

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Persepsi

a. Persepsi secara umum

Persepsi berasal dari bahasa Latin yaitu *perceptio* yang berarti menerima dan mengoleksi. Persepsi merupakan proses yang ditempuh seseorang dalam memahami informasi melalui panca inderanya (Simbolon, 2008).

Menurut Maroepan yang dikutip dari Mc Shane dan Von Glinow (2000), *perception is the process of receiving information about and making sense of our environment. This includes deciding which information to notice as well as how to categorize and interpret it.* Persepsi adalah proses penerimaan informasi dan pemahaman tentang lingkungan, termasuk penetapan informasi untuk membentuk pengkategorian dan penafsirannya (Simbolon, 2008).

Persepsi tiap orang bisa berbeda tergantung pada pengalaman tiap orang dalam kehidupannya sehari-hari. Penafsiran suatu obyek akan dipengaruhi juga oleh pengaruh lingkungan berupa stimulus, sehingga persepsi merupakan proses seleksi stimulus dari lingkungannya dan mengorganisasikan serta menafsirkannya sesuai konteks yang dihadapi. Interaksi orang dalam kelompok juga akan menimbulkan persepsi

sehingga terjadinya persepsi seseorang terhadap orang lain disebut persepsi sosial (Simbolon, 2008).

Proses persepsi dimulai dari obyek pada dunia nyata yang dinamakan stimulus distal atau obyek distal. Dengan bantuan cahaya, suara atau proses fisik lainnya, obyek akan merangsang panca indera. Panca indera mengubah energi input menjadi aktifitas persarafan, proses ini disebut “transduksi”. Bentuk dari aktifitas persarafan dinamakan stimulus proksimal. Sinyal-sinyal pada saraf diteruskan ke otak dan diproses. Perasaan yang dihasilkan oleh stimulus distal dinamakan persepsi (Samorodnitzky-Naveh *et al*, 2007).

Hamka (2002) berpendapat bahwa persepsi individu dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu faktor fungsional dan struktural. Faktor fungsional adalah faktor-faktor yang bersifat personal, meliputi usia, pengalaman masa lalu, kepribadian dan jenis kelamin, sedangkan faktor struktural adalah faktor dari luar individu meliputi lingkungan, kultural dan normasosial.

b. Persepsi estetika dental

Persepsi dan sikap mengenai penampilan senyum bervariasi dari satu orang ke orang lain yang dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor – faktor yang mempengaruhi adalah usia, jenis kelamin, status perkawinan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, pekerjaan, pengaruh keluarga, teman sejawat, aspek budaya dan media massa (Silva *et al*, 2012).

Elham *et al* (2005) juga menyatakan bahwa persepsi terhadap estetika gigi meningkat seiring dengan bertambahnya usia seseorang. Jorjung *et al* (2007) menyebutkan bahwa usia, jenis kelamin dan tingkat pendidikan mempengaruhi kepuasan seseorang terhadap penampilan estetik dentalnya.

Salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang yaitu kondisi psikologis. Persepsi diri terhadap kepuasan estetika seseorang berasal dari pandangan internal, yaitu pengalaman pribadi dari individu itu sendiri (Geld *et al*, 2007). Penilaian pasien terhadap estetika dental itu penting dan upaya harus dilakukan untuk menggambarkan dan memahami persepsi mereka. Pemahaman seperti itu akan memungkinkan pemenuhan kebutuhan perawatan yang lebih baik dari ekspektasi pengobatan (Flores *et al*, 2005).

2. Estetika

Estetika adalah sebuah konsep individual yang bersifat subyektif. Masing-masing individu memiliki cara tertentu untuk menilai penampilannya sendiri dan penampilan orang lain. Estetika sering menjadi keluhan utama di praktek dokter gigi dan pasien biasanya mengevaluasi hasil pengobatan berdasarkan perubahan positif pada senyum mereka. Salah satu alasan pasien mencari perawatan yang lebih baik karena penampilan dapat mempengaruhi konsep kepribadian seperti daya tarik fisik, keberhasilan profesional, kecerdasan dan kebahagiaan (Musskopf *et al*, 2013).

