

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. MALOKLUSI

1. Pengertian Maloklusi

Maloklusi adalah penyimpangan letak gigi dari lengkung gigi di luar rentang kewajaran yang dapat diterima. Maloklusi juga bisa merupakan variasi biologi. Terdapat bukti bahwa prevalensi maloklusi meningkat, peningkatan maloklusi tersebut dapat dipengaruhi oleh proses evolusi yang diduga akibat meningkatnya variabilitas gen dalam populasi yang bercampur dalam kelompok ras (Rahardjo, 2009) .

Faktor-faktor yang mempengaruhi antara lain adalah keturunan, lingkungan, pertumbuhan dan perkembangan, etnik, fungsional, dan patologi. Faktor lingkungan yang berperan dalam menimbulkan maloklusi diantaranya kebiasaan buruk, penyakit obstruksi hidung kronik, makanan, fungsi yang terganggu, postur jaringan lunak, karies, penyakit periodontal, gangguan perkembangan dan trauma (Bishara, 2001).

Penyebab maloklusi yang spesifik sulit dipastikan, karena sebagian besar merupakan interaksi faktor genetik dan lingkungan. Terdapat dua kemungkinan bagaimana peran faktor genetik dalam menyebabkan maloklusi, yaitu trauma □selain itu, maloklusi dapat disebabkan oleh faktor-faktor selain faktor genetik dan lingkungan, seperti gangguan saat perkembangan embrio, pertumbuhan skeletal, perkembangan gigi, disfungsi otot, dan hipertrofi hemimandibula (Profit, 2007).

2. Etiologi Maloklusi

Maloklusi merupakan penyimpangan dari pertumbuhan dan perkembangan disebabkan faktor-faktor tertentu. Secara garis besar etiologi suatu maloklusi dapat digolongkan dalam beberapa faktor herediter dan faktor lokal (Profit, 2007).

a. Faktor Herediter

Pada populasi primitif yang terisolir jarang dijumpai maloklusi yang berupa disproporsi ukuran rahang dan gigi. Pada populasi modern lebih sering ditemukan maloklusi dibanding populasi primitif diduga karena adanya kawin campur yang menyebabkan peningkatan prevalensi maloklusi (Profit, 2013). Pengaruh herediter dapat bermanifestasi dalam dua hal, yaitu :

- 1) Disproporsi ukuran gigi dan ukuran rahang yang menghasilkan maloklusi berupa gigi berdesakan atau maloklusi berupa diastema multipel.
- 2) Disproporsi ukuran, posisi dan bentuk rahang atas dan rahang bawah yang menghasilkan relasi rahang yang tidak harmonis. Dimensi kraniofasial, ukuran dan jumlah gigi sangat mempengaruhi faktor genetik atau herediter sedangkan dimensi lengkung geligi dipengaruhi oleh faktor lokal.

b. Faktor Lokal

- 1) Gigi sulung tanggal dini dapat berdampak pada susunan gigi permanen. Semakin muda umur pasien pada saat terjadi tanggal maka

gigi sulung semakin besar akibatnya pada gigi permanen. Insisivus yang tanggal dini tidak begitu berdampak tetapi kaninus sulung akan menyebabkan pergeseran garis median.

- 2) Persistensi gigi sulung *Over retained deciduous teeth* berarti gigi sulung yang sudah melewati waktu tanggal tetapi tidak tanggal.
- 3) Trauma yang mengenai gigi sulung dapat menggeser benih gigi permanen. Bila terjadi trauma pada saat mahkota gigi permanen sedang terbentuk dapat terjadi dilatasi, yaitu akar gigi yang mengalami distorsi bentuk.
- 4) Jaringan lunak, tekanan dari otot bibir, pipi dan lidah memberi pengaruh yang besar terhadap letak gigi. Meskipun tekanan otot-otot ini jauh lebih kecil dibanding tekanan otot pengunyahan tetapi berlangsung lebih lama.
- 5) Kebiasaan buruk, suatu kebiasaan yang berdurasi sedikitnya 6 jam sehari, berfrekuensi cukup tinggi dengan intensitas yang cukup dapat menyebabkan maloklusi. Kebiasaan mengisap jari atau benda-benda lain dalam waktu yang berkepanjangan dapat menyebabkan maloklusi.

