

Sistematik Review

Hubungan antara religiusitas dan status kesehatan oral serta *oral health related quality of life* (OHRQoL): Scoping review

Ika Cahyani Puspitasari¹ Herry Novrinda^{2*}
Armasastra Bahar² Anton Rahardjo²
Iwany Amalliah Badruddin²

¹Program Magister Ilmu Kedokteran Gigi Komunitas, Universitas Indonesia, Indonesia

²Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat dan Kedokteran Gigi Pencegahan, Universitas Indonesia, Indonesia

*Korespondensi:

herry4research@gmail.com

Submisi: 25 Oktober 2025

Revisi: 28 Januari 2026

Penerimaan: 27 Februari 2026

Publikasi Online: 28 Februari 2026

DOI: [10.24198/pjdrs.v10i1.63690](https://doi.org/10.24198/pjdrs.v10i1.63690)

ABSTRAK

Pendahuluan: Laporan *World Health Organization* (WHO) tahun 2022 menyebutkan sekitar 3,5 miliar penduduk dunia mengalami penyakit gigi dan mulut. Kondisi kesehatan rongga mulut yang buruk tidak hanya berdampak klinis, tetapi juga menimbulkan kerugian sosial dan menurunkan kualitas hidup. Dalam epidemiologi kesehatan, agama dipandang sebagai determinan sosial kesehatan. Tingkat religiusitas yang tinggi diduga berkontribusi pada kesehatan oral melalui dukungan sosial dan kesejahteraan psikologis. Religiusitas berperan sebagai penentu kesehatan psiko-sosial yang meningkatkan stabilitas emosional dan perilaku preventif. Kajian hubungan religiusitas pemeluk agama dengan status kesehatan oral dan *oral health related quality of life* (OHRQoL) diperlukan sebagai dasar pengembangan intervensi promotif dan preventif berbasis pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual. **Metode:** Pencarian literatur dilakukan pada *PubMed*, *ScienceDirect*, *EBSCOhost*, dan *SpringerLink* menggunakan kata kunci *belief*, *religious*, *religions*, *oral health*, *life quality*, dan *oral health related quality of life*. Penelusuran manual dilakukan melalui daftar referensi artikel relevan. Penelitian menggunakan metode scoping review menurut Arksey dan O'Malley. **Hasil:** Diperoleh lima publikasi yang memenuhi kriteria. Tiga penelitian menunjukkan hubungan positif antara religiusitas dengan OHRQoL, status kesehatan mulut lebih baik, serta rerata DMFT lebih rendah. Dua penelitian lainnya menunjukkan hubungan negatif: individu tanpa afiliasi agama memiliki OHRQoL lebih baik, dan prevalensi penyakit gigi pada komunitas pendeta dan biarawan lebih tinggi dibandingkan penduduk lokal. **Simpulan:** Terdapat hubungan antara religiusitas dan status kesehatan oral serta (OHRQoL) sebagai faktor protektif dan faktor resiko. Temuan ini menegaskan pentingnya mempertimbangkan aspek spiritual dalam perencanaan program kesehatan gigi masyarakat. Implikasi praktis mencakup integrasi edukasi kesehatan mulut berbasis komunitas keagamaan, konseling perilaku, serta kolaborasi antara tenaga kesehatan dan pemuka agama.

KATA KUNCI: religiusitas, status kesehatan oral, kualitas hidup terkait kesehatan oral (OHRQoL)

The relationship between religiosity and oral health status as well as oral health-related quality of life (OHRQoL): Scoping review

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization (WHO) reported in 2022 that approximately 3.5 billion people worldwide suffer from oral diseases. Poor oral health not only leads to clinical problems but also results in social disadvantages and reduced quality of life. In health epidemiology, religion is considered a social determinant of health. Higher levels of religiosity are believed to contribute to better oral health through social support and psychological well-being. Religiosity functions as a psychosocial determinant of health that enhances emotional stability and preventive behaviors. Therefore, examining the relationship between religiosity and oral health status, as well as oral health-related quality of life (OHRQoL), is important as a basis for developing promotive and preventive interventions based on a bio-psycho-social-spiritual approach. **Methods:** A literature search was conducted in *PubMed*, *ScienceDirect*, *EBSCOhost*, and *SpringerLink* using the keywords "belief," "religion," "religiosity," "oral health," "quality of life," and "oral health-related quality of life". Manual searching was performed through the reference lists of relevant articles. This study employed a scoping review method based on the framework proposed by Arksey and O'Malley. **Results:** Five publications met the inclusion criteria. Three studies demonstrated a positive relationship between religiosity and OHRQoL, indicating better oral health status and lower mean DMFT scores. Two other studies reported negative associations: individuals without religious affiliation had better OHRQoL, and the prevalence of dental diseases among clergy and monastic communities was higher than that of the local population. **Conclusion:** Religiosity is associated with oral health status and OHRQoL, acting both as a protective and a risk factor. These findings emphasize the importance of considering spiritual aspects in planning community oral health programs. Practical implications include the integration of faith-based oral health education, behavioral counseling, and collaboration between health professionals and religious leaders.

KEYWORDS: Religiosity, oral health status, oral health-related quality of life (OHRQoL)

PENDAHULUAN

Sitasi: Puspitasari IC, Novrinda H, Bahar A, Rahardjo A, Badruddin IA. Hubungan antara religiusitas dan status kesehatan oral serta oral health related quality of life (OHRQoL): Tinjauan Literatur. *Padjadjaran Journal of Dental Researchers and Students*. 2026; 10(1):42-52 DOI: 10.24198/pjdrs Copyright: ©2026 by Padjadjaran Journal of Dental Researchers and Students. Submitted to Padjadjaran Journal of Dental Researchers and Students All publications by the Universitas Padjadjaran [e-ISSN: 2656-985X], are licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). This license requires that reusers give credit to the creator. It allows reusers to distribute, remix, adapt, and build upon the material in any medium or format, for noncommercial purposes only.

