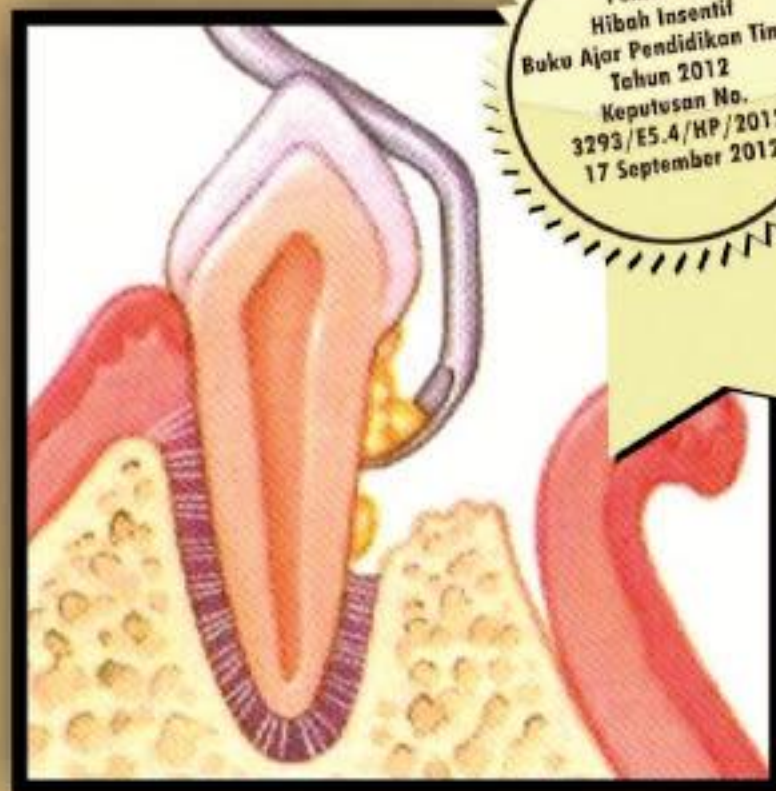
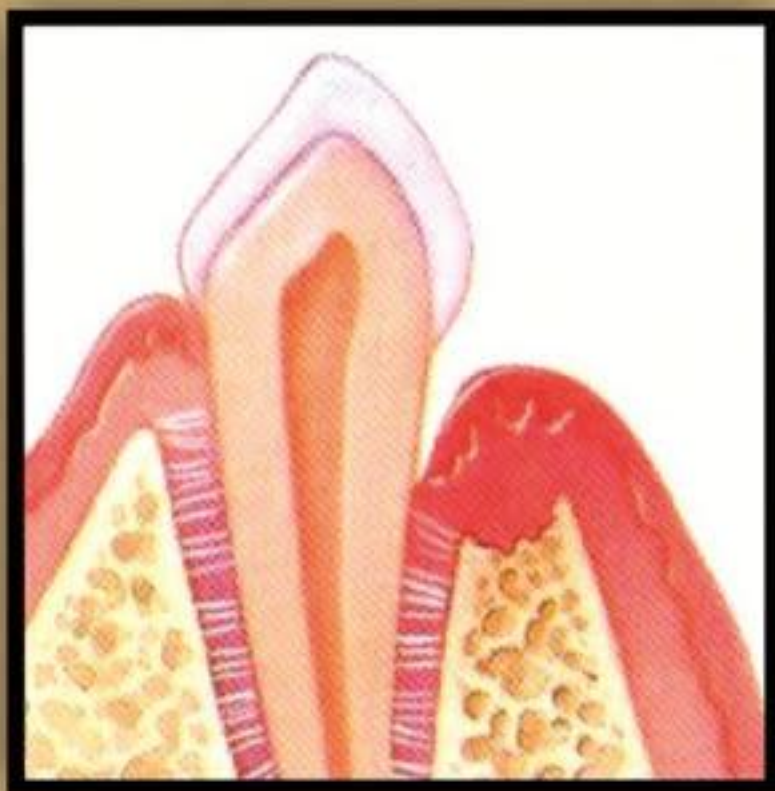
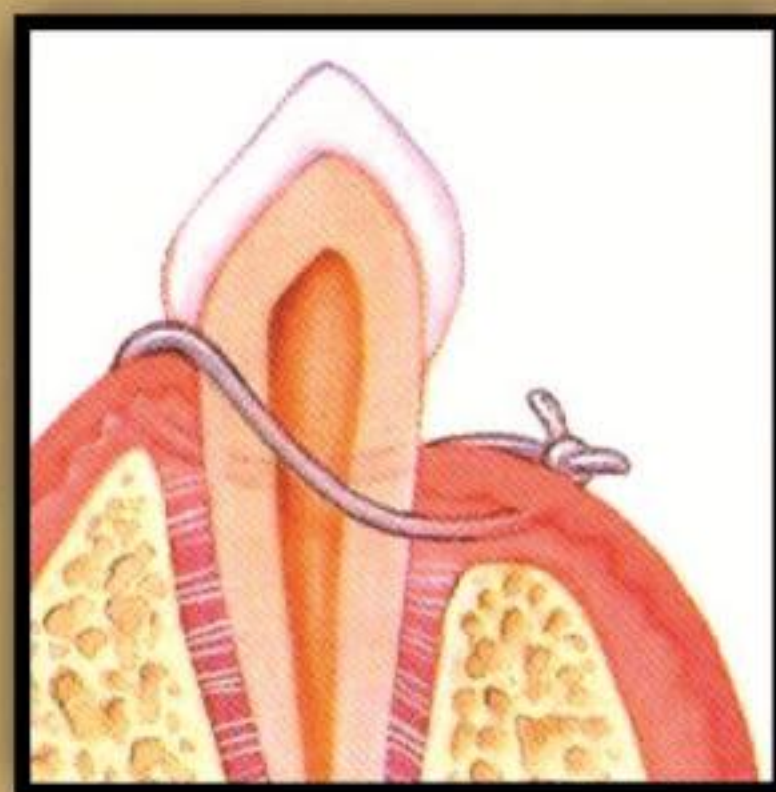
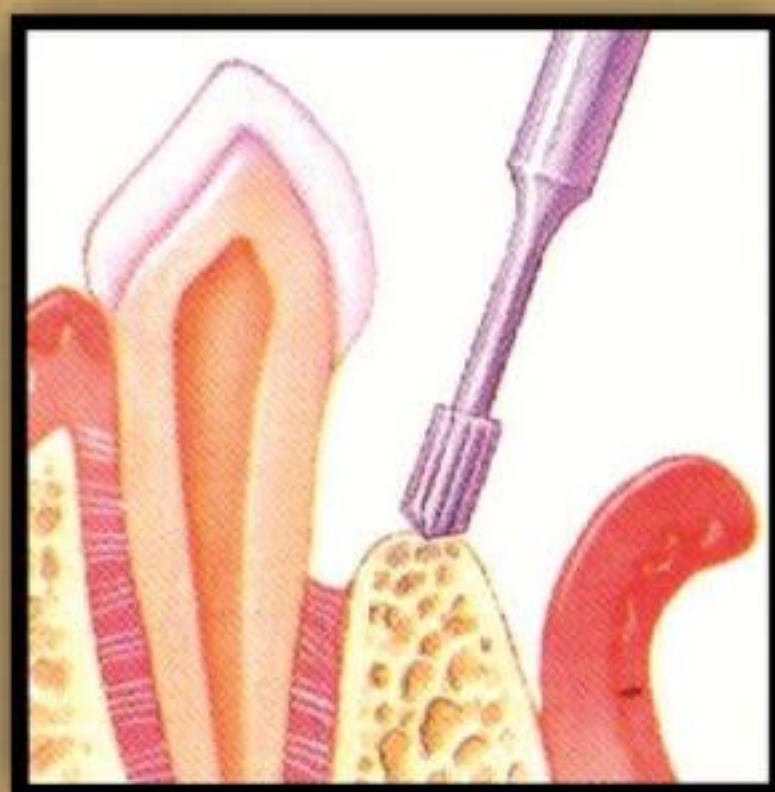


BEDAH DASAR PERIODONSIA

drg. Suryono, Ph.D.



Pemenang
Hibah Insentif
Buku Ajar Pendidikan Tinggi
Tahun 2012
Keputusan No.
3293/E5.4/HP/2012
17 September 2012





deepublish | publisher

Jl. Elang 3, No 3, Drono, Sardonoharjo, Ngaglik, Sleman
Jl. Kaliurang Km. 9,3 – Yogyakarta 55581
Telp/Faks: (0274) 4533427
Hotline: 0838-2316-8088
Website: www.deepublish.co.id
E-mail: deepublish@gmail.com

Katalog Dalam Terbitan (KDT)

SURYONO

Bedah Dasar Periodonsia/oleh Suryono.--Ed.1, Cet. 3--Yogyakarta: Deepublish,
Januari 2014.

xvi, 151 hlm.; 27 cm

ISBN 978-602-280-676-9

1. Periodontics

I. Judul
617.63

Desain cover : Herlambang Rahmadhani
Penata letak : Ika Fatria Iriyanti

PENERBIT DEEPUBLISH
(Grup Penerbitan CV BUDI UTAMA)
Anggota IKAPI (076/DIY/2012)

