

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Maloklusi

a. Definisi Maloklusi

Maloklusi merupakan suatu penyimpangan pertumbuhan dento-fasial yang mengganggu fungsi pengunyahan, penelanan, bicara, serta keserasian wajah (Kusuma, Adhani and Rianta, 2014). Rahardjo mengatakan maloklusi adalah suatu penyimpangan letak gigi geligi atau malrelasi lengkung gigi geligi/rahang di luar rentang normal yang dapat diterima (Rahardjo, 2012). *World Health Organization* (WHO) beranggapan bahwa maloklusi dapat menjadi hambatan bagi pasien, baik secara kesehatan fisik ataupun emosional karena dapat terjadi gangguan fungsional (Wilar, Rattu and Mariati, 2014).

b. Etiologi Maloklusi

Etiologi maloklusi dibagi menjadi dua faktor, yaitu faktor intrinsik dan ekstrinsik. Faktor ekstrinsik yaitu kebiasaan buruk seperti menggigit kuku, menggigit benda (pensil dan pulpen), mengisap jari, mengisap pipi, dan bernafas melalui mulut (Feroza, Kusuma and Wibowo, 2017). Menurut Salzman faktor yang mempengaruhi maloklusi ada dua, yaitu faktor *prenatal* dan *postnatal*. Faktor *prenatal* terdiri dari genetik, diferensiasi dan kongenital. Faktor

postnatal terdiri dari perkembangan, fungsional dan lingkungan (Sasea, Lampus and Supit, 2013).

Setyaningsih (2007) menyatakan ada tiga faktor yang dapat menyebabkan terjadinya maloklusi, yaitu bawaan, keturunan, dan pengaruh lingkungan. Pengaruh lingkungan merupakan faktor paling berpengaruh terhadap meningkatnya insidensi maloklusi (Setyaningsih, 2007).

c. Indeks kebutuhan perawatan Ortodonti

Standar-standar dalam penilaian maloklusi melibatkan pemindahan hasil penilaian dari keadaan oklusal menjadi indeks kebutuhan akan perawatan dengan berlandaskan pada makin tinggi skor penyimpangan oklusal akan makin besar kebutuhan akan perawatan (TD, 1997). Estetika merupakan alasan untuk mencari perawatan ortodonti. Estetika gigi yang buruk merupakan salah satu kriteria utama dalam pemberian perawatan ortodonti. Estetika gigi yang buruk merupakan efek langsung dari ketidakaturan oklusal (Trivedi *et al.*, 2011). Untuk menentukan kebutuhan perawatan ortodonti sesuai dengan derajat maloklusi, beberapa indeks telah diperkenalkan, misalnya Indeks Of Orthodontic Treatment Need (Giuca *et al.*, 2015).

Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) telah diakui secara internasional karena terbukti valid, dapat dipercaya, serta mudah digunakan. *IOTN* pertama kali disusun oleh Brook dan Shaw, lalu

dimodifikasi oleh Richmond pada tahun 1989, berfungsi untuk mengukur kebutuhan perawatan ortodonti, untuk mengetahui tingkat keparahan maloklusi sebelum dan sesudah melakukan perawatan ortodonti, serta untuk menilai tingkat keberhasilan perawatan ortodonti. Indeks ini dibuat untuk membantu menentukan kemungkinan dampak maloklusi terhadap kesehatan gigi dan kesehatan psikososial seseorang. (Hansu, Anindita and Mariati, 2013).

Ada dua komponen dalam *Index of Orthodontic Treatment Need* (IOTN), yaitu *Aesthetic Component (AC)* dan *Dental Health Component (DHC)*. *Aesthetic Component (AC)* untuk menilai persepsi seseorang terhadap penampilan gigi geligi yang dinilai dengan membandingkan hasil foto gigi geligi pasien dengan foto standar dari *Index of Orthodontic Treatment Need* (IOTN) yang ada. Dalam foto standar *Aesthetic Component (AC)* terdapat 10 poin yang melihatkan tingkatan penampilan gigi geligi yang mewakili secara estetik dari yang paling menarik sampai dengan yang paling tidak menarik. *Dental Health Component (DHC)* adalah penilaian yang menilai beberapa poin pemeriksaan pada gigi geligi seperti gigitan terbalik, gigitan silang, perpindahan titik kontak, gigitan terbuka, tinggi gigit dan jarak gigit (Perwira, Riolina and Rochmanita, 2017).