Penyakit gigi dan mulut masih menjadi tantangan utama kesehatan masyarakat global karena prevalensinya yang tinggi serta berdampak tidak hanya pada fungsi mastikasi tetapi juga pada aspek psikologis dan interaksi sosial individu.¹ *World Dental Federation* menyatakan bahwa karies gigi merupakan penyakit kronik paling umum yang dialami populasi dunia. Laporan *World Health Organization (WHO)* tahun 2022 menunjukkan bahwa sekitar 3,5 miliar orang di dunia mengalami penyakit gigi dan mulut, yang menjadikannya salah satu kondisi kronik dengan beban kesehatan terbesar secara global.²

Kesehatan rongga mulut yang buruk, memberikan dampak sosial yang merugikan dan mempengaruhi kualitas hidup manusia.³ Penilaian kesehatan mulut modern tidak lagi terbatas pada indikator klinis, tetapi mencakup dampaknya terhadap kualitas hidup pasien.⁴ Beberapa dampak sosial yang merugikan sebagai akibat buruknya kesehatan rongga mulut adalah mulai hilangnya waktu belajar di sekolah dan di tempat bekerja, rasa sakit, penampilan yang kurang baik, dan gangguan pada waktu tidur.⁵ *Oral health related quality of life (OHRQoL)* menggambarkan bagaimana kondisi kesehatan mulut mempengaruhi aktivitas sehari-hari, kesejahteraan dan kualitas hidup seseorang.⁶

Religiusitas dalam semua agama merupakan salah satu determinan sosial kesehatan yang memengaruhi perilaku kesehatan melalui norma komunitas, dukungan sosial, dan kontrol diri individu.^{7,8} Individu dengan tingkat religiusitas yang lebih tinggi cenderung memiliki perilaku hidup lebih sehat, kepatuhan pengobatan yang lebih baik, serta kemampuan coping psikologis yang lebih adaptif.⁹ Religiusitas merupakan konstruksi multidimensi yang meliputi afiliasi keagamaan, frekuensi kehadiran dalam ibadah, religiusitas intrinsik, komitmen pribadi, serta praktik keagamaan individual. Dimensi-dimensi tersebut mempengaruhi perilaku dan sikap individu terhadap kesehatan melalui berbagai mekanisme psikososial dan perilaku. Keterlibatan dalam komunitas keagamaan dapat meningkatkan dukungan sosial dan kesehatan mental yang pada akhirnya memengaruhi perilaku pemeliharaan kesehatan, termasuk kebersihan mulut.^{10,11}

Secara konseptual, hubungan religiusitas dengan status kesehatan oral dan OHRQoL dapat dijelaskan melalui beberapa mekanisme utama. Pertama, mekanisme perilaku kesehatan (*health behavior pathway*), di mana individu yang religius cenderung memiliki perilaku kesehatan yang lebih baik, seperti menghindari perilaku berisiko (merokok, konsumsi alkohol berlebihan) dan lebih patuh terhadap praktik perawatan diri serta pemanfaatan pelayanan kesehatan preventif.¹² Perilaku tersebut secara tidak langsung dapat meningkatkan kebersihan mulut dan menurunkan risiko karies serta penyakit periodontal. Kedua, religiusitas menyediakan dukungan sosial melalui keterlibatan dalam komunitas keagamaan, yang dapat meningkatkan akses informasi kesehatan, motivasi, dan sumber daya sosial untuk pemeliharaan kesehatan.⁷ Dukungan sosial yang kuat telah terbukti berhubungan dengan perilaku kesehatan oral yang lebih baik dan persepsi kualitas hidup yang lebih tinggi. Ketiga, mekanisme psikologis dan coping religius (*religious coping*) dapat mengurangi stres, kecemasan, dan depresi, yang merupakan faktor psikososial penting dalam persepsi kesehatan dan kualitas hidup.¹² Kondisi psikologis yang lebih baik dapat mempengaruhi persepsi individu terhadap kesehatan mulut dan meningkatkan OHRQoL melalui peningkatan fungsi sosial dan kesejahteraan subjektif.

Kerangka konseptual yang menghubungkan religiusitas dengan kesehatan oral dapat dirumuskan sebagai berikut: religiusitas mempengaruhi perilaku kesehatan oral, dukungan sosial, dan faktor psikologis; faktor-faktor tersebut selanjutnya mempengaruhi status kesehatan oral klinis (karies, kebersihan mulut, penyakit periodontal), yang pada akhirnya berdampak pada OHRQoL sebagai luaran subjektif kesehatan mulut.⁹

Beberapa studi empiris mendukung hubungan tersebut. Penelitian pada populasi anak dan dewasa menunjukkan bahwa religiusitas keluarga dan individu berhubungan dengan OHRQoL yang lebih baik, yang dimediasi oleh perilaku kesehatan dan faktor sosial.^{10,11} Studi lain juga melaporkan perbedaan status kesehatan oral dan OHRQoL antar kelompok afiliasi keagamaan, yang menunjukkan adanya peran faktor sosial budaya dan perilaku kesehatan dalam hubungan tersebut.¹²

Sebagian besar penelitian sebelumnya hanya menelaah religiusitas dalam kaitannya dengan perilaku kesehatan secara umum, atau hanya menilai satu aspek kesehatan oral. Penelitian ini mengkaji hubungan religiusitas secara simultan dengan status kebersihan

mulut, status karies gigi, serta OHRQoL sehingga memberikan gambaran yang lebih komprehensif mengenai dampak religiusitas terhadap kesehatan mulut.

Berdasarkan uraian tersebut, rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana arah dan hubungan tingkat religiusitas pemeluk agama terhadap status kesehatan oral dan OHRQoL, sebagai dasar pengembangan strategi promotif dan preventif berbasis pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual. Penelitian ini bertujuan untuk menelaah literatur mengenai hubungan religiusitas pemeluk agama dengan status kesehatan oral dan OHRQoL.

METODE

Jenis penelitian menggunakan pendekatan *scoping review* untuk mengidentifikasi langkah-langkah untuk menyusun protokol penelitian yang merujuk pada pedoman *Scoping Studies: Towards a Methodological Framework* dengan nomor ISSN 13645579 oleh Hilary Arksey dan Lisa O'Malley *et al.*,¹³ yang dipakai untuk meninjau literatur yang masih jarang dibahas dalam metode penelitian dengan cara memetakan literatur yang relevan di suatu bidang. Berbeda dengan *systematic review* yang berfokus pada pertanyaan penelitian yang spesifik dan mencari desain penelitian tertentu, studi *scoping* mencoba mengumpulkan semua literatur yang relevan tanpa memandang jenis penelitian. Kerangka studi *scoping* ini memiliki lima tahap. Tahap 1 menentukan pertanyaan penelitian, tahap 2 mengidentifikasi studi yang relevan, tahap 3 seleksi studi, tahap 4 pencatatan data, tahap 5 menggabungkan, meringkas, dan melaporkan hasil.¹³

