



Indonesian Dental Association

Journal of Indonesian Dental Association

<http://jurnal.pdgi.or.id/index.php/jida>
ISSN: 2621-6183 (Print); ISSN: 2621-6175 (Online)



Case Report

Curettage Treatment on Stage III and IV Periodontitis Patients

Nadhia Anindhita Harsas¹, Dhia Safira², Hanli Aldilavita², Ingetiarani Yukiko², Mochamad Prabu Alfarikhi², Muhammad Tsany Saadi², Qonita Feria², Rarasih Kiranahayu², Shabrina Muchlisya²

¹ Department of Periodontic, Faculty of Dentistry, Universitas Indonesia, Indonesia

² Dental Profession Student, Faculty of Dentistry, Universitas Indonesia, Indonesia

Received date: June 18, 2020. Accepted date: December 2, 2020. Published date: April 30, 2021.

KEYWORDS

curettage;
periodontitis;
pocket

ABSTRACT

Introduction: Periodontitis is an inflammatory disease of teeth supporting tissue caused by a group of specific microorganism that causes progressive damage to the periodontal ligament and alveolar bone. Periodontal pocket is one of the most important clinical features of periodontal disease. This case report aims to evaluate the results of curettage in periodontitis cases with different stages and grades. **Case reports:** This report consists of two cases. The first case is a 41-year-old female patient with a chief complaint of gum bleeding during brushing and tooth mobility. Intraoral examination showed gingival redness and swelling, positive papillary bleeding index (PBI) in all regions, and an OHI-S score of 3.16 (poor). A probing depth of 4-5 mm was present on the upper right canine and the lower left central incisor. Gingival recession of 1 mm was also present on the upper right canine. Radiographic examination showed horizontal bone defect that reached the cervical third of the root on the upper right canine and the middle third of the root on the lower left central incisor. The second case is a 61-year-old female patient with a chief complaint of tooth hypersensitivity and tooth mobility since three years ago. Intraoral examination showed gingival redness and swelling with positive PBI in all regions. Oral Hygiene Index- Simplified (OHI-S) score was 3.6 (poor). A probing depth of 4-5 mm and gingival recession was present on both lower left incisors. Grade 1 tooth mobility was also present on the lower left central incisor. Radiographic examination showed horizontal bone defect reaching the apical third of the root. Curettage was performed for both cases after a thorough scaling and root planing. **Conclusion:** Curettage as a treatment for patients with chronic periodontitis after 4 weeks shows an improvement of patient's Oral Hygiene Index - Simplified (OHI-S) score and reduced probing depth.

[§] Corresponding Author

E-mail address: nadhia.anindhita02@ui.ac.id (Harsas NA)

DOI: [10.32793/jida.v4i1.501](https://doi.org/10.32793/jida.v4i1.501)

Copyright: ©2020 Harsas NA, Safira D, Aldilavita H, Yukiko I, Alfarikhi MP, Saadi MT, Feria Q, Kiranahayu R, Muchlisya S. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium provided the original author and sources are credited.