Aesthetic component (AC) dikembangkan guna memeriksa keadaan estetik gigi geligi dari suatu maloklusi yang mungkin akan memiliki dampak terhadap kondisi psikososial seseorang. *Aesthetic*

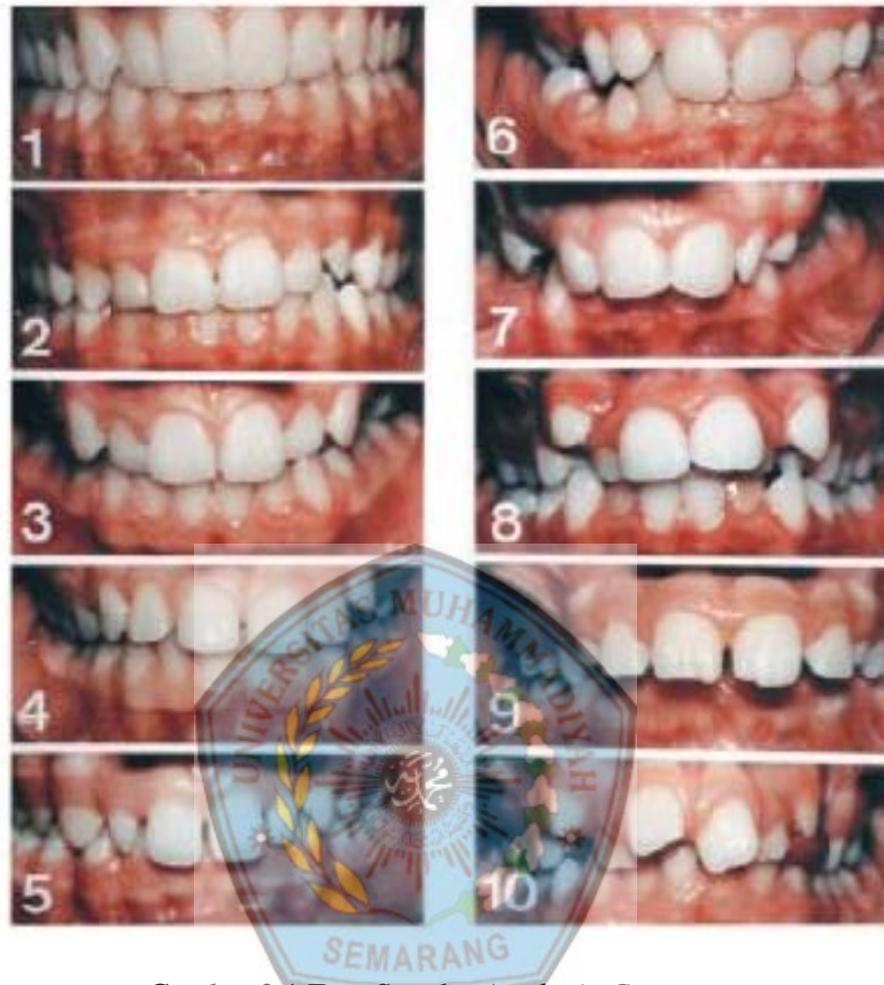
Component (AC) terdiri atas 10 tingkatan dalam foto standar. Foto berwarna digunakan ketika ada pasiennya dan foto hitam putih digunakan saat melakukan perbandingan dengan model (Rahardjo, 2012).

Indeks *Aesthetic Component*, hanya menilai berdasarkan 6 gigi anterior yang hanya meliputi klas 1 dan klas 2 divisi 1 berdasarkan hubungan insisivus dan tidak klas II divisi 2 atau kelas III berdasarkan hubungan insisivus (Ireland *et al.*, 2014). 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 didapat dari subjektif dan banyak digunakan untuk edukasi pasien atau masyarakat (WR, 2007; Albarakati, 2001).