Perumusan pertanyaan dalam penelitian ini mempertimbangkan populasi, konsep utama, dan konteks penelitian (*Population-Concept-Context/PCC*), sebagaimana direkomendasikan dalam pedoman PRISMA-ScR. Pendekatan ini memungkinkan eksplorasi berbagai desain studi, populasi, dan konteks sosial budaya yang relevan. Kriteria inklusi dan eksklusi ditetapkan sebelum proses pencarian, mencakup jenis publikasi, rentang waktu publikasi, bahasa, populasi penelitian, serta relevansi topik dengan tujuan penelitian. Semua hasil pencarian diekspor ke perangkat lunak manajemen referensi untuk menghapus duplikasi, apabila terdapat perbedaan pendapat antara kedua reviewer terkait inklusi atau eksklusi suatu studi, perbedaan tersebut diselesaikan melalui diskusi dan konsensus. Jika konsensus tidak tercapai, maka keputusan akhir ditentukan dengan melibatkan reviewer ketiga.¹⁴

Seluruh proses seleksi didokumentasikan secara rinci dan disajikan dalam diagram alir PRISMA-ScR. Proses ekstraksi data dilakukan oleh dua reviewer secara independen untuk meminimalkan kesalahan dan bias. Ketidakesesuaian hasil ekstraksi dibahas bersama hingga dicapai kesepakatan. Pelaporan hasil *scoping review* dilakukan sesuai dengan pedoman PRISMA-ScR untuk memastikan kelengkapan dan transparansi pelaporan, termasuk penyajian diagram alir proses seleksi studi dan deskripsi sistematis dari karakteristik literatur yang ditinjau. Penyeleksian *scoping review* dilakukan dengan merujuk pada pedoman *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) dengan nomor ISSN 15393704.¹⁴

Strategi pencarian artikel pada *Scoping Review* ini menggunakan kata kunci penelitian dan menyertakan kombinasi OR dan AND dalam pencarian database. Kata kuncinya adalah *belief, religious, religions, oral health, life quality, health related quality of life*, dan *oral health related quality of life* dirangkum menjadi *search string* (*belief OR religious OR religion*) AND (*"oral health"*) AND (*"quality of life" OR "health-related quality of life" OR "oral health-related quality of life"*). Sumber database yang digunakan dalam penelitian ini berdasarkan publikasi ilmiah internasional seperti *Pubmed, ScienceDirect, Ebscohost*, dan *SpringerLink*. Artikel akan disaring berdasarkan rentang waktu 20 tahun terakhir mulai 01 Januari 2004–31 Desember 2024, artikel menggunakan Bahasa Inggris, masuk dalam kriteria artikel penelitian original dan menyediakan artikel *full text* dalam format pdf. Pencarian manual juga dilakukan dengan melihat daftar referensi dari setiap literatur yang relevan.

Selanjutnya artikel yang masuk pada proses seleksi artikel tahap pertama akan ditinjau berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi pada artikel. Ekstraksi data artikel dengan memasukkan beberapa variabel seperti judul artikel, penulis, nama jurnal, volume, nomor, tahun, metode penelitian, tujuan penelitian, kesimpulan dan hasil yang akan dirangkum

dalam bentuk tabel. Daftar dan definisi variabel penelitian yang datanya diambil dari setiap artikel yang diulas.

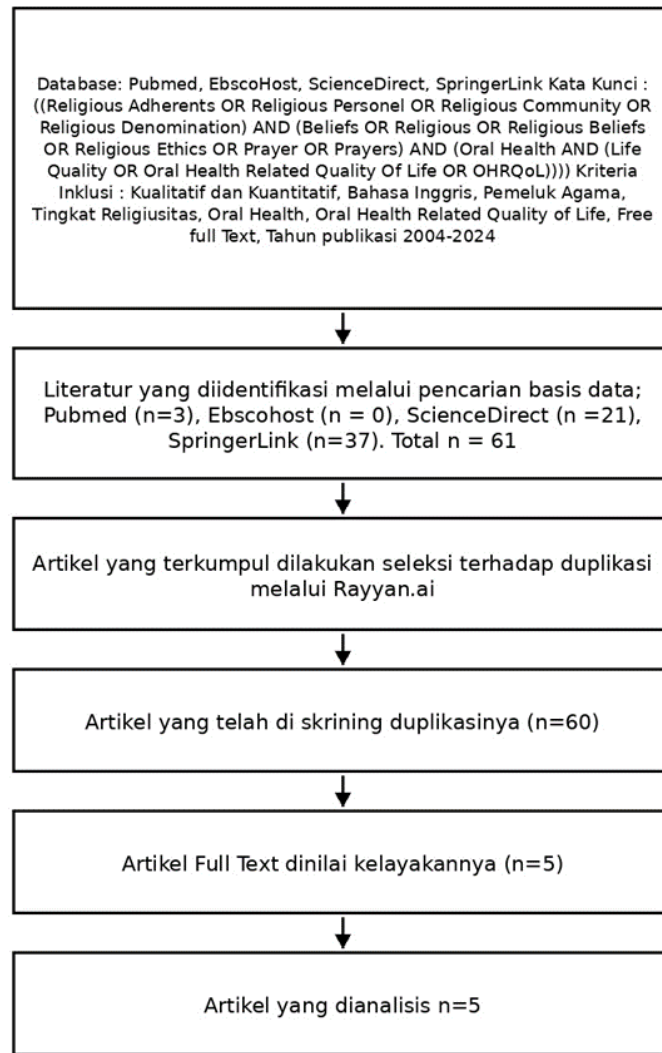
Strategi pencarian telah dirancang secara komprehensif namun beberapa keterbatasan perlu dipertimbangkan. Pertama, pembatasan bahasa pada artikel berbahasa Inggris berpotensi mengecualikan penelitian relevan yang dipublikasikan dalam bahasa lain, terutama dari konteks negara dengan populasi religius yang tinggi. Hal ini dapat mempengaruhi kelengkapan literatur yang direview dan membatasi generalisasi temuan. Kedua, pemilihan basis data yang terbatas pada PubMed, ScienceDirect, EBSCOhost, dan SpringerLink dapat menyebabkan tidak terjangkaunya literatur abu-abu (*grey literature*), seperti laporan institusi, disertasi, atau publikasi non-jurnal, yang mungkin mengandung informasi relevan.