KATA KUNCI

kuretase;
periodontitis;
poket

ABSTRAK

Pendahuluan: Periodontitis merupakan penyakit inflamasi pada jaringan pendukung gigi yang disebabkan oleh kelompok mikroorganisme spesifik yang menyebabkan kerusakan progresif ligamen periodontal dan tulang alveolar. Poket periodontal merupakan salah satu ciri klinis paling penting pada penyakit periodontal. Laporan kasus ini bertujuan untuk mengevaluasi hasil dari kuretase pada kasus periodontitis dengan stage dan grade yang berbeda. **Studi Kasus:** Laporan ini terdiri dari dua kasus, dimana kasus pertama adalah pasien wanita usia 41 tahun mengeluhkan gusi sering berdarah saat menyikat gigi dan terdapat gigi yang goyang. Pada pemeriksaan intraoral terdapat gingiva hiperemi, oedem dan bleeding on probing positif pada seluruh regio. Skor OHI-S 3,16 (buruk). Gigi 13 dan 31 terdapat poket absolut 4-5 mm. Gigi 31 terdapat resesi gingiva 1 mm. Pada pemeriksaan radiograf terdapat kerusakan tulang secara horizontal pada gigi 13 mencapai 1/3 servikal akar, dan pada gigi 31 mencapai 1/3 tengah akar. Kasus kedua merupakan pasien wanita usia 61 tahun mengeluhkan gigi terasa ngilu dan goyang sejak kurang lebih 3 tahun lalu. Pada pemeriksaan intraoral terdapat gingiva hiperemi, oedem dan *bleeding on probing* positif pada semua regio. Skor *Oral Hygiene Index-Simplified* (OHI-S) 3,6 (buruk). Gigi 31 dan 32 terdapat resesi gingiva dan poket absolut sebesar 4-5 mm. Gigi 31 goyang derajat 1. Pada pemeriksaan radiograf terdapat kerusakan tulang secara horizontal pada gigi 31 dan 32 mencapai 1/3 apikal. Penatalaksanaan kedua kasus tersebut yaitu dengan bedah periodontal berupa kuretase. **Kesimpulan:** Perawatan kuretase pada pasien periodontitis kronis dengan kasus kehilangan perlekatan kurang dari 5 mm menunjukkan hasil yang baik setelah 4 minggu paska tindakan, dengan skor OHI-S baik dan adanya reduksi kedalaman poket.

PENDAHULUAN

Periodontitis merupakan penyakit inflamasi pada jaringan pendukung gigi yang disebabkan oleh sekelompok mikroorganisme spesifik yang ditandai dengan kehilangan jaringan periodontal. Periodontitis memiliki manifestasi klinis berupa kehilangan perlekatan (*clinical attachment loss – CAL*), poket periodontal, serta dapat disertai dengan adanya perdarahan gingiva. Gambaran radiograf menunjukkan adanya kehilangan tinggi dan densitas tulang alveolar sehingga terjadi peningkatan kedalaman *probing*, resesi, atau keduanya.^{1,2} Pembentukan poket periodontal merupakan ciri klinis paling mendasar dari penyakit periodontal dan didefinisikan sebagai pendalaman sulkus gingiva secara patologis.³ Poket diklasifikasikan menjadi dua, yaitu poket gingiva dan poket periodontal.^{3,4} Poket gingiva atau *pseudo-poket* terbentuk akibat adanya pembesaran gingiva akibat hiperplasia, edema, maupun obat-obatan atau hormon tanpa adanya destruksi jaringan periodontal dibawahnya. Poket periodontal merupakan pendalaman sulkus secara patologis yang sudah melibatkan kerusakan jaringan periodontal pendukung gigi.^{3,4} Poket periodontal terbagi menjadi dua jenis, yaitu poket supraboni dan poket infraboni. Poket supraboni merupakan kondisi dimana dasar poket terletak lebih koronal dari tulang alveolar, sedangkan poket infraboni merupakan kondisi dimana dasar poket berada di apikal tulang alveolar.⁴

Periodontitis merupakan masalah kesehatan masyarakat dengan angka prevalensi yang tinggi menurut *World Health Organization* (WHO) yaitu mencapai 10-

15% dari populasi dunia.⁵ Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) Republik Indonesia melaporkan bahwa presentase periodontitis mencapai 74,1%. Periodontitis dapat menyebabkan kehilangan gigi geligi⁶ sehingga akan mempengaruhi fungsi pengunyahan, estetik, serta disfungsi mastikasi. Hal ini akan berdampak terhadap meningkatnya biaya perawatan dental dan mengganggu kualitas hidup seseorang.⁶

