

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Oklusi Normal

Oklusi adalah keadaan dimana gigi-gigi pada rahang atas dan gigi-gigi pada rahang bawah beradu bila mulut terkatup, tetapi oklusi bukannya merupakan keadaan yang statis melainkan merupakan hubungan yang dinamis dari tonjolan gigi-gigi dan tepi dataran oklusal (occlusal inclined plane) dari gigi-gigi dalam segala posisi yaitu sentris dan eksentris (Graber, 1972). Gerakan dinamis untuk mendapatkan fungsi yang normal, tidak hanya mengenai hubungan antara gigi-gigi atas dan bawah saja tapi merupakan hal yang kompleks yang meliputi dentoalveolar dan hubungan tulang rahang, serta fungsi otot-otot sekitar mulut. Oklusi dibagi menjadi dua, yaitu oklusi statis dan oklusi fungsional. Oklusi statis mengacu pada posisi dimana gigi-gigi atas dan bawah saling berkontak, sedangkan oklusi fungsional adalah gerak dinamis dari rahang bawah dengan gigi-gigi saling berkontak (Foster, 1999).

Menurut Andrews (1972) ada 6 ciri oklusi normal yaitu hubungan yang tepat dari gigi-gigi molar pertama dalam bidang sagital, angulasi mahkota gigi-gigi insisivus yang tepat pada bidang transversal, inklinasi mahkota gigi-gigi insisivus yang tepat pada bidang sagital, tidak adanya rotasi gigi-gigi individual, kontak yang akurat dari gigi-gigi individual dalam



masing-masing lengkung gigi, tanpa celah maupun berdesakan, dan bidang oklusi yang datar atau sedikit melengkung.

Andrews memperkirakan bahwa jika satu atau beberapa ciri ini tidak tepat, maka hubungan oklusal dari gigi-geligi tidaklah ideal (Foster, 1999). Sedangkan menurut Salzman (1974) karakteristik oklusi normal adalah posisi aksial gigi yang benar, jarak gigit dan tumpang gigit tiap individu yang normal, posisi dan relasi gigi tiap individu yang normal, relasi rahang atas, rahang bawah, wajah, dan kranium normal.

2.2 Maloklusi

2.2.1 Pengertian Maloklusi

Maloklusi adalah suatu penyimpangan relasi normal geligi terhadap gigi lain dalam lengkungnya atau terhadap gigi lain pada lengkung antagonisnya. Dikatakan pula bahwa maloklusi bukan hanya menyangkut posisi gigi yang tidak normal tetapi juga mempunyai ciri-ciri yang dikelompokkan menjadi tiga kelompok, yaitu kelainan posisi gigi, kelainan hubungan lengkung gigi, kelainan hubungan tulang basal (White, 1976).

Ada beberapa jenis maloklusi gigi yaitu linguoversi, labioversi, mesioversi, infraposisi, supraposisi, dan tranversi (Salzman, 1974). Setiap kondisi patologis yang mempengaruhi pertumbuhan rahang bisa menimbulkan efek yang besar terhadap oklusi gigi. Malformasi kongenital baik bawaan maupun dapatan, trauma atau infeksi selama pertumbuhan, bisa mempengaruhi pertumbuhan rahang (Foster, 1999).

2.2.2 Etiologi maloklusi

Menurut Graber (2005) klasifikasi faktor-faktor etiologi maloklusi meliputi faktor umum dan lokal. Faktor umum adalah faktor yang tidak berpengaruh langsung pada gigi meliputi herediter, kelainan kongenital, lingkungan, penyakit atau gangguan metabolisme, problema diet, kebiasaan buruk (abnormal pressure habits), posisi tubuh, trauma atau kecelakaan. Sedangkan faktor lokal meliputi anomali jumlah gigi, anomali ukuran gigi, anomali bentuk gigi, frenulum labial yang tinggi, tanggal premature gigi sulung, letak salah benih, persistensi, karies proksimal, dan pekerjaan tumpatan yang kurang baik.

