

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Maloklusi

a. Definisi Maloklusi

Maloklusi adalah suatu bentuk oklusi yang menyimpang dari bentuk normal. Oklusi dikatakan normal apabila susunan gigi geligi dalam lengkung rahang teratur dengan baik sehingga terdapat hubungan yang harmonis antara gigi rahang atas dan bawah (Singh, 2007).

Andrew (1972) menyebutkan enam kunci oklusi normal, yang berasal dari penelitian yang dilakukan terhadap 120 subyek yang oklusi idealnya mempunyai enam ciri. Keenam ciri tersebut adalah: (1) Hubungan yang tepat dari gigi-gigi molar pertama tetap pada bidang sagital, (2) Angulasi mahkota gigi-gigi insisivus yang tepat pada bidang transversal, (3) Inklinasi mahkota gigi-gigi insisivus yang tepat pada bidang sagital, (4) Tidak adanya rotasi gigi-gigi individual, (5) Kontak yang akurat dari gigi-gigi individual dalam masing-masing lengkung gigi, tanpa celah maupun berjejal-jejal, (6) Bidang oklusal yang datar atau sedikit melengkung. Andrew memperkirakan bahwa jika satu atau beberapa ciri ini tidak tepat, hubungan oklusal dari gigi geligi tidaklah ideal (Singh, 2007).

b. Etiologi Maloklusi

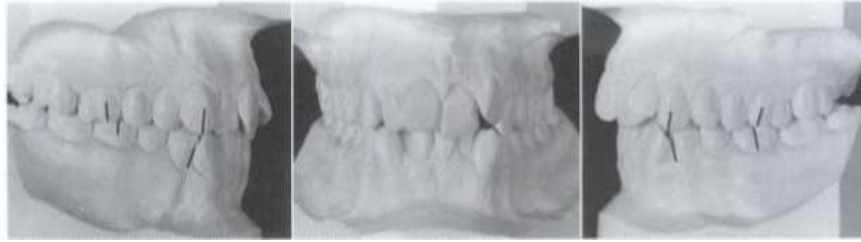
Etiologi maloklusi merupakan ilmu yang mempelajari tentang faktor penyebab terjadinya maloklusi. Pengelompokan faktor-faktor etiologi maloklusi dimaksudkan untuk mempermudah identifikasi kelainan oklusi yang ada, faktor etiologi maloklusi dibagi menjadi faktor ekstrinsik dan intrinsik. Faktor ekstrinsik yaitu herediter, kelainan bawaan (kongenital), malnutrisi, kebiasaan buruk, trauma dan kecelakaan, sedangkan kelainan jumlah, bentuk dan ukuran gigi, *premature loss*, *prolonged retention*, *ankylosis* dan karies gigi desidui, termasuk faktor intrinsik etiologi maloklusi (Singh, 2007).

c. Klasifikasi Maloklusi

Edward Hingley Angle (1899) mengklasifikan maloklusi berdasarkan hubungan mesio-distal gigi molar 1 permanen rahang atas dan rahang bawah menjadi 3 kelas, yaitu klas I, II, III (Singh, 2007).

1) Klas I Angle

Tonjol mesiobukal gigi molar pertama rahang atas terletak pada celah bagian bukal (*buccal groove*) gigi molar pertama rahang bawah (relasi gigi Neutroklusi) (Singh, 2007).



Gambar 2.1 Maloklusi Klas I Angle(Bishara, 2001)

Dr. Martin Dewey 1915 memodifikasi maloklusi Klas I Angle menjadi beberapa tipe maloklusi yaitu :

- a) Tipe 1 : maloklusi Klas I Angle dengan gigi anterior yang *crowded*
- b) Tipe 2 : maloklusi Klas I Angle dengan gigi insisiv maksila yang *protrusif*
- c) Tipe 3 : maloklusi Klas I Angle dengan gigitan silang anterior (*crossbite anterior*)
- d) Tipe 4 : maloklusi Klas I Angle dengan hubungan molar normal dalam arah mesio-distal, tetapi hubungan dalam arah buko-lingual ada pada posisi gigitan bersilang (*crossbite posterior*)
- e) Tipe 5 : maloklusi Klas I Angle dengan molar permanen telah bergerak ke mesial (*mesial drifting*) (Singh, 2007).