Perawatan periodontitis dilakukan dengan mengikuti bagan tahapan perawatan periodontal yang terdiri dari empat fase, yaitu fase inisial, bedah, restoratif serta pemeliharaan.⁷ Fase pertama merupakan fase inisial yang bertujuan untuk mengeliminasi faktor etiologi dan predisposisi periodontitis. Pada fase inisial, dilakukan *scaling* dan *root planing* untuk membersihkan plak dan kalkulus baik supra maupun subgingiva, eliminasi faktor lokal yang mempengaruhi keadaan jaringan periodontal, manajemen penyakit sistemik, serta pemberian edukasi. Fase inisial merupakan aspek penting dalam menunjang kesuksesan perawatan pada fase bedah.⁸ Perawatan bedah periodontal dapat dilakukan setelah evaluasi menyeluruh respon jaringan terhadap terapi fase inisial. Evaluasi tersebut umumnya dilakukan satu hingga tiga bulan paska terapi fase inisial berupa *probing* pada gigi geligi serta mengevaluasi keberadaan kalkulus, karies akar, restorasi yang buruk, serta inflamasi pada gingiva.⁹

Tindakan reduksi poket periodontal secara bedah yang terbatas pada gingiva tanpa melibatkan jaringan tulang dibawahnya diklasifikasikan menjadi dua prosedur, yaitu kuretase gingiva dan gingivektomi.¹⁰ Kuretase

merupakan sebuah prosedur mengikis dinding gingiva pada poket periodontal untuk menghilangkan jaringan lunak yang telah terinfeksi menggunakan kuret. Kuretase gingiva akan meninggalkan lapisan jaringan penghubung gingiva sehingga terbentuk perlekatan baru.¹¹ Perawatan menggunakan metode kuretase gingiva masih menimbulkan pro dan kontra. *American Academy of Periodontology* (AAP) melaporkan bahwa tujuan kuretase adalah merangsang pembentukan perlekatan baru. Hasil yang sering didapatkan adalah *long junctional epithelium*, yaitu suatu jaringan yang tersusun atas epitel yang melekat pada basal lamina dan hemidesmosome bukan suatu perlekatan baru (*new attachment*). Hasil ini juga didapatkan dengan hanya melakukan *scaling and root planing* saja.¹¹ Sejak tahun 1989, *American Dental Association* (ADA) telah meniadakan kuretase sebagai salah satu perawatan periodontitis.¹¹ Studi oleh Smiley dkk. melaporkan bahwa perawatan dengan *scaling and root planing* saja menghasilkan rata-rata penurunan CAL sebesar 0,5 mm.¹²

Pada laporan kasus ini akan dilaporkan dua kasus perawatan kuretase pada pasien periodontitis dengan *staging* dan *grading* yang berbeda di klinik Integrasi, Rumah Sakit Khusus Gigi dan Mulut, Fakultas Kedokteran Gigi Indonesia (RSKGM FKG UI). Berdasarkan adanya perbedaan pendapat dalam penatalaksanaan kuretase untuk menangani periodontitis, maka tujuan laporan kasus ini untuk mengevaluasi hasil dari kuretase pada kasus periodontitis dengan *stage* dan *grade* yang berbeda.

STUDI KASUS

Kasus 1

Pasien perempuan usia 41 tahun datang dengan keluhan gusi sering berdarah saat menyikat gigi dan gigi depan bawah goyang. Pasien menyikat gigi dua kali sehari pagi dan sore saat mandi. Pasien terakhir melakukan kunjungan ke dokter gigi satu minggu yang lalu untuk pencabutan gigi. Pasien mengaku tidak memiliki penyakit sistemik, riwayat penyakit keturunan, maupun konsumsi obat-obatan. Pasien mengaku memiliki kebiasaan buruk menggertakan gigi saat tidur berdasarkan informasi keluarga, serta kebiasaan merokok disangkal.