Penilaian terhadap estetika gigi adalah prosedur yang kompleks karena banyak faktor dapat berkontribusi terhadap persepsi estetik. Faktor-faktor ini meliputi karakteristik jaringan keras seperti warna gigi, bentuk, dan keselarasan, serta pertimbangan jaringan lunak, seperti ekspresi wajah dan penampilan gingiva (Lawson *et al*, 2008).

Pertimbangan estetika merupakan alasan utama untuk mencari perawatan ortodontik dan kepuasan dengan hasilnya tergantung pada harapan pasien. Penilaian pasien terhadap estetika dental itu penting dan beberapa upaya harus dilakukan untuk menggambarkan dan memahami persepsi mereka. Pemahaman seperti itu akan memungkinkan pemenuhan yang lebih baik dari hasil pengobatan. Fitur utama dalam evaluasi penampilan fisik pada wajah, mulut dan gigi adalah maksila, struktur rahang dan dental berdampak langsung pada persepsi estetika wajah (Flores *et al*, 2005).

Penampilan gigi dan senyum telah terbukti mempengaruhi persepsi orang lain terhadap penampilan estetika seseorang. Penampilan senyum yang sempurna menyebabkan peningkatan permintaan masyarakat untuk perawatan estetik senyum mereka (Jornung *et al*, 2007).

Menurut Sarver (*cit. Profitt*, 2007), estetika di dalam bidang ortodonti dibagi ke dalam tiga bagian yaitu makro estetika (wajah secara keseluruhan), mini estetika (senyum) dan mikro estetika (dental dan gingiva).

a. Makro Estetika

Makro estetika adalah estetika yang dilihat dari wajah secara keseluruhan. Memiliki wajah yang harmonis dan proporsional adalah

dambaan dari setiap orang karena dapat mempengaruhi *self esteem* dan *self image* seseorang di dalam interaksi sosial. Beberapa ahli mencoba memberikan tanggapan mengenai wajah yang harmonis dan proporsional. Angle berpendapat, keseimbangan dan harmoni wajah serta bentuk dan keindahan mulut ditentukan oleh oklusi gigi yang ideal, sedangkan menurut Bishara mulut merupakan faktor utama dalam menilai keserasian wajah dan merupakan ciri wajah yang khusus (*cit. Jefferson, 2004*).

Wajah bisa dilihat dari dua arah, yaitu pandangan frontal dan pandangan lateral. Melalui pandangan frontal dapat dinilai proporsi, bentuk dan simetris wajah. Proporsi wajah normal untuk individu pada posisi kepala natural dibagi dalam tiga bagian yang sama yaitu antara *trichion* dan *nasion*, antara *nasion* dan *subnasal* serta antara *subnasal* dengan *gnation*. Macam-macam bentuk wajah yaitu *mesofacial*, *dolichofacial* dan *brachifacial* (Profitt, 2007).

Pandangan lateral yaitu profil jaringan lunak yang menutupi bagian wajah, dalam hal ini meliputi hidung, bibir dan dagu. Ketiga hal ini penting bila membicarakan estetika wajah, terutama bibir. Seperti yang telah diketahui bibir atas dan bawah didukung oleh gigi depan maksila dan mandibula. Inklinasi gigi anterior yang tidak baik kedudukannya akan mempengaruhi jaringan lunak bibir sehingga profil wajah seseorang tampak cembung atau cekung. Kedudukan hidung dan bibir juga berperan penting, hidung dan dagu yang kecil akan membuat bibir tampak lebih ke

depan, sebaliknya hidung dan dagu yang besar akan membuat bibir tampak kurang ke depan (Profitt, 2007).

b. Mini Estetika (Senyum)

Salah satu hal yang memiliki peranan besar dalam estetika wajah adalah senyum, karena senyum yang menarik adalah salah satu karakteristik yang dapat dihubungkan dengan estetika wajah secara keseluruhan. Senyum merupakan salah satu cara seseorang untuk mengungkapkan perasaannya dan menjadi salah satu ekspresi wajah yang penting dan mendasar dalam mengungkapkan rasa persetujuan, persahabatan dan penghargaan seseorang terhadap sesamanya (Bloom, Padayachy, 2006)