Isi diluar tanggungjawab percetakan

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

DAFTAR ISI

<u>KATA SAMBUTAN.....</u>	<u>vi</u>
<u>KATA PENGANTAR.....</u>	<u>vii</u>
<u>DAFTAR ISI.....</u>	<u>x</u>
<u>DAFTAR GAMBAR.....</u>	<u>xiii</u>
<u>DAFTAR TABEL.....</u>	<u>xvi</u>
BAB I JARINGAN PERIODONTAL KLINIS	1
<u>Jaringan Periodontal; Sehat dan Patologis</u>	<u>2</u>
<u>Jaringan Periodontal</u>	<u>2</u>
<u>Penyakit Periodontal</u>	<u>2</u>
<u>Pembesaran Gingiva</u>	<u>4</u>
<u>Kegoyahan Gigi</u>	<u>5</u>
<u>Resesi Gingiva.....</u>	<u>5</u>
<u>Hiperpigmentasi Gingiva</u>	<u>5</u>
<u>Perawatan Kelainan/ Penyakit Jaringan Periodontal</u>	<u>6</u>
<u>Esai</u>	<u>6</u>
<u>Pertanyaan Pilihan Ganda.....</u>	<u>7</u>
<u>Diskusi Kasus.....</u>	<u>8</u>
BAB II FRENECTOMY.....	11
<u>Pengertian Frenulum</u>	<u>12</u>
<u>Struktur Anatomi Frenulum</u>	<u>12</u>
<u>Perkembangan Frenulum</u>	<u>13</u>
<u>Klasifikasi Perlekatan Frenulum</u>	<u>13</u>
<u>Frenulum dan Kesehatan Jaringan Pendukung Gigi</u>	<u>14</u>
<u>Abnormalitas Perlekatan Frenulum dan Permasalahannya</u>	<u>15</u>
<u><i>Frenotomy</i> dan <i>Frenectomy</i></u>	<u>16</u>
<u>Indikasi dan Kontra Indikasi <i>Frenectomy</i></u>	<u>17</u>
<u><i>Frenectomy</i></u>	<u>17</u>
<u><i>Frenectomy</i> dengan <i>Scalpel</i>.....</u>	<u>18</u>
<u><i>Frenectomy</i> dengan <i>Electrosurgery</i></u>	<u>21</u>
<u>Instruksi Pasca Bedah</u>	<u>26</u>

<u>Perawatan Pasca Bedah.....</u>	<u>27</u>
<u>Laporan Kasus.....</u>	<u>28</u>
<u>Esai.....</u>	<u>35</u>
<u>Pertanyaan Pilihan Ganda</u>	<u>35</u>
<u>Diskusi Kasus</u>	<u>37</u>
<u>BAB III GINGIVECTOMY.....</u>	<u>39</u>
Pengertian Gingiva	40
Struktur Anatomi Gingiva	40
Kelainan Jaringan Gingiva.....	40
Pembesaran Gingiva (<i>Enlargement Gingiva</i>).....	41
Tanda Klinis.....	42
Indikasi dan Kontra Indikasi <i>Gingivectomy</i>	43
<i>Gingivectomy</i>	43
Instruksi Pasca <i>Gingivectomy</i>	49
Keterbatasan dan Kelebihan Gingivektomi	49
<u>Penyembuhan Pasca Gingivektomi</u>	<u>50</u>
<u>Laporan Kasus.....</u>	<u>50</u>
<u>Esai.....</u>	<u>59</u>
<u>Pertanyaan Pilihan Ganda</u>	<u>59</u>
<u>Diskusi Kasus</u>	<u>60</u>
<u>BAB IV KURETASE.....</u>	<u>63</u>
<u>Pengertian Poket</u>	<u>64</u>
<u>Klasifikasi Poket.....</u>	<u>64</u>
<u>Keluhan dan Tanda Klinis Poket.....</u>	<u>66</u>
<u>Perawatan Poket.....</u>	<u>67</u>
<u>Indikasi dan Kontra Indikasi Kuretase pada Perawatan Poket.....</u>	<u>69</u>
<u>Prosedur Kuretase.....</u>	<u>70</u>
<u>Fase Penyembuhan Pasca Kuretase</u>	<u>72</u>
<u>Laporan Kasus.....</u>	<u>73</u>
<u>Esai.....</u>	<u>78</u>
<u>Pertanyaan Pilihan Ganda</u>	<u>79</u>
<u>Diskusi Kasus</u>	<u>80</u>
<u>BAB V EXCISIONAL NEW ATTACHMENT PROCEDURE (ENAP).....</u>	<u>83</u>
<u><i>Excisional New Attachment Procedure (Enap)</i>.....</u>	<u>84</u>
<u>Indikasi Enap.....</u>	<u>86</u>

Kontra Indikasi Enap	86
Prosedur Enap	86
<u>Perawatan Pasca Enap</u>	<u>87</u>
<u>Proses Penyembuhan Enap</u>	<u>87</u>
Laporan Kasus	88
Esai	94
Pertanyaan Pilihan Ganda.....	95
Diskusi Kasus.....	96
BAB VI OPERASI FLAP.....	99
Flap.....	100
Klasifikasi Flap.....	100
Indikasi Flap.....	105
Operasi Flap	105
Perbandingan antara Flap Berketebalan Penuh dan Flap Berketebalan Sebagian.....	107
Flap Reposisi Apikal	108
Flap Reposisi Lateral.....	113
Flap Papila Ganda	116
Flap Reposisi Koronal.....	116
Flap Modifikasi Widman.....	117
Flap Mukogingival.....	119
Flap Palatal.....	121
Esai	122
Pertanyaan Pilihan Ganda.....	122
Diskusi Kasus.....	124
LAMPIRAN KUNCI JAWABAN.....	125
GLOSARIUM.....	137
<u>INDEKS</u>	<u>141</u>
<u>DAFTAR PUSTAKA.....</u>	<u>147</u>
TENTANG PENULIS.....	151

DAFTAR GAMBAR

<u>Gb 2.1</u>	<u>Frenulum Labialis superior.....</u>	<u>12</u>
<u>Gb 2.2</u>	<u>Frenulum labialis inferior</u>	<u>12</u>
<u>Gb 2.3</u>	<u>Frenulum bucalis superior</u>	<u>13</u>
<u>Gb 2.4</u>	<u>Frenulum Lingualis</u>	<u>13</u>
<u>Gb 2.5</u>	<u>Frenulum lingualis.....</u>	<u>25</u>
<u>Gb 2.6</u>	<u>Infiltrasi Anestesi.....</u>	<u>25</u>
<u>Gb 2.7</u>	<u>Suturing.....</u>	<u>26</u>
<u>Gb 2.8</u>	<u>1 Minggu Pasca Frenektomi.....</u>	<u>26</u>
<u>Gb 2.9</u>	<u>Pre operatif (adanya perluasan frenulum hingga palatinal sehingga terjadi sentral diastema)</u>	<u>30</u>
<u>Gb 2.10</u>	<u>Anestesi infiltrasi.....</u>	<u>31</u>
<u>Gb 2.11</u>	<u>Pemotongan Frenulum.....</u>	<u>31</u>
<u>Gb 2.12</u>	<u>Suturing.....</u>	<u>31</u>
<u>Gb 2.13</u>	<u>Pemasangan periodontal pack</u>	<u>31</u>
<u>Gb 2.14</u>	<u>14 hari pasca frenektomi</u>	<u>32</u>
<u>Gb3.1</u>	<u>Anatomi Gingiva.....</u>	<u>40</u>
<u>Gb 3.2</u>	<u>Instrumen dasar perawatan bedah periodontal dan pack periodontal.....</u>	<u>45</u>
<u>Gb 3.3</u>	<u>Incisi dengan teknik external.....</u>	<u>47</u>
<u>Gb 3.4</u>	<u>(a) discontinuous; (b) continuous.....</u>	<u>47</u>
<u>Gb 3.5</u>	<u>Incisi membentuk 45°.....</u>	<u>48</u>
<u>Gb 3.6</u>	<u>Intraoral Potograph Rahang Atas sisi palatinal/oral</u>	<u>54</u>
<u>Gb 3.7</u>	<u>Pengukuran indeks plak pada visite I dan visite II.....</u>	<u>54</u>
<u>Gb3.8</u>	<u>Intraoral potograph setelah pengambilan jaringan gingiva yang mengalami pembesaran dengan <i>electrosurgery</i>.....</u>	<u>55</u>

Gb 3.9	Intraoral photograph 1 dan 2 minggu pasca gingivectomi dan gingivoplasti.....	55
Gb 3.10	Intraoral potograph sebelum sesudah pengambilan jaringan gingiva yang mengalami pembesaran pada hari yang sama dengan <i>electrosurgery</i> pada pasien ke-2.....	56
Gb 3.11	Intraoral photograph sebelum dan 10 hari sesudah pengambilan jaringan gingiva yang mengalami pembesaran dengan <i>electrosurgery</i> pada pasien ke-3.....	56
Gb 4.1	Prosedur <i>gingival curettage</i> (sumber : Color Atlas of Dental Medicine).....	68
Gb 4.2	Perbedaan antara scaling dan root planning dengan <i>gingival curettage</i> (Sumber : Color Atlas of Dental Medicine).....	68
Gb 4.3	Subgingival Curretage	71
Gb 4.4	Anestesi infiltrasi menggunakan <i>cytoject</i>	75
Gb 4.5	Kuretase menggunakan Curret Gracey no. 11-12, 13-14.....	76
Gb 4.6	Karang gigi dibersihkan menggunakan Ultra Sonic Scaller	76
Gb 4.7	Pemberian metronidazole	76
Gb 4.8	Enam hari setelah operasi.....	77
Gb 4.9	Hasil memuaskan setelah enam hari setelah operasi.....	77
Gb 5.1	Excisional New Attachment Procedure	85
Gb 5.2	Fotograph intraoral	89
Gb 5.3	Anestesi infiltrasi daerah operasi	90
Gb 5.4	Insisi internal bevel	90
Gb 5.5	Kuretase dan root planing.....	90
Gb 5.6	<u>Skaling kalkulus yang masih tersisa</u>	<u>91</u>
Gb 5.7	<u>Irigasi daerah operasi dengan <i>saline</i>.....</u>	<u>91</u>
Gb 5.8	<u>Suturing dengan teknik <i>interrupted</i>.....</u>	<u>91</u>
Gb 5.9	Hasil Suturing pada daerah interdental area operasi	92
Gb 5.10	Daerah operasi ditutup <i>periodontal pack</i>	92
Gb 5.11	Pengambilan <i>Periodontal pack</i> dan jahitan.....	93
Gb 6.1	Incisi Internal bevel	101

Gb 6.2	Incisi Crevicular/Sulcular	102
Gb 6.3	Incisi Horizontal	102
Gb 6.4	Tahap-tahap flap operasi	106
Gb 6.5	Modifikasi Widman.....	107
Gb 6.6	Insisi dibuat 1 mm dari tepi gingiva.....	108
Gb 6.7	Garis Insisi.....	109
Gb 6.8	Membuka Flap.....	109
Gb 6.9	Flap dibuka ke dasar vestibula.....	110
Gb 6.10	Penjahitan.....	111
Gb 6.11	Jahitan Suspensoris	111
Gb 6.12	Insisi berbentuk V	114
Gb 6.13	Insisi Vertikal.....	114
Gb 6.14	Insisi Berketebalan Penuh	114
Gb 6.15	Penempatan flap di daerah penerima	115
Gb 6.16	Jahit flap	115
Gb 6.17	Insisi bevel terbalik	117
Gb 6.18	Membuka flap.....	118
Gb 6.19	Penjahitan.....	118