Penilaian dalam *aesthetic component* dilakukan secara subjektif yang bisa dilakukan oleh orang awam maupun dokter gigi spesialis ortodonti. Warna gigi, kebersihan rongga mulut, ataupun kondisi gusi tidak mempengaruhi dalam penilaian *aesthetic component*. Ada dua cara melakukan pemeriksaan *aesthetic component* dengan menggunakan kaca/kamera. *Cheek retractor* dipasang pada mulut sampel, lalu minta sampel untuk melihat keadaan gigi geliginya melalui kaca atau difoto menggunakan kamera. Selanjutnya sampel diminta untuk memilih/mengidentifikasi foto mana dari foto standar

yang ada di *aesthetic component* yang paling mendekati keadaan gigi geliginya pada bagian depan/anterior (Nofrizal, 2012). Kriteria pengambilan foto dengan kamera digital untuk menilai *Aesthetic Component* (AC) yaitu terlihatnya keenam gigi bagian depan pada setiap rahang (jika masih ada) dalam keadaan oklusi sentrik, lalu hasil foto dicetak dan lakukan penilaian sesuai standar penilaian yang ada (Wilar, Rattu and Mariati, 2014).

Berdasarkan foto *Aesthetic Component* (AC) dibagi menjadi 10 tingkatan yang selanjutnya dibagi lagi menjadi 3 kategori, yaitu *grade* 1-4 : tidak membutuhkan perawatan (*no treatment need*), *grade* 5-7 rata-rata membutuhkan perawatan (*borderline treatment need*), dan *grade* 8-10 sangat membutuhkan perawatan (*great treatment need*) (Trivedi *et al.*, 2011).



Gambar 2.1 Foto Standar *Aesthetic Component*

Sumber : (Wilar, Rattu and Mariati, 2014)

2. Kesadaran Terhadap Perawatan Ortodonti

Kesadaran adalah memfokuskan perhatian dengan cara tertentu. Suatu kesadaran dapat terbentuk dengan adanya niat, perhatian, dan sikap. Niat sendiri bersifat dinamis dan dapat berkembang, berhubungan dengan sesuatu yang memotivasi timbulnya suatu kesadaran. Perhatian berhubungan dengan proses menghadiri dan mengalami sendiri,

sedangkan sikap berhubungan dengan kualitas seseorang dalam proses memperhatikan pengalaman. Kesimpulannya bahwa kesadaran adalah seseorang yang dalam keadaan sadar terjaga (*awareness*) serta memfokuskan perhatian (*attention*) pada tujuan berdasarkan pengalaman dari semua peristiwa. Menurut Bishop, *et al.* dalam Sudarsono (2016) ada dua komponen dalam kesadaran penuh. Komponen pertama, keadaan sadar terjaga dan perhatian yaitu bahwa kesadaran dimulai saat sadar terjaga pada pengalaman saat ini, dilihat dan diperhatikan perubahan pemikiran, perasaan, sehingga kesadaran adalah pengalaman secara langsung mengenai peristiwa yang terjadi antara tubuh dan pikiran. Kedua, penerimaan terjadi saat seseorang hanya memperhatikan pemikiran, dan perasaan sebagai pengalaman terbuka akan kenyataan saat ini yang muncul dalam arus kesadaran (Sudarsono and Suharsono, 2016).

Kesadaran akan membentuk dasar dalam perencanaan kesehatan gigi dan mulut yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari kesehatan umum seseorang. Kesadaran akan maloklusi dan kebutuhan untuk melakukan perawatan maloklusi semakin meningkat di masyarakat. Meningkatnya minat masyarakat ini menyebabkan permintaan akan perawatan ortodonti juga semakin meningkat pada praktik kedokteran gigi (Harish *et al.*, 2017)

3. Remaja

Salah satu fase yang akan dilalui oleh seseorang dalam tahap kehidupannya adalah masa remaja yang merupakan bagian kehidupan penting dalam siklus perkembangan seseorang, dan merupakan masa pergantian menuju dewasa. Masa remaja biasanya juga disebut “*adolescence*” yang berasal dari bahasa latin “*adolescere*” berarti tumbuh menjadi dewasa. Dalam arti lebih luas, *adolescene* akan mencakup kematangan mental, emosional, sosial dan fisik (Jannah, 2016).