Memiliki senyum yang menarik adalah dambaan setiap orang karena dapat memancarkan aura seseorang sehingga menambah tingkat kecantikan. Seseorang dengan tampilan yang biasa saja akan tampak lebih menarik jika memiliki senyum yang menarik (Sabri, 2005).

c. Mikro Estetika

Mikro estetika adalah komponen dental, meliputi proporsi, bentuk, warna, hubungan tinggi dan lebar gigi, posisi gigi, *connector* dan *embrassure*, *black triangle*, serta *gingival display* (tinggi, warna dan bentuk gingival). Warna gigi dapat berubah seiring dengan bertambahnya umur. *Gingival display* seperti tinggi, warna dan bentuk gingiva merupakan faktor yang penting dalam pembentukan senyum estetik, dan juga dapat mempengaruhi penampilan gigi (Profitt, 2007).

Persepsi seseorang tentang estetika berbeda-beda karena pada umumnya persepsi ditentukan secara subyektif. Salah satu faktor yang penting untuk estetika wajah adalah posisi dental yang baik. Posisi dental yang baik tidak hanya mendukung terwujudnya senyum yang menarik tetapi juga dapat mendukung kesehatan mulut akan walaupun tidak semua masyarakat peduli terhadap posisi dentalnya. Ada juga yang tidak peduli terhadap ketidakteraturan posisi dental yang dimilikinya disebabkan pada dasarnya ia sudah merasa nyaman dengan keadaan giginya (Ackerman, 2004, Hamlan, Shraim, 2008, Harry, Sandy, 2003).

3. Perawatan Ortodontik

Menurut *American Board of Orthodontics* (ABO) definisi dari ilmu ortodonti adalah suatu area yang spesifik dari ilmu kedokteran gigi yang mencakup studi dan supervisi terhadap tumbuh kembang dari gigi-geligi dan struktur anatomi yang terlibat mulai dari lahir hingga dewasa dan termasuk didalamnya adalah semua prosedur perbaikan ketidak-beraturan gigi-geligi yang bersifat preventif, korektif yang memerlukan reposisi gigi secara fungsional dan mekanikal untuk mencapai oklusi yang normal dan profil wajah yang memuaskan (Daskalogiannakis, 2000).

Perawatan ortodontik mencakup perbaikan anomali dari oklusi dan posisi gigi-gigi sejauh dibutuhkan dan sebisa mungkin. Sampai saat ini, rencana perawatan yang cermat berperan penting seperti halnya perawatan itu

sendiri karena bila tidak direncanakan dengan akurat, perawatan tidak akan bisa berhasil (Foster, 1993).

Menurut waktu dan tingkatan maloklusinya, perawatan ortodontik dibagi menjadi:

a. Ortodontik pencegahan (*Preventive Orthodontics*) yaitu segala tindakan yang menghindarkan segala pengaruh yang dapat merubah jalannya perkembangan yang normal agar tidak terjadi malposisi gigi dan hubungan rahang yang abnormal.

b. Ortodontik interseptif (*Interceptive Orthodontics*) merupakan tindakan perawatan ortodontik pada maloklusi yang mulai tampak dan sedang berkembang. Disini maloklusi sudah terjadi sehingga perlu diambil tindakan perawatan untuk mencegah maloklusi yang ada agar tidak berkembang menjadi lebih parah. Tindakan yang termasuk disini antara lain dengan menghilangkan penyebab maloklusi agar dapat diarahkan menjadi normal.

c. Ortodontik korektif atau kuratif (*Corrective* atau *Curative Orthodontics*) merupakan tindakan perawatan pada maloklusi yang sudah nyata terjadi. Gigi-gigi yang malposisi digeser ke posisi normal dengan kekuatan mekanis yang dihasilkan oleh alat ortodontik. Gigi dapat bergeser karena sifat *adaptive response* jaringan periodontal (Sulandjari, 2008).