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Hasil identifikasi perbandingan frenektomi dengan scalpel dan electrosurgery pada kasus yang dikerjakan.....	32
Tabel 3.1	Hasil Pemeriksaan mobilitas gigi (TM) dan kedalaman poket gingiva pada sisi facial (F) dan oral (O) regio anterior rahang atas.	54
Tabel 3.2	Hasil Pemeriksaan perdarahan saat probing (BOP) pada poket gingiva sisi facial (F) dan oral (O) regio anterior rahang atas sebelum operasi.....	54
Tabel 3.3	Hasil Pemeriksaan mobilitas gigi (TM) dan kedalaman poket gingiva pada sisi facial (F) dan oral (O) regio anterior rahang atas 1 minggu pasca operasi.....	56
Tabel 3.4	Hasil Pemeriksaan perdarahan saat probing (BOP) pada poket gingiva sisi facial (F) dan oral (O) regio anterior rahang atas 1 minggu pasca operasi.....	56

BAB I

JARINGAN PERIODONTAL KLINIS



Sekilas Tentang

BEDAH PERIODONTAL DASAR

Bab ini akan merangkai pemikiran pembaca mengenai *aspek klinis jaringan periodontal*. Materi yang akan dibahas adalah meliputi karakteristik klinis jaringan periodontal dan perawatannya.

Catatan



Pemahaman dasar mengenai aspek klinis jaringan periodontal akan membekali pembaca dalam menganalisis kondisi klinis yang ditemukan sebagai dasar untuk menentukan jenis perawatannya.

Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu memahami dan mengerti konsep klinis jaringan periodontal

Tujuan Instruksional Khusus

Agar mahasiswa dapat memahami:

1. Pengertian jaringan periodontal
2. Kondisi klinis gigi dan jaringan periodontal
3. Jenis Perawatan terhadap kelainan klinis jaringan periodontal

JARINGAN PERIODONTAL; SEHAT DAN PATOLOGIS

JARINGAN PERIODONTAL

Jaringan periodontal terdiri dari gingiva, ligamen periodontal, sementum dan tulang alveolar

Jaringan periodontal terdiri dari gingiva, ligamen periodontal, sementum dan tulang alveolar. Bagian terluar dari jaringan periodontal yang melekat pada tulang alveolar serta menutupi dan mengelilingi leher gigi adalah gingiva, terdiri dari gingiva tepi, gingiva cekat dan papila interdental. Gingiva tepi merupakan gingiva yang paling luar, mengelilingi gigi dan tidak melekat pada gigi, berkedudukan sebagai gingiva lunak pembentuk sulkus gingiva. Gingiva cekat terletak di sebelah apikal gingiva tepi dan melekat erat pada sementum dan tulang alveolar.

Di daerah gingiva bebas terdapat sulkus gingiva yaitu celah dangkal yang mengelilingi gigi dan dibatasi oleh dinding sebelah dalam dari gingiva bebas, permukaan gigi dan bagian koronal dari epitel cekat. Sulkus gingiva merupakan kondisi normal, tetapi bila diperdalam oleh migrasi apikal dari epitel junction dan ditambah kerusakan ligamen periodontal serta tulang alveolar, maka terbentuklah poket periodontal.

Ligamen periodontal merupakan jaringan periodontal yang mengelilingi akar gigi dan merupakan perlekatan utama dari gigi ke tulang alveolar. Sementum merupakan jaringan yang mengalami kalsifikasi dan menutupi akar gigi, memberikan tempat bagi perlekatan ligamen periodontal pada gigi. Tulang alveolar merupakan bagian dari maksila dan mandibula yang membentuk dan mendukung soket gigi.

PENYAKIT PERIODONTAL

Penyakit periodontal merupakan suatu keadaan patologis yang mengenai jaringan pendukung gigi

Penyakit periodontal merupakan suatu keadaan patologis yang mengenai jaringan pendukung gigi. Secara garis besar faktor penyebab penyakit periodontal dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu :

1. Faktor lokal
 - a. Plak
 - Faktor inisial: bakteri plak merupakan penyebab utama terjadi penyakit periodontis, bakteri plak bila berkumpul dalam sub gingiva menyebabkan inflamasi gingiva.
 - Faktor predisposisi: misalnya restorasi gigi yang tidak sesuai, kesalahan alat rehabilitasi atau prostodonsi gigi, dan kesalahan pada perawatan ortodonsi.
 - b. Non Plak

Dapat muncul karena fungsional, misalnya *bruxism*, *clenching* dan *tapping* dimana gerakan oklusal akan merusak ligamen periodontal dan

tulang alveolar, bisa diakibatkan juga karena adanya traumatik oklusi karena restorasi yang salah, atau cara menggosok gigi yang keliru.

2. Faktor sistemik

Faktor sistemik adalah suatu kondisi tubuh yang dapat mempengaruhi jaringan periodontal

Faktor sistemik adalah suatu kondisi tubuh yang dapat mempengaruhi jaringan periodontal. Faktor sistemik sebagai penyebab penyakit didahului oleh adanya faktor lokal. Faktor sistemik menyebabkan rendahnya resistensi jaringan periodontal, sehingga mudah terpengaruh efek dari faktor lokal. Sistem pertahanan yang rendah berakibat rentan terjadi infeksi oleh kuman sub gingival, yang berakibat munculnya gangguan atau kerusakan fungsi dan struktur dari komponen jaringan periodontal. Faktor sistemik yang mempengaruhi jaringan periodontal meliputi: endokrin (hormonal), malnutrisi, obat-obatan, psikologis, keturunan, penyakit metabolisme, penyakit dan gangguan hematologis, pengaruh logam dan penyakit kronis, dan penyakit sistemik seperti: diabetes millitus, infeksi HIV/ AIDS yang mempunyai manifestasi oral pada jaringan pendukung gigi.

Penyakit periodontal didefinisikan sebagai pendalaman sulkus gingiva secara patologis dan merupakan salah satu tanda klinis dari penyakit periodontal yang penting. Plak sebagai penyebab utama terjadinya penyakit periodontal, akumulasinya banyak dipengaruhi oleh kondisi lokal jaringan rongga mulut, susunan gigi geligi, diastema, perlekatan tali bibir/ frenulum bisa menjadi bagian yang memudahkan plak menumpuk yang berakibat timbulnya penyakit periodontal. Beberapa kelainan atau kondisi klinis dibawah ini dari aspek periodonsia dipandang perlu untuk dilakukan perawatan

a. Frenulum Tinggi

Perlekatan frenulum yang tidak mengalami migrasi selama proses pertumbuhan dan perkembangan menyebabkan terjadinya struktur anatomi jaringan periodontal yang abnormal, perlekatan tinggi terjadi bila insersi pita terletak pada margin gingiva atau terjadi perluasan pada arah palatinal, adanya perlekatan tinggi mengakibatkan margin gingiva mudah terkoyak dan memudahkan terperangkapnya plak kedalam sulkus yang akan berkembang menjadi penyakit periodontal, disisi lain perlekatan tinggi juga bisa menyebabkan susunan gigi menjadi renggang (*diastema*), adanya *diastema* menjadikan peran pembersihan secara alami oleh otot pengunyahan dan lidah (*self cleansing*) tidak optimal sehingga plak akan mudah berakumulasi, dan berkembang menjadi penyakit periodontal. Adanya dampak negatif yang muncul oleh karena perlekatan frenulum tinggi secara medis kedokteran gigi menjadi indikasi untuk dilakukan pemotongan/ frenektomi, frenotomy.

b. Pendalaman Sulkus Gingiva

Sulkus gingiva merupakan cekungan yang mengelilingi gigi yang terletak diantara gingiva tepi dengan mahkota gigi

Sulkus gingiva merupakan cekungan yang mengelilingi gigi yang terletak diantara gingiva tepi dengan mahkota gigi. Cekungan ini dalam kondisi sehat memiliki kedalaman 0.5 mm sampai dengan 2 mm, Beberapa peneliti berpendapat bahwa kedalaman sulkus gingiva yang melebihi 3 mm dianggap sebagai kondisi patologis sehingga perlu dilakukan perawatan. Pendalaman sulkus ini ada dua kategori yaitu tanpa diikuti oleh perpindahan epitel cekat kearah apikal disebut dengan *gingival pocket* dan diikuti perpindahan epitel cekat kearah apikal disebut dengan *periodontal pocket*.

Pembesaran gingiva dapat juga berperan dalam penambahan kedalaman sulkus

Pembesaran gingiva dapat juga berperan dalam penambahan kedalaman sulkus, oleh karena itu, pendalaman sulkus gingiva terjadi karena beberapa hal: 1) pergerakan gingiva tepi ke arah koronal, 2) migrasi epitelium junctional kearah apikal dan terpisah dari permukaan gigi, 3) kombinasi dari keduanya. Poket yang terjadi pada jaringan periodontal dapat diklasifikasikan berdasarkan pada ada tidaknya migrasi epitel cekat dapat diklasifikasikan menjadi 2, yaitu:

1. Poket Gingiva (*Relative or false pocket/ pseudo pocket*)

Poket gingiva terbentuk karena adanya pembesaran gingiva tanpa disertai migrasi epitel cekat ke arah apikal

Poket gingiva terbentuk karena adanya pembesaran gingiva tanpa disertai migrasi epitel cekat kearah apikal. Poket gingiva terjadi pada gingivitis atau pada enlargement gingiva di mana tidak terjadi *apical migration* dari *epithelium junctional*, dengan demikian *epithelium junction* berada pada *Cemento Enamel Junction*. Penambahan kedalaman sulkus karena adanya pembesaran/ peningkatan ketinggian dari margin gingiva tanpa ada kerusakan dasar sulkus.

2. Poket periodontal (*Absolut or True pocket*)

Absolut poket terbentuk karena adanya migrasi epitel cekat ke arah apikal

Poket yang disertai dengan kerusakan jaringan periodontal. Poket periodontal terjadi pada periodontitis dimana terjadi inflamasi kronik ditandai dengan adanya migrasi ke apikal epitel junctional dari lokasi/tempat yang normal di CEJ. Apikal migrasi dari *epithel junctional* terjadi dengan atau tanpa resesi, akibat adanya proses patologi ini adalah terjadinya pendalaman sulkus yang disebut dengan poket periodontal.