Perubahan psikososial pada masa remaja dibagi menjadi tiga tahap yaitu remaja awal (*early adolescent*), remaja pertengahan (*middle adolescent*), dan remaja akhir (*late adolescent*). Pada masa remaja awal atau *early adolescent* (usia 12-14 tahun), mulai terjadi percepatan pertumbuhan. Ciri-ciri perubahan psikologis pada masa remaja awal seperti krisis identitas, jiwa yang labil, meningkatnya kemampuan bicara untuk ekspresi diri, pentingnya teman dekat/sahabat, berkurangnya rasa hormat terhadap orangtua, kadang-kadang berlaku kasar, menunjukkan kesalahan orangtua, mencari orang lain yang disayangi selain orangtua, kecenderungan untuk berlaku kekanak-kanakan, dan terdapatnya pengaruh teman sebaya (*peer group*) terhadap hobi dan cara berpakaian. Remaja pada masa awal hanya tertarik dengan keadaan saat ini, bukan masa depan, namun secara seksual mulai timbul rasa malu, ketertarikan terhadap lawan jenis walaupun masih bermain secara kelompok, mulai bereksperimen dengan tubuh, dan mulai mencoba sesuatu yang baru bagi

mereka seperti rokok, alkohol, atau narkoba. Teman sebaya sangat berpengaruh dalam kehidupan remaja fase awal ini dalam hal tingkah laku, penampilan dan bahasa (Batubara, 2010).

Periode selanjutnya adalah *middle adolescent* atau remaja pertengahan (usia 15-17 tahun), yang perubahannya ditandai dengan mengeluh orangtua terlalu ikut campur dalam kehidupannya, sangat memperhatikan penampilan, berusaha untuk mendapat teman baru, tidak atau kurang menghargai pendapat orangtua, sering sedih/*moody*, mulai menulis buku harian, sangat memperhatikan kelompok main secara selektif dan kompetitif, dan mulai mengalami periode sedih karena ingin bebas. Remaja pertengahan ini mulai tertarik akan intelektualitas dan karir. Secara seksual mereka sangat memperhatikan penampilan, mulai mempunyai dan sering berganti pasangan, sangat memperhatikan lawan jenis, mulai mempunyai konsep *role model* dan mulai menetapkan cita-cita (Batubara, 2010).

Periode akhir dari remaja adalah *late adolescent* (usia 18 tahun) yang ditandai dengan tercapainya kematangan fisik secara sempurna. Perubahan psikososial yang ditemui antara lain identitas diri menjadi lebih kuat, mampu memikirkan ide, mampu mengekspresikan perasaan dengan kata-kata, lebih menghargai orang lain, lebih konsisten terhadap minatnya, bangga dengan hasil yang dicapai, selera humor lebih berkembang, dan emosi lebih stabil. Remaja akhir akan lebih memperhatikan masa depan, serta peran yang diinginkan nantinya, mulai