Menurut periode perawatan ortodontik dibagi dalam dua periode:

a. Periode aktif, menggunakan tekanan mekanis suatu alat ortodontik yang dilakukan untuk pengaturan gigi-gigi yang malposisi atau dengan memanfaatkan tekanan fungsional otot-otot sekitar mulut untuk mengoreksi

hubungan rahang bawah terhadap rahang atas. Contoh pada alat aktif yaitu plat aktif dan plat ekspansi sedangkan pada plat pasif yaitu aktivator (suatu alat myofungsional).

b. Periode pasif, yaitu periode perawatan setelah periode aktif selesai, dengan tujuan untuk mempertahankan kedudukan gigi-gigi yang telah dikoreksi agar tidak *relaps* (kembali seperti kedudukan semula) dengan menggunakan Hawley retainer (Sulandjari, 2008).

Menurut cara pemakaian alat, perawatan ortodontik dibagi menjadi:

a. Perawatan dengan alat lepasan (*removable appliances*), yaitu alat yang dapat dipasang dan dilepas oleh pasien sendiri, dengan keuntungan untuk mempermudah pembersihan alat. Alat ini mempunyai keterbatasan kemampuan untuk perawatan sehingga hanya dipakai untuk kasus sederhana yang hanya melibatkan kelainan posisi giginya saja, seperti: plat aktif, plat ekspansi, aktivator, *bite raiser* dsb.

b. Perawatan dengan alat cekat (*fixed appliances*), yaitu alat yang hanya dapat dipasang dan dilepas oleh dokter gigi. Alat cekat ini mempunyai kemampuan perawatan yang lebih kompleks, antara lain: Teknik *Begg*, *Edgewise*, *Twin Wire Arch*, *Straightwire* dsb (Sulandjari, 2008).

4. Need and demand

Kebutuhan perawatan ortodontik dapat dibagi menjadi dua, *perceived need* atau kebutuhan perseptif dan *actual need* atau kebutuhan normatif. Kebutuhan perseptif yaitu kebutuhan yang dirasakan sendiri atau melalui

persepsi individu dan kebutuhan normatif yaitu kebutuhan yang ditentukan melalui pemeriksaan dokter gigi yang tidak berkaitan dengan persepsi pasien (Hassan, 2006).

Need adalah status kesehatan yang dinilai sebagai *need* atas pelayanan medis (Hassan, 2006). Tuntutan terhadap perawatan ortodontik ditentukan oleh gabungan dua faktor utama, yaitu:

- a. Kebutuhan akan perawatan ortodontik yang timbul dari masyarakat dan profesi.
- b. Sumber ekonomi yang tersedia untuk membiayai perawatan tersebut.

Keinginan untuk lebih sehat yang diwujudkan dalam perilaku mencari pertolongan kedokteran (dokter gigi) disebut *demand*. *Demand* juga merupakan pengkajian pasien yang akan menentukan kebutuhan terhadap pengobatan. Dalam pemikiran rasional semua orang ingin menjadi sehat. Kesehatan merupakan modal untuk bekerja dan hidup untuk mengembangkan keturunan sehingga timbul keinginan yang bersumber dari kebutuhan hidup manusia dan *demand* untuk menjadi sehat tidaklah sama antar manusia. Seseorang yang kebutuhan hidupnya sangat tergantung pada kesehatannya tentu akan mempunyai *demand* yang lebih tinggi terhadap status kesehatannya (Laksono, 2004).

5. Indeks Perawatan Ortodontik

Perbedaan pandangan dalam menilai maloklusi di dalam perawatan ortodontik menyebabkan munculnya beberapa macam indeks untuk mengukur tingkat kebutuhan perawatan ortodontik.

a. *Index of Orthodontic Treatment Needs (IOTN)*

Index of Orthodontic Treatment Need disusun oleh Brook dan Shaw dimodifikasi oleh Richmond pada tahun 1989. Indeks ini telah mendapatkan pengakuan nasional dan internasional sebagai metode yang sederhana, reliabel dan valid. *Index of Orthodontic Treatment Need* dapat secara obyektif menilai kebutuhan akan perawatan. *Index of Orthodontic Treatment Need* terdiri dari dua komponen, yaitu *Aesthetic Component* (AC) dan *Dental Health Component* (DHC). *Aesthetic Component* menilai persepsi seseorang tentang penampilan gigi-geligi pasien melalui sebuah skala fotograf. *Dental Health Component* menilai beberapa jenis maloklusi seperti *overjet*, *overbite*, *openbite*, *crossbite*, *crowding*, erupsi palatal yang terhalang, anomali palatal dan bibir, serta hipodonsia (Rahardjo P, 2009).