PEMBESARAN GINGIVA

Pembesaran gingiva dapat muncul karena adanya penyakit periodontal atau karena faktor sistemik

Pembesaran gingiva dapat muncul karena adanya penyakit periodontal atau karena faktor sistemik. Kelainan ini harus dilakukan perawatan agar tidak timbul kerusakan yang lebih parah atau adanya gangguan estetis. Adanya pembesaran gingiva biasanya diikuti timbulnya pseudo/gingival poket yang menyebabkan gigi nampak jadi pendek, plak mudah terperangkap dalam sulkus dan mudah

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

- b. Ligamen periodontal
 - c. Sementum
 - d. Processus Alveolaris
 - e. Periodontal Fiber
8. Kelainan yang terjadi pada gingiva yang ditandai dengan pewarnaan gingiva yang nampak lebih gelap dari warna umumnya adalah :
- a. Pembesaran gingiva
 - b. Hiperpigmentasi gingiva
 - c. Resesi gingiva
 - d. Kegoyahan gigi
 - e. Semua jawaban salah
9. Akibat perlekatan yang tinggi dari frenulum adalah :
- a. Margin gingival mudah terkoyak
 - b. Gigi terlihat pendek
 - c. Diastema
 - d. a dan c benar
 - e. a, b, dan c benar
10. Pendalaman sulkus gingival yang diikuti oleh perpindahan epitel cekat ke arah apical disebut:
- a. Pembesaran gingiva
 - b. Poket periodontal
 - c. Poket gingival
 - d. Resesi gingival
 - e. Hiperpigmentasi gingiva

DISKUSI KASUS

Diskusikan Artikel di bawah ini:

Sumber: <http://www.kti-skripsi.net/2011/10/manifestasi-aids-terhadap-jaringan.html>

Pada umumnya negara maju dapat menikmati taraf kesehatan rata-rata lebih baik, akan tetapi negara yang sedang berkembang masih berjuang untuk mendapatkan pemerataan kesehatan. Dalam suasana demikian ini kita dihadapkan pada kenyataan bahwa ada satu jenis penyakit yang dapat berjangkit dengan cepat tanpa memandang bulu baik di negara maju maupun di negara sedang berkembang, yakni penyakit AIDS. Dewasa ini, *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) merupakan salah satu masalah kesehatan yang perlu mendapat perhatian dunia (www.Library USU.co.id., 2006).

AIDS adalah penyakit yang 100 persen membawa maut, dan memang dianggap demikian biarpun tidak terbukti, bahwa hampir semua individu-individu yang terinfeksi HIV akan berkembang menjadi AIDS dan tidak mampu

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

Frenulum merupakan lipatan mukosa yang berisi jaringan ikat/otot yang menghubungkan proses alveolaris dengan mukosa pipi/bibir atau lidah

PENGERTIAN FRENULUM

Frenulum merupakan suatu jaringan atau lipatan mukosa yang menghubungkan bagian dari tubuh, seperti lidah, bibir atau pipi dengan jaringan lunak pada rahang daerah mulut. Jaringan yang menghubungkan lidah dengan dasar mulut disebut frenulum lingual, sedangkan jaringan yang menghubungkan bibir dengan gusi pada gigi depan disebut frenulum labial. Frenulum/frenum yang berupa lipatan mukosa tersusun dari epitel, jaringan ikat dan otot yang berfungsi sebagai perlekatan antara pipi, bibir, lidah dengan prosesus alveolaris yang berperan untuk membatasi pergerakan lidah, bibir dan pipi.

Frenulum labial yang melekatkan bibir ke alveolar umumnya semakin mengecil dari titik awal seiring dengan erupsi gigi incisivus permanen. Serabut elastis ditemukan melintasi seluruh panjang frenulum, dari lidah atau mukosa pipi hingga ke periosteum.

STRUKTUR ANATOMI FRENULUM

Frenulum/frenum terdiri dari frenulum labialis, frenulum buccalis dan frenulum lingualis

Frenulum di dalam rongga mulut terdiri dari 3 macam yaitu frenulum labialis, lingualis, dan buccalis. Menurut letaknya, frenulum labialis terdiri dari frenulum labialis superior dan inferior. Frenulum terdapat di antara gigi incisivus sentral, di antara gigi caninus dan gigi premolar pada maksila dan mandibula serta di bawah lidah.

Frenulum labialis dibagi menjadi dua yaitu frenulum labialis superior pada bibir atas dan frenulum labialis inferior pada bibir bawah. Frenulum buccalis terletak pada sisi bukal kiri dan kanan yang menghubungkan mukosa pipi dengan prosesus alveolaris pada area caninus dan premolar baik pada rahang atas maupun rahang bawah. Frenulum lingualis terletak di lingual rahang bawah yang menghubungkan dasar lidah dengan tulang prosesus alveolaris daerah incisivus sentral rahang bawah.



Gb 2.1 Frenulum Labialis superior



Gb 2.2 Frenulum labialis inferior

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

3. Adanya pergerakan dan memucatnya jaringan interdental dan palatal sekitar frenulum saat dilakukan peregangan bibir atas (*Blanc Test Positif*).
4. Masuk dan tersisip diantara insisivus sentralis.

Secara klinis yang sering menjadi keluhan dari pasien adalah peradangan gingiva pada daerah perlekatan, lidah sulit bergerak sehingga fonetik tidak jelas, dan terjadinya celah gigi/diastema.

Salah satu etiologi yang sering ditemukan pada diastema sentral rahang atas adalah adanya abnormalitas perlekatan pada frenulum labialis maksila yang meluas sampai pada palatum. Karena sering menjadi kendala pada perawatan ortodonsia yaitu terjadinya relaps maka para dokter gigi setuju bahwa jaringan ini harus dieksisi untuk keberhasilan jangka panjang.

FRENOTOMY DAN FRENECTOMY

Perawatan yang dilakukan untuk memperbaiki perlekatan frenulum disebut frenotomy atau frenectomy. *Frenotomy* adalah pemotongan frenulum untuk menempatkan kembali perlekatan frenulum yang tidak normal. Sedangkan *frenectomy* adalah pengambilan seluruh jaringan fibrosa interdental pada bagian frenulum termasuk perlekatannya di bawah tulang dan memasang perlekatannya ke arah bawah prosesus alveolaris.

Frenulum dapat dihilangkan dengan dua cara, yaitu *frenotomy* dan *frenectomy*. *Frenotomy* adalah pemotongan atau eksisi sederhana untuk membebaskan frenulum dari dasar perlekatannya pada prosesus alveolaris.

Frenectomy adalah penghilangan frenulum yang menyeluruh, termasuk perlekatannya ke dasar tulang. *Frenectomy* ini dapat dilakukan untuk mengoreksi diastema abnormal antara insisivus sentralis maksila. *Frenectomy* atau *frenotomy* biasanya dilakukan bersamaan dengan prosedur perawatan periodontal lainnya, tetapi adakalanya dilakukan sebagai operasi tersendiri.

Pada kasus diastema sentral maksila yang disebabkan oleh perlekatan frenulum labialis superior yang tinggi dapat dirawat dengan reseksi dari frenulum, dan diikuti dengan perawatan ortodonsi untuk menutup celah di antara gigi-gigi. Beberapa penutupan celah yang spontan bisa terjadi sesudah *frenectomy*, meskipun celah biasanya tidak tertutup seluruhnya apabila tanpa dilakukan perawatan, tetapi pada kasus tertentu, penutupan celah diastema tetap memerlukan bantuan dari perawatan ortodonsi. Namun, sebelum dilakukan *frenectomy* perlu dipastikan terlebih dahulu bahwa perlekatan frenulum labialis yang tinggi merupakan penyebabnya.

Frenectomy dan *frenotomy* dapat dilakukan dengan bedah menggunakan scalpel maupun dengan electrosurgery. Keduanya tindakan bedah periodontal tersebut dilakukan untuk memperbaiki perlekatan frenulum yang tidak normal yang bertujuan:

Frenotomy dan *Frenectomy* dilakukan untuk perawatan frenulum abnormal

Frenotomy merupakan pemotongan frenulum tanpa dilakukan pengangkatan jaringan

Frenectomy merupakan pengangkatan frenulum secara menyeluruh hingga jaringan ikat/otot yang menempel pada periosteum

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

7	<p>Membersihkan jaringan ikat dan epitel pada daerah yang telah dieksisi hingga permukaan tulang terlihat dengan scalpel dan curet.</p>	
8	<p>Irigasi ; dilakukan dengan menggunakan larutan saline.</p>	
9	<p>Pemasangan <i>periodontal pack</i> agar penyembuhan luka dapat optimal dan tidak terjadi perlekatan bibir dengan gingiva selama proses penyembuhan gingiva.</p>	
10	<p>Pemberian resep dan instruksi; obat yang diberikan berupa analgetik dan antibiotik, instruksi penggunaan obat, sikat gigi dan tindakan bila terjadi sesuatu pasca bedah.</p>	<p><i>R/ Analgetik</i> <i>R/Antibiotik</i> <i>R/Mouthwash</i></p>
11	<p>Kontrol I (1 minggu pasca operasi) ; dilakukan Pembukaan <i>periodontal pack</i> dan pengambilan jahitan, irigasi dengan antiseptik, dan instruksi untuk perawatan dirumah.</p>	

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

LAPORAN KASUS (MAJALAH KEDOKTERAN GIGI, VOL 16,
N0.1, JUNI 2009)

Perbandingan Penggunaan *Scalpel* dan *Electrosurgery*
pada Frenektomi Frenulum Labialis Superior

(Laporan Kasus)

Suryono

Bagian Periodonsia FKG-UGM Yogyakarta

Pengambilan frenulum labialis superior yang abnormal banyak dilakukan untuk alasan mencegah tertarik gingival margin dan terbentuknya sentral diastema yang berpengaruh pada estetik. Apabila frenulum abnormal ditemukan maka tindakan frenektomi merupakan perawatan pilihan yang tepat. Teknik pengambilan frenulum bisa dilakukan modifikasi dengan menggunakan *scalpel* maupun *electrosurgery*, masing-masing teknik mempunyai kelebihan dan kekurangan. Tujuan dari laporan kasus ini adalah untuk membandingkan dan mengidentifikasi keuntungan dan kerugian dari kedua teknik tersebut. Frenektomi dengan *scalpel* memiliki kelebihan penyembuhan terjadi lebih cepat, namun memiliki kekurangan yaitu banyak perdarahan disaat operasi, dampak psikologis yang besar pada pasien, perlu penjahitan, lebih kompleks dan perlu kemahiran khusus, serta kemungkinan komplikasi perdarahan pasca bedah. *Electrosurgery* mempunyai keuntungan sedikit perdarahaan, tidak menimbulkan rasa takut pada pasien, mudah cara melakukannya, tidak ada komplikasi perdarahan pasca bedah. namun demikian juga memiliki beberapa kelemahan diantaranya timbulnya asap selama bedah, penyembuhan agak lambat. *Electrosurgery* merupakan teknik yang dapat digunakan dan dikembangkan dalam frenektomi labialis superior.

