gigi Indones.* 2014;21(2):204.
18. Wijayanti P. Gambaran maloklusi dan kebutuhan perawatan ortodonti pada anak usia 9–11 tahun (studi pendahuluan di SD At-Taufiq, Jakarta). 2014.
19. Zou J, Meng M, Law CS, Rao Y, Zhou X. Common dental diseases in children and malocclusion. *Int J Oral Sci.* 2018;10(1):7.