Pembatasan dilakukan untuk menjaga kualitas ilmiah dan keterlacakan sumber. Ketiga, penggunaan istilah pencarian tertentu, meskipun telah mencakup variasi kata kunci utama, masih berpotensi tidak menangkap seluruh terminologi yang digunakan dalam studi tentang religiusitas dan kesehatan oral. Variasi konseptual seperti *spirituality*, *faith*, atau istilah budaya-spesifik mungkin tidak sepenuhnya teridentifikasi, sehingga beberapa studi yang relevan berpotensi terlewatkan. Keempat, sebagai karakteristik *scoping review*, penelitian ini tidak melakukan penilaian kualitas metodologis (*critical appraisal*) terhadap studi yang disertakan. Oleh karena itu, hasil pemetaan literatur bertujuan untuk menggambarkan cakupan dan karakteristik penelitian yang ada, bukan untuk menarik kesimpulan kausal atau estimasi efek yang bersifat inferensial.

Dengan mempertimbangkan keterbatasan tersebut, hasil *scoping review* ini diinterpretasikan sebagai pemetaan awal bukti ilmiah yang tersedia, yang dapat menjadi dasar bagi penelitian lanjutan dengan desain yang lebih terfokus, seperti *systematic review* atau studi empiris primer.

HASIL

Hasil pencarian artikel dengan menggunakan 4 database yaitu *Pubmed*, *ScienceDirect*, *Ebscohost*, dan *SpringerLink* diperoleh 5 artikel. Proses pencarian artikel dan pemilihan artikel terdiri dari beberapa tahap. Tahap pertama adalah melakukan pencarian awal pada database online dengan menggunakan kata kunci dan *query* akhir yang telah ditentukan. Tahap kedua yaitu artikel disaring berdasarkan judul dan abstrak sesuai kriteria inklusi dan eksklusi kemudian dicek duplikasinya. Hasil penyaringan teks lengkap tersisa 5 artikel relevan untuk dijadikan sumber bukti. Hasil setiap sumber pembuktian dilakukan dengan mencantumkan nama penulis, tahun penerbitan, penerbit, judul artikel serta hasil penelitian setiap artikel yang akan diulas dalam bentuk tabel. Secara teoritis, hasil penelitian ini memperkuat pemahaman bahwa religiusitas dapat berperan sebagai salah satu determinan sosial yang mempengaruhi perilaku kesehatan oral, status kesehatan mulut, serta kualitas hidup terkait kesehatan mulut (*Oral Health Related Quality of Life/OHRQoL*). Secara praktis, temuan ini menunjukkan bahwa pendekatan promotif dan preventif dalam kesehatan gigi dan mulut dapat mempertimbangkan aspek nilai-nilai religius dan dukungan komunitas keagamaan sebagai media edukasi kesehatan.



Gambar 1. Seleksi studi dengan diagram prisma ScR

Table 1. Hasil ekstraksi data dari setiap literature yang relevan

No.	Penulis	Tahun	Judul	Penerbit	Metode	Hasil
1.	Nina Moszka, <i>et.al.</i> ¹⁵	2023	Religious affiliation and oral health related quality of life: a cross-sectional study based on a nationally representative survey in Germany	BMC Oral Health (2023) 23 :586 DOI: 10.1186/s12903-023-03265-8	Menggunakan data yang diambil dari survei respresentatif secara nasional di negara Jerman pada bulan Agustus – September 2021 untuk meneliti hubungan antara afiliasi agama dan <i>oral health related quality of life</i> (OHRQoL).	Hasil analisa regresinya menunjukkan bahwa dibandingkan dengan individu yang tidak memiliki afiliasi agama, individu yang beragama Kristen, Islam, atau yang memiliki afiliasi agama lain memiliki kualitas hidup terkait kesehatan oral yang lebih rendah. ¹⁵
2.	Avdeenko Oksana, <i>et.al</i> ⁶	2019	Oral behavior and dental status of orthodox christian priests and monks	J Int Soc Prevent Communit Dent 2019; 9: 137-43 DOI: 10.4103/jispcd. JISPCD_326_18	Pemeriksaan klinis gigi dilakukan terhadap 311 peserta terdiri dari 111 biarawan; 111 pendeta; dan 90 penduduk lokal, bukan rohaniawan sebagai kelompok kontrol. Penilaian yang dilakukan termasuk skor DMFT, skor OHI-s, dan skor MPBIs. Peserta juga diminta untuk mengisi kuisioner mengenai kebiasaan makan dan kesadaran tentang menjaga kesehatan mulut.	Hasilnya nilai MPBIs pada biarawan lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok pendeta dan penduduk lokal. Perbedaan dalam jumlah gigi yang hilang secara signifikan lebih tinggi pada pendeta dibandingkan penduduk lokal, jumlah gigi yang sudah ditambal secara signifikan lebih tinggi pada pendeta dan penduduk lokal dibandingkan dengan biarawan. Erosi dan perubahan bentuk gigi lebih banyak terjadi pada kelompok pendeta dan biarawan. Ada pengaruh yang signifikan secara