Kata kunci : Frenektomi, frenulum, *scalpel*, *electrosurgery*

Frenectomy of frenulum labii superior : A Comparison of electrosurgery and scalpel techniques

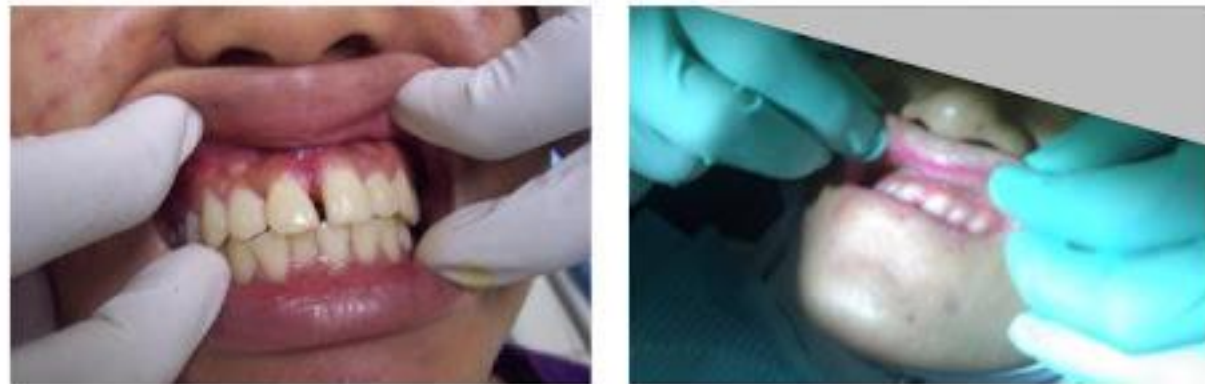
Excision of an abnormal upper labial frenum is used to prevent of retracting the gingival margin, creating a diastema that affecting esthetics. When an abnormal frenum is present, frenectomy is advised as the choice of treatment. This technique has been modified in many ways through using scalpel or electrosurgery, both the techniques have advantages and disadvantages. The aims of this case report is to compare and indentify of advantages and disadvantages of those techniques This case report shows that the frenectomy using scalpel results in good healing process, but has more bleeding, discomfort, complex during operation and high possibility of post operative bleeding. However frenectomy using electrosurgery are simple, without bleeding during and post operative, comfortable although overdue in healing process and fume are arise. Electrosurgery is one of techniques that could be used and developed for Frenectomy of frenulum labii superior.

Key word : Frenectomy, frenulum, *scalpel*, *electrosurgery*

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*



Gb 2.14 14 hari pasca frenektomi

Tabel 2.1 Hasil identifikasi perbandingan frenektomi dengan scalpel dan electrosurgery pada kasus yang dikerjakan

Tahapan	<i>Scalpel</i>	<i>Electrosurgery</i>
Infiltrasi anestesi	ya	ya
Tingkat Eksisi frenulum	Sedang hingga kompleks	sederhana
Suturing	ya	Tanpa / Bila perlu
Periodontal dressing	ya	Tanpa / Bila perlu
Perdarahan	banyak	Tanpa / sedikit
Waktu untuk operasi	sedang	cepat
Selama operasi	Tidak ada bau/asap	ada bau/asap
Komplikasi perdarahan pasca operasi	sedang	Tidak ada
waktu penyembuhan	Cepat	sedang
Bentuk penyembuhan	Ada jaringan parut	tidak
Beban Psikis pasien	sedang	rendah
Aspek pembiayaan	sedang	murah

Pembahasan

Frenulum labialis superior adalah sisa dari struktur embrio yang menghubungkan tuberkula bibir atas ke papila palatal. Kegagalan perlekatan serabut frenulum untuk berpindah tempat ke apikal menghasilkan sisa jaringan antara insisivus sentralis maksila yang menjadi penyebab penting dalam kasus diastema sentral maupun terjadinya penyakit periodontal¹⁰. Pergerakan daerah margin gingiva berakibat bolus dan plak terperangkap dalam sulkus gingiva, kondisi ini bila berlanjut akan menyebabkan kerusakan jaringan periodontal hingga terjadi lepasnya gigi geligi dari soket. Berbagai pertimbangan dilakukan frenektomi disamping karena perlekatan frenulum yang tinggi sebagai faktor predisposisi

¹⁰ Carranza, Jr., dan Newman., G.M., 2002, *Clinical Periodontology*, 9th ed., W.B Saunders Company, Philadelphia.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

5. Perlekatan frenulum dimana seluruh frenulum melekat pada mukosa alveolar sampai dengan gingiva cekat adalah:
 - a. Frenulum lingualis
 - b. Frenulum labialis
 - c. Frenulum bucalis
 - d. Frenulum sedang
 - e. Frenulum rendah
6. Letak frenulum yang normal terhadap jaringan periodontal adalah :
 - a. Melekat pada gingival cekat
 - b. Melekat pada margin gingival
 - c. Melekat pada mukosa alveolar
 - d. Melekat pada mukosa alveolar sampai gingival cekat
 - e. Melekat pada mukosa alveolar sampai gingival tepi
7. Frenulum yang terletak di sebelah anterior insisivus atas adalah :
 - a. Frenulum labialis superior
 - b. Frenulum labialis interior
 - c. Frenulum lingualis
 - d. Frenulum bucalis
 - e. Frenulum bucalis superior
8. Syarat frenulum dianggap tidak normal dan harus dilakukan *frenectomy* :
 - a. Peradangan gingiva pada daerah perlekatan
 - b. Lidah sulit bergerak sehingga fonetik tidak jelas
 - c. Kesulitan mengucapkan huruf R
 - d. Terjadi diastema
 - e. Perlekatan frenulum sangat dekat dengan interdental marginal gingiva dan atau masuk ke arah palatal dari insisivus sentralis
9. Berikut pernyataan yang benar mengenai frenotomy dan frenectomy :
 - a. *Frenectomy* adalah pengambilan sebagian frenulum untuk menempatkan kembali perlekatan gingiva yang tidak normal
 - b. *Frenotomy* adalah pengambilan seluruh jaringan fibrosa interdental pada bagian frenulum termasuk perlekatannya di bawah tulang, dan memasangkan perlekatannya ke arah bawah prosesus alveolaris
 - c. *Frenectomy* adalah penghilangan frenulum yang menyeluruh, termasuk perlekatannya ke dasar tulang
 - d. *Frenectomy* adalah eksisi sederhana untuk membebaskan frenulum dari apeks sisipannya ke dasar dan bawah prosesus alveolaris
 - e. *Frenotomy* adalah eksisi sederhana untuk membebaskan frenulum dari apeks sisipannya ke dasar dan bawah prosesus alveolaris
10. Berikut perbedaan *frenectomy* dengan scalpel dan *electrosurgery* yang benar:
 - a. Tingkat eksisi frenulum dengan scalpel sederhana, sedang *electrosurgery* sedang hingga kompleks

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

Initial Phase therapy

Fase ini dilakukan pada visite I untuk evaluasi kontrol plak, skaling dan polishing, motivasi dan edukasi pada pasien²⁷.

2. *Corrective phase therapy*

Evaluasi plak dilakukan untuk melihat status kebersihan mulut terkait dengan perawatan kebersihan yang dilakukan oleh pasien dirumah, hasil evaluasi ini sangat berperan dalam menentukan pelaksanaan tindakan pada fase korektif. Gingivektomi dan gingivoplasti ditujukan untuk mengurangi pembesaran dan membentuk kembali kontur permukaan jaringan gingiva dilakukan dengan menggunakan *electrosurgery*, dengan didahului penggunaan infiltrasi anestesi pada area operasi. Pasca gingivektomi dan gingivoplasti dilakukan penutupan luka dengan menggunakan *coe pack* dan pemberian analgetik dan antibiotik peroral. Pengambilan pack dan evaluasi penyembuhan dilakukan 1 minggu pasca tindakan bedah

3. *Maintenance phase therapy*

Recall pasien dilakukan untuk mengevaluasi perkembangan hasil perawatan yang telah dilakukan termasuk juga keberhasilan pasien didalam melakukan perawatan kebersihan dan kesehatan gigi.

Laporan Kasus

Penanganan kasus pembesaran gingiva pasca perawatan ortodonsia dengan menggunakan *electrosurgery* telah dilakukan pada 3 pasien. Pada laporan kasus ini hanya 1 orang pasien yang di paparkan secara rinci, sedang dua pasien lainnya hanya disajikan gambaran klinis sebelum dan sesudah terapi.