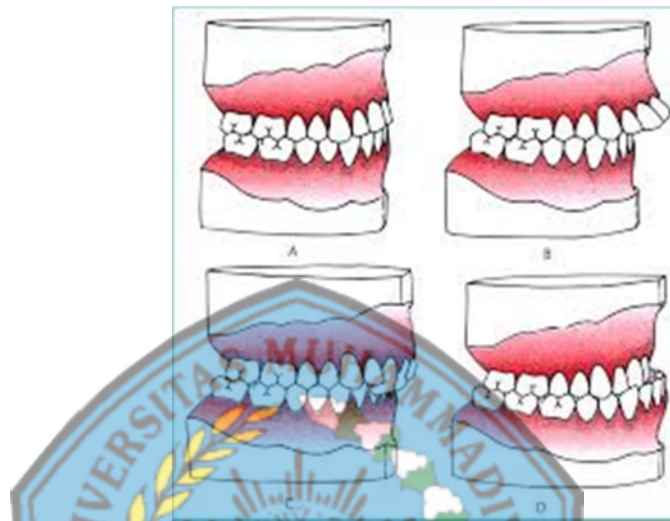
3. Kelainan Relasi Oklusi Gigi Geligi

a. Klasifikasi Maloklusi menurut Angle

Klasifikasi maloklusi menurut Angle berdasarkan hubungan gigi molar pertama permanen atas dengan bawah sebagai kunci oklusi. Klasifikasi Angle terbagi atas tiga kelas sebagai berikut :

- 1) Klas I : Hubungan antero-posterior yang sedemikian berupa, dengan gigi-gigi berada pada posisi yang tepat di lengkung rahang, ujung gigi kaninus atas berada pada bidang vertikal yang sama seperti ujung distal gigi kaninus bawah. Gigi-gigi premolar atas berinterdigitasi dengan cara yang sama dengan gigi-gigi premolar bawah, dan tonjol antero-bukal dari molar pertama atas tetap beroklusi dengan *groove bukal* dari molar pertama bawah permanen.
- 2) Klas II : Hubungan molar, dimana *cusp* disto-buccal dari molar permanen pertama maksila beroklusi pada *groove buccal* molar permanen pertama mandibula. Ada dua tipe klas II yang umum dijumpai, klas II umumnya dikelompokkan menjadi dua divisi :
 - *Klas II divisi 1*, lengkung gigi mempunyai hubungan Klas 2, dengan gigi-gigi Insisivus sentral dan lateralis atas proklinasi, dan *overjet* insisal lebih besar.
 - *Klas II divisi 2*, lengkung gigi mempunyai hubungan dengan klas 2, dengan gigi-gigi insisivus sentral arat yang proklinasi dengan *overbite* insisal yang besar. Gigi-gigi insisivus lateral atas bisa proklinasi atau retroklinasi.
- 3) Klas III : hubungan lengkung gigi bawah terletak lebih anterior lengkung gigi atas dibandingkan pada hubungan Klas I. Oleh karena itu, hubungan ini kadang disebut sebagai hubungan prenatal. Gigi-gigi Insisivus bawah berkontak dengan insisivus

atas sebelum mencapai oklusi sentrik, sehingga mandibula bergerak ke depan pada penutupan translokasi, menuju ke posisi interkuspal (Bhalaji,2006).



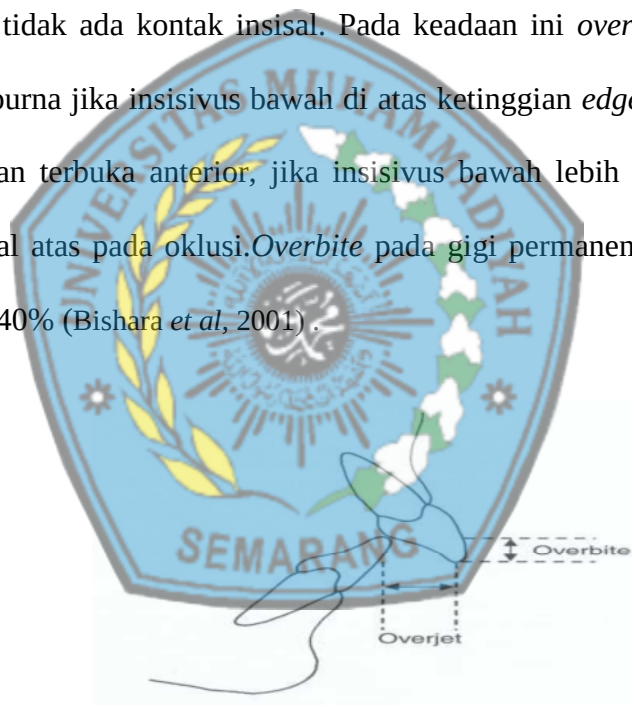
Gambar 3.1: a. Klas I, b. Klas II, c. Klas II divisi 2, d. Klas III
(Bhalaji,2006).

b. Overjet

Overjet adalah jarak horizontal antara gigi-gigi insisivus atas dan bawah pada keadaan oklusi, yang diukur pada ujung incisal insisivus atas. *Overjet* tergantung pada inklinasi dari gigi-gigi insisivus dan hubungan antero-posterior dari lengkung gigi. Jika gigi rahang atas berada pada lingual gigi insisivus rahang bawah, hubungan tersebut digambarkan sebagai underjet. Ukuran *Overjet* normal berkisar 0 - 4,0 mm (Bishara,2001) .

