

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Periodontitis

a. Definisi Periodontitis

Periodontitis merupakan penyakit inflamasi *irreversible* dari jaringan pendukung gigi yang disebabkan oleh mikroorganisme spesifik maupun kelompok mikroorganisme spesifik yang menghasilkan kehancuran progresif dari ligament periodontal dan tulang alveolar. Adanya kehilangan perlekatan yang dapat terdeteksi secara klinis merupakan hal yang membedakannya dengan gingivitis. Kehilangan perlekatan ini biasanya bersamaan dengan pembentukan pocket periodontal, dan juga pada beberapa kasus ditemui resesi marginal gingiva (Carranza, dkk., 2015).

Periodontitis kronis adalah penyakit dengan tipe progresif yang lambat yang merupakan hasil dari respon host pada agregasi bakteri di permukaan gigi. Periodontitis kronis menyebabkan kerusakan irreversibel pada jaringan perlekatan, yang menghasilkan pembentukan poket periodontal dan kehilangan tulang alveolar pada akhirnya, sehingga periodontitis kronis

didefinisikan sebagai suatu penyakit infeksius yang menyebabkan inflamasi pada jaringan pendukung gigi, kehilangan perlekatan yang progresif dan kehilangan tulang. Periodontitis kronis sering dijumpai pada usia dewasa dan dapat menyebabkan rasa sakit serta rasa tidak nyaman pada penderita (Wolf, dkk., 2004). Gejala yang biasa muncul pada inflamasi jaringan periodontal yaitu perdarahan saat probing, edema dan kemerahan (Preus & Laurell, 2003).

b. Klasifikasi Periodontitis

Periodontitis kronis menurut (Carranza, dkk., 2015) disubklasifikasikan menjadi lokalisata dan generalisata, dimana pada lokalisata terdapat <30% gigi yang terlibat dan pada generalisata terdapat >30% gigi terlibat. Periodontitis kronis dapat dibagi menjadi tiga tingkatan berdasarkan tingkat keparahannya, yaitu:

- 1) Periodontitis ringan, keadaan dimana kehilangan perlekatan tidak lebih dari 1-2 mm
- 2) Periodontitis sedang, keadaan dimana kehilangan perlekatan 3-4 mm
- 3) Periodontitis berat, keadaan dimana kehilangan perlekatan lebih dari 5 mm

c. Tanda-Tanda Klinis Periodontitis

Karakteristik periodontitis menurut Manson & Eley (1993) adalah inflamasi dan perdarahan, terbentuknya pocket, resesi

gingiva, kegoyahan gigi, migrasi gigi, ketidaknyamanan, kehilangan tulang alveolar, dan halitosis. Periodontitis kronis dapat didiagnosis dengan terdeteksinya perubahan inflamasi kronis pada marginal gingiva, adanya poket periodontal dan hilangnya attachment secara klinis.

d. Etiologi Periodontitis

Penyebab periodontitis biasa diklasifikasikan menjadi faktor primer dan faktor sekunder. Faktor primernya yaitu iritasi bakteri yang berkolonisasi dipermukaan gigi. Faktor sekunder dibagi menjadi lokal dan sistemik (Elley, dkk., 2010). Faktor lokal yang utama yaitu plak yang dapat menyebabkan inflamasi pada jaringan periodontal. Beberapa faktor lokal lain pada lingkungan gingiva merupakan predisposisi dari akumulasi deposit plak dan menghalangi pembersihan plak. Faktor-faktor ini disebut sebagai faktor retensi plak yang meliputi restorasi yang keliru, kavitas karies, tumpukan sisa makanan, geligi tiruan sebagian yang desainnya tidak baik, pesawat ortodonti, susunan gigi geligi yang tidak teratur, kebiasaan bernapas melalui mulut, merokok tembakau dan groove perkembangan pada enamel servikal atau permukaan akar. Faktor sistemik merupakan kelainan sistemik yang dapat berpengaruh buruk terhadap jaringan periodontal seperti ketidakseimbangan endokrin, penyakit darah, pengaruh

sistem saraf, manifestasi penggunaan obat, malnutrisi, dan pengaruh herediter (Fedi, dkk., 2005).