Pasien laki-laki 28 tahun, dengan rujukan dari bagian ortodonsia untuk dilakukan penanganan lanjut pada gusi yang mengalami pembesaran pasca perawatan ortodonsia. Pada pemeriksaan kondisi umum pasien sehat, tak ada alergi obat-obatan dan tidak menderita kelainan sistemik, riwayat kesehatan gigi, pernah dilakukan pencabutan gigi untuk perawatan ortodonsia tanpa komplikasi, alat ortodonsia lepasan masih dilakukan pemakaian setiap malam. Pemeriksaan intraoral : oklusi Rahang atas rahang bawah normal, kondisi gigi geligi sehat, tak ada karies, ditemukan adanya akumulasi ringan plak pada daerah palatinal RA, dan kalkulus sub gingiva, Plak indeks 25% pada visite I (Gb 3.7) dan pada kunjungan ke-2 telah terjadi penurunan hingga menjadi 10%. Hasil pemeriksaan gingiva pada daerah anterior rahang atas terjadi pembesaran gingiva pada margin dan papilla interdental sisi palatinal (Gb3.6), pengukuran kedalaman poket gingiva pada sisi fasial berkisar antara 0,5 hingga 1 mm sedangkan pada

²⁷ Kahl M, Haase E, Kocher T, Rühling A , Clinical effects after subgingival polishing with a non-aggressive ultrasonic device in initial therapy *J Clin Periodontol.* 2007 ; 34(4):318-24

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

hanya disajikan gambaran klinik pre dan post operasi). Penanganan ketiga kasus tersebut dilakukan pasca perawatan ortodonsia, mengingat keberhasilan dari perawatan ini sangat ditentukan pula oleh tahapan dari perawatan ortodonsia sebagaimana telah dilaporkan oleh peneliti sebelumnya²⁹. Pengambilan dan pembentukan kontur gingiva yang mengalami pembesaran dilakukan dengan menggunakan teknik *electrosurgery* akan mengurangi perdarahan yang terjadi pada saat operasi dibanding penggunaan pisau tajam (Gb 3.7, Gb 3.10). Efek kauter dari *electrosurgery* mampu menyebabkan koagulasi protein permukaan sehingga mencegah terjadinya perembesan darah ke permukaan jaringan^{29,30}.

Hasil pemeriksaan klinik menunjukkan bahwa penyembuhan yang terjadi 1 minggu pasca operasi telah terjadi regenerasi jaringan dan perbaikan kontur gingiva pada daerah yang dilakukan operasi namun masih disertai adanya bleeding pada saat probing di area dengan tingkat keparahan yang tinggi dilihat dari aspek BOP maupun kedalaman poketnya (tabel 3.3 dan 3.4). Pada evaluasi yang dilakukan 2 minggu pasca gingivektomi menunjukkan penurunan peradangan (Gb 3.8), dan peradangan ini akan sembuh sempurna pada minggu ke-3 pasca operasi sebagaimana dilaporkan pada penanganan enlargement karena obat nifedipin³¹.

Gingivectomy dilakukan pada gingiva dengan menggunakan *electrosurgery* mempunyai efektifitas penyembuhan yang tidak berbeda dibanding dengan pisau tajam, dimana penutupan luka pada permukaan terjadi 72 jam pasca pembedahan³² walaupun demikian ada studi yang dilakukan pada babi menunjukkan proses pelambatan pada penyembuhan terjadi.³³

Perbaikan secara klinis pada kontur permukaan gingiva dapat dilihat dari hasil pengamatan klinis maupun dokumentasi dengan photograph berwarna, dimana kontur penyembuhan mengembalikan pada bentuk anatomi normal dari gingiva (Gb 3.8, Gb 3.11), keberlangsungan dari hasil perawatan pembesaran gingiva pada pasien dengan perawatan ortodonsia sangat tergantung pula dari perawatan status kebersihan gigi dan mulut oleh pasien, kerjasama dengan orthodontist yang merawatnya. Tindakan kontrol plak secara rutin selama proses aktivasi alat ortodonsia sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya efek samping timbulnya pembesaran gingiva.

²⁹ Clocheret K, Dekeyser C, Carels C, Willems G Idiopathic gingival hyperplasia and orthodontic treatment: a case report. *J Orthod.* 2003 ; 30(1):13-9

³⁰ Amorim JC, de Sousa GR, de Barros Silveira L, Prates RA, Pinotti M, Ribeiro MS. Clinical study of the gingiva healing after gingivectomy and low-level laser therapy. *Photomed Laser Surg.* 2006 ; 24(5):588-94

³¹ Kalkwarf KL, Krejci RF, Wentz FM, Edison AR, Epithelial and connective tissue healing following electrosurgical incisions in human gingiva. *J Oral Maxillofac Surg.* 1983 ; 41(2):80-5

³² Pollinger HS, Mostafa G, Harold KL, Austin CE, Kercher KW, Matthews BD, Comparison of wound-healing characteristics with feedback circuit electrosurgical generators in a porcine model *Am Surg.* 2003;69(12):1054-60

³³ Huber SJ, Vernino AR, Nanda RS., Professional prophylaxis and its effect on the periodontium of full-banded orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1987 ;91(4):321-7.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

Bentuk lanjut dari penyakit periodontal pada anak-anak, dapat merupakan manifestasi awal dari penyakit sistemik.

Sering diyakini bahwa penyakit periodontal adalah masalah dewasa, bagaimanapun, studi menunjukkan bahwa radang gusi (tahap pertama dari penyakit), hampir universal pada anak-anak dan remaja. Meskipun bentuk lanjut dari penyakit periodontal yang kurang umum pada anak-anak daripada orang dewasa, mereka dapat terjadi, yang paling umum adalah gingivitis kronis.

Kondisi ini sering terjadi pada anak-anak, menyebabkan gusi membengkak, berubah menjadi merah dan mudah berdarah. Dapat dicegah dan dirawat dengan menyikat gigi, flossing dan perawatan gigi profesional. Jika tidak diobati dapat berkembang menjadi lebih serius penyakit periodontalnya.

Periodontitis agresif ditandai oleh peradangan pada gusi dan akumulasi berat plak dan tartar, yang dari waktu ke waktu dapat menyebabkan gigi menjadi longgar. Localized periodontitis agresif terutama pada remaja dan dewasa muda sekitar dapat pubertas dan melibatkan seluruh mulut. Penyakit ini terutama mempengaruhi geraham pertama dan gigi seri (depan). Hal ini ditandai dengan kehilangan berat tulang alveolar.

Penyakit periodontal pada anak-anak

Periodontitis yang terkait dengan penyakit sistemik terjadi pada anak-anak dan remaja dan orang dewasa. Di antara kondisi yang membuat anak-anak lebih rentan terhadap penyakit periodontal adalah: Tipe 1 diabetes, *sindrom Down*, *sindrom Papillon-Lefevre*.

Tanda-tanda penyakit periodontal

Ada empat tanda-tanda dasar yang menunjukkan penyakit periodontal pada anak:

1. Pendarahan dari gusi saat menyikat gigi, flossing, atau pada waktu lain.
2. Pembengkakan dan kemerahan pada gusi.
3. Resesi gingiva, kadang-kadang memperlihatkan akar.
4. Bau napas yang tidak hilang saat menyikat atau menggunakan benang gigi.

Diagnosis dini sangat penting untuk keberhasilan pengobatan penyakit periodontal, jadi penting bagi anak-anak untuk melakukan pemeriksaan periodontal sebagai bagian dari kunjungan ke dokter gigi rutin.

Tindakan preventif yang paling penting terhadap penyakit periodontal adalah untuk membangun kebiasaan menjaga kebersihan mulut yang baik pada anak. Upaya pencegahan dasar yang akan membantu anak-anak untuk menjaga kesehatan mulut yang baik:

1. Melembagakan kebiasaan kesehatan mulut sedini mungkin. Ketika berusia 12 bulan, dapat mulai menggunakan pasta gigi untuk menggosok gigi.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

Periodontal/
true pocket
terjadi karena
adanya migrasi
epitel cekat
kearah apikal

2. *Periodontal Pocket*

Poket Periodontal adalah pendalaman sulkus gingiva karena kerusakan jaringan periodontal yang ditandai dengan migrasi epitel cekat ke arah apikal gigi dan proses selanjutnya terjadi kerusakan tulang alveolar. Poket periodontal terjadi bila dasar poket yaitu epitel cekat yang berada pada cemento enamel junction mengalami perpindahan kearah apikal, kondisi ini dikenal dengan istilah *true pocket*, banyak hal yang menyebabkan terjadinya *true pocket*, misalnya penyakit periodontal khronis, resorpsi tulang alveolar, iritan mekanis dari klamer, tepi restorasi jacket crown dsb. *True/ Absolut pocket* ini terjadi karena migrasi dari epitel cekat ke arah apikal sepanjang akar gigi dan disertai adanya kerusakan jaringan periodontal (Newman, dkk., 2002). Periodontal poket berdasarkan letak dasar poket terhadap puncak tulang alveolaris di kelompokkan menjadi supraboni dan infraboni poket. Poket supraboni dengan dasar poket pada koronal tulang alveolar, pada gambaran Rontgen dapat diamati dengan ciri sebagai berikut :

- a. Dasar poket berada di sebelah koronal tulang alveolar
- b. Pola kerusakan tulang horizontal

Poket periodontal yang tidak mendapatkan perawatan akan menyebabkan kerusakan lebih lanjut antara lain: resorpsi tulang alveolar, nekrose sementum, resorpsi akar gigi, perubahan patologis pulpa karena infeksi yang berasal dari poket periodontal, dan karies akar karena adanya penetrasi bakteri ke tubulus dentinalis. Poket periodontal akan menjadi tempat berkembangnya bakteri, yang menyebabkan terbentuknya pus, akibat dari peradangan kronis dan berakumulasinya sumber infeksi. Banyak akibat buruk yang ditimbulkan karena adanya poket, oleh sebab itu harus segera dilakukan perawatan. Perawatan poket gingiva atau periodontal dilakukan sesuai dengan kedalaman poket dan tipe poket, dengan teknik konservatif maupun teknik bedah periodontal berdasarkan letak dasar pocket terhadap tulang alveolar. Terdapat 2 tipe poket periodontal, yaitu:

1. Poket supraboni

Poket periodontal dengan dasar poket pada koronal tulang alveolar dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- a. Dasar poket berada di sebelah koronal tulang alveolar
- b. Pola kerusakan tulang horisontal
- c. Daerah interproksimal serabut transeptal pada kerusakan penyakit periodontal terlihat horisontal pada ruang antara dasar poket dan tulang alveolar.
- d. Pada daerah fasial dan bukal: serabut ligamen periodontal posisi horisontal oblique.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

INDIKASI DAN KONTRA INDIKASI KURETASE PADA PERAWATAN POKET

Tujuan utama dari perawatan periodontal baik secara bedah atau non bedah adalah untuk mengembalikan bentuk serta fungsi jaringan agar menjadi normal kembali

Tujuan utama dari perawatan periodontal baik secara bedah atau non bedah adalah untuk mengembalikan bentuk serta fungsi jaringan agar menjadi normal kembali. Regenerasi jaringan pasca perawatan yang diharapkan adalah terbentuknya sementum, ligamentum periodontal dan tulang alveolar. Proses regenerasi dan perbaikan jaringan, pembentukan perlekatan baru, merupakan aspek yang terdapat pada proses penyembuhan setelah perawatan pocket periodontal. Regenerasi jaringan periodontium merupakan proses fisiologis yang terus berlanjut. Kuretase merupakan salah satu bentuk perawatan bedah periodontal untuk membersihkan jaringan lunak pada bagian dalam dinding poket dari jaringan granulasi/ nekrotik dengan tujuan mengganti jaringan granulasi pada dinding poket dengan luka yang segar, luka tersebut akan merangsang aktivitas pagositosis/kuman, meresorpsi toksin dan jaringan nekrotik sehingga dapat menyembuhkan jaringan dan peradangan.

Kuretase merupakan prosedur bedah yang dilakukan dengan menggunakan anastesi lokal dan bertujuan untuk mengurangi poket, menghilangkan, membentuk perlekatan kembali (*reattachment*) atau membentuk perlekatan baru (*new attachment*). Istilah "kuretase" dalam bidang periodonsia diartikan sebagai mengerok dinding dan dasar dari poket periodontal untuk mengambil jaringan lunak yang patologis sehingga dalam proses penyembuhan dapat membentuk perlekatan kembali dan mengeliminasi poket yang ada. Secara umum kuretase diindikasikan untuk perawatan poket periodontal yang diikuti dengan oedem dan inflamasi, poket yang dangkal, poket supraboni, dan untuk perlekatan jaringan, namun demikian beberapa pakar periodonsia dalam melakukan indikasi untuk dilakukan kuretase memiliki sudut pandang yang berbeda-beda, misalnya Carranza dkk (2006), menyatakan bahwa:

1. Kuretase dapat dilakukan sebagai bagian dari upaya pembentukan perlekatan baru pada poket infrabony dengan lokasi yang mudah dicapai dimana tipe bedah tertutup dapat dilakukan.
2. Kuretase dapat dilakukan sebagai prosedur yang non definitif untuk mengurangi inflamasi sebelum poket dihilangkan menggunakan metode lain atau saat teknik bedah yang lebih agresif lainnya (misalnya flap) dikontraindikasikan karena faktor usia, permasalahan sistemik, masalah psikologis atau faktor lain.
3. Kuretase dapat dilakukan pada saat kunjungan evaluasi pasien (*recall visits*). Sebagai metode fase pemeliharaan periodontal untuk area inflamasi kambuhan dan poket yang dalam, terutama pada keadaan dimana bedah untuk pengurangan poket telah dilakukan sebelumnya.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

sesudah terbentuk jendalan darah dan luka diikuti dengan proliferasi yang cepat dari jaringan granulasi dengan berkurangnya jumlah pembuluh darah kecil sebagai jaringan yang dewasa atau matang.

Perbaikan dan epiteliasi dari junctional epitelium membutuhkan waktu 1 sampai 6 hari dan 10 hingga 12 hari pada gingival. Serabut kolagen yang belum dewasa tampak dalam 21 hari. Serabut gingiva yang sehat dengan kurang hati-hati terpisahkan dari gigi dan sebagian terdapat di epitel diperbaiki melalui proses penyembuhan.

Segera setelah skaling dan kuretase, gingiva tampak berdarah dan merah. Setelah 1 minggu gingiva tampak berkurang ketinggiannya karena tepi gingiva mengalami perpindahan ke arah apikal akibat hilangnya inflamasi. Setelah 2 minggu, dengan kebersihan mulut pasien yang baik, warna yang normal, konsistensi, struktur permukaan dan kontur gingiva dapat dicapai dan Gingiva tepi dapat beradaptasi dengan baik terhadap gigi.

LAPORAN KASUS

A. Identifikasi Pasien

No. Kartu : D-80804
 Nama : D
 Umur : 29 tahun
 Alamat : Jalan Kesejahteraan Sosial 68 Yogyakarta
 Jenis kelamin : Perempuan

B. Pemeriksaan Subyektif

Keluhan utama:

Pasien mengeluhkan gusi bagian depan atas berwarna merah, bengkak, merasa tidak nyaman walaupun sudah dibersihkan dan mudah berdarah ketika gosok gigi

Riwayat perjalanan penyakit:

Keluhan tersebut dirasakan kurang lebih 2 minggu yang lalu

Riwayat kesehatan oral:

Pernah mencabut gigi untuk perawatan ortodontik ± 2 tahun lalu.

Pernah splinting di Rumah Sakit

Pernah scaling

Riwayat kesehatan keluarga:

Ayah : memiliki riwayat asam urat

Ibu : sehat, tidak dicurigai menderita penyakit sistemik

Riwayat kehidupan pribadi/sosial :

Pasien adalah seorang pendidik

*image
not
available*

*image
not
available*



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

2. Menghilangkan jaringan yang telah diincisi dengan kuret, *root planing* seluruh sementum yang terbuka sampai permukaan halus dan konsistensi keras.
3. Mengatur tepi-tepi perlukaan untuk saling didekatkan, rekontur tulang sampai diperoleh adaptasi yang baik dengan tepi luka. Bila diperlukan dilakukan penjahitan.
4. Tekan gingiva sebelah fasial atau lingual daerah yang dimeisi dengan gauze yang dibasahi saline untuk memaksimalkan perlekatan dan menghentikan perdarahan.
5. Penutupan dengan periodontal dressing.

PERAWATAN PASCA ENAP

Pasien perlu diberikan informasi tentang perawatan pasca operasi

Pasien perlu diberikan informasi yang lengkap tentang cara-cara perawatan pasca operasi. Nasehat berikut harus diberikan pada pasien:

- a. Hindari makan atau minum selama 1 jam setelah operasi.
- b. Jangan minum yang panas atau alkohol selama 24 jam, dan hindari berkumur-kumur 1 hari setelah operasi agar tidak memacu timbulnya perdarahan.
- c. Jangan makan makanan yang keras, kasar atau lengket dan kunyahlah makan pada sisi yang tidak dioperasi.
- d. Minum analgesik bila merasa sakit setelah efek anestesi lokal menghilang.
- e. Bila terjadi perdarahan, tekanlah dengan kasa steril yang dibasahi dengan air dingin hubungi dokter bila perdarahan tidak berhenti.
- f. Menjaga kebersihan mulut dengan sikat gigi berbulu lembut.
- g. Bila tahap pasca operasi tidak menimbulkan gangguan, namun sakit dan bengkak timbul 2 – 3 hari kemudian, segeralah hubungi dokter.
- h. Pembukaan periodontal dressing dilakukan 1 minggu pasca operasi. Pasien harus tetap dipantau setiap 1 minggu sekali sampai proses pemulihan sempurna dan kontrol plak sempurna.

PROSES PENYEMBUHAN ENAP

Proses penyembuhan yang terjadi pada ENAP pada prinsipnya sama dengan kuretase

Proses penyembuhan yang terjadi pada ENAP pada prinsipnya sama dengan kuretase, jendalan darah mengisi sulkus gingiva, yang secara total ataupun parsial memisahkan *lining epithelial*. Hemoragi terjadi pada jaringan dengan dilatasi kapiler dan leukosit polimorfonuklear tampak pada area perlukaan. Kemudian diikuti dengan proliferasi jaringan granulasi yang cepat dengan penurunan jumlah pembuluh darah sebagai tanda kematangan jaringan.

Restorasi dan epitelisasi sulkus terjadi 2-7 hari. Serabut kolagen immatur nampak dalam 21 hari. Serabut gingiva sehat terpisah dari gigi dan masuk dalam epitel diperbaiki selama proses penyembuhan. Penyembuhan ENAP ini

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*



Gb 5.6 Skaling kalkulus yang masih tersisa

2.4 Mengatur tepi-tepi perlukaan agar diperoleh adaptasi yang baik dengan tepi luka (Gb. 5.6).

2.5 Irigasi dengan *saline* (Gb 5.7).



Gb 5.7 Irigasi daerah operasi dengan *saline*

2.6 Lakukan penjahitan pada papila interdental dengan metode *Interrupted* (Gb 5.8)



Gb 5.8 Suturing dengan teknik *interrupted*

*image
not
available*



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

5. Flap berketebalan penuh terbentuk oleh berikut ini, kecuali :
 - a. Gingival
 - b. Periosteal
 - c. Periosteum
 - d. Mukosa
 - e. Sub mukosa
6. Prinsip dalam perawatan periodontal poket adalah :
 - a. Penatalaksanaan jaringan lunak yang membentuk dinding poket
 - b. Penatalaksanaan jaringan keras yang membentuk dinding poket
 - c. Penatalaksanaan terhadap periodontal fiber yang menutupi permukaan tulang
 - d. Penatalaksanaan jaringan tulang yang rusak
 - e. Semua jawaban benar
7. Kontraindikasi dari flap reposisi lateral adalah :
 - a. Terdapat resesi yang menyeluruh
 - b. Adanya cleft
 - c. Adanya poket pada sisi donor
 - d. Vestibulum cukup dalam
 - e. Menambah daerah gingiva cekat berkeratin
8. Indikasi dari flap mukogingival adalah :
 - a. Zona jaringan berkeratin yang tersedia tidak mencukupi
 - b. Terdapat cacat tulang yang memerlukan koreksi
 - c. Terdapat poket palsu yang memerlukan koreksi
 - d. Poket supraboni dengan kedalaman dangkal hingga moderat
 - e. Tidak memiliki lebar dan ketebalan berkeratin
9. Tujuan flap reposisi apical adalah :
 - a. Mengurangi kedalaman poket dengan cara menempatkan tepi gingiva lebih ke apikal.
 - b. Menambah zona gingiva cekat berkeratin.
 - c. Memperluas struktur akar yang dibuka agar lebih mudah melakukan prosedur restoratif.
 - d. Gingiva matur yang ada lebih ke apikal dari permukaan gigi atau prosesus alveolar.
 - e. Semua jawaban benar
10. Kelebihan flap periodontal adalah :
 - a. Mengurangi poket yang meluas atau melebihi pertautan mukogingiva
 - b. Jaringan dapat dimanipulasi bila perlu untuk memperbaiki morfologi jaringan lunak
 - c. Dapat mempertahankan daerah gingival cekat yang cukup
 - d. Dapat membuka akses untuk mencapai tulang di bawahnya untuk merawat cacat tulang
 - e. Memudahkan prosedur degeneratif