(1) *Aesthetic Component* (AC)

Aesthetic Component terdiri dari sepuluh skala foto berwarna yang menunjukkan keadaan gigi. Monokrom foto digunakan sebagai penilaian model gigi. Keuntungan AC yaitu tidak dipengaruhi oleh kebersihan mulut, kondisi gusi atau restorasi yang terlihat pada gigi depan. *Grade 1* menunjukkan susunan dental yang paling baik, sedangkan *grade 10* menunjukkan susunan dental yang paling tidak

baik. Hasil dari pemeriksaan *Aesthetic Component* dapat dibagi menjadi tiga kategori, *grade 1-4* menunjukkan *no/little treatment need*, *grade 5-7* menunjukkan *moderate treatment need* dan *grade 8-10* menunjukkan *great treatment need*. Pada penggunaannya, *Aesthetic Component* tidak terikat atau tergantung pada *Dental Health Component* akan tetapi hasil dari *Aesthetic Component* dapat mendukung hasil dari *Dental Health Component*. *Aesthetic Component* ini mudah digunakan, dengan cara skor yang didapat dari individu atau subyektif (Albarakati, 2001, Profitt, 2007).

Pada umumnya, ada dua cara untuk melakukan pemeriksaan *Aesthetic Component*, yaitu dengan menggunakan kaca atau kamera. *Cheek retractor* dipasang pada mulut, kemudian subyek diminta untuk melihat keadaan dentalnya melalui kaca atau dapat juga difoto dengan menggunakan kamera. Kemudian subyek diminta untuk mengidentifikasi foto dari *Aesthetic Component* yang paling mendekati keadaan dentalnya di bagian anterior (Hasan, 2006, De Oliveira, Sheiham, 2004, dan Kok *et al*, 2004).

Penilaian *Aesthetic Component* secara subyektif berkaitan erat dengan persepsi. Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi persepsi seseorang terhadap kebutuhan perawatan ortodontik berdasarkan *Aesthetic Component* dari IOTN (Al Sarheed *et al*, 2003).

Flores dan Major (2004) mengatakan penampilan atau bentuk susunan dental, terutama di bagian anterior dapat menjadi faktor yang

mempengaruhi penilaian atau persepsi seseorang terhadap masalah persepsi estetika dental berdasarkan *Aesthetic Component* dari IOTN (Flores Mir, Major, 2004).



Gambar 2.1 *Aesthetic Component*

Sumber: Proffit *et al*, 2007

Keterangan gambar:

1. *Grade 1 – 4* = tidak membutuhkan perawatan
2. *Grade 5 – 7* = membutuhkan perawatan
3. *Grade 8 – 10* = sangat membutuhkan perawatan

(2) *Dental Health Component* (DHC)

Dental Health Component menunjukkan, variasi maloklusi akan meningkatkan morbiditas gigi. Ciri-ciri maloklusi dapat dilihat dengan *overjet*, *overbite*, *open bite*, *crossbite*, *displacement of teeth*, oklusi bukal, *hypodontia* dan defek celah bibir dan palatum. Gangguan fungsi juga termasuk bibir inkompeten, pergeseran mandibula, traumatik oklusi dan gangguan pengunyahan atau kesulitan bicara. Terdapat lima kelas dalam penilaian DHC, kelas satu dan dua menunjukkan tidak membutuhkan atau sedikit membutuhkan perawatan, kelas tiga menunjukkan sedang dalam membutuhkan perawatan, kelas empat dan lima menunjukkan membutuhkan perawatan.