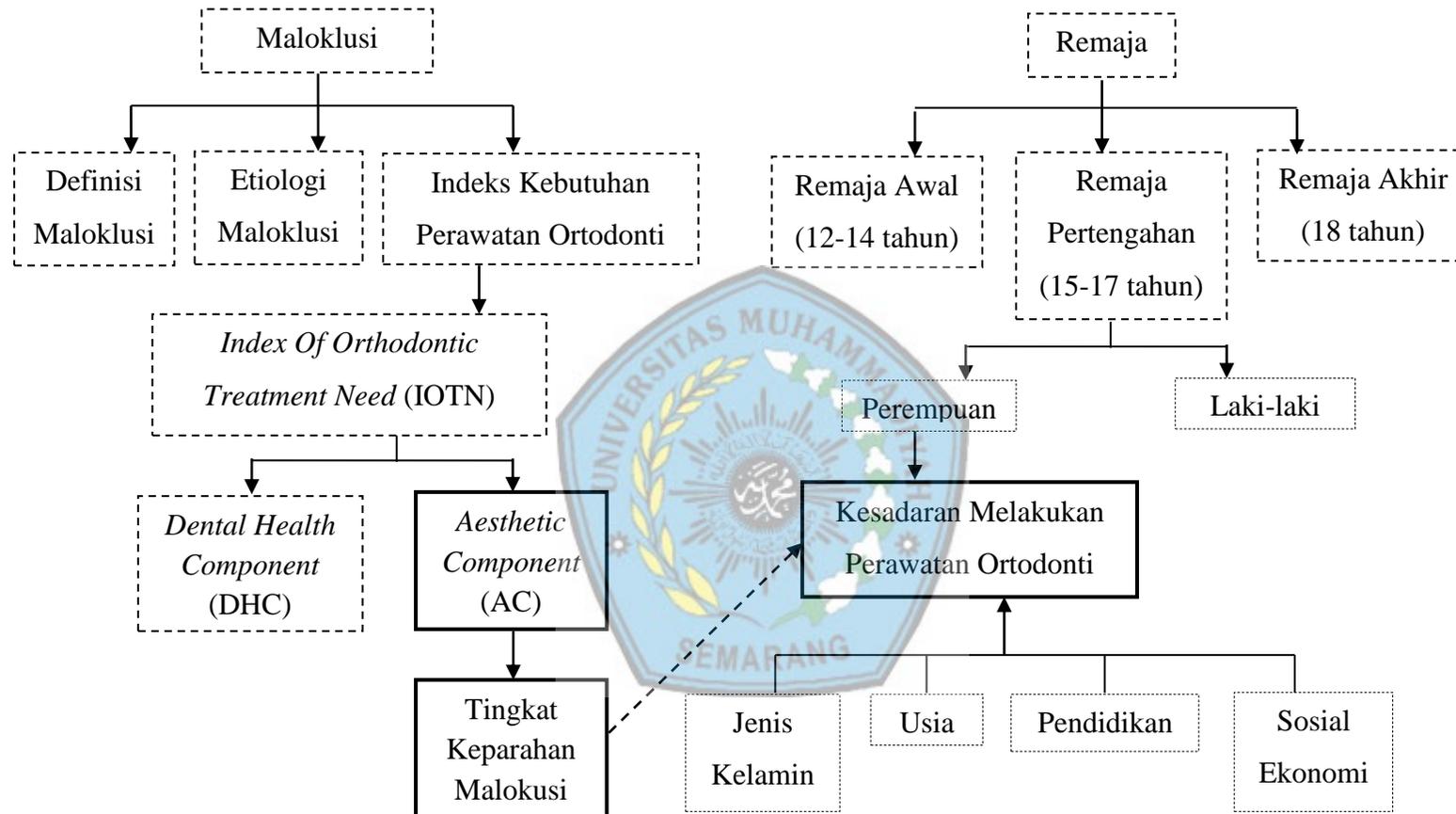
serius dalam hubungan dengan lawan jenis, dan mulai dapat menerima tradisi juga kebiasaan di lingkungan (Batubara, 2010).

4. Hubungan Tingkat Kebutuhan Perawatan Maloklusi terhadap Kesadaran perawatan Ortodonti

Maloklusi menurut *World Health Organization* merupakan cacat yang dapat mengganggu fungsi yang kemungkinan nantinya bisa menyebabkan rintangan untuk kesehatan fisik maupun emosional pasien sehingga dibutuhkannya perawatan. Berdasarkan tinjauan psikologis, maloklusi yang mempengaruhi estetik wajah serta penampilan akan memberikan dampak yang tidak menguntungkan perkembangan psikologis remaja. Maloklusi banyak ditemukan pada remaja, namun mereka tidak melakukan perawatan yang bisa saja disebabkan karena ketidaktahuan mereka akan keadaan gigi geliginya mengalami maloklusi dan membutuhkan perawatan ortodonti. Beberapa remaja menjadi rendah diri karena penampilan yang kurang menarik, atau kurang sempurnanya fungsi bicara akibat maloklusi yang mereka alami (Hansu, Anindita and Mariati, 2013).

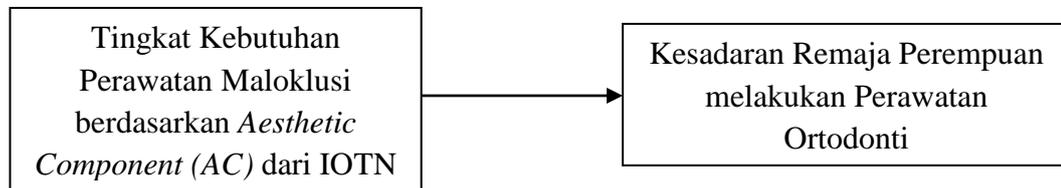
Banyak masyarakat dengan penghasilan rendah menganggap pengobatan dan perawatan gigi tidak perlu dilakukan sehingga prioritasnya masih rendah, masyarakat dengan penghasilan rendah sering kali tidak menyadari bahwa mereka mempunyai masalah pada giginya (Maulana, Adhani and Heriyani, 2016).

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Ada hubungan antara tingkat kebutuhan perawatan maloklusi terhadap kesadaran remaja perempuan melakukan perawatan ortodonti.