2) Klas II Angle

Tonjol mesiobukal molar pertama rahang atas terletak pada ruangan di antara tonjol mesiobukal M1 dan tepi distal tonjol bukal gigi premolar rahang bawah (relasi gigi distoklusi), ada 2 divisi dalam klas II angle :

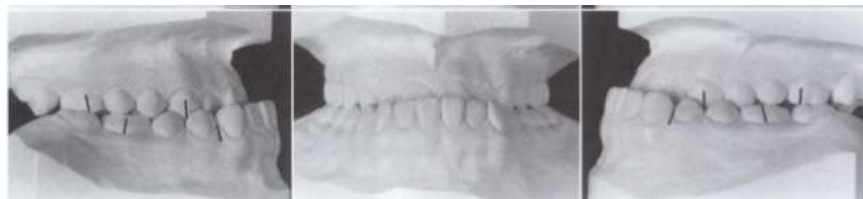
- a) Klas II Angle Divisi I : Klas II Angle dengan ciri-ciri gigi-gigi anterior di RA inklinasi ke labial atau protrusi.
- b) Klas II Angle Divisi II : Klas II Angle dengan ciri-ciri inklinasi insisivus sentralis atas ke lingual dan inklinasi insisivus lateral ke labial(Singh, 2007).



Gambar 2.2 a. Maloklusi Klas II Angle Divisi 1 b. Maloklusi Klas II Angle Divisi II (Bishara, 2001).

3) Klas III Angle

Tonjol mesiobukal gigi molar pertama rahang atas beroklusi dengan bagian distal tonjol distal M1 dan tepi mesial tonjol mesial gigi molar kedua rahang bawah (relasi gigi Mesioklusi) (Singh, 2007).



Gambar 2.3 Maloklusi Klas III Angle(Bishara, 2001).

Dr. Martin Dewey merincikan maloklusi Angle klas III menjadi :

- a) Tipe 1 : maloklusi Klas III dengan rahang atas dan bawah yang jika dilihat secara terpisah terlihat normal. Namun ketika rahang beroklusi menunjukkan insisivus yang *edge to edge*, yang kemudian menyebabkan mandibula bergerak kedepan.
- b) Tipe 2 : maloklusi Klas III Angle dengan insisivus mandibula *crowded* dan masih memiliki lingual relation terhadap insisivus maksila
- c) Tipe 3 : maloklusi Klas III Angle dengan insisivus maksila *crowded* dan *crossbite* dengan gigi anterior mandibula (Singh, 2007).

Maloklusi skeletal merupakan ketidaknormalan hubungan maksila atau mandibular karena kelainan pada struktur skeletal pada saat pertumbuhan dan perkembangan, yang dapat berupa kelainan ukuran, posisi atau hubungan antara rahang dan tulang (Bhalaji, 2004).

Penilaian hubungan rahang dilakukan dengan Analisis Steiner oleh Cecil Steiner 1953 menggunakan analisissefalometri pada titik *landmarks*, titik tersebut menggambarkan hubungan antero-posterior antara rahang atas dan bawah yang dinilai berdasarkan kedudukan basis cranium dengan mengukur sudut SNA, SNB dan ANB. Sudut ideal SNA adalah 82° apabila lebih dari 82° menggambarkan kedudukan rahang atas terhadap basis cranii adalah *protruded*, apabila kurang dari 80° maka kedudukan rahang atas terhadap basis cranii adalah *retruded*. Sudut ideal SNB adalah 80° apabila lebih dari 80° menggambarkan kedudukan rahang bawah terhadap basis cranii adalah *protruded*, apabila kurang dari 78° maka kedudukannya *retruded*. ANB

merupakan posisi relative rahang bawah terhadap rahang atas, ANB didapatkan dari selisih SNA dan SNB (Cobourne, 2010).