c. *Overbite*

Overbite adalah jarak vertikal antara ujung gigi-gigi insisivus atas dan bawah. *Overbite* dipengaruhi oleh derajat perkembangan vertikal dari segmen dento-alveolar anterior. Idealnya, gigi-gigi insisivus bawah harus berkontak dengan sepertiga permukaan palatal dari insisivus atas, pada keadaan oklusi, namun bisa juga terjadi *overbite* yang berlebihan atau tidak ada kontak insisal. Pada keadaan ini *overbite* disebut tidak sempurna jika insisivus bawah di atas ketinggian *edge* insisal atas, atau gigitan terbuka anterior, jika insisivus bawah lebih pendek dari *edge* insisal atas pada oklusi. *Overbite* pada gigi permanen bervariasi antara 10 - 40% (Bishara *et al*, 2001).



Gambar 3.2 : *Overbite* (Bishara *et all*, 2001) .

d. *Open Bite*

Open bite atau biasa disebut gigitan terbuka merupakan keadaan dimana terdapat celah atau ruangan atau tidak ada kontak diantara gigi-gigi atas dengan gigi-gigi bawah apabila rahang dalam keadaan hubungan

sentrik. *Anterior Open Bite* cenderung terjadi pada anak-anak yang memiliki kebiasaan buruk mengisap jari di atas 4 tahun (Keyf , 2011) .



Gambar 3.3: *Open Bite* (Bishara *et al*, 2001) .

e. *Cross Bite*

Cross bite biasa juga disebut dengan gigitan silang, *crossbite* merupakan keadaan dimana satu atau beberapa gigi atas terdapat disebelah palatinal atau lingual gigi-gigi bawah. Dikenal beberapa macam *crossbite* , seperti : *anterior cross bite* dan *posterior crossbite*. Beberapa penyebab dari *crossbite* berupa faktor genetika atau keturunan dan kebiasaan buruk akibat penggunaan dot dalam jangka waktu lama (Keyf, 2011) .

f. *Deep Bite*.

Gigitan dalam disebut juga sebagai *deep bite* merupakan kelainan oklusi, *overbite* melebihi normal. *Overbite* merupakan jarak vertikal dari tutup menutupnya gigi insisivus atas dan bawah dalam oklusi sentries (Bishara *et al*, 2001) .



Gambar 3.4: *Deep bite anterior*. (Bishara *et al*, 2001) .

g. *Diastema*

Bishara menyatakan bahwa *diastema* adalah celah atau ruangan yang terdapat antara gigi geligi dapat terjadi pada gigi geligi atas dan bawah. Suatu *diastema* yang dapat disebabkan oleh beberapa etiologi (Bishara *et al*, 2001) .



Gambar 3.5 : *Diastema* (Bishara *et al*, 2001) .

h. *Crowding*

Gigi berdesakan atau *crowding teeth* merupakan akibat maloklusi yang disebabkan oleh tidak proporsionalnya dimensi mesiodistal secara keseluruhan dari gigi geligi dengan ukuran maksila atau mandibular.

Crowding akan mengakibatkan perubahan lengkung gigi (Bishara *et al*, 2001) .



Gambar 3.6: Crowding (Bishara *et al*, 2001) .

4. Pengukuran Maloklusi

Maloklusi dapat di lihat dari beberapa indek maloklusi . Suatu indek dapat menilai beberapa hal menyangkut maloklusi misalnya, prevalensi maloklusi, keparahan maloklusi, dan kebutuhan serta hasil perawatan maloklusi. Index maloklusi mencatat keadaan maloklusi dalam suatu format kategori atau numeric sehingga penilaian maloklusi lebih objektif (Dewanto,1980).

a. Occlusion Feature Index (OFI)

Ciri maloklusi yang dapat dinilai adalah letak gigi berjejal, kelainan integritas tonjol gigi posterior, tumpang gigit, jarak gigit. Kriteria penilaian OFI dengan skor sebagai berikut :

OFI (1) Gigi berjejal depan bawah

0 = susunan letak gigi rapi

1 = letak gigi berjejal sama dengan $\frac{1}{2}$ lebar gigi insisivus atau kanan bawah

2 = letak gigi berjejal sama dengan lebar gigi insisivus satu kanan bawah

3 = letak gigi berjejal lebih besar dari lebar gigi insisivus atau kanan bawah

OFI (2) Interdigitasi tonjol gigi dilihat pada region gigi premolar dan molar sebelah kanan dari arah bukal, dalam keadaan oklusi.