- statistik dari frekuensi menyikat gigi dan frekuensi asupan makanan terhadap nilai indeks kebersihan dan kesehatan periodontal. Kesimpulannya prevaalensi beberapa penyakit gigi ditemukan lebih tinggi diantara pendeta dan biarawan dibandingkan dengan kelompok penduduk lokal.¹⁶
3. Gabriele Rissotto Menegazzo, *et.al.*¹⁷ 2018 Family religiousity and oral health related quality of life : a multileve analysis in brazilian schoolchildren Brazilian Dental Journal (2018) 29 (4): 381-387 DOI : 10.1590/0103-6440201801965 Studi *cross sectional* dilakukan pada sampel representatif anak sekolah berusia 12 tahun di kota Santa Maria, Brasil Selatan. Pemeriksaan dilakukan pada 1.134 anak sekolah yang diambil secara acak di 20 sekolah negeri di kota tersebut. Pemeriksaan klinis gigi berupa nilai DMFT dan skor indeks CPI. OHRQoL dinilai menggunakan versi pendek dari Child Perceptions for Questionnaire (CPQ11-14). Orangtua diminta mengisi kuisisioner tentang status sosial ekonomi dan praktik keagamaan mereka dalam keluarga. Data dianalisa menggunakan analisis regresi Poisson multilevel untuk menilai hubungan antara keberagaman dan skor CPQ11-14 secara keseluruhan dan secara spesifik per domain. Praktik keagamaan kurang dari sekali seminggu dikaitkan dengan skor rata-rata domain yang paling tinggi dan skor keseluruhan CPQ 11-14 yang lebih tinggi pada anak sekolah. Hasilnya menunjukkan bahwa keberagaman keluarga secara positif terkait dengan OHRQoL anak sekolah.¹⁷
4. Farooq Ahmad Chaudhary, *et.al*¹⁸ 2024 The association between economic status and religious identity with oral health disparities and inequalities around the world Cureus 16(1):e51917. DOI 10.7759/cureus.51917 Penelitian ini menggunakan data yang tersedia secara umum mengenai ukuran-ukuran kesehatan mulut, status pendapatan negara, dan keanggotaan negara dalam *The Organization of Islamic Country*. Lima aspek kesehatan mulut yang diteliti adalah pengalaman karies melalui skor DMFT, presentase orang yang tidak mengalami penyakit gusi, jumlah tahun hidup dengan disabilitas (DALY) akibat masalah kesehatan mulut serta angka kasus kanker mulut dan orofaring. Peneliti juga membandingkan kesehatan mulut berdasarkan status pendapatan negara. Hasilnya dari 170 negara yang diteliti, 53 negara adalah anggota *The Organization of Islamic Country*. Analisa menunjukkan bahwa rata-rata DMFT pada orang dewasa usia 35-44 tahun lebih tinggi di negara non anggota dibandingkan dengan negara yang menjadi anggota. Data menunjukkan ada bukti yang mendukung pengaruh status ekonomi dan agama terhadap ketimpangan kesehatan mulut meskipun tidak terlalu kuat.¹⁸

					sedangkan negara anggota.	117 bukan	
5.	Avraham Zini, <i>et.al</i> ⁹	2013	Religious leaders' opinion and guidance towards oral health maintenance and promotion : a qualitative study	J Relig Health DOI 10.10007/s109 43-013-9752-8	Sebanyak 11 pimpinan komunitas spiritual dan agama Yahudi terkemuka dipilih. Mereka diwawancarai menggunakan kuisisioner semi terstruktur. Transkrip wawancara dianalisa menggunakan teori grounded dengan bantuan perangkat lunak analisa data kualitatif.	Hasilnya analisis perspektif peserta menunjukkan bahwa, berdasarkan teologi Yahudi, mereka memberikan penekanan pada pencegahan primer baik di tingkat pribadi maupun komunitas. Orang-orang yang religius dan ortodoks digambarkan memiliki motivasi yang tinggi dalam menjaga perilaku kesehatan mulut karena merasa berkewajiban mengikuti ajaran agama, mendapatkan dukungan sosial yang kuat, dan tingkat spiritual yang tinggi. Religiusitas dapat dianggap sebagai contoh penentu kesehatan psiko-sosial yang mencakup komponen keyakinan spiritual (psiko) dan dukungan sosial (sosial). ¹⁹	

PEMBAHASAN

Hasil seleksi studi pada gambar 1 (diagram alur PRISMA-ScR) menunjukkan bahwa jumlah artikel yang teridentifikasi pada tahap awal relatif besar, namun sebagian besar dieliminasi setelah proses penyaringan judul, abstrak, dan *full-text review*. Hal ini menandakan bahwa penelitian mengenai religiusitas dan kesehatan mulut masih terbatas meski rentang waktu publikasi sudah diperluas hingga 20 tahun.

Penelitian sering kali tidak secara spesifik menilai *oral health-related quality of life* (OHRQoL). Banyak publikasi membahas religiusitas dalam konteks kesehatan umum atau kesehatan mental, tetapi hanya sedikit yang secara langsung menghubungkannya dengan indikator klinis kesehatan gigi. Proses eksklusi terutama disebabkan oleh ketidaksesuaian populasi penelitian, tidak adanya pengukuran OHRQoL, serta artikel berupa opini atau tinjauan non-empiris. Dengan demikian, diagram alur seleksi menggambarkan adanya *research gap* pada kajian kesehatan gigi berbasis aspek spiritual.

Tabel 1 menunjukkan karakteristik penelitian, studi yang terpilih menunjukkan heterogenitas yang cukup besar, baik dari segi negara, kelompok usia responden, maupun metode pengukuran religiusitas. Sebagian penelitian menggunakan indikator afiliasi agama, sementara penelitian lain menilai tingkat religiusitas melalui praktik ibadah, keyakinan, atau keterlibatan dalam komunitas keagamaan. Variasi juga terlihat pada pengukuran kesehatan oral, yaitu melalui indeks DMFT, status periodontal, perilaku kesehatan gigi, serta kuesioner OHRQoL. Perbedaan ini mengindikasikan bahwa religiusitas merupakan konsep multidimensional yang tidak dapat direpresentasikan hanya melalui identitas agama semata, melainkan juga praktik keagamaan dan pengalaman spiritual individu.¹⁵

Sementara itu pada ringkasan hasil penelitian memperlihatkan bahwa sebagian besar studi menunjukkan hubungan positif antara religiusitas dan kesehatan mulut, berupa nilai OHRQoL yang lebih baik, perilaku perawatan diri yang lebih baik, serta rerata DMFT yang lebih rendah. Temuan ini selaras dengan penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa religiusitas keluarga berhubungan dengan kualitas hidup terkait kesehatan mulut yang lebih baik pada anak sekolah, terutama melalui pengaruhnya terhadap perilaku kesehatan dan dukungan keluarga.⁶ Temuan ini dapat dijelaskan melalui teori *bio-psiko-sosial-spiritual*, di mana religiusitas meningkatkan dukungan sosial, kontrol diri, serta perilaku hidup sehat. Individu yang aktif dalam komunitas keagamaan cenderung memiliki kebiasaan menjaga kebersihan diri, termasuk kesehatan gigi dan mulut. Selain itu, praktik religius seperti disiplin, pengendalian diri, dan larangan terhadap perilaku merugikan kesehatan dapat berperan sebagai faktor protektif.

Dua studi lainnya menunjukkan hasil berbeda, yaitu kelompok tanpa afiliasi agama memiliki OHRQoL lebih baik, serta prevalensi penyakit gigi lebih tinggi pada komunitas

religius tertentu. Hasil ini mengindikasikan bahwa religiusitas tidak selalu berdampak protektif. Faktor budaya, akses pelayanan kesehatan, tingkat pendidikan, serta persepsi religius seperti *religious fatalism* dapat memengaruhi perilaku pencarian pengobatan. Pada beberapa kelompok, keyakinan bahwa penyakit merupakan kehendak Tuhan dapat menurunkan motivasi untuk melakukan perawatan preventif atau kunjungan ke dokter gigi.

Hasil telaah lima literatur yang sesuai dengan kriteria inklusi menunjukkan hubungan antara religiusitas dan status kesehatan oral baik dari aspek status kebersihan mulut maupun oral *health-related quality of life* (OHRQoL) tidak bersifat linier, melainkan berlangsung melalui jalur multidimensi. Temuan ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa pengaruh religiusitas terhadap kesehatan tidak terjadi secara langsung, tetapi dimediasi oleh berbagai faktor perilaku, psikologis, dan sosial. Dalam konteks kesehatan oral, beberapa studi juga menunjukkan bahwa religiusitas mempengaruhi perilaku kesehatan, dukungan sosial, serta persepsi kesehatan individu yang pada akhirnya berdampak pada kondisi klinis dan kualitas hidup terkait kesehatan mulut. Hubungan ini lebih tepat dipahami melalui pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual, mengingat kesehatan mulut dipengaruhi oleh faktor biologis, perilaku, kondisi psikologis, lingkungan sosial, serta sistem nilai dan keyakinan religius individu.¹²

Hasil pada dimensi biologis, religiusitas berhubungan dengan status kebersihan mulut melalui pengaruhnya terhadap perilaku preventif yang berulang dan terinternalisasi. Hal ini sejalan dengan temuan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa perilaku perawatan diri seperti frekuensi menyikat gigi, kebiasaan menjaga kebersihan mulut, dan kontrol terhadap faktor risiko sangat berperan dalam menurunkan kejadian karies serta penyakit periodontal. Studi pada anak prasekolah di Indonesia menunjukkan bahwa praktik kesehatan oral yang baik berkaitan dengan kejadian karies yang lebih rendah serta OHRQoL yang lebih baik.³⁰ Beberapa studi populasi menunjukkan bahwa individu dengan religiusitas tinggi memiliki pengalaman karies dan penyakit periodontal yang lebih rendah, terutama pada konteks agama yang menekankan kebersihan tubuh dan pengendalian diri.²⁰ Praktik keagamaan seperti wudhu, penggunaan siwak, pembatasan konsumsi alkohol dan tembakau berkontribusi pada pengurangan faktor risiko biologis penyakit mulut.²¹ Sisi lainnya religiusitas tidak selalu berperan protektif. Pada kelompok rohaniawan, tuntutan ritual dan keterbatasan akses layanan kesehatan gigi justru dikaitkan dengan tingginya jumlah penyakit gigi yang tidak tertangani.¹⁹ Hal ini menunjukkan bahwa pengaruh religiusitas terhadap status klinis kesehatan mulut sangat kontekstual.

Hasil pada dimensi psikologis, religiusitas berperan dalam membentuk mekanisme koping, makna hidup, dan persepsi terhadap penyakit, yang berdampak langsung pada OHRQoL. Hal ini sejalan dengan temuan sebelumnya yang menunjukkan bahwa persepsi individu terhadap kondisi kesehatan oral, termasuk rasa sakit, kecemasan, dan ketidaknyamanan psikologis, memiliki pengaruh yang signifikan terhadap OHRQoL.³¹ Religiusitas intrinsik dikaitkan dengan stres psikologis yang lebih rendah, kontrol emosi yang lebih baik, serta penerimaan terhadap kondisi kesehatan, sehingga individu dengan religiusitas tinggi cenderung melaporkan OHRQoL yang lebih baik meskipun kondisi klinisnya serupa.⁷ Sebaliknya, religiusitas yang bersifat fatalistik dapat menurunkan literasi kesehatan dan kecenderungan mencari perawatan medis, yang pada akhirnya berdampak negatif terhadap kebersihan mulut dan OHRQoL.¹⁷ Hal ini menjelaskan temuan bahwa individu tanpa afiliasi agama tertentu melaporkan OHRQoL yang lebih baik dalam konteks tertentu.

Religiusitas juga berdampak melalui dimensi sosial dengan menyediakan dukungan sosial, norma perilaku, dan modal sosial. Penelitian dalam bidang kesehatan masyarakat menunjukkan bahwa perilaku kesehatan oral sangat dipengaruhi oleh lingkungan sosial, termasuk keluarga dan komunitas tempat individu berada. Studi pada populasi anak menunjukkan bahwa praktik kesehatan oral yang baik sering kali terbentuk melalui dukungan keluarga serta pengawasan sosial yang mendorong kebiasaan menjaga kebersihan mulut sejak dini. Faktor sosial seperti pendidikan dan status sosial ekonomi memiliki peran penting dalam membentuk perilaku kesehatan gigi serta pemanfaatan layanan kesehatan gigi.³⁰ Keterlibatan dalam komunitas keagamaan dapat meningkatkan praktik perawatan kesehatan mulut melalui pengawasan sosial, penyebaran informasi kesehatan, dan peningkatan akses terhadap layanan kesehatan.¹² Pada anak usia sekolah, religiusitas keluarga berfungsi sebagai faktor protektif melalui pembentukan kebiasaan

kebersihan mulut dan peningkatan kepatuhan terhadap perilaku sehat.¹¹ Dimensi sosial ini juga dapat memperkuat ketimpangan kesehatan mulut jika komunitas keagamaan memiliki akses layanan yang terbatas atau norma yang kurang mendukung perawatan preventif.²¹

Dimensi spiritual merupakan inti dari religiusitas sebagai sistem nilai dan makna hidup. Spiritualitas memberikan motivasi internal untuk menjaga tubuh sebagai bagian dari tanggung jawab moral dan religius, meningkatkan self-efficacy dalam perawatan diri, serta memperbaiki persepsi subjektif terhadap kesehatan mulut. Literatur terbaru menunjukkan bahwa religiusitas memiliki pengaruh yang lebih konsisten terhadap aspek subjektif kesehatan mulut, terutama OHRQoL, dibandingkan indikator klinis semata.^{11,20}

Secara keseluruhan, hasil tinjauan ini menunjukkan bahwa religiusitas memiliki hubungan dengan status kesehatan oral dan *oral health-related quality of life* (OHRQoL). Sebagian besar penelitian memperlihatkan hubungan positif, yaitu individu dengan tingkat religiusitas lebih tinggi memiliki perilaku pemeliharaan kesehatan mulut yang lebih baik serta rerata DMFT yang lebih rendah. Hal ini dapat dijelaskan melalui konsep determinan sosial kesehatan, di mana agama berfungsi sebagai struktur sosial yang membentuk norma, perilaku, dan dukungan sosial dalam masyarakat.²³