Faktor herediter atau genetik dapat mempengaruhi ukuran, posisi gigi serta bentuk wajah seseorang (Rakosi, 1993). Ras yang berbeda memiliki bentuk kepala yang berbeda. Pada individu dengan bentuk muka yang lebar memiliki bentuk lengkung rahang yang lebar pula, demikian juga pada bentuk muka sempit terdapat lengkung rahang yang sempit pula (Pambudi, 2008).

Maloklusi yang disebabkan oleh kerusakan pembentukan yang terjadi saat periode fetal disebut kelainan kongenital (Rakosi, 1993). Contoh kelainan kongenital adalah cleft palate dan cleft lip. Pada unilateral cleft, gigi pada daerah atau sisi cleft biasanya terdapat cross bite, gigi rahang atas malposisi, gigi insisiv lateral mungkin missing atau bentuknya tidak normal (Graber, 2005).

Penyebab maloklusi menurut faktor lingkungan dibagi dua yaitu lingkungan prenatal dan lingkungan post-natal. Lingkungan prenatal adalah

posisi abnormal pada fetus yang dapat menyebabkan cacat kranial atau asimetri muka. Contohnya, diet dan metabolisme ibu dapat menyebabkan kelainan pertumbuhan, sedangkan obat-obatan dan trauma dapat menyebabkan kelainan konginetal dan maloklusi. Sedangkan lingkungan post natal adalah proses kelahiran dengan forceps, kecelakaan, dan jatuh yang mengakibatkan fraktur pada kondili dapat menyebabkan asimetri muka. Luka bakar juga dapat menyebabkan maloklusi (Graber, 2005).

2.2.3 Klasifikasi Maloklusi

Berdasarkan klasifikasi Edward Angle maloklusi dibagi menjadi tiga kelas (Pambudi, 2009). Klasifikasi ini ditinjau dari hubungan antero-posterior lengkung geligi atas dan bawah, dan tidak melibatkan hubungan lateral serta vertikal, gigi berjejal dan malposisi lokal dari gigi-gigi. Kelas I Angle adalah tonjol mesiobukal molar pertama permanen rahang atas kontak dengan alur bukal molar permanen rahang bawah. Pada kelas I Angle terdapat deviasi dari beberapa gigi seperti rotasi, berdesakan, gigitan silang, jarak gigit, tumpang gigit, dan gigitan terbuka (Proffit, 2007).

Kelas II Angle adalah tonjol mesiobukal molar pertama permanen rahang atas kontak pada ruang antara tonjol mesiobukal molar pertama permanen rahang bawah dan sisi tonjol distobukal premolar kedua rahang bawah (Rakosi, 1993). Kelas II dibagi menjadi dua divisi. Kelas II divisi 1 adalah tonjol mesiobukal molar pertama rahang atas diantara tonjol mesiobukal molar pertama rahang bawah dan sisi distal dari tonjol bukal premolar kedua rahang bawah dimana keempat gigi insisivus rahang atasnya labioversi (Marya, 2011). Sedangkan, kelas II divisi 2 adalah tonjol

mesiobukal molar pertama rahang atas diantara tonjol mesiobukal molar pertama rahang bawah dan sisi distal dari tonjol bukal premolar kedua rahang bawah dimana gigi insisivus rahang atasnya palatoversi (Marya, 2011).

Kelas III Angle (mesioversi) adalah tonjol mesiobukal molar pertama permanen rahang atas berada diantara sisi distal dari tonjol distal molar pertama permanen rahang bawah dan sisi mesial molar kedua permanen rahang bawah (Proffit, 2007).

2.3 Diagnosis Ortodonti

Diagnosis ortodonti adalah perkiraan yang sistematis, bersifat sementara, akurat yang ditujukan untuk penentuan problema klinis dan perencanaan perawatan (Moyers, 1988). Tujuan pemeriksaan pasien adalah untuk merekam informasi yang berkaitan dengan keadaan maloklusi sebagai dasar untuk menentukan penyebabnya (Houston, 1992).

Model studi digunakan sebagai alat perencana perawatan ortodonti (Wirtz *et al.*, 2003). Yang dapat dilihat dan diukur pada model studi adalah (Pambudi, 2008) bentuk lengkung gigi, diskrepansi pada model, analisis ukuran gigi, curve of spee, diastema, simetri gigi, letak gigi yang salah, pergeseran garis median dan relasi gigi dalam bidang sagital, transversal, dan vertikal.