0 = hubungan tonjol lawan lekuk

1 = hubungan antara tonjol dan lekuk

2 = hubungan antara tonjol lawan lekuk

OFI (3) Tumpang gigit, ukuran panjang bagian insisal gigi insisivus bawah yang tertutup gigi insisivus atas pada keadaan oklusi.

0 = 1/3 bagian insisal gigi insisivus bawah

1 = 2/3 bagian insisal gigi insisivus bawah

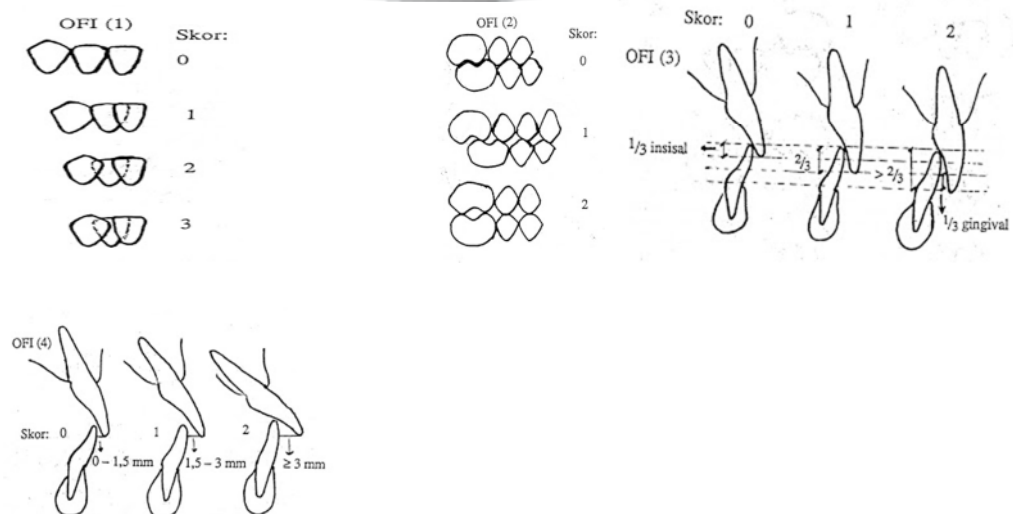
2 = 1/3 bagian gingival gigi insisivus bawah

OFI (4) Jarak gigit, jarak dari tepi labio-insisal gigi insisivus atas ke permukaan labial gigi insisivus bawah pada keadaan oklusi.

0 = 0 - 1,5 mm

1 = 1,5 - 3 mm

2 = 3 mm atau lebih



Gambar 4.1: OFI (1), OFI (2), OFI (3), OFI (4) (Dewanto,1980).

Skor total didapat dengan menjumlahkan skor keempat macam ciri utama maloklusi tersebut diatas. Skor OFI setiap individu berkisar antara 0-9. (OFI (1) = 3, OFI (2,3 dan 4) masing-masing =2). Penilaian dapat dilakukan pada model gigi atau langsung dalam mulut. Waktu yang diperlukan untuk menilai hanya kurang lebih 1-1 ½ menit bagi setiap individu. Keuntungan metode ini ialah sederhana dan objektif serta tidak memerlukan peralatan diagnostik yang rumit seperti model gnathostatik dan sefalometri. Apabila peneliti telah terlatih hanya memerlukan waktu penilaian yang singkat.

Kriteria penilaian maloklusi oleh ahli orthodonti sebagai berikut:

- 0 – 1 = maloklusi ringan sekali (*slight*) = tidak memerlukan perawatan Orthodonti
- 1 – 3 = maloklusi ringan (*mild*) = ada sedikit variasi dari oklusi ideal yang tidak perlu dirawat
- 4 – 5 = maloklusi sedang (*moderate*) = indikasi perawatan Orthodonti
- 6 – 9 = maloklusi berat/parah (*severe*) = sangat memerlukan perawatan Orthodonti

5. PREVALENSI MALOKLUSI

Gigi berjejal dan maloklusi banyak terjadi pada usia 10-12 tahun. Rentan usia tersebut merupakan fase kedua dari periode gigi bercampur. Kebanyakan anak memiliki kebiasaan buruk seperti menghisap ibu jari, bernafas lewat mulut dan lain sebagainya. Pada periode ini terjadi perubahan dimensi dari gigi sulung

menjadi gigi tetap yang banyak menimbulkan masalah. Oklusi terkadang menjadi tidak sesuai sehingga dapat terjadi keadaan gigi berjejal, gigitan silang, gigitan terbuka, gigitan dalam, dan hilangnya gigi permanen karena karies (Kazem, 1997).