Jarak gigit (*overjet*) adalah jarak antara tepi insisal gigi insisif rahang atas dengan permukaan labial dari gigi insisif rahang bawah yang diukur secara horizontal. Pada DHC, *overjet* ditandai dengan sub-divisi “a” (Nofrizal, 2012).

Reverse overjet adalah jarak antara tepi insisal gigi insisif rahang atas dengan gigi insisif rahang bawah jika insisif rahang atas oklusi dengan permukaan lingual insisif rahang bawah. Gigitan terbalik ditandai dengan sub-divisi “b” (Nofrizal, 2012).

Gigitan silang (*crossbite*) merupakan hubungan yang abnormal dalam arah labiolingual atau bukolingual yang melibatkan satu gigi atau lebih terhadap satu gigi atau lebih pada rahang yang berlawanan.

Anterior crossbite atau *posterior crossbite* ditandai dengan sub-divisi “c” (Nofrizal, 2012).

Pergeseran gigi adalah gigi yang gagal menempatkan diri di dalam posisi yang normal pada lengkung gigi. Pada DHC, pergeseran gigi ditandai dengan sub-divisi “d” (Nofrizal, 2012).

Gigitan terbuka (*open bite*) adalah tidak adanya kontak vertikal antara gigi di rahang atas dengan gigi di rahang bawah, terbagi atas *anterior open bite* dan *posterior open bite*, yang ditandai dengan sub-divisi “e” (Nofrizal, 2012).

Overbite adalah jarak antara tepi insisal rahang atas terhadap tepi insisal rahang bawah yang diukur secara vertikal, yang ditandai dengan sub-divisi “f” (Nofrizal, 2012).

Hypodontia adalah kurang atau tidak lengkapnya gigi di dalam deretan lengkung gigi, yang ditandai dengan subdivisi “h”. *Supernumerary teeth* dimasukkan ke dalam kategori 4 dengan sub divisi “x” (Nofrizal, 2012).

Dental Health Components (DHC) biasanya diletakkan di sebelah kursi secara langsung yang dicobakan pada subyek tetapi juga didapatkan dari model gigi. Ketika menggunakan model gigi tidak seperti informasi klinis yang siap diujikan sehingga alasan ini merupakan sebuah petunjuk yang dikembangkan saat menggunakan model gigi:

1. Jika *overjet* 3.5 mm – 6 mm pada model gigi, diasumsikan bibir inkompeten dan dinilai kelas 3a.
2. Jika terdapat *crossbite* pada model gigi, diasumsikan diskrepansi diantara posisi kontak retrusi dan posisi intercuspal lebih besar dari 2 mm dan dinilai kelas 4c.
3. Jika terdapat kebalikan *overjet* pada model gigi, diasumsikan bahwa terjadi gangguan pengunyahan atau kesulitan bicara dan dinilai 4m (Hagg *et al*, 2007).

Komponen DHC ditunjukkan di bawah ini:

Kelas 5 (*Need treatment*)

5.i - *impeded*. Gigi tertanam, gigi impaksi (kecuali molar ketiga) dan berbagai patologis lainnya, gigi berjejal, *displacement*/pergeseran, gigi berlebihan/*supernumerary teeth*.

5.h- *hypodontia*. Hipodontia dengan implikasi restorasi (lebih dari satu kehilangan gigi pada kuadran) memerlukan pra-restorasi ortodontik.

5.a- *overjet*. Peningkatan *overjet* lebih dari 9 mm

5.m- *mastication*. *Overjet* lebih dari 3,5 mm dengan gangguan pengunyahan dan kesulitan bicara

5.p - *palatum*. Defek atau celah bibir dan palatum dan anomali kraniofasial lainnya

5.s- *submerged*. Gigi desidui terbenam (Hagg *et al*, 2007)

Kelas 4 (*Need treatment*)

4.h – *hypodontia*. Hipodontia memerlukan pra-restorasi ortodontik atau butuh prosthesis.

4.a – *overjet*. Peningkatan *overjet* lebih dari 6 mm tetapi kurang dari atau sama dengan 9 mm.

4.m – *mastication*. *Overjet* lebih dari 1 mm tetapi kurang dari 3,5 mm dengan keluhan gangguan pengunyahan dan bicara.