Kedadaan umum pasien baik dan *compos mentis*. Pada pemeriksaan ekstra oral tidak ada kelainan. Pada pemeriksaan intra oral ditemukan gingiva hiperemi, oedem dan *bleeding on probing* pada seluruh regio. Nilai *OHI-S* pasien buruk dengan skor 3,16 (*PBI* 0,58; *P11* 1,54; *CI* 1,625), dan ditemukan kalkulus pada seluruh regio. Terdapat poket absolut 4-5 mm pada gigi 13 dan 31. Pada gigi 31 terdapat resesi gingiva 1 mm dan

terdapat titik kontak yang tidak baik. Terdapat kehilangan perlekatan di beberapa regio dengan nilai terbesar mencapai 6 mm. Gigitan pasien ada dan tidak stabil akibat gigi hilang yang tidak digantikan. Foto intra oral pasien sebelum dilakukan perawatan dapat dilihat pada Gambar 1. Pada pemeriksaan radiograf (Gambar 2) terlihat pola kerusakan tulang dengan arah horizontal pada gigi 13 mencapai 1/3 servikal akar, dan pada gigi 31 mencapai 1/3 tengah akar.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan klinis dan pemeriksaan radiografis, diagnosis pasien adalah Periodontitis *stage III grade B* dengan kehilangan perlekatan ≥ 5 mm, kehilangan tulang 0,26%, dan kerusakan tulang setara dengan deposit biofilm. Prognosis secara umum baik, karena sisa tulang adekuat, pasien kooperatif dan tidak terdapat faktor sistemik. Prognosis lokal pada gigi 13 baik dengan kerusakan tulang minimal, dan faktor etiologi dapat dikontrol, Prognosis lokal pada gigi 31 merupakan sedang dikarenakan sisa tulang yang kurang adekuat.

Perawatan yang dilakukan terdiri dari perawatan inisial, dimana pasien diberi edukasi dan motivasi mengenai cara menjaga kebersihan rongga mulut, kemudian *scaling* dilakukan untuk mengurangi patogen periodontal. Pasien dievaluasi 1 minggu kemudian untuk melihat perbaikan setelah perawatan inisial dilakukan. *Oral hygiene* pasien baik dengan skor *OHI-S* 0,3. Perawatan kuretase dilakukan pada bagian mesioalatal gigi 13 dan bagian distolabial gigi 31 dengan kedalaman poket 4 mm. *Informed consent* diberikan kepada dan disetujui oleh pasien sebelum memulai perawatan. Perawatan dimulai dengan aseptis daerah kerja dan anestesi lokal, kemudian dilakukan *root planing* menggunakan kuret *Gracey* 1-2 untuk gigi anterior dengan bagian kuret yang tajam menghadap permukaan gigi dengan tekanan lateral, digerakkan secara apikooklusal untuk membuang sementum nekrotik hingga permukaan akar terasa halus. Kuretase dengan bagian kuret yang tajam menghadap ke gingiva/lateral poket 45o dengan tekanan lateral, digerakkan secara apikooklusal untuk membuang jaringan granulasi sampai terlihat darah segar. Irigasi dilakukan dengan *povidone iodine* 1% dan salin. Permukaan gingiva diadaptasikan kembali ke gigi dengan sedikit dipijat. Pasien diinstruksikan untuk tetap menjaga kebersihan mulut dan melakukan kontrol.

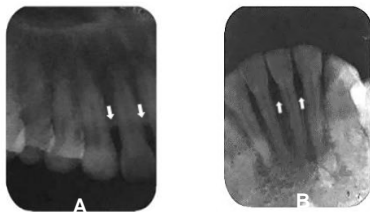
Pada kontrol pertama yaitu 1 minggu setelah perawatan, tidak ada keluhan subjektif pasien dan pada pemeriksaan intraoral ditemukan gingiva 13 dan 31 hiperemi, tidak ada oedem. Pada kontrol kedua yaitu 2 minggu setelah perawatan, tidak ada keluhan subjektif pasien dan pada pemeriksaan intraoral tidak ditemukan oedem, maupun hiperemi (Gambar 3). Dilakukan irigasi

menggunakan *povidone iodine* 1% dan salin pada kontrol 1 dan 2.