e. Perawatan Penyakit Periodontal

Terapi atau perawatan penyakit periodontal memiliki tujuan untuk menghilangkan penyakit dan mengembalikan periodonsium ke keadaan sehat, yang meliputi kenyamanan, fungsi, dan estetika yang dapat dipertahankan secara memadai oleh pasien dan dokter gigi. Keberhasilan perawatan sangat ditentukan dari terjadinya penyembuhan jaringan itu, sehingga perawatan periodontal meliputi mengurangi rasa sakit, menghilangkan inflamasi gingiva, perdarahan gingiva, menghilangkan poket periodontal, menghentikan pembentukan pus, menghentikan kerusakan jaringan lunak dan tulang, mengurangi terjadinya gigi goyah, menciptakan fungsi oklusi secara optimal, memperbaiki kerusakan jaringan, membangun kembali bentuk gigi maupun gingiva yang abnormal untuk menciptakan gigi dan jaringan periodonsia yang sehat, dan mencegah penyakit kambuh kembali, serta mengurangi gigi lepas atau dicabut. Terapi periodontal biasa dibagi menjadi 4 fase yang dijabarkan sebagai berikut: (Carranza, dkk., 2015).

- 1) Fase I yaitu terapi awal yang bertujuan menghilangkan faktor etiologi dan faktor predisposisi terjadinya penyakit periodontal. Perawatan yang dilakukan pada fase ini adalah kontrol plak, kontrol diet, scaling dan root planing, koreksi restorasi yang

over kontour dan over hanging dan gigi tiruan yang tidak baik atau mengiritasi, restorasi karies, terapi antimikroba baik lokal maupun sistemik, terapi atau penyesuaian oklusal, serta splinting dan penggerakan gigi dengan ortho.

- 2) Fase II yaitu terapi bedah periodontal yang bertujuan untuk mengontrol dan menghilangkan penyakit periodontal yang terdiri dari perawatan poket periodontal yaitu gingivektomi, *curettage*, operasi flap, bedah resektif dan regeneratif tulang. Selain hal diatas, fase ini juga bertujuan mengoreksi kondisi anatomis yang dapat mendukung terjadinya penyakit periodontal dan mengganggu estetika yang terdiri dari pelebaran attached gingiva dengan graft gingiva, perbaikan papilla gingiva, frenektomi atau frenotomi, pemanjangan mahkota, augmentasi ridge, dan pendalaman vestibulum. Pada fase II ini juga termasuk pemasangan implant dan perawatan endodontik.
- 3) Fase III yaitu terapi rekonstruktif yang terdiri dari restorasi final gigi geligi dan protesa lepasan atau cekat.
- 4) Fase IV yaitu terapi pemeliharaan atau terapi periodontal suportif yang bertujuan untuk mempertahankan kesehatan jaringan periodontal setelah terapi-terapi yang sebelumnya dilakukan dengan mengontrol infeksi periodontal dan mencegah terjadi rekurensi penyakit periodontal. Fase ini terdiri dari kunjungan berkala untuk mengevaluasi kondisi plak

dan kalkulus, poket dan inflamasi gingiva, oklusi, mobilitas gigi, dan perubahan patologis lainnya termasuk efek restorasi terhadap jaringan periodontal (Lang, dkk., 2009).

Terapi periodontal non-bedah merupakan terapi tahap pertama dalam rangkaian prosedur yang menentukan perawatan periodontal. Terapi non-bedah biasa disebut sebagai terapi inisal, *nonsurgical periodontal therapy*, *cause related therapy*, dan *etiotropic phase of therapy*. Prosedur yang termasuk dalam terapi ini dapat merupakan terapi satu-satunya, tetapi apabila terapi ini tidak dapat mengatasi masalah pasien, harus dilakukan tahap persiapan untuk terapi bedah. Terapi tahap non-bedah memiliki tujuan mengurangi etiologi mikroba dan faktor-faktor yang berperan dalam perkembangan penyakit periodontal yang akhirnya akan menghentikan proses perkembangan penyakit serta mengembalikan kondisi jaringan periodontal pada keadaan nyaman dan sehat. Istilah terapi non-bedah termasuk pemeliharaan kebersihan mulut, instrumentasi periodontal dan agen kemoterapi untuk mencegah, atau menghilangkan penyakit periodontal baik dengan menghilangkan langsung organisme patogen dan produk sampingannya atau penghilangan faktor-faktor yang berkontribusi seperti kalkulus dan restorasi yang *overhanging*, tujuannya adalah untuk mengurangi jumlah organisme dan mengubah komposisi bakteri flora yang tersisa. Hal tersebut akan menghasilkan keadaan

klinis kesehatan periodontal (Rose, dkk., 2004). Terapi tahap ini memberikan kesempatan kepada dokter gigi untuk mengevaluasi respon jaringan dan perilaku pasien terhadap perawatan periodontal, yang mana untuk keberhasilan perawatan membutuhkan kedua faktor ini (Carranza, dkk., 2015).

2. *Curettage*

Jika setelah dilakukan perawatan awal atau terapi fase I berupa *scaling* dan *root planing* masih ditemukan adanya inflamasi, edema, dan poket dengan kedalaman 3-5 mm pada gingiva, maka dapat dilakukan perawatan lanjutan berupa *curettage* (Mittal A, dkk., 2014). Kata *curettage* digunakan dalam periodontik yang berarti *scraping* dinding gingiva dari poket periodontal untuk memisahkan jaringan lunak yang berpenyakit. *Curettage* merupakan prosedur untuk menghilangkan jaringan granulasi terinflamasi yang berada pada dinding lateral dari poket periodontal dan merupakan salah satu teknik bedah periodontal yang indikasinya terbatas. *Scaling* dan *root planing* yang sebelumnya dilakukan mungkin secara tidak sengaja dapat mencakup berbagai tingkat *curettage*. Terdapat dua macam *curettage*, yaitu *curettage* gingival dan subgingival. *Curettage* gingival merupakan penghilangan jaringan lunak yang terinflamasi bagian lateral dinding poket, sedangkan *curettage* subgingival mengacu pada prosedur yang dilakukan dari apikal pada epitel junctional dimana perlekatan jaringan ikat disingkirkan sampai ke puncak tulang. Ada

juga kuretase yang dilakukan tanpa sengaja, pada saat *scaling* dan *root planing*, kuretase ini biasa disebut *inadvertent curettage*.

Umumnya *curettage* bertujuan membuat perlekatan baru terutama pada infrabony pocket, mengeliminasi gingival pocket, memperbaiki gingiva menjadi sehat baik warna, kontur, konsistensi dan tekstur permukaan (Carranza, dkk., 2015). Indikasi dilakukannya *curettage* adalah jaringan edema dan meradang, poket dangkal, poket suprabony, sebagai bagian dari persiapan awal sebelum membuka prosedur bedah dalam upaya untuk mencapai kualitas jaringan yang dapat ditangani dengan mudah. Kontra indikasi apabila bentuk poket berliku-liku, poket berada pada daerah yang sulit dilakukan misalnya pada molar, dinding poket fibrotic, poket yang dalam dan daerah yang sulit dijangkau (Cohen, 2007).

Menurut penelitian yang dilakukan Dinyati dan Adam (2016) perubahan klinis dari jaringan setelah kuretase yaitu gingiva marginal tampak merah dan darah koagulum akan nampak pada margin gingiva pertama setelah 2 hari gingiva muncul warna merah kebiruan. Setelah 4 hari gingiva tampak merah edema dengan intensitas berkurang. Setelah 6 hari jaringan gingiva akan tampak merah dan edema berkurang. Setelah 7 hari jaringan gingiva akan menjadi merah muda dengan penyempitan dan resesi tapi marjinal gingiva halus dan mengkilap. Setelah 9 hari gingiva muncul merah muda pucat dengan keratinisasi pada permukaannya. *Curettage* dapat mengembalikan

perlekatan jaringan dengan penurunan pada *loss of attachment* (LOA) atau hilangnya perlekatan klinis (*clinical attachment loss*/CAL) 2-3 minggu setelah perawatan, *curettage* juga dapat mengurangi kedalaman poket dengan mengembangkan perlekatan jaringan ikat yang baru dan dengan adanya *tissue shrinkage* (Lang, dkk., 2015). Perawatan *scaling* dan *root planing* dengan *curettage* terbukti dapat meningkatkan perkembangan perbaikan kondisi jaringan periodontal dibandingkan hanya dengan perawatan *scaling* dan *root planing* (Prahasanti, 2001).

3. Kualitas Hidup

a. Definisi Kualitas Hidup

Menurut WHO (1994) definisi kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam konteks budaya dan nilai dimana mereka hidup dan berhubungan dengan tujuan hidup, harapan, standard dan perhatian mereka. Hal ini merupakan konsep tingkatan yang luas mencakupi kesehatan fisik seseorang, status psikologis, tingkat ketergantungan, hubungan sosial, keyakinan personal dan hubungannya dengan keinginan dimasa yang akan datang. Konsep dari kualitas hidup adalah bagaimana perbedaan antara keinginan yang ada dibandingkan perasaan yang ada sekarang, definisi ini dikenal dengan sebutan "Calman's Gap"(Hermann, 1993).