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

*image
not
available*

*image
not
available*



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

INDEKS

A

Anestesi infiltrasi, 31, 75, 90
anterior palatum, 121
Arteri palatina major, 121

B

Bactidol, 93
Bedah periodontal, [16](#), 21, 22, 43, 44, 45, [65](#), [69](#), 78, 96, 129, 132

C

Cemento Enamel Junction, [4](#)
Closed curettage, 67
Corrective Phase Therapy, 126

D

Debridemen, 102, 103
Detoksifikasi, 100, 104, 116, 117, 122
Diastema, [3](#), 13, 14, 15, [16](#), 17, [28](#), 29, 30, [32](#), 34, [36](#), 127
Discontinuous incision, 48

E

Ekskavator, 75
Eksostosis, 121
Electrosurgery, 5, [16](#), 18, 21, 22, 23, 24, 26, [28](#), 29, 30, [32](#), 33, 34, 35, [36](#), 37, 45, 48, 50, 51, 52, [53](#), 55, 56, [57](#),
58, 59, 126, 127, 128, 129, 130, 131, [147](#), [148](#)
Electrosurgery bipolar, 22
Electrosurgery monopolar, 22
Elevator periosteal, 101, 136
Enlargement gingiva, [4](#), 33, 41, 42, 50, 59, 60, 64, 79, 131
Epitelial sulkuler, 86, 96, 134
Epitelium, [4](#), [73](#), 103, 105, 112, 113, 119, 135
Epithelial attachment, 84
Excisional New Attachment Procedure (ENAP)., viii, 84

F

FAKTOR inisial, [2](#), 7, 125
Faktor predisposisi, [2](#), 125

Indeks | 1 - 142

Faktor Sistemik, 125

Family history, 88

Flap, v, viii, 6, 67, [69](#), 84, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 122, [123](#), 124, 126, 132, 135, 136

FLAP MUKOGINGIVAL, 119

Flap mukoperiosteal, 100, 117, 120

Flap mukosa, 100, 120

Flap palatal, 121

FLAP palatal, 111, 122

Flap papila ganda, 116

Flap posisi apical, 122

Flap posisi koronal, 116

Flap posisi lateral, 113

Flap reposisi, 100, 104, 113, [123](#), 136

Frenectomy, 15, [16](#), 17, 18, 21, 24, 26, 27, [28](#), 29, 33, 34, 35, [36](#), 128, [129](#), [147](#)

Frenotomy, [16](#), 17, 25, 26, [36](#), 137

Frenulum, [3](#), [12](#), 13, 14, 15, [16](#), 17, 25, [28](#), 29, 31, [32](#), 35, [36](#), 125, 127, 137

Frenulum bucalis, [12](#), 13, 35, [36](#), 137

Frenulum labial, [12](#), 14, 35, 137

Frenulum labialis superior, [12](#), 13, 15, [16](#), 18, 19, 22, 23, [28](#), 29, 127, 128, [129](#)

Frenulum lingualis, [12](#), 25, 35, [36](#)

Frenulum rendah, 13, [36](#)

Frenulum sedang, 14, [36](#)

Frenulum Tinggi, [3](#), 125

full Thickness flap, 100

Furkasio, 86

G

gauze, 44, [87](#), 134

Gauze sponges, 44

Gingiva, v, vi, viii, [2](#), [3](#), [4](#), 5, 7, [8](#), 14, 15, [16](#), 17, [20](#), 29, [32](#), [36](#), 40, 41, 42, 43, 44, 46, 48, 49, 50, 51, 52, [53](#), 54, 55, 56, [57](#), 58, 59, 60, 64, [65](#), 66, 67, 68, 70, 71, 72, [73](#), 78, 79, 80, 84, 85, 86, [87](#), 90, 92, 94, 95, 96, 100, 101, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 119, 120, 121, 122, [123](#), 125, 126, 127, 128, [129](#), 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139

Gingiva bebas, [2](#), 40, 60, 105, 121

Gingiva cekat, [2](#), 40, 59, 60, 117

Gingiva tepi, vi, [2](#), [4](#), 7, 14, 15, 17, 29, 40, 42, 64, 66, 84, 108, 134

Gingival pocket, [4](#), 51, 64, 126

Gingivectomy, viii, 43, 44, 45, 48, 49, 50, 51, [57](#), [58](#), 59, 67, [129](#), 130, 131, 132, [148](#)

Gingivektomi, v, 5, 6, 44, 48, 52, [53](#), 55, 88, 102, 112, 126, 130, 131

Gingivoplasti, 5, 6, 44, 48, 50, 51, 52, [53](#), 55, 58, 126, 130

Gracey curette, 67, 68

H

Hemoragi, [87](#)

Hiperpigmentasi gingival, 6, 126

Hiperplasi, 41, 42, 86, 95

I

Infrabony, [69](#), [70](#), 105

Insisi internal bevel, 67, 86, 90, 132, 134

Internal bevel incision, 86, 134

Interproksimal, 44, [65](#), 66, 79, 86, 90, 101, 104, 116, 120, 134, 136

J

Jahitan suspensoris, 111

Jaringan papilla interdental, 101

Jaringan periodontal, vi, [2](#), [94](#), 125

K

Kalkulus subgingiva, 94

Kapiler, 72, [87](#)

Kegoyahan gigi, 5, [8](#)

Keratinisasi, 50, 86, 95, 96, 135

Kolagen immatur, [87](#)

Kuretase, v, viii, 6, 67, 68, [69](#), 70, 71, 72, [73](#), 75, 76, 77, 78, 80, 84, 85, [87](#), 88, 94, 96, 119, 126, 132, 133, 134

Kuretase subgingiva, 84

L

Labial, [12](#), 13, 15, 17, [28](#), 33, 34, 90

Leukosit polimorfonuklear, [87](#)

Ligamen periodontal, v, vi, [2](#), 7, 37, [65](#), 79, 118, 125, 138, 139

Ligament periodontum, 101

Ligamentum periodontal, [69](#), [94](#)

Lingual, [12](#), 13, 15, 17, 35, 86, [87](#), [90](#), 105, 111, 117, 120, 127, 134, 135, 137

Lining epithelial, [87](#)

M

Maintenance Phase Therapy, 6, 89

Mucogingival junction, 84, 86, 95

Mukoperiosteum, 101, 105, 112, 118, 135, 136

Mukosa alveolar, 13, 14, [36](#), 43, 66, 100, 108, 115, 137

Mukosa mastikatori, 105, 121

N

New Attachment, viii, 84, 85, 94, 133

Non plak, vi

O

Odematous, 86, 95

Oklusal, [2](#), 44, 45, 125

Oklusi, [3](#), [53](#), 66, 125

Open curettage, 67

Orabase, 103

P

Palatum, [16](#), 105, 121

Papila insisif, 121

Papilla interdental, 14, 44, 52, [53](#), 120

Partial thickness flap, 100

PAST dental history, 88

Patologis, vi, [2](#), [3](#), [4](#), 5, 64, [65](#), [69](#), 84, 85, 100, 126, 132, 139

Pembesaran gingiva, [4](#), 41, 42, 43, [57](#), 130, 138

Pendalaman sulkus gingiva, [4](#)

Penyakit periodontal, vi, [2](#), [3](#), [4](#), 5, 6, 7, 14, 15, 29, [32](#), 37, 38, 40, 41, 43, [61](#), 62, [65](#), 79, 81, 82, 85, 94, 125, 126, 127, 130

Periodontal dressing, [32](#), 44, 72, 133

Periodontal pack, 89, 92, 93

Periodontal pocket, [4](#), 126

Periodontitis kronis, 74, 89

Periosteal, 101, 103, 136

Periosteal Elevator, 101

Perlekatan frenulum tinggi, [3](#), 14, 15, 29, 127

Plak, vi, [2](#), [3](#), [4](#), 7, 14, 17, 26, 27, 29, [32](#), 37, 44, 51, 52, [53](#), 54, [57](#), [61](#), 67, 72, 78, 85, [87](#), 102, 113, 116, 119, 120, 121, 125, 126, 127, 133, 139

Poket, [4](#), [8](#), 43, 64, [65](#), 66, 70, 71, 74, 78, 79, 80, 86, 88, 94, 95, 108, 117, 119, [123](#), 131, 132, 138

Poket gabungan, 66, 80

Poket gingiva, 42, 43, [53](#), 64

Poket infraboni, 43, 72, 79

Poket kompleks, 66, 80

Poket periodontal, viii, [2](#), [4](#), [48](#), 64, [65](#), 66, 67, 68, [69](#), [70](#), 78, 80, 84, 85, 94, 105, 108, 119, 131, 134, 138

Poket supraboni, 43, [69](#), 79

Poket tunggal, 66, 80

Prosesus alveolaris, 13, [16](#), 35, [36](#), 104, 109

R

Reattachment, [69](#), 138
 Regio anterior, 54, 56, 86
 Resesi gingiva, 5, 15, 55, 84, 127, 133
 Root planning, 48, 68, 89, 102, 106, 119, 135
 Rugae palatina, 122

S

Saline, [20](#), [23](#), 24, 26, 44, 45, 47, 72, 76, [87](#), [91](#), 115, 120, 128, 129, 130, 133, 134
Scaling, 6, 30, 68, 72, [73](#), 126
Scalpel, 5, [16](#), 18, 19, [20](#), 26, [28](#), 29, 30, 31, [32](#), 33, 34, 35, [36](#), [37](#), 45, 46, 59, 106, 126, 127, 128, 130
Self cleansing, [3](#)
 Sementum, [2](#), [7](#), [8](#), 139
 Sentral diastema, 13
Sharp dissection, 103
 Solcoseryl cream, 92
 Sulkus gingiva, [2](#), [4](#), 14, 15, 29, [32](#), 64, 127
 Suprabony, 70, 105

T

Terapi Fase Pemeliharaan, vi, 6, 126
Tongue tie, 13
 Tulang alveolar, v, vi, [2](#), [3](#), 7, 17, 49, [61](#), [65](#), 66, 67, [69](#), 70, 79, 80, 84, 86, 89, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 108, 110, 112, 119, 120, 121, 122, 125, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 138

V

Vestibula, 110

*image
not
available*



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.