Pada kontrol ketiga yaitu 4 minggu setelah perawatan, tidak ada keluhan subjektif pasien dan pada pemeriksaan intraoral tidak ditemukan oedem, hiperemi, maupun eritema, serta adaptasi gingiva sudah baik. Hasil pengukuran *OHI-S* baik dengan skor 0,25 dan poket berkurang menjadi 2 mm (Gambar 4). Dilakukan irigasi menggunakan *povidone iodine* 1% dan salin.



Gambar 1. Foto intra oral sebelum dilakukan perawatan. Gingiva hiperemi, oedem dan *bleeding on probing* pada seluruh regio, kalkulus pada seluruh regio, resesi gingiva 1 mm dan titik kontak yang tidak baik pada gigi 31



Gambar 2. Foto radiograf gigi 13 (A) menunjukkan kehilangan tulang hingga 1/3 servikal akar dan 31 (B) menunjukkan kehilangan tulang hingga 1/3 tengah akar



Gambar 3. Keadaan gingiva saat kontrol 2 minggu paska kuretase



Gambar 4. Keadaan gingiva saat kontrol 4 minggu paska kuretase

Kasus 2

Pasien perempuan usia 61 tahun datang dengan keluhan gigi terasa ngilu dan goyang pada gigi bawah depan kiri sejak kurang lebih 3 tahun lalu. Gigi tersebut terasa ngilu apabila makan makanan yang agak keras. Pasien tidak pernah mengonsumsi obat atau melakukan apapun untuk mengurangi rasa sakitnya. Pasien juga mengeluh sering terselip makanan di gigi kiri bawah dan gusi sering berdarah saat menyikat gigi. Terdapat banyak gigi yang tanggal karena goyang. Pasien menyikat gigi sekali sehari pada saat mandi pagi, menyikat gigi pada malam hari jarang dilakukan. Pasien mengaku tidak memiliki riwayat penyakit sistemik, alergi, serta tidak mengonsumsi obat-obatan tertentu. Pasien juga tidak memiliki kebiasaan buruk seperti *bruxism* dan merokok.

Keadaan umum pasien baik, dan *compos mentis*. Pada pemeriksaan ekstra oral pasien tidak ada kelainan. Pada pemeriksaan intra oral terlihat gingiva hiperemi, oedem dan *Bleeding On Probing* (BOP) (+) pada semua regio. Nilai *OHI-S* pasien buruk dengan skor 3,6; *Papillary Bleeding Index* (PBI) 0,7; Indeks Plak (PII) 1,6; Indeks Kalkulus (CI) 2,07; kalkulus pada semua regio. Pada gigi 31 dan 32 terdapat resesi gingiva dan poket absolut sebesar 4-5 mm. Titik kontak pada gigi 41, 31 dan 32 tidak ada. Kehilangan perlekatan terbesar terjadi pada gigi 23 sebesar 10-12 mm, selain itu gigi tersebut juga mengalami *drifting* ke arah mesial. *Blocking* pada saat gerak artikulasi ke kiri pada gigi 23 terhadap gigi 31. Gigitan pasien ada dan tidak stabil akibat kehilangan gigi yang tidak digantikan dan migrasi pada gigi tertentu sehingga terjadi *bite collapse*. Terdapat kegoyangan derajat 1 pada gigi 31. Foto intra oral pasien sebelum dilakukan perawatan dapat dilihat pada Gambar 5. Pada pemeriksaan radiograf (Gambar 6) terlihat adanya kerusakan tulang secara vertikal pada gigi 31 dan 32 mencapai 1/3 apikal.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan klinis, dan pemeriksaan radiograf, diagnosis klinis pasien merupakan Periodontitis *stage IV grade C*. Prognosis secara umum pada pasien ini baik, pasien kooperatif, dan tidak ada penyakit sistemik. Prognosis lokal pada gigi 31 dan 32 buruk, dengan kerusakan tulang *moderate* dan terdapat mobilitas minimal.