Berdasarkan perspektif kesehatan, kualitas hidup mengacu pada kehidupan sosial, emosional dan kesejahteraan pasien, sedangkan WHO mendefinisikannya sebagai dampak dari penyakit dan pengobatan terhadap kecacatan dan fungsi sehari-hari. Sehat dihubungkan dengan tidak adanya penyakit (*diseases*), keluhan sakit (*illness*) dan tidak ada gangguan dalam menjalankan peranan sosial sehari-hari (Tampubolon, 2006). Di dalam bidang kesehatan dan aktivitas pencegahan penyakit, kualitas hidup umumnya dijadikan aspek untuk menggambarkan kondisi kesehatan (Dimsdale & Baum, 1995).

b. Kesehatan Gigi dan Mulut Terkait Kualitas Hidup

Kesehatan gigi dan mulut (*oral health*) menurut World Health Organization (2012) didefinisikan sebagai bebas dari nyeri dan sakit pada rongga mulut dan wajah, kanker pada rongga mulut dan tenggorokan, luka dan infeksi pada rongga mulut, penyakit periodontal, kerusakan dan kehilangan gigi, dan penyakit maupun gangguan lainnya yang mempengaruhi rongga mulut dengan menyebabkan keterbatasan menggigit, tersenyum, kegiatan fisik, dan berinteraksi sosial. Untuk menggambarkan status kesehatan rongga mulut harus mencakup ada tidaknya penyakit, fungsi fisik (pengunyahan), fungsi psikis (rasa malu), fungsi sosial (peranan sosial sehari-hari), dan kepuasan terhadap dirinya. Konsep sehat dihubungkan dengan kualitas hidup yang berhubungan dengan

kesehatan (*health related quality of life*) untuk mendefinisikan sehat dalam pengertian positif (Barbosa & Gavião, 2008).

c. Pengukuran Kualitas Hidup

Pengukuran kualitas hidup terkait kesehatan seseorang dapat menggunakan instrumen pengukuran kualitas hidup berupa kuesioner yang didalamnya berisi beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yang telah diuji dengan baik. Suatu instrumen pengukuran kualitas hidup yang baik perlu memiliki konsep, cakupan, reliabilitas dan validitas yang baik pula (Testa & Simonson, 1996).

Untuk mengukur kualitas hidup yang terkait dengan kesehatan mulut (*OHRQoL*), Slade dan Spencer pada tahun 1994 menguji kinerja untuk mengukur hasil fungsional, sosial, dan psikologis dari kondisi mulut terdiri dari 49 pertanyaan yang dikenal sebagai OHIP-49 berdasarkan model teori yang dikembangkan oleh WHO dan disesuaikan dengan kondisi kesehatan mulut oleh Locker. Slade pada tahun 1997 kemudian mengembangkan bentuk pendeknya dengan 14 pertanyaan yang menunjukkan reliabilitas, validitas dan presisi yang baik yang dikenal dengan OHIP-14. *Oral Health Impact profile-14* (OHIP-14) adalah salah satu instrument yang cocok untuk mengukur *Oral Health Related Quality of Life* yang didasari oleh klasifikasi WHO yaitu kelemahan, ketidakmampuan, handicap dan telah digunakan

untuk mengukur ketidakmampuan oral. OHIP-14 telah digunakan pada survey beberapa negara, yaitu pada Inggris, Australia dan Kanada untuk mengevaluasi kualitas hidup terkait dengan kesehatan mulut (Nuttall, dkk., 1998). OHIP – 14 merupakan ringkasan dari OHIP – 49 yang berkonsentrasi pada 2 item pertanyaan pada 7 dimensi pengukuran, yaitu pada dampak yang berhubungan dengan fungsi dan psikologi yang meliputi permasalahan pada gigi dan mulut, dimana tujuh dimensi tersebut (keterbatasan fungsi, rasa sakit fisik, ketidaknyamanan psikis, ketidakmampuan fisik, ketidakmampuan psikis, ketidakmampuan sosial, dan handikap) merupakan dampak akibat dari kelainan atau permasalahan pada rongga mulut yang akan berpengaruh pada kualitas hidup. Setiap dimensi ditanyakan seberapa sering dialami dalam satu bulan terakhir dengan menggunakan skala likert, yaitu: 0 tidak pernah, 1 sangat jarang, 2 kadang-kadang, 3 sering, 4 sangat sering. Nilai skala pengukuran mulai 0-56. Pembagian kategori kualitas hidup berdasarkan perhitungan interval skor nilai tertinggi dan nilai terendah yaitu: baik = 0-18, sedang = 19-37, buruk = 38-56. Tingginya nilai hasil kuesioner menggambarkan kualitas hidup yang buruk dan makin rendah nilainya, menggambarkan kualitas hidup yang lebih baik. Begitupula dengan nilai rata-rata atau nilai Mean, nilai yang lebih tinggi mengindikasikan kualitas hidup yang berhubungan dengan

kesehatan mulut yang lebih rendah, dan nilai mean yang lebih rendah mengindikasikan kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan mulut yang lebih baik (Slade, 1997).

4. RSGM UMY

RSGM UMY adalah rumah sakit gigi dan mulut yang melayani di bidang pelayanan, pendidikan, dan penelitian. Kegiatan pelayanan di RSGM UMY meliputi pelayanan gigi primer, sekunder dan tersier dengan standard pelayanan prima serta pelayanan penunjang yang meliputi laboratorium, radiologi dan laboratorium pemrosesan bahan. Kegiatan pendidikan melalui penyediaan sarana pendidikan dan latihan bagi jenjang diploma, S1, S2, dan S3 serta Sp dibidang kedokteran gigi. Kegiatan penelitian dan pengembangan diarahkan kepada kajian-kajian yang terkait dengan pengembangan ilmu kedokteran gigi, pendidikan berkelanjutan untuk meningkatkan mutu pelayanan, pengobatan yang efektif dan efisien serta centre of excellent untuk pelayanan gigi spesialistik (Profil RSGM UMY, 2018).

Seiring dengan meningkatnya kebutuhan sarana dan fasilitas pendidikan klinik dokter keluarga dan meningkatnya kebutuhan media untuk melatih dan meningkatkan *skill clinic* bagi calon dokter gigi, maka adanya RSGM UMY dapat menjadi penunjang kelancaran proses belajar mengajar bagi aktivitas akademik (Profil RSGM UMY, 2018).

B. Landasan Teori

Penyakit periodontal merupakan penyakit atau kerusakan yang mengenai jaringan periodontal yaitu gingiva, ligament periodontal, sementum dan tulang alveolar. Umumnya penyakit periodontal dibagi menjadi dua, yaitu gingivitis dan periodontitis yang mana pada gingivitis bagian yang terserang adalah gingiva, pada inflamasi gingiva ini terjadi tanpa kehilangan perlekatan dan kerusakan tulang. Sedangkan periodontitis yang umumnya terjadi apabila peradangan pada gingiva tidak dilakukan perawatan, sudah melibatkan kerusakan tulang alveolar. Penyebab utama dari periodontitis adalah plak, plak yang termineralisasi kemudian akan membentuk kalkulus. Kalkulus merupakan faktor predisposisi yang menyebabkan peradangan pada jaringan periodontal, kalkulus bisa terdapat pada supragingiva maupun subgingiva. Kalkulus dengan kekasarannya dapat menyebabkan iritasi pada jaringan lunak rongga mulut, kalkulus umumnya ditutupi oleh plak dan bakteri yang kemudian akan menghasilkan peradangan pada jaringan periodontal. Peradangan tersebut nantinya akan menimbulkan keluhan-keluhan seperti edema, perdarahan saat probing, gangguan ketika makan dan mengunyah, dan rasa sakit yang tentunya menimbulkan ketidaknyamanan pada seseorang. Rasa tidak nyaman ini akan mempengaruhi kualitas hidup seseorang.