Maloklusi yang sudah tampak pada periode gigi bercampur bila tidak dilakukan perawatan sejak dini akan berakibat semakin parah pada periode gigi tetapnya. Sebagai upaya untuk mencegah hal tersebut diperlukan perawatan ortodonti, berupa pencegahan atau penanggulangan sejak dini pada anak. Menurut penelitian Kazem dan Andrew di Inggris, anak pada usia 9-11 tahun adalah usia tepat untuk dilakukan perawatan interseptif. Usia 9 sampai 11 merupakan waktu gigi kaninus dan premolar kedua erupsi, yang dilaporkan banyak menyebabkan masalah pada ketidakaturan gigi geligi yang akhirnya akan menyebabkan maloklusi (Kazem, 1997).

B. Psikososial

1. Pengertian Psikososial

Psikososial merupakan setiap perubahan dalam kehidupan individu, baik yang bersifat psikologik maupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik (Bellot-Arcis, 2013). Psikososial merupakan kaitan antara 2 aspek yaitu aspek psikologis dan sosial. Aspek psikologis berhubungan dengan perkembangan emosi dan kognitif yang berkaitan dengan kemampuan belajar, merasakan, dan mengingat. Aspek sosial

berkaitan dengan kemampuan seseorang dalam menjalin hubungan dengan orang lain dalam mengikuti norma budaya dan sosial (Myers, 2012).

Psikososial berarti pengaruh faktor sosial terhadap pikiran ataupun tingkah laku individu, kaitan antara pikiran dengan masyarakat pada perkembangan manusia. Definisi ini menekankan pada pengaruh faktor sosial terhadap pikiran dan tingkah laku, demikian juga sebaliknya, pengaruh pikiran dan tingkah laku dalam dunia sosial (Myers, 2012).

Definisi Psikososial menurut ahli-ahli psikososial (Santoso, 2010) :

- 1) Mc. David dan Herani (1968)

Psikologi sosial adalah lapangan studi tentang pengalaman dan tingkah laku individu dalam hubungannya dengan individu lain, kelompok, dan kebudayaan.

- 2) Oldentorff (1955)

Psikologi sosial adalah pengetahuan tentang tingkah laku individu dalam hubungannya dengan situasi sosial.

- 3) Jones dan Gerard (1967)

Psikologi sosial adalah suatu bagian cabang psikologi yang secara khusus memuat lapangan studi tentang tingkah laku individu sebagai sesuatu fungsi dari rangsangan sosial.

- 4) Muzafer Sherif dan C.W. Sherif (1956)

Psikologi sosial adalah lapangan studi tentang pengalaman dan tingkah laku individu dalam hubungannya dengan rangsangan situasional.

2. Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak

Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Masa anak merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang dimulai dari bayi (0-1 tahun) usia bermain (1-2,5 tahun), pra sekolah (2,5-5), usia sekolah (5-11 tahun) hingga remaja (11-18 tahun). Rentang ini berada antara anak satu dengan yang lain mengingat latar belakang anak berbeda. Pada anak terdapat rentang perubahan pertumbuhan dan perkembangan yaitu rentang cepat dan lambat. Dalam proses perkembangan anak, terdapat ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial. Ciri fisik adalah semua anak tidak mempunyai pertumbuhan fisik yang sama akan tetapi mempunyai perbedaan dalam pertumbuhannya (Aziz,2005).

Perkembangan kognitif juga mengalami perkembangan yang tidak sama. Adakalanya anak dengan perkembangan kognitif yang cepat dan juga adakalanya perkembangan kognitif yang lambat. Hal tersebut juga dapat dipengaruhi oleh latar belakang anak. Perkembangan konsep diri ini sudah ada sejak bayi, akan tetapi belum terbentuk secara sempurna dan akan mengalami perkembangan seiring dengan penambahan usia pada anak. Pola koping yang dimiliki anak hampir sama dengan konsep diri yang dimiliki anak. Pola koping pada anak sudah terbentuk mulai bayi, hal ini dapat kita lihat pada saat bayi menangis. Salah satu pola koping yang dimiliki anak adalah menangis seperti anak lapar, tidak sesuai dengan keinginannya, dan lain sebagainya. Perilaku sosial pada anak juga mengalami perkembangan yang terbentuk mulai bayi. Pada masa bayi perilaku sosial pada anak sudah dapat dilihat seperti anak mau diajak orang lain, dengan

orang banyak dengan menunjukkan keceriaan. Hal tersebut sudah mulai menunjukkan terbentuknya perilaku sosial seiring dengan perkembangan usia. Perubahan perilaku sosial juga dapat berubah sesuai dengan lingkungan yang ada, sebagai contoh anak sudah mau bermain dengan kelompoknya yaitu anak-anak (Aziz, 2005).