- a) $ANB = 2-4^0$ termasuk Skeletal Klas I
- b) $ANB > 4^0$ termasuk Skeletal Klas II
- c) $ANB < 2^0$ termasuk Skeletal Klas III

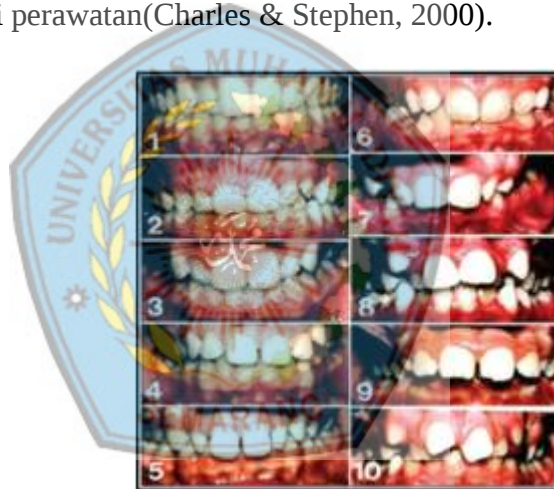
d. Indek Maloklusi

Keparahan maloklusi dan kebutuhan perawatan dapat ditentukan dengan beberapa indek maloklusi yaitu *Index of Complexity, Outcome, and Need* (ICON), *Handicapping Malocclusion Assesment Index* (HMA), *Dental Aesthetic Index* (DAI) dan untuk mengukur tingkat kebutuhan perawatan dapat digunakan *Index of Orthodontic Treetment Need* (IOTN).

1) *Index of Complexity, Outcome, and Need* (ICON)

Indek ICON diperkenalkan oleh Daniels dan Richmond pada tahun 2000, merupakan indeks internasional yang menyediakan metode penilaian tunggal untuk mencatat kebutuhan dan keberhasilan perawatan. Indek ini diharapkan dapat digunakan sebagai alat untuk menilai, meneliti dan pembuat keputusan ortodontik. *Index of Complexity, Outcome and Need* (ICON) merupakan gabungan dari *Index of Orthodontic Treetment Need* (IOTN) sebagai indek kebutuhan perawatan dan *Peer Assessment Rating Index* (PAR) yang digunakan untuk menilai hasil perawatan (Charles & Stephen, 2000).

Indek ICON terdiri dari 5 komponen, yang masing-masing memiliki bobot yang berbeda sesuai dengan kepentingannya. Komponen pertama diadaptasi dari komponen estetik IOTN yaitu *Aesthetic Component (AC)*, komponen lainnya termasuk berdesakan/diastema rahang atas, *crossbite*, *openbite/overbite* anterior, dan relasi anteroposterior segmen bukal. Masing-masing komponen dapat dilihat dari model studi. Skor ICON mencerminkan tingkat dari kebutuhan, dan derajat perubahan sebagai hasil dari perawatan(Charles & Stephen, 2000).



Gambar 2.4 *Aesthetic Component (AC)*(Charles, 2000)

Tabel 2.1 Skor Penilaian ICON(Charles, 2000).

Komponen	Skor						Bobot
	0	1	2	3	4	5	
AC	Skor 1-10						7
Berjejal RA	< 2 mm	2,1-5 mm	5,1-9 mm	9,1-13 mm	13,1-17 mm	> 17 mm atau gigi impaksi	5
Diastema RA	< 2 mm	2,1-5 mm	5,1-9 mm	>9 mm			5
Crossbite	Tidak ada Crossbite	ada Crossbite					5
Openbite insisivus	Edge to edge	< 1 mm	1,1-2 mm	2,1-4 mm	> 4 mm		4

Overbite insisivus	Menutupi < 1/3 gigi insisivus	Menutupi 1/3 – 2/3 gigi insisivus	Menutupi > 2/3 gigi insisivus	Menutupi semua	4
Relasi anteroposterior segmen bukal	Relasi cusp ke embrasur (Klas I, II dan III)	Relasi cusp yang lain kecuali cusp to cusp	Relasi cusp to cusp		3

Kemudian setelah itu bobot skor tersebut dijumlahkan untuk menghasilkan skor akhir ICON. Skor keparahan maloklusi indek ICON :

- a) <29 = maloklusi sangat ringan/ tidak ada
- b) 29-50 = maloklusi ringan
- c) 51-63 = maloklusi sedang
- d) 64-77 = maloklusi parah
- e) > 77 = maloklusi sangat parah

2) *Handicapping Malocclusion Assesment Index Record (HMAR)*

Indeks HMAR diperkenalkan oleh Salzmann pada tahun 1968. Indeks HMAR digunakan untuk mengukur kelainan gigi seperti gigi hilang, gigi berjejal, gigi rotasi dan gigi renggang dalam satu rahang, kelainan hubungan kedua rahang dalam keadaan oklusi yaitu mengukur adanya jarak gigit berlebih, tumpang gigit berlebih, gigitan silang dan gigitan terbuka dan kelainan dentofasial dilihat dari adanya gangguan bicara dan *palatal bite* (Laguhi, 2014).

Kelemahan dari indek HMAR adalah bahwa indek ini tidak mengukur komponen estetika yang dianggap menjadi fitur penting untuk memeriksa komponen psikologis yang efektif (Lindauer, 1998).

3) *Dental Aesthetic Index (DAI)*

Dental Aesthetic Index (DAI) adalah salah satu indeks yang dikembangkan di Amerika Serikat. Indek DAI mempunyai 10 komponen yaitu jumlah gigi insisivus, kaninus, dan premolar yang hilang pada lengkung maksila dan mandibula, *crowding*, *spacing*, diastema, overjet terbesar maksila dan mandibula, anterior *openbite*, hubungan antero-posterior molar, lebarpenyimpangan anterior rahang atas dan bawah (Nayak, 2009).

Indek DAI memiliki keterbatasan yaitu pada pengukuran *crowded* yang diukur hanya bagian keempat insisivus atas saja sedangkan gigi kaninus dan premolar tidak, padahal kedua gigi tersebut bagian dari masalah estetik. Hatzopoulos (1999) mengatakan bahwa indek DAI tidak dapat menilai karakteristik oklusi total dan hanya berfokus pada estetika saja, indek DAI juga tidak dapat digunakan untuk gigi sulung dan bercampur sehingga tidak dapat mengidentifikasi maloklusi tahap awal dan melakukan pencegahan (Goyal, & Muhigana, 2013).

4) *Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN)*

IOTN diperkenalkan pertama kali di Inggris oleh Brook dan Shaw (1989). Indek IOTN digunakan untuk mengetahui kebutuhan perawatan

pada rongga mulut. IOTN memiliki dua bagian penilaian yaitu *Aesthetic Component* (AC) dan *Dental Health Component* (DHC). AC digunakan untuk menilai persepsi seseorang mengenai penampilan gigi-geliginya melalui skala fotograf. DHC digunakan untuk menilai gigi geligi dengan beberapa point pemeriksaan seperti *overjet*, *reverse overjet*, *cross bite anterior/posterior*, *displacement contact point*, *open bite anterior/posterior*, dan *overbite* (Perwira, Riolina, & Rochmanita, 2015).

2. Kualitas Hidup

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) menyatakan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup sesuai konteks budaya dan sistem nilai yang dianutnya dimana individu tersebut hidup serta hubungannya dengan harapan, tujuan, standar yang ditetapkan dan perhatian dari seseorang (Azizah, 2014).

Kualitas hidup merupakan kesempatan individu untuk hidup nyaman, dengan keadaan sehat fisiologis, psikologis serta sosial dalam kehidupan sehari-hari. Penilaian kualitas hidup tidak hanya dipengaruhi oleh keadaan fisik saja tetapi keadaan mental, sosial, emosional sehingga dapat dipandang sebagai suatu konsep multidimensi yang terdiri dari 3 bidang utama yaitu fisik, psikologis (kognitif dan emosional), dan sosial (Wagiran, Kaunang, & Wowor, 2014).

Pengukuran kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan gigi dan mulut dapat dilakukan dengan menggunakan berbagai instrumen yaitu *Oral*

Health Impact Profile (OHIP), *Child Perception Questionnaire (CPQ11-14)* dan lain-lain.

a. *Oral Health Impact Profile (OHIP)*

OHIP adalah sebuah instrument kualitas hidup yang dikembangkan oleh Slade pada tahun 1997, dan telah divalidasi untuk digunakan pada populasi orang tua di Australia, dan pada populasi dewasa di Inggris dan Scotland. OHIP dikembangkan dengan tujuan untuk mengukur sendiri tentang keterbatasan fungsional, ketidaknyamanan dan cacat dikaitkan dengan kondisi mulut. OHIP-14 terdiri dari tujuh dimensi yaitu batasan fungsional, sakit fisik, ketidaknyamanan psikologis, cacat fisik, cacat psikologis, kecacatan sosial dan *handicaping*(Mohamed, 2011).

b. *Child Perception Questionnaire (CPQ)*

Child perceptions questionnaires (CPQ) adalah komponen dari *Child Oral Health Quality of Life (COHQOL)* oleh Jokovic (2002) dikembangkan di Toronto untuk mengukur kualitas hidup terkait kesehatan rongga mulut pada anak dengan kelompok usia tertentu dengan berbagai kondisi gigi ortodontik, dan orofasial. Tujuan kuesioner ini adalah untuk menghasilkan konsep anak sehat dan bersifat evaluatif serta mampu membedakan dengan kondisi sehat. Instrument ini dikategorikan empat kelompok yaitu gejala oral, keterbatasan fungsional, dan kesejahteraan emosional dan sosial. CPQ merupakan bagian dari kuesioner kualitas hidup yang spesifik untuk anak dengan kelompok usia 8-10 tahun, dan 11-14 tahun. Kelompok usia tersebut

dibuat karena dianggap memiliki kemampuan kognitif yang homogen(Akbar, Pratiwi, & Multazam, 2016).

CPQ8-10 dirancang untuk menyesuaikan kemampuan kognitif anak usia 8-10 tahun. Rebok 2001 menyatakan bahwa anak usia 8-10 tahun secara universal mempunyai pemahaman akan sifat dan tugas yang dibebankan kepada mereka. CPQ8-10 terdiri dari 25 pertanyaan yang disusun dalam 4 domain yaitu gejala oral, keterbatasan fungsional, kesejahteraan emosional dan kesejahteraan sosial, dengan periode waktu selama 4 bulan terakhir (Mohamed, 2011).

CPQ11-14 merupakan kuesioner yang ditujukan khusus untuk menilai dampak kondisi kesehatan pada kualitas hidup anak usia 11-14 tahun yang berkaitan dengan kondisi bibir, gigi dan rahang anak. Kuesioner ini terdiri dari 37 pertanyaan yang menanyakan tentang dampak pada keempat domain yaitu gejala oral (n=6), keterbatasan fungsional (n=9), kesejahteraan emosional (n=9) dan kesejahteraan sosial (n=13) dengan periode waktu 3 bulan terakhir. Skor untuk pilihan responden yaitu tidak pernah (0), sekali atau dua kali (1), kadang-kadang (2), sering (3), dan setiap hari atau hampir setiap hari (4). Total skor domain yang lebih rendah menunjukkan kualitas hidup anak yang lebih baik. Validitas dan reliabilitas diuji untuk mengetahui keabsahan kuesioner tersebut dan diketahui bahwa CPQ11-14 mempunyai reliabilitas yang dapat diterima dan hubungan yang signifikan antar skor untuk anak-anak dengan kondisi oral dan oro-fasial, berdasarkan kelompok

karies gigi, maloklusi (kelompok ortodontik), celah bibir atau palatum (kelompok oro-fasial) (Mohamed, 2011).