Komunitas keagamaan menyediakan jaringan sosial, penguatan moral, serta kontrol diri yang mendorong individu untuk menjalankan perilaku hidup sehat, termasuk menjaga kebersihan gigi dan mulut. Religiusitas juga berperan sebagai mekanisme coping psikologis yang meningkatkan kesejahteraan mental, stabilitas emosi, dan kepatuhan terhadap perilaku preventif.²⁴ Selain itu, konsep *whole person care* menekankan bahwa kesehatan tidak hanya dipengaruhi faktor biologis, tetapi juga aspek psikologis, sosial, dan spiritual.^{25,26}

Dalam konteks kesehatan gigi, dukungan spiritual dapat meningkatkan motivasi individu untuk merawat tubuh sebagai amanah, sehingga berkontribusi pada kualitas hidup terkait kesehatan mulut. Penilaian kesehatan mulut juga tidak cukup hanya melalui indikator klinis, karena dampak terhadap fungsi, kenyamanan, dan interaksi sosial merupakan bagian penting dari OHRQoL.²⁷

Penelitian lain menunjukkan hubungan negatif antara religiusitas dan kesehatan oral, di mana individu tanpa afiliasi agama memiliki OHRQoL lebih baik serta prevalensi penyakit gigi lebih tinggi pada komunitas religius tertentu. Temuan ini menunjukkan bahwa religiusitas bukan selalu faktor protektif namun bisa menjadi faktor risiko. Pada beberapa kelompok, keyakinan religius dapat berkaitan dengan *religious fatalism*, yaitu pandangan bahwa penyakit merupakan kehendak Tuhan sehingga menurunkan motivasi pencarian pengobatan dan perilaku preventif.²² Selain itu, faktor pendidikan kesehatan, akses pelayanan kesehatan, dan kondisi sosial ekonomi juga dapat memengaruhi hasil tersebut.^{28,29} Komunitas religius yang bersifat tertutup, jadwal aktivitas ibadah yang padat, serta prioritas pelayanan spiritual dibandingkan kesehatan fisik dapat menyebabkan keterlambatan kunjungan ke dokter gigi. Hal ini menunjukkan bahwa pengaruh religiusitas terhadap kesehatan oral bersifat kontekstual dan dipengaruhi oleh lingkungan sosial serta budaya setempat.²²

Hubungan religiusitas dengan status kebersihan mulut dan OHRQoL dimediasi oleh interaksi kompleks antara faktor biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Penelitian lain juga menekankan bahwa kesehatan mulut dan kualitas hidup merupakan hasil interaksi berbagai determinan sosial dan perilaku, termasuk dukungan sosial, kondisi psikologis, serta gaya hidup individu.³² Religiusitas dapat berfungsi sebagai faktor protektif maupun faktor risiko, tergantung pada bentuk religiusitas, konteks budaya, literasi kesehatan, serta akses terhadap layanan kesehatan gigi. Temuan ini menunjukkan bahwa religiusitas bukan faktor biologis langsung, melainkan faktor kontekstual yang memodifikasi perilaku kesehatan individu. Oleh karena itu, pengaruh religiusitas terhadap kesehatan oral sangat bergantung pada bagaimana nilai keagamaan diterjemahkan menjadi perilaku kesehatan sehari-hari.

Tinjauan ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, jumlah literatur yang memenuhi kriteria relatif sedikit, yaitu hanya lima publikasi, sehingga gambaran hubungan religiusitas dengan status kesehatan oral dan OHRQoL masih terbatas dan belum dapat digeneralisasikan secara luas. Kedua, desain *scoping review* bertujuan memetakan bukti yang tersedia sehingga tidak dilakukan penilaian kualitas metodologis (*risk of bias*) secara mendalam maupun analisis kuantitatif seperti meta-analisis. Ketiga, terdapat heterogenitas

karakteristik penelitian, meliputi perbedaan populasi, budaya, agama, instrumen pengukuran religiusitas, serta indikator kesehatan gigi yang digunakan, sehingga perbandingan hasil antar studi menjadi terbatas.

Keempat, pencarian literatur hanya menggunakan beberapa basis data dan artikel berbahasa tertentu, sehingga kemungkinan masih terdapat publikasi relevan yang tidak teridentifikasi (*publication bias*). Kelima, sebagian besar penelitian yang ditemukan menggunakan desain potong lintang sehingga hubungan sebab-akibat antara religiusitas dan kesehatan oral belum dapat dipastikan. Oleh karena itu, diperlukan penelitian lanjutan dengan desain longitudinal atau eksperimental serta penggunaan instrumen religiusitas dan OHRQoL yang terstandar untuk memperkuat bukti ilmiah.

SIMPULAN

Berdasarkan beberapa artikel yang terseleksi dalam *scoping review* ini mengindikasikan adanya keterkaitan religiusitas pemeluk agama dengan status kesehatan oral dan *oral health related quality of life* (OHRQoL). Keterkaitan yang terbangun dapat berupa hubungan positif (faktor protektif) maupun hubungan negatif (faktor resiko).

Hasil tinjauan ini menunjukkan bahwa komunitas dan kegiatan keagamaan dapat dimanfaatkan sebagai media promosi kesehatan gigi melalui edukasi dan pembinaan perilaku preventif. Kolaborasi antara tenaga kesehatan dan pemuka agama berpotensi meningkatkan efektivitas penyampaian pesan kesehatan karena adanya pengaruh moral dan kedekatan sosial. Pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual dalam pelayanan kesehatan gigi dapat memperkuat motivasi individu untuk menjaga kesehatan mulut dan pendekatan berbasis komunitas keagamaan dapat menjadi bagian dari strategi promotif dan preventif dalam program Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat.