4.c – *crossbite*. Gigitan silang anterior atau posterior diskrepansi lebih besar dari 2 mm diantara retrusi titik kontak dan posisi *intercuspal*.

4.l – *lingual*. Gigitan silang lingual bagian posterior dengan tidak adanya fungsi kontak oklusal dalam satu atau keduanya segmen bukal.

4.d – *displacement*. Beberapa pergeseran titik kontak lebih besar dari 4 mm.

4.e – *extreme*. Ekstrim lateral atau *anterior open bite* lebih besar dari 4 mm.

4.f – *full*. Peningkatan dan *complete overbite* dengan trauma gingiva atau palatal.

4.t – *tipped*. Gigi erupsi sebagian, *tipped* dan impaksi gigi disebelahnya.

4.x – *extra*. Timbulnya *supernumerary teeth*

Kelas 3 (*Borderline need*)

3.a – *overjet*. Peningkatan *overjet* lebih besar dari 3,5 mm tetapi kurang dari atau sama dengan 6 mm dengan bibir inkompeten.

3.b – *reverse overjet*. *Overjet* berkebalikan lebih besar dari 1mm tetapi kurang dari atau sama dengan 3,5 mm.

3.c – *crossbite*. Gigitan silang anterior atau posterior lebih besar dari 1 mm tetapi kurang dari atau sama dengan 1 mm diskrepansi diantara retrusi titik kontak dan posisi *intercuspal*.

3.d – *displacement*. Pergeseran titik kontak lebih besar dari 2 mm tetapi kurang dari atau sama dengan 4 mm.

3.e – *excursion*. Lateral atau anterior *open bite* lebih besar dari 2 mm tetapi kurang dari atau sama dengan 4mm.

3.f – *full*. *Deep overbite complete* pada gingiva atau jaringan palatal tetapi tanpa trauma.

Kelas 2 (*Slight*)

2.a – *overjet*. Peningkatan *overjet* lebih besar dari 3,5 mm tetapi kurang dari atau sama dengan 6 mm dan bibir kompeten.

2.b – *reverse overjet*. *Overjet* berkebalikan lebih besar dari 0 mm tetapi kurang dari atau sama dengan 1 mm.

2.c – *crossbite*. Gigitan silang anterior atau posterior kurang dari atau sama dengan 1 mm diskrepansi diantara retrusi titik kontak dan posisi *intercuspal*.

2.d – *displacement*. Pergeseran titik kontak lebih besar dari 1 mm tetapi kurang dari atau sama dengan 2 mm.

2.e – *excursion*. Anterior atau posterior *open bite* lebih besar dari 1 mm tetapi kurang dari atau sama dengan 2 mm.

2.f – *full*. Peningkatan dan *complete overbite* lebih besar dari atau sama dengan 3,5 mm tanpa kontak gingival.

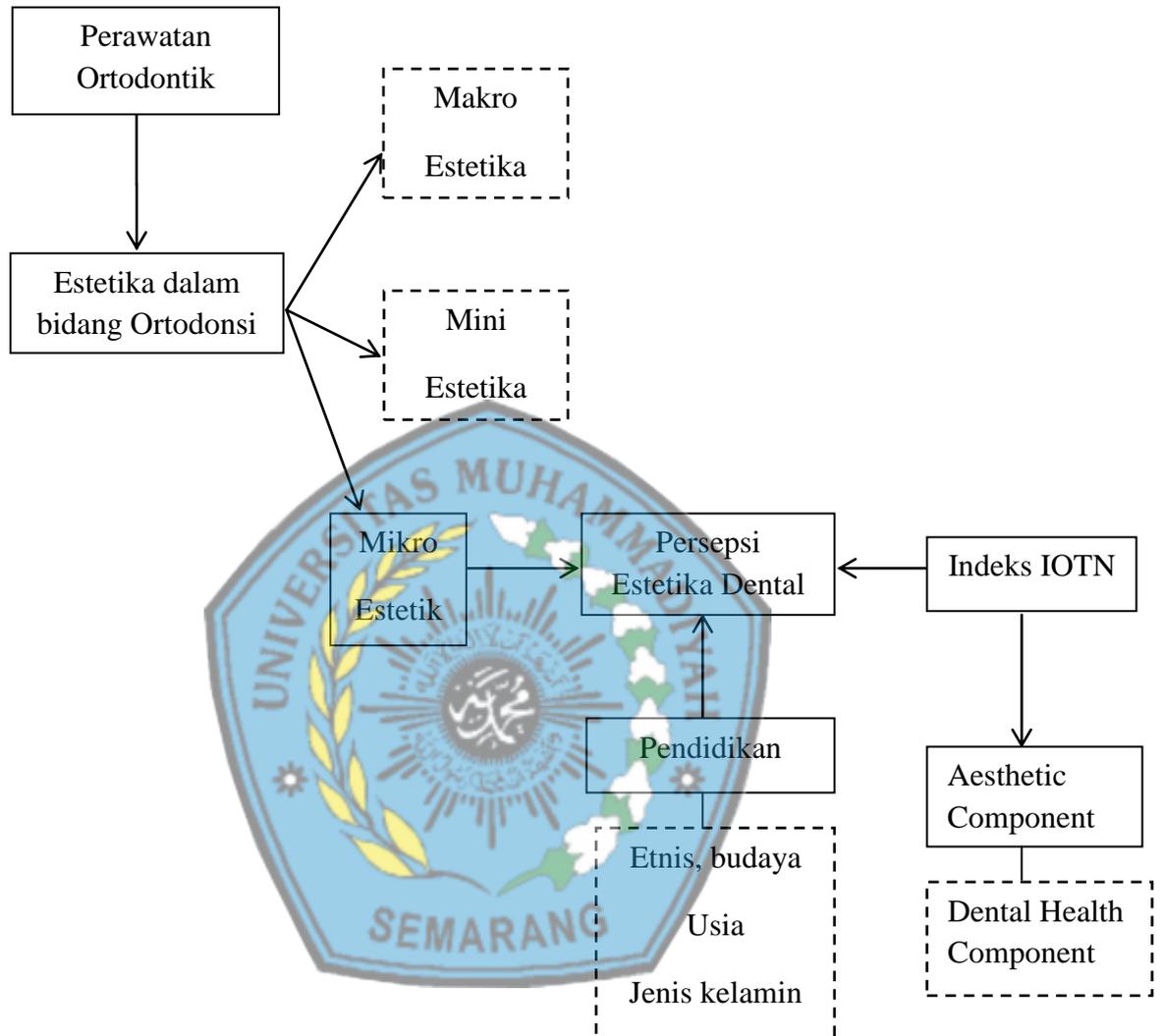
2.g – *good*. *Pre-normal* atau *post-normal* oklusi berkeadaan baik dengan tanpa anomali lainnya (termasuk setengah unit diskrepansi).

Kelas 1 (*No treatment need*)

1. – *one*. Ekstrim minor maloklusi termasuk pergeseran titik kontak kurang dari 1 mm.

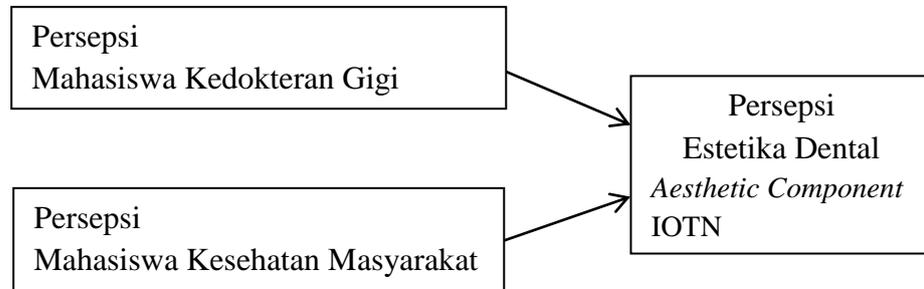


B. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Terdapat perbedaan persepsi estetika dental antara mahasiswa Kedokteran Gigi dan Kesehatan Masyarakat Unimus berdasarkan *Aesthetic Component* dari IOTN.