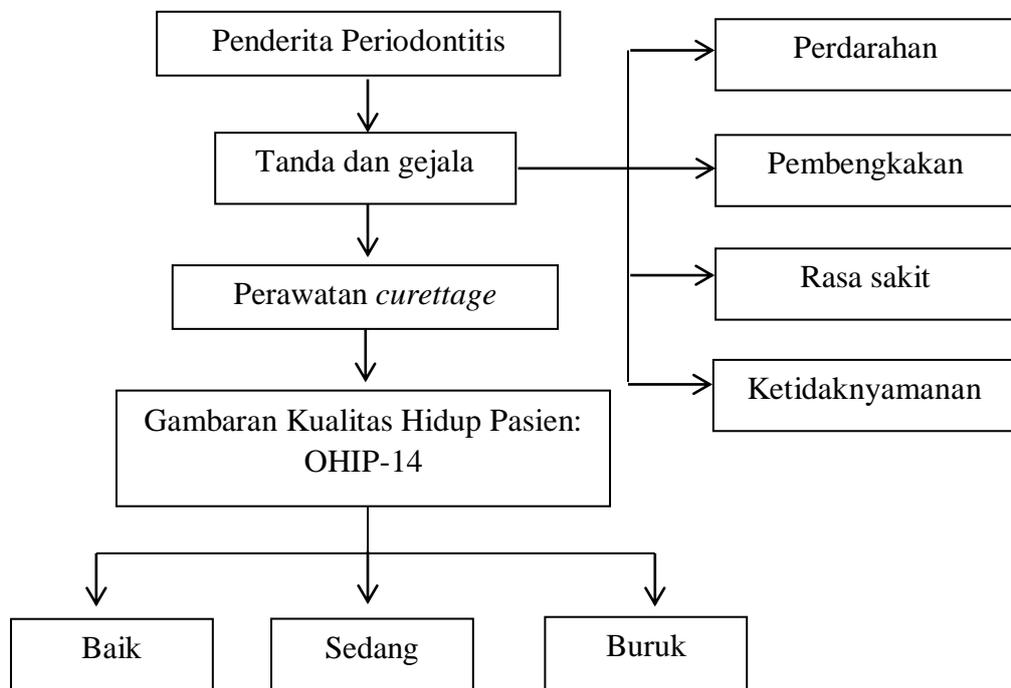
Kualitas hidup merupakan persepsi seseorang terkait tujuan, harapan, standar dan kepedulian selama hidupnya. Kualitas hidup terkait

kesehatan rongga mulut diartikan sebagai tidak adanya respon yang negative dari kondisi gigi dan mulut seseorang pada kehidupannya sehari-hari yang dinilai oleh beberapa aspek. Oleh karena itu perlu dilakukan terapi atau perawatan penyakit periodontal, terapi periodontal bertujuan untuk mengeliminasi penyakit dan mengembalikan keadaan periodonsium yang sehat. Terapi untuk penyakit periodontal dibagi menjadi dua yaitu terapi bedah dan terapi non bedah. Terapi non bedah merupakan terapi inisial atau terapi awal dalam rangkaian prosedur yang menentukan perawatan periodontal, terapi ini bertujuan mengurangi faktor-faktor dalam perkembangan penyakit periodontal sehingga menghasilkan kondisi jaringan periodontal kembali pada keadaan nyaman dan sehat. Terapi inisial yang umum dan sering dilakukan pada penderita periodontitis adalah *scaling* dan *root planing*. *Scaling* dan *root planing* sangat penting dilakukan sebelum melakukan perawatan-perawatan yang lain. Apabila setelah dilakukan perawatan awal berupa *scaling dan root planing* tersebut masih ditemukan adanya inflamasi, edema, dan poket dengan kedalaman 3-5 mm pada gingiva, maka dapat dilakukan perawatan lanjutan berupa *curettage*. *Curettage* bertujuan membuat perlekatan baru terutama pada infrabony pocket, mengeliminasi gingival pocket, memperbaiki gingiva menjadi sehat baik warna, kontur, konsistensi dan tekstur permukaan. *Scaling* dan *root planing* serta *curettage* diharapkan dapat menghilangkan rasa ketidaknyamanan pasien atas penyakit periodontal yang dialami, sehingga bisa mempengaruhi kualitas hidup pasien yang sebelumnya

menurun karna adanya keluhan keluhan yang dirasakan dari kondisi tidak sehat pada rongga mulut atau periodontitis yang dialami pasien.

RSGM Pendidikan adalah RSGM yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut, yang juga digunakan sebagai sarana proses pembelajaran, pendidikan dan penelitian bagi profesi tenaga kesehatan lainnya, dan terikat melalui kerjasama dengan fakultas kedokteran gigi. Berdasarkan hal tersebut peneliti ingin mengetahui gambaran kualitas hidup pasien penderita periodontitis pasca perawatan *curlettage* di RSGM UMY.

C. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep

D. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan teori yang teruraikan pada tinjauan pustaka, maka pertanyaan penelitian dirumuskan sebagai berikut: bagaimana kualitas hidup pasien penderita periodontitis pasca perawatan *curettage* di RSGM UMY.