Perawatan yang dilakukan terhadap pasien terdiri dari terapi inisial berupa edukasi mengenai teknik, frekuensi, dan durasi menyikat gigi yang tepat. Pada tahap awal dilakukan *scaling and root planing* untuk menghilangkan fokus infeksi berupa plak dan kalkulus kemudian pasien dievaluasi 1 minggu kemudian, dan skor *OHI-S* pasien membaik menjadi 0,4. Perawatan awal dilanjutkan dengan tindakan ekstraksi gigi 23 yang memiliki prognosis *hopeless* dengan kegoyangan gigi derajat 3,



Gambar 5. Foto intra oral sebelum dilakukan perawatan. Gingiva hiperemi, oedem dan *bleeding on probing* pada seluruh regio. Resesi gingiva dan titik kontak yang tidak baik pada gigi 41, 31 dan 32. Gigi 23 tampak *drifting* ke arah mesial dengan kehilangan perlekatan 10-12 mm



Gambar 6. Foto radiograf gigi 31 dan 32 menunjukkan kehilangan tulang vertikal mencapai 1/3 apikal



Gambar 7. Foto intra oral gigi 31 dan 32: (a) sebelum perawatan kuretase; (b) sesudah perawatan kuretase saat kontrol kedua (14 hari setelah perawatan kuretase).

kerusakan tulang mencapai 1/3 tengah akar secara radiografis. Gigi 23 juga menyebabkan terjadinya trauma oklusi pada gigi 31 akibat *blocking* ketika artikulasi ke depan.

Perawatan kuretase dilakukan pada bagian distopalatal gigi 31 dan 32 dengan kedalaman poket 4 mm. Perawatan dimulai setelah pasien menerima dan menyetujui *informed consent*. Pada tahap awal, dilakukan aseptis daerah kerja dan anestesi lokal, kemudian dilakukan *root planing* dengan kuret *Gracey* 1-2 untuk gigi anterior dengan bagian kuret yang tajam menghadap permukaan gigi dengan tekanan lateral, digerakkan secara apikooklusal untuk membuang sementum nekrotik hingga permukaan akar terasa halus.

Prosedur kuretase dilakukan dengan bagian kuret yang tajam menghadap ke gingiva/lateral poket 45° dengan tekanan lateral dan digerakkan secara apikooklusal. Kuret dilakukan untuk membuang jaringan granulasi sampai keluar darah segar. Irigasi dilakukan dengan *povidone iodine* 1% dan salin. Permukaan gingiva diadaptasikan kembali ke gigi dengan sedikit dipijat. Pasien diinstruksikan untuk tetap menjaga *oral hygiene* dan diinstruksikan untuk kontrol.

Pada kontrol pertama, yaitu 1 minggu setelah perawatan, tidak ada keluhan subjektif pasien, gingiva tidak ada oedem, tetapi masih terlihat kemerahan. Pada kontrol kedua, yaitu 2 minggu setelah perawatan, tidak ada keluhan subjektif pasien, gingiva tidak terlihat oedem kemerahan atau hiperemi, dan adaptasi gingiva sudah membaik. Pada kontrol 1 dan 2 dilakukan irigasi menggunakan *povidone iodine* 1% dan salin. Pada kontrol ketiga, yaitu 4 minggu setelah perawatan, tidak ada keluhan subjektif pasien, gingiva berwarna merah muda dan kenyal, *OHI-S* pasien 0,3 (baik) dan poket berkurang menjadi 2 mm.