C. Hubungan Maloklusi Terhadap Status Psikososial Anak

Persepsi estetik wajah dipengaruhi oleh perkembangan psikologis dari bayi sampai dewasa. Memasuki usia 6 bulan bayi dapat membedakan wajah yang dikenal dengan tidak dan anak mulai mempergunakan nilai-nilai budaya dalam menilai daya tarik fisik. Pada usia 8 tahun, kriteria daya tarik seseorang sama dengan sudut pandang orang dewasa dan persepsi diri anak dipengaruhi oleh orang di sekitarnya. Wajah merupakan fitur yang paling mudah diingat dan dinilai sehingga dengan demikian dikatakan sebagai karakteristik fisik yang paling penting dalam pengembangan citra diri dan harga diri. Secara positif interaksi sosial telah terbukti menghasilkan lebih baik hubungan interpersonal dan lebih percaya diri (Tung, 1998).

Anak masih mempunyai keterbatasan secara fisik dan psikis, sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan yang sedang berlangsung. Tidak jarang anak yang sedang dalam masa pertumbuhan, memiliki masalah dengan gigi geliginya. Gigi berjejal dan maloklusi banyak terjadi pada usia 10-12 tahun. Pada usia tersebut merupakan fase kedua dari periode gigi bercampur. Kebanyakan anak juga memiliki kebiasaan buruk seperti menghisap ibu jari, bernafas lewat mulut dan lain sebagainya. Pada periode ini terjadi perubahan dimensi dari gigi sulung

menjadi gigi tetap yang banyak menimbulkan masalah. Oklusi terkadang menjadi tidak sesuai sehingga dapat terjadi keadaan gigi berjejal, gigitan silang, gigitan terbuka, gigitan dalam, dan hilangnya gigi permanen karena karies (Klages, 2005).

Penelitian yang dilakukan oleh Munizeh dan Fida (2008) di Universitas Hospital, Karchi menunjukkan 14,6 % tingkat ketidakpuasan terhadap penampilan gigi-geliginya dan dapat mempengaruhi estetik diri seseorang. Penampilan mulut dan senyum dapat berperan penting dalam penilaian dan daya tarik wajah untuk memberikan kepercayaan diri dan penilaian terhadap diri. Hasil penelitian tersebut dapat menunjukkan penurunan kepercayaan diri yang dirasakan oleh individu tersebut (Munizeh dan Fida, 2008).

Berkaitan dengan dampak psikologi dari maloklusi, dalam suatu studi longitudinal telah disebutkan bahwa maloklusi akan menimbulkan reaksi sosial yang dapat berpengaruh buruk terhadap aspek psikososial remaja diantaranya dapat menurunkan harga diri dan dapat mempengaruhi kehidupan sosial. Hal yang sering terjadi pada anak yang mengalami hal ini berupa mendapatkan ejekan oleh teman-teman atau orang-orang disekitarnya sehingga cenderung kurang percaya diri dalam berinteraksi sosial dan memiliki harga diri yang rendah.

D. Pengukuran Psikososial

1. *Psychosocial Impact of Dental Aesthetic Questionnaire (PIDAQ)*

Studi epidemiologi dari prevalensi maloklusi telah menunjukkan bahwa kondisi ini mempengaruhi banyak orang di seluruh dunia. Maloklusi mempengaruhi fungsi dan estetika, tetapi juga memiliki peran penting dalam sosial, psikologis dan dampak keuangan. *Psychosocial*

Impact of Dental Aesthetics Questionnaire (PIDAQ) adalah alat yang penting dan berharga dalam memberikan informasi pada suatu aspek psikososial. Alat ini merupakan instrument yang dirancang untuk menilai status psikososial terhadap dampak estetika gigi (Montiel, 2013).

Pengukuran status psikososial dewasa awal dalam penelitian ini menggunakan alat kuisisioner *Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire (PIDAQ)* yang terdiri dari 23 item instrumen psikometrik yang digunakan untuk penilaian aspek ortodontik yang lebih spesifik, yang dinyatakan dalam 4 domain (Haiyan, 2011) :

- 1) Tingkat kepercayaan diri terhadap gigi geligi (enam item),
- 2) Dampak sosial (delapan item),
- 3) Dampak psikologis (enam item),
- 4) dan Kepedulian estetika (tiga item).

Faktor pertama dari kuesioner *PIDAQ (Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire)* yaitu rasa percaya diri terhadap gigi geligi (*dental self-confidence*), yang menunjukkan dampak dari estetika gigi-geligi terhadap keadaan emosional seseorang. Faktor kedua yaitu dampak sosial (*social impact*), yang menunjukkan masalah potensial dalam lingkungan sosial seseorang yang dapat timbul karena persepsi subjektif tentang penampilan gigi-geligi yang kurang baik baik dari diri sendiri maupun orang lain. Faktor ketiga yaitu dampak psikologis (*psychological impact*), butir-butir pernyataan ini berkaitan dengan perasaan rendah diri dan tidak bahagia pada saat individu membandingkan

diri sendiri dengan orang lain yang lebih baik estetika giginya. Kemudian, faktor keempat yaitu kepedulian estetika (*aesthetic concern*), yang berisi pernyataan yang menunjukkan perasaan tidak puas dengan keadaan gigi-geligi saat melihat gigi-geligi sendiri dengan cermin, foto, ataupun video (Gazit, 2010).

Setiap butir pertanyaan harus dijawab menggunakan skala Likert yang diwakili dengan angka 0 sampai 4.

- Angka 0 = tidak ada pengaruhnya sama sekali,
- Angka 1 = sedikit pengaruhnya,
- Angka 2 = sedang pengaruhnya,
- Angka 3 = kuat pengaruhnya,
- Angka 4 = sangat kuat pengaruhnya.

Nilai diperoleh dengan menjumlahkan semua skor dari setiap butir pertanyaan dan jumlah pertanyaan di dalam setiap kategori yang dihasilkan. Hal ini dilakukan untuk memastikan arah yang sama dari setiap butir pertanyaan di dalam kuesioner. Beberapa kategori dinilai secara terbalik untuk menghasilkan konsistensi dalam pengukuran sebuah dampak. Pertanyaan, dibagi menjadi :

- 1) Pertanyaan nomor 1-6 (mengenai rasa percaya diri).
- 2) Mengenai dampak sosial (pertanyaan nomor 7-14),
- 3) Dampak psikologis (pertanyaan nomor 15-20),
- 4) Dampak estetika (pertanyaan nomor 21-23),

Pada pertanyaan nomor 2 sampai 4 di atas, dilakukan penilaian dengan ketentuan, yaitu:

- Nilai 0 apabila subyek menjawab tidak, yang berarti tidak ada dampak psikososial pada subyek,
- Nilai 1 apabila subyek menjawab sedikit, yang berarti sedikit berdampak psikososial pada subyek,
- Nilai 2 apabila subyek menjawab agak, yang berarti agak berdampak psikososial pada subyek,
- Nilai 3 apabila subyek menjawab setuju, yang berarti berdampak psikososial pada subyek,
- Nilai 4 apabila subyek menjawab sangat setuju, yang berarti sangat berdampak pada psikososial subyek atau sangat negatif dampaknya (Junior, 2009)

Berbeda dengan pertanyaan yang lain, pada pertanyaan nomor 1-6 (mengenai rasa percaya diri), khusus dilakukan pembalikan skor yaitu :

- Subyek menjawab tidak maka skor 4,
- Subyek menjawab sedikit maka skor 3,
- Subyek menjawab agak maka skor 2,
- Subyek menjawab setuju maka skor 1,
- Subyek menjawab sangat setuju maka skor 0 (Junior, 2009).

Penilaian ini dilakukan dengan menjumlahkan respon jawaban setiap butir pertanyaan. Total dari skor minimum adalah 0, dengan skor maksimum 92. Semakin tinggi skor nilai kuesioner maka semakin tinggi

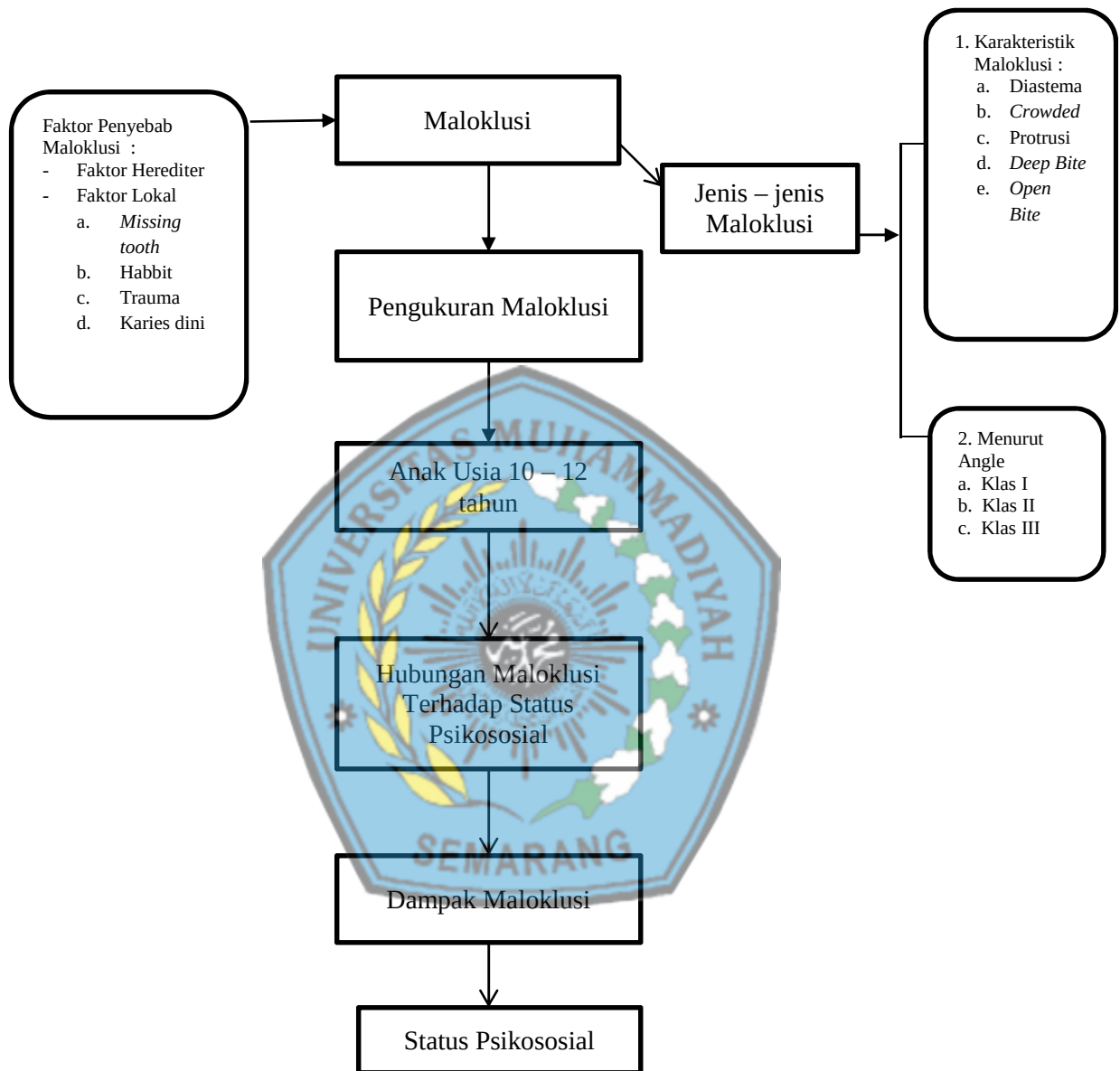
(semakin negatif) dampak maloklusi terhadap status psikososial (Klages, 2006).

Telah dilakukan penelitian mengenai hubungan maloklusi terhadap psikologis remaja SMA di Kota Makassar. Pada penelitian ini, hubungan yang dimaksud adalah apakah ada hubungan antara maloklusi dengan psikologis remaja SMA di Kota Makassar. Penelitian dilakukan pada tanggal 29 September 2014, bertempat di SMAN 4 dan 21 Makassar. Adapun, kriteria sampel penelitian merupakan siswa – siswi berusia 14 – 16 tahun. Subjek penelitian adalah seluruh siswa – siswi SMAN 4 dan SMAN 21 yang bersedia berpartisipasi dan memenuhi kriteria seleksi yang telah ditentukan, dan jumlah seluruh sampel adalah 30 orang.

Pada penelitian ini derajat keparahan maloklusi dinilai dengan menggunakan indeks OFI (*Occlusion Fature Index*) dan karakteristik maloklusi, psikologi diukur dengan menggunakan kuesioner PIDAQ (*Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire*). Pengukuran derajat keparahan maloklusi dilakukan secara langsung melalui pemeriksaan klinis dengan menggunakan alat bantu *oral diagnostic*.

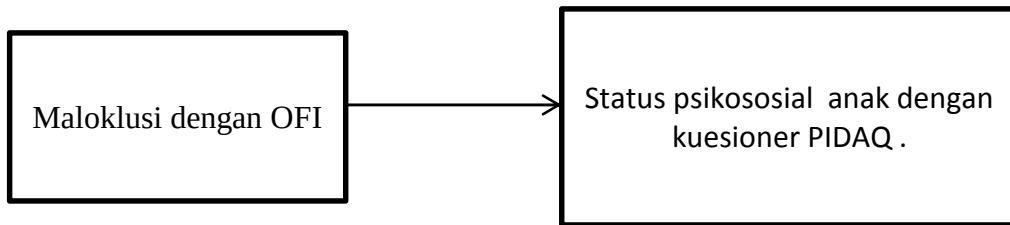
Didapatkan kesimpulan ada hubungan kasus maloklusi terhadap psikologi pada remaja SMA dan ada hubungan karakteristik maloklusi terhadap status psikologi pada remaja SMA (Uslan,2014).

E. Kerangka Teori



Bagan 2.1. Kerangka Teori

F. Kerangka Konsep



Bagan 2.2. Kerangka Konsep

G. Hipotesis

Terdapat hubungan antara maloklusi dengan status psikososial anak .