Kontribusi Penulis: Kontribusi peneliti "Konseptualisasi, P.I.C.; N.H.; dan B.A metodologi, P.I.C.; N.H.; dan B.A perangkat lunak, P.I.C.; N.H.; dan B.A validasi, P.I.C.; N.H.; dan B.A analisis formal, P.I.C.; N.H.; dan B.A investigasi, P.I.C.; N.H.; dan B.A sumber daya, P.I.C.; N.H.; dan B.A kurasi data, P.I.C.; N.H.; dan B.A penulisan—penyusunan draft awal, P.I.C.; N.H.; dan B.A penulisan-tinjauan dan penyuntingan, P.I.C.; N.H.; dan B.A visualisasi, P.I.C.; N.H.; dan B.A supervisi, P.I.C.; N.H.; dan B.A administrasi proyek, P.I.C.; N.H.; dan B.A perolehan pendanaan, P.I.C.; N.H.; dan B.A. Semua penulis telah membaca dan menyetujui versi naskah yang diterbitkan."

Pendanaan: Penelitian ini dilaksanakan menggunakan dana pribadi semua penulis

Pernyataan Persetujuan Data: semua penulis yang artikelnya diterbitkan di jurnal Padjadjaran Journal of Dental Researchers and Students (PJDRS) untuk memberikan akses data penelitian sesuai dengan kode etik dengan penelitian yang berlaku.

Pernyataan Ketersediaan Data: Semua data dalam penelitian ini (artikel-artikel yang dianalisis dan dijadikan rujukan) tersedia di laman masing-masing artikel. Berikut tautan lima artikel (sesuai urutan dalam naskah) yang dimaksud

Konflik Kepentingan: Penulis menyatakan tidak ada konflik kepentingan dalam artikel ini baik dalam desain penelitian; pengumpulan studi; analisis; interpretasi data; penulisan naskah dan dalam Keputusan publikasi hasil penelitian".

DAFTAR PUSTAKA

1. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, et al. Ending the neglect of global oral health: Time for radical action. *Lancet*. 2019;394(10194):261-72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31133-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31133-1).
2. World Health Organization. Oral health [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2026 Mar 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
3. Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, et al. Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990–2015. *J Dent Res*. 2017;96(4):380-7
4. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *J Dent Res*. 2016;95(4):369-73. <https://doi.org/10.1177/0022034516634718>.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Survei Kesehatan Indonesia 2023. Jakarta: Kemenkes RI; 2023. p. 317-47.
6. Freire MCM, et al. Family religiosity and oral health-related quality of life: A multilevel analysis in Brazilian schoolchildren. *Braz Dent J*. 2018;29(4):407-14
7. VanderWeele TJ. Religion and health: A synthesis. *Annu Rev Public Health*. 2017;38:345-65. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044351>
8. Levin J. Religion and mental health: Theory and research. *Int J Appl Psychoanal Stud*. 2018;15(2):120-35. <https://doi.org/10.1002/aps.1555>
9. Bonelli RM. Religiosity and mental health. *Dtsch Med Wochenschr*. 2016;141(25):1863-7. doi:10.1055/s-0042-121594.
10. Gomes APP, Rebelo MAB, Queiroz AC, Souza JGS, Martins AMEBL. Religiosity, spirituality, and oral health-related quality of life in adults: A population-based study. *BMC Oral Health*. 2020;20:318. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01279-4>

11. Agostini BA, Machry RV, Teixeira CR, Piovesan C, Mendes FM, Ardenghi TM, et al. Influence of religiosity on oral health-related quality of life in adolescents: A population-based study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2019;47(5):421-8. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12486>.
12. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry.* 2012;2012:278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
13. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2007;8(1):19-32.
14. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169:467-73.
15. Moszka N, Aarabi G, Lieske B, König HH, Kretzler B, Zwar L, et al. Religious affiliation and oral health-related quality of life: A cross-sectional study based on a nationally representative survey in Germany. *BMC Oral Health.* 2023;23:586. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03265-8>
16. Avdeenko O, Novikova I, Turkina A, Makeeva I. Oral behaviour and dental status of Orthodox Christian priests and monks. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2019;9:137-43
17. Menegazzo GR, Sfreddo CS, Markezan PK, Ramadan YH, Ardenghi TM. Family religiosity and oral health-related quality of life: A multilevel analysis in Brazilian schoolchildren. *Braz Dent J.* 2018;29(4):407-14
18. Chaudhary FA, Ahmad B, Arjumand B, Alharkan HM. The association between economic status and religious identity with oral health disparities and inequalities around the world. *Cureus.* 2023;15:e.
19. Zini A, Sgan-Cohen HD, Feder-Bubis P. Religious leaders' opinion and guidance towards oral health maintenance and promotion: A qualitative study. *J Relig Health.* 2015;52:114-21.
20. Schulz M, Jockel-Schneider Y, Graetz C, Schwendicke F, Nitschke I. Religion and oral health-related quality of life: Results from a population-based study. *BMC Oral Health.* 2023;23:302. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-02945-9>
21. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: A global public health challenge. *Lancet.* 2019;394(10194):249-60. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)
22. Christy SM, et al. Religious fatalism, health literacy, and health behaviors. *J Relig Health.* 2021;60(2):1206-20. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01088-9>
23. Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of health. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
24. Koenig HG. Religion and mental health: Research and clinical applications. London: Academic Press; 2018.
25. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. Pennsylvania: Templeton Press; 2016.
26. Sulmasy DP. The rebirth of the clinic: An introduction to spirituality
27. Locker D, Allen F. Oral health and quality of life. Chicago: Quintessence Publishing; 2019. Watt, R. G., Daly, B., Allison, P., et al. (2019). Ending the neglect of global oral health: Time for radical action. *The Lancet*, 394, 261–272.
28. Watt RG, Daly B, Allison P, et al. Ending the neglect of global oral health: Time for radical action. *Lancet.* 2019;394:261-72.
29. Chaudhary FA, Ahmad B, Arjumand B, Alharkan HM. Association between economic status and religious identity with oral health disparities and inequalities around the world. *Cureus.* 2023.
30. Ramadhani A, Khairinisa S, Setiawati F, Darwita RR, Maharani DA. The relationships among oral health practices, early childhood caries, and oral health-related quality of life in Indonesian preschool children. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2021;11(2):158-65.
31. Padilla-Fonseca N, Araya-Castillo A, Arias-Campos MP, Solís-Rivera AP, Jiménez-Matarrita J, Ramíty in health care. Washington DC: Georgetown University Press; 2017. rez K. The relationship between dental anxiety and oral health-related quality of life in patients with periodontitis. *Diagnostics.* 2024;14(23):2624. <https://doi.org/10.3390/diagnostics14232624>
32. Alautry HF, et al. Association between dental clinical measures and oral health-related quality of life among schoolchildren. *PLoS ONE.* 2024;19(4):e0293024.