Tabel 2.2 Butir Pertanyaan *Child Perception Questionnaire* (CPQ)11-14 dalam 3 bulan terakhir, seberapa sering anda mengalami :(Mohamed, 2011).

No.	Domain Kualitas Hidup CPQ11-14	Butir Pertanyaan
1	Gejala Oral	Rasa sakit pada gigi, bibir, rahang dan mulut Gusi berdarah Nyeri di mulut Bau mulut Makanan menempel di sela-sela gigi Makanan menempel di atap mulut
2	Keterbatasan Fungsional	Bernafas lewat mulut Perlu waktu lebih lama dari yang lain untuk makan Masalah dengan tidur/kesulitan tidur Kesulitan menggigit atau mengunyah makanan seperti apel, jagung rebus atau steak Kesulitan membuka mulut lebar-lebar Kesulitan mengucapkan beberapa kata Kesulitan makan makanan yang ingin anda makan Kesulitan minum dengan sedotan Kesulitan untuk minum atau makan makanan yang panas atau dingin
3	Kesejahteraan Emosional	Mudah merasa jengkel / frustrasi Merasa tidak yakin pada diri anda sendiri Merasa kurang percaya diri/ malu Merasa khawatir dengan apa yang dipikirkan orang lain Merasa khawatir tidak secantik dibanding orang lain Merasa kesal/marah Merasa gugup atau takut Merasa khawatir kurang sehat dibanding orang lain Merasa khawatir karena berbeda dari orang lain
4	Kesejahteraan Sosial	Tidak masuk sekolah karena sakit, janji (kedokter gigi) atau operasi Kesulitan berkonsentrasi di sekolah Kesulitan mengerjakan PR Tidak ingin berbicara atau membaca dengan keras dikelas Menghindari mengambil bagian dalam kegiatan seperti olahraga atau klub lainnya Tidak ingin berbicara dengan anak-anak lain

Menghindari tersenyum atau tertawa ketika berada di sekitar anak-anak yang lain
Mempunyai kesulitan memainkan alat musik seperti seruling, clarinet, dan terompet
Tidak ingin menghabiskan waktu dengan orang lain
Bertengkar dengan anak-anak lain atau dengan anggota keluarga
Anak-anak lain menggoda atau mengolok-olok anda
Anak-anak lain membuat anda merasa ditinggalkan
Anak-anak lain menanyakan tentang gigi, bibir, rahang atau mulut anda

3. Remaja

Remaja berasal dari bahasa Latin “*adolensence*” yang berarti tumbuh atau tumbuh menjadi dewasa. Remaja merupakan masa transisi dari anak-anak menjadi dewasa. Pada periode ini berbagai perubahan terjadi baik perubahan hormonal, fisik, psikologis maupun sosial dan ekonomi. WHO mendefinisikan bahwa masa remaja dimulai pada saat usia 10-24 tahun, sedangkan masa perkembangan menurut psikologis remaja dibagi menjadi remaja awal (*early adolescent*) usia 12-14 tahun, remaja pertengahan (*middle adolescent*) usia 15-17 tahun dan remaja akhir (*late adolescent*) 18-21 tahun. Pembagian usia tersebut bersifat relatif, dipengaruhi oleh kondisi lingkungan, baik di rumah, di sekolah, dan di tempat bekerja (Batubara, 2010).

Karakteristik yang muncul pada usia 12-14 tahun adalah krisis identitas, jiwa yang labil, meningkatkan kemampuan verbal untuk ekspresi diri, pentingnya teman dekat atau sahabat, berkurangnya rasa hormat terhadap

orangtua, mencari orang lain yang disayangi selain orangtua, kadang berlaku kasar, terdapatnya pengaruh teman sebaya (*Peer Group*) terhadap hobi dan cara berpakaian. *Peer group* atau kelompok bermain sangat dominan mempengaruhi pola pikir dan tingkah laku remaja di usia 12-15 tahun, mereka berusaha untuk membentuk kelompok, bertingkah laku dan berpenampilan yang sama serta mempunyai bahasa atau kode isyarat yang sama. Pada fase remaja awal, hanya tertarik pada keadaan yang terjadi sekarang ini bukan yang terjadi pada masa depan nantinya, sedangkan secara seksual mulai timbul rasa malu, ketertarikan pada lawan jenis tetapi masih bermain berkelompok dan mulai bereksperimen dengan tubuh seperti masturbasi. Periode remaja awal, anak juga mulai melakukan eksperimen dengan rokok, alkohol, atau narkoba. (Batubara, 2010).

Erikson pakar psikologi menyatakan bahwa masa remaja merupakan salah satu tahapan tentang hidup manusia yang sangat penting untuk pembentukan identitas diri. Masa pembentukan identitas diri remaja dihadapi pada tugas utama yaitu mencari dan menegaskan eksistensi dan jati dirinya, yang ditunjukkan dengan penampilan, perilaku, cara berbicara, berpakaian dan menjalin hubungan dengan orang yang dianggap penting, sehingga muncul kepedulian akan tanggapan orang lain tentang penampilan dan identitas diri. Pandangan orang lain tersebut akan berpengaruh pada pembentukan konsep diri (Purwadi, 2004).

Konsep diri merupakan gagasan tentang diri yang mencakup keyakinan, pandangan dan penilaian seseorang terhadap dirinya sendiri. Konsep diri terdiri atas bagaimana kita melihat diri sendiri, bagaimana kita merasa tentang diri

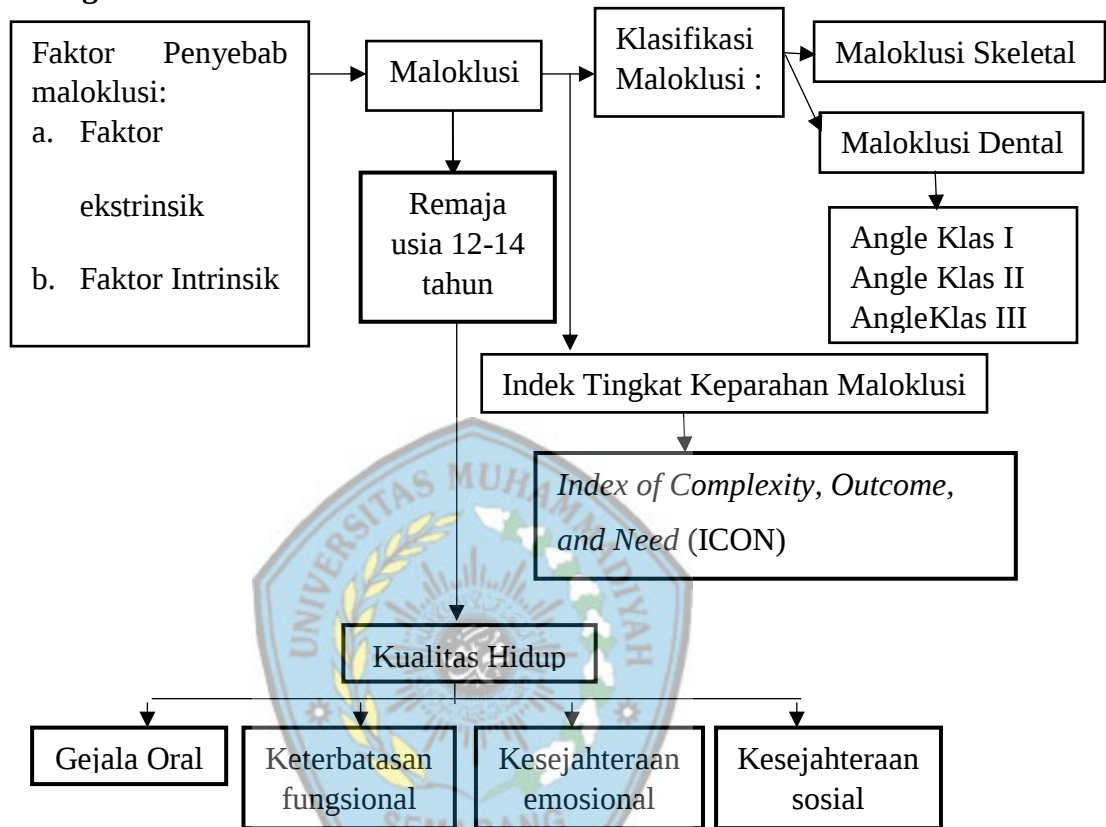
sendiri, bagaimana kita menginginkan diri sendiri menjadi yang kita harapkan (ideal), bagaimana diri kita yang sebenarnya, dan bagaimana masyarakat luas melihat kita(Arsie, 2012). Keberhasilan menghadapi krisis dan pembentukan identitas akan meningkatkan dan mengembangkan kepercayaan diri. Rasa percaya diri pada masa remaja sangat penting, kepercayaan diri tinggi akan memudahkan dalam beradaptasi dengan lingkungan sosialnya. Perkembangan sosial remaja lebih melibatkan teman dari pada orang tuanya, sehingga persepsi, sikap, perilaku dan gaya hidup remaja sebagian besar dipengaruhi oleh teman-temannya (Nurhayati, 2016).

Karakteristik yang muncul pada usia 15-17 tahun (*middle adolescent*) adalah mulai tertarik akan intelektualitas dan karir, sangat memperhatikan penampilan, perhatian terhadap lawan jenis, dan sudah mulai mempunyai konsep *role model* serta mulai konsisten terhadap cita-cita. Sedangkan karakteristik yang muncul pada usia 18-21 tahun (*late adolescent*) yaitu identitas diri menjadi lebih kuat, mampu mengekspresikan perasaan dengan kata-kata, lebih menghargai orang lain, dan emosi lebih stabil(Batubara, 2010).

4. Hubungan Maloklusi dengan Kualitas Hidup Remaja

Kualitas hidup bila dinilai dengan *Child Perception Questionnaire* dipengaruhi oleh aspek gejala oral, keterbatasan fungsional, kesejahteraan emosional, dan kesejahteraan sosial. Maloklusi dapat mengganggu gejala oral, sebagai contoh pada gigi yang *crowded* amat sulit dibersihkan dengan menyikat gigi, kondisi ini dapat menyebabkan gigi berlubang (*caries*) dan penyakit gusi (*gingivitis*) bahkan kerusakan jaringan pendukung gigi (*periodontitis*) sehingga gigi menjadi goyang dan terpaksa harus dicabut. Dilihat dari segi keterbatasan fungsional yaitu maloklusi yang parah dapat menyebabkan kesulitan dalam menggerakkan tulang rahang sehingga terjadi gangguan otot dan nyeri, gangguan sendi temporomandibular yang dapat menimbulkan sakit kepala. Anak dengan gigi yang tidak rapi atau tidak normal, dapat menghambat fungsi psikis, yaitu akan menyebabkan kurangnya kepercayaan diri dan kepuasan terhadap wajahnya. Dampak sosial pada penderita maloklusi dapat mempengaruhi kejelasan seseorang dalam mengucapkan kata sehingga akan mengganggu proses bersosialisasi (Agou, 2009)

B. Kerangka Teori



Gambar 2.5 Kerangka Teori.

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.6 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Terdapat hubungan antara maloklusi dengan kualitas hidup remaja usia 12-14 tahun di SMP Negeri 29 Semarang.