Dengan diketahuinya letak gigi secara individu dapat direncanakan perawatan untuk meletakkan gigi tersebut dalam letaknya yang benar (Angle, 1907). Penyebutan letak gigi diantaranya adalah versi (mahkota miring ke arah tertentu tetapi akar gigi tidak), infraoklusi (gigi yang tidak

mencapai garis oklusal dibandingkan gigi lain dalam lengkung geligi), supraoklusi (gigi yang melebihi garis oklusal dibandingkan dengan gigi lain dalam lengkung geligi), rotasi (gigi berputar pada sumbu panjang gigi), transposisi (dua gigi yang bertukar tempat), eksostema (gigi yang terletak di luar lengkung geligi). Kelainan letak gigi dapat juga berupa kelainan sekelompok gigi seperti protrusi dan retrusi gigi. Protrusi adalah posisi dimana gigi berada di depan posisi normal, sedangkan retrusi adalah posisi dimana gigi berada di belakang posisi normalnya (Harty, 1995).

2.4 Peranti Ortodonti Lepas

2.4.1 Pengertian Peranti Lepas

Peranti ortodonti lepasan atau biasa disebut peranti lepasan adalah peranti ortodonti yang dapat dipasang dan dilepas oleh pasien. Ada juga yang menyebutkan peranti ini sebagai peranti lepasan aktif untuk membedakan dengan peranti fungsional. Peranti tidak hanya mudah dipasang dan dilepas tetapi juga terletak stabil di dalam mulut dan nyaman dipakai. Peranti lepasan terdiri dari komponen aktif, retentif, penjangkaran, dan lempeng akrilik (Foster, 1999). Desain sederhana, tidak tebal, tidak rumit sehingga tidak mengganggu fungsi bicara. Meskipun sebagian besar peranti lepasan dipakai pada rahang atas akan tetapi dapat juga dipakai pada rahang bawah (Pambudi, 2009).

Kasus yang sesuai untuk perawatan dengan peranti lepasan, ialah kasus – kasus yang memerlukan pergerakan gigi tipping. Peranti lepasan dapat digunakan juga untuk stabilisasi gigi (peranti retensi) dan untuk membebaskan oklusi (Mitchell, 2007).

2.4.2 Keuntungan peranti lepasan

Beberapa keuntungan menggunakan peranti lepasan adalah peranti ini bisa dilepas oleh pasien dan mudah dibersihkan. Gigi-geligi dan struktur rongga mulut juga bisa dipertahankan kebersihan dan kesehatannya selama terapi. Selain itu, pembuatan peranti sebagian besar dilakukan di laboratorium sehingga hanya sedikit waktu yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan di klinik (Foster, 1999).

2.4.3 Keterbatasan Peranti Lepas

Peranti Lepas mempunyai beberapa keterbatasan yaitu kekuatan peranti lepasan hanya diberikan pada satu titik di mahkota, dengan demikian gigi akan bergerak condong dengan sumbu putar (fulkrum) pada kurang lebih $\frac{1}{3}$ akar. Selain itu, peranti ini tidak dapat mengoreksi rotasi multipel, dan hanya beberapa gigi saja yang dapat digerakkan setiap tahap. Apabila banyak gigi yang harus digerakkan, perawatan akan bertambah lama, terutama pada kasus yang kompleks. Sisa diastema pada kasus pencabutan sukar tidak mungkin ditutup dari distal bila menggunakan peranti ini. Perawatan yang sering berhasil adalah kasus berdesakan dengan pencabutan premolar. Apabila gigi selain premolar yang harus dicabut, misalnya karena rusak sekali atau ektopik, penutupan diastema dengan menghasilkan kontak yang baik dengan gigi tetangga sukar dicapai (Pambudi, 2009).

Peranti lepasan rahang bawah tidak begitu dapat diterima oleh pasien karena lidah terdesak dan pegas – pegas lingual jarang dapat memuaskan karena tempatnya sangat terbatas. Meskipun demikian pada

kasus – kasus tertentu, perawatan di rahang bawah dapat dilakukan hanya dengan pencabutan saja. Pasien tidak kooperatif sering tidak memakai perantinya. Hal ini akan memperlambat perawatan dan memunculkan pergerakan gigi yang tidak terkontrol (Foster, 1999).

2.4.4 Indikasi Peranti Lepas

Peranti lepasan dapat digunakan hanya pada pergerakan gigi tipping, dan untuk membantu mengontrol pergerakan agar tercapai pergerakan gigi ke distal atau gigi yang intrusi/ekstrusi. Selain itu, peranti lepasan dapat digunakan juga sebagai peranti pasif atau retentif. Peranti ini juga dapat mempengaruhi erupsi gigi antagonisnya. Contohnya dapat mengurangi overbite dengan membebaskan oklusi dan memberi gigi antagonisnya kesempatan untuk erupsi (Mitchell, 2007).

2.4.5 Kontraindikasi Peranti Lepas

Peranti lepasan tidak sesuai digunakan pada keadaan – keadaan adanya diskrepansi skeletal, bila dibutuhkan penjangkaran antarmaksilla, adanya malposisi apeks, rotasi yang parah ataupun rotasi multiple, bila diperlukan pergerakan secara translasi (bodily), dan bila terdapat problem ruangan, misalnya adanya berdesakan yang parah ataupun adanya diastema yang berlebihan (Lokahare, 2008).

2.5 INDEKS MALOKLUSI

Indeks adalah angka atau bilangan sebagai indikator untuk menerangkan keadaan tertentu atau sebuah rasio proporsional yang dapat disimpulkan dari sederetan pengamatan yang terus menerus (Pambudi,

2009). Dengan menggunakan suatu indeks dapat dinilai beberapa hal menyangkut maloklusi, misalnya prevalensi, keparahan maloklusi, dan hasil perawatan. Kriteria indeks yang baik adalah valid (dapat mengukur apa yang akan diukur), mudah dipelajari dan dilaksanakan, dapat membedakan beberapa tingkatan dengan jelas, dapat dipertanggung jawabkan secara statistik, tidak menimbulkan banyak kontroversi, dapat mendeteksi secara dini adanya perubahan pada suatu kelompok tertentu (Summer, 1971).

Beberapa indeks memiliki tujuan utama untuk memperkirakan tingkat kebutuhan akan perawatan, antara lain Handicapping Malocclusion Assessment Record/HMAR, Occlusal Index/OI dan Index of Orthodontic Treatment/IOTN. Index yang bertujuan untuk menentukan derajat keparahan maloklusi menggunakan Occlusal Index/OI dan Peer Assessment Rating/ PAR Index (Shaw, 1995).

2.5.1 Handicapping Malocclusion Assessment Record/HMAR

Penilaian keparahan maloklusi yang berakibat pada kesehatan gigi, fungsi dan estetik. Yang dinilai oleh HMAR adalah kelainan gigi dalam satu rahang (missing, crowded, rotation, spacing), kelainan hubungan gigi kedua rahang dalam keadaan oklusi (anterior: overbite, overjet, crossbite, open bite; posterior: antero-posterior anomalies), dan kelainan dentofasial seperti celah bibir dan langit-langit, gangguan fungsi bicara, gangguan fungsi rahang, asimetri wajah dan lain-lain (Salzmann, 1966).

2.5.2 Peer Assessment Rating/PAR Index

Untuk pengukuran PAR digunakan penggaris khusus. Besarnya skor awal menunjukkan keparahan maloklusi sebelum perawatan. Sedangkan, besarnya skor akhir menunjukkan keadaan setelah perawatan. Perbedaan skor menunjukkan besarnya keberhasilan perawatan (Mitchell, 2007).

2.5.3 Occlusal Index

Occlusal Index digunakan untuk mengukur suatu epidemiologi (Summers, 1971). Penilaian OI dikarakteristikan berdasarkan umur gigi, relasi molar, tumpang gigit, jarak gigit, gigitan silang posterior, gigitan terbuka posterior, pergeseran gigi, relasi median, kehilangan gigi permanen. Setiap ciri maloklusi yang diperiksa diberi nomer dan diberi skor pada lembar pengisian, lalu diinterpretasikan.

Tabel 2. 1 Interpretasi penilaian dengan skor *Occlusal Index*

Nilai	Interpretasi penilaian
0, 25	<i>Good occlusions</i> , tidak ada kelainan oklusi.
2,6-4,5	<i>No treatment</i> , penyimpangan sedikit dari normal
4,6-6,9	<i>Minor treatment</i> , maloklusi ringan
7,0-11,0	<i>Definite treatment</i> , maloklusi sedang
11,1-16,0	<i>Worst occlusions</i> , maloklusi parah
>16	Maloklusi sangat parah

2.5.4 The ABO Discrepancy Index/ABO DI (Indeks Diskrepansi ABO)

Kriteria penentu bisa diterimanya suatu kasus yang digunakan untuk sertifikasi bagi seorang Ortodontis pada ujian klinis di American Board of Orthodontics (ABO) / Dewan Ortodonsi Amerika adalah kompleksitas kasus. Kompleksitas kasus didefinisikan sebagai "kombinasi dari faktor, gejala, tanda-tanda ataupun kelainan yang membentuk sindrom". Indeks-indeks di bidang Ortodonsi yang telah ada sebelumnya dirasakan tidak sesuai untuk membantu seleksi kasus bagi para kandidat yang akan mengikuti ujian sertifikasi di ABO. ABO digunakan untuk mengukur kompleksitas dari suatu kasus (Cangialosi *et al.*, 2004). Observasi pengukurannya diambil dari catatan pra-perawatan Ortodonsi standar, yaitu model, foto sefalometri, foto panoramik yang digunakan sebagai alat bantu pada kondisi tertentu.

2.5.5 IOTN (Index of Orthodontics Treatment Needs)

Indeks ini dibuat untuk menentukan kebutuhan perawatan pada pasien yang paling mempunyai kebutuhan paling besar untuk perawatan dan untuk membantu perencanaan perawatan (Mandall, 2005). IOTN mempunyai dua komponen yaitu DHC dan AC.

2.5.5.1 DHC (Dental Health Component)

DHC mencatat ciri-ciri berbagai maloklusi yang akan meningkatkan tingkat keparahan gigi dan struktur sekitarnya (Brooke, 1989). Tingkat keparahan suatu maloklusi dikelompokkan menurut suatu tingkatan.

Tabel 2.2 Tingkat keparahan menggunakan DHC

Tingkatan nilai	Tingkat Keparahan
Tingkat 1 (satu subgrade)	tidak membutuhkan perawatan
Tingkat 2 (tujuh subgrade)	sedikit membutuhkan perawatan
Tingkat 3 (enam subgrade)	cukup membutuhkan perawatan
Tingkat 4 (sebelas subgrade)	membutuhkan perawatan
Tingkat 5 (enam subgrade)	sangat membutuhkan perawatan

Keterangan : setiap tingkatan mempunyai subgrade. Kecocokan suatu kasus terhadap subgrade menentukan tingkatannya.

Untuk mengetahui suatu kasus teridentifikasi ke dalam grade berapa, kasus tersebut digolong-golongkan ke dalam subgrade.

Tabel 2.3 Dental Health Component

DENTAL HEALTH COMPONENT OF IOTN

Grade 5 (Need treatment)

- 5•i** Impeded eruption of teeth (except for third molars) due to crowding, displacement, the presence of supernumerary teeth, retained deciduous teeth and any pathological cause.
- 5•h** Extensive hypodontia with restorative implications (more than 1 tooth missing in any quadrant) requiring pre-restorative orthodontics.
- 5•a** Increased overjet greater than 9 mm.
- 5•m** Reverse overjet greater than 3•5 mm with reported masticatory and speech difficulties.
- 5•p** Defects of cleft lip and palate and other craniofacial anomalies.
- 5•s** Submerged deciduous teeth.

Grade 4 (Need treatment)

- 4•h** Less extensive hypodontia requiring pre-restorative orthodontics or orthodontic space closure to obviate the need for a prosthesis.
- 4•a** Increased overjet greater than 6 mm, but less than or equal to 9 mm.
- 4•b** Reverse overjet greater than 3•5 mm with no masticatory or speech difficulties.
- 4•m** Reverse overjet greater than 1 mm but less than 3•5 mm with recorded masticatory and speech difficulties.
- 4•c** Anterior or posterior crossbites with greater than 2 mm discrepancy between retruded contact position and intercuspal position.



- 4•l Posterior lingual crossbite with no functional occlusal contact in one or both buccal segments.
- 4•d Severe contact point displacements greater than 4 mm.
- 4•e Extreme lateral or anterior open bites greater than 4 mm.
- 4•f Increased and complete overbite with gingival or palatal trauma.
- 4•t Partially erupted teeth, tipped and impacted against adjacent teeth.
- 4•x Presence of supernumerary teeth.
- Grade 3 (Borderline need)**
- 3•a Increased overjet greater than 3•5 mm, but less than or equal to 6 mm with incompetent lips.
- 3•b Reverse overjet greater than 1 mm, but less than or equal to 3•5 mm.
- 3•c Anterior or posterior crossbites with greater than 1 mm, but less than or equal to 2 mm discrepancy between retruded contact position and intercuspal position.
- 3•d Contact point displacements greater than 2 mm, but less than or equal to 4 mm.
- 3•e Lateral or anterior open bite greater than 2 mm, but less than or equal to 4 mm.
- 3•f Deep overbite complete on gingival or palatal tissues, but no trauma.
- Grade 2 (Slight)**
- 2•a Increased overjet greater than 3•5 mm, but less than or equal to 6 mm with competent lips.
- 2•b Reverse overjet greater than 0 mm but less than or equal to 1 mm.
- 2•c Anterior or posterior crossbite with less than or equal to 1 mm discrepancy between retruded contact position and intercuspal position.
- 2•d Contact point displacements greater than 1 mm but less than or equal to 2 mm.
- 2•e Anterior or posterior open bite greater than 1 mm but less than or equal to 2 mm.
- 2•f Increased overbite greater than or equal to 3•5 mm without gingival contact.
- 2•g Pre- or post-normal occlusions with no other anomalies (includes up to half a unit discrepancy).
- Grade 1 (None)**
- 1• Extremely minor malocclusions including contact point displacements less than 1 mm.

Untuk mengukur DHC telah dibuat sebuah penggaris yang berisi rangkuman semua keadaan maloklusi berdasarkan kompetensi bibir, displacement, gangguan bicara dan gangguan pengunyahan (Hamid, 2009). Ada dua cara untuk menilai DHC. Yang pertama yang dinilai hanya tingkatannya saja, dan yang kedua bentuk maloklusinya juga dinilai, sebagai contoh, overjet lebih dari 9 mm akan dinilai sebagai tingkat 5a (tingkatnya 5 dan overjet didefinisikan dengan huruf a). Metode kedua menunjukkan

informasi lebih banyak untuk mengetahui ciri-ciri maloklusi seseorang (Evans, 1987).

0	3	4	5	5 Defect of CLP	3 O.B. with NO G + P trauma	DISPLACEMENT OPEN BITE V 4 3 2 1
1	1	4	5	5 Non eruption of teeth	3 crossbite 1-2 mm discrepancy	
2	2	4	5	5 Extensive hypodontia	2 O.B. > —	
3	c	4	5	4 Less extensive hypodontia	2 Dev. From full interdig	
4	ms - 5	4	5	4 Crossbite >2 mm discrepancy	2 Crossbite < 1mm discrepancy	
				4 Scissors bite		
				4 O.B. with G + P trauma		

IOTN © VICTORIA UNIVERSITY OF MANCHESTER

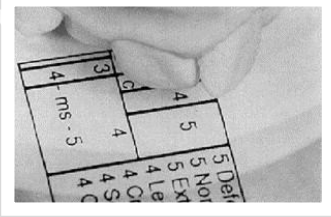
Menunjukkan anomali.
Mayoritas adalah pengukuran kualitatif.

Overjet : bagian ini dipisahkan menjadi 2 bagian. Bagian atas menunjukkan overjet yang positif. Bagian bawah menunjukkan overjet yang terbalik.

Titik kontak, displacement dan open bite :
Terdiri dari 4 garis. Tiap garis mencerminkan tingkatan. Semakin besar jarak titik kontak, displacement atau open bite makin besar pula tingkatan DHC-nya.

Keterangan :
i – incompetent lips
c – competent lips
O.B – overbite
G + P – Gingival and Palatal Trauma
Dev – deviation
Interdig – Interdigitation

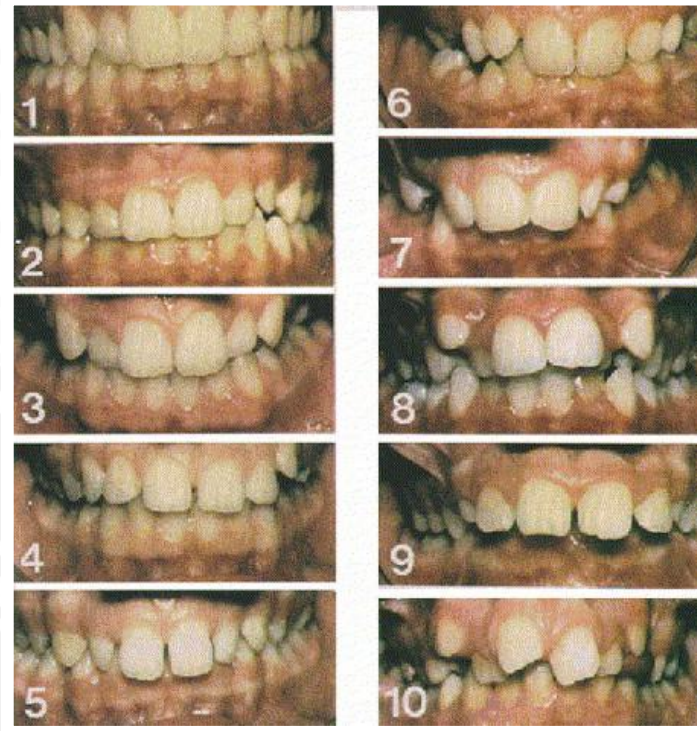
Gambar 2.4 Penggaris DHC (Hamid,2009)



Gambar 2.5 Contoh pengukuran overjet dengan penggaris DHC (Hamid,2009).

2.5.5.2 AC (Aesthetic Component)

Aesthetic Component terdiri dari sepuluh foto berwarna berskala yang menunjukkan berbagai tingkat daya tarik gigi (Evans, 1987). Nilai tersebut menunjukkan penurunan estetik gigi (Woolas, 1987). Nilai akhir mencerminkan kebutuhan perawatan atas dasar penurunan estetika dan dengan implikasi kebutuhan *sociopsychological* untuk perawatan ortodontik. Penilaian Aesthetic Index berpedoman pada 10 foto berwarna (Hamid, 2009). Penilaian AC bersifat subyektif yaitu penilaian dilakukan oleh ahli medis dan pasien. Penilaian AC dari pasien dijadikan bukti pendukung hasil pengamatan para ahli medis (Hunt, 2002). Keuntungan dari AC adalah indeks ini dapat digunakan untuk membantu mengidentifikasi ketertarikan seseorang terhadap perawatan ortodonti, sehingga pasien dapat menyadari pentingnya perawatan dan dapat bersikap kooperatif (Grzywacz, 2003). Sedangkan kekurangan dari AC adalah konsep penilaiannya yang sulit dipahami karena didasarkan pada penilaian subyektif (Jenny, 1996).



Gambar 2.6 Aesthetic Index (American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 1995; 107:1-10)

Keterangan :

- Skor 1-2 : tidak membutuhkan perawatan
- Skor 3-4 : sedikit membutuhkan perawatan
- Skor 5-7 : cukup membutuhkan perawatan
- Skor 8-10: jelas membutuhkan perawatan