PEMBAHASAN

Penyakit periodontal terjadi akibat adanya interaksi kompleks antara biofilm subgingiva dengan sistem imun-inflamasi dari pejamu yang berlangsung pada jaringan gingiva dan periodontal sebagai respon dari infeksi bakteri. Etiologi dari penyakit periodontal bersifat multifaktorial; infeksi bakteri sendiri tidak cukup untuk menyebabkan penyakit periodontal. Terdapat beberapa bakteri penyebab inflamasi dan destruksi pada jaringan periodontal, seperti bakteri dari genus *Porphyromonas*, *Aggregatibacter*, *Treponema*, *Fusobacterium*, *Rothia*, dan lainnya. Bakteri-bakteri ini dapat merusak jaringan periodontal dengan menghasilkan senyawa kimia seperti lipopolisakarida (LPS), enzim, produk berbahaya seperti ammonia dan hidrogen sulfida. Bakteri tersebut dapat menginvasi secara langsung jaringan periodontal. Inflamasi pada jaringan periodontal terutama disebabkan oleh plak bakteri, dengan faktor predisposisi seperti kalkulus, restorasi yang tidak baik, kebiasaan merokok, dan lainnya.^{3,4}

Penyakit pada jaringan periodontal dapat dibagi menjadi gingivitis, ketika inflamasi terbatas pada gingiva, dan periodontitis ketika proses inflamasi telah meluas hingga ligamen periodontal dan tulang alveolar.¹³ Kerusakan progresif pada ligamen periodontal dan tulang alveolar ini ditandai dengan meningkatnya kedalaman probing, resesi, atau keduanya. Pada periodontitis terjadi kehilangan perlekatan klinis yang seringkali di sertai dengan terbentuknya poket periodontal dan perubahan kepadatan serta ketinggian tulang alveolar disekitar gigi tersebut.¹

Pada kasus ini, telah digunakan klasifikasi penyakit periodontal terbaru berdasarkan konsensus AAP 2017, dimana periodontitis tidak lagi dibedakan menjadi agresif dan kronis melainkan dikelompokkan lebih lanjut berdasarkan sistem *staging* dan *grading* multidimensi yang selanjutnya dapat diadaptasi dari waktu ke waktu. *Stage* dari periodontitis dikelompokkan berdasarkan keparahan dari penyakit yang tampak, serta kompleksitas dari manajemen kasus tersebut. Pengelompokan *grade* menyediakan informasi tambahan mengenai ciri biologis penyakit pada kasus tersebut, termasuk riwayat progres penyakit, pemeriksaan risiko untuk progresi penyakit di masa mendatang, hasil perawatan buruk yang harus diantisipasi, serta pemeriksaan risiko penyakit atau risiko perawatan yang dapat mempengaruhi secara negatif kesehatan umum.¹⁴

Kehilangan perlekatan terkait periodontitis akan berlanjut secara terus-menerus atau secara episodik selama etiologinya belum dihilangkan.¹ Etiologi utama dari periodontitis adalah plak bakterial dan kalkulus, maka mutlak dilakukan penghilangan plak bakteri dan kalkulus yang menempel pada permukaan gigi secara mekanik melalui tindakan *scaling* dan *root planning* sebagai perawatan inisial periodontitis.¹⁵ Tujuan utama dari perawatan periodontitis adalah untuk menjadikan kontrol plak pasien yang baik, tetapi dengan adanya poket periodontal akan menyulitkan pasien untuk melakukan kontrol plak yang baik secara mandiri.^{16,17} Prosedur perawatan yang komprehensif diperlukan untuk mereduksi kedalaman poket periodontal. Terdapat dua prosedur reduksi poket periodontal secara bedah yang terbatas pada jaringan gingiva tanpa melibatkan jaringan tulang dibawahnya, yaitu kuretase gingiva dan gingivektomi.^{10,17}

Indikasi kuretase mencakup kasus poket *infraboni moderate* yang masih dapat diakses dan tidak dibutuhkan pembedahan terbuka; kondisi dimana prosedur non-definitif harus dilakukan untuk mengurangi inflamasi pada pasien yang memiliki masalah sistemik dan memiliki masalah psikologis; dilakukan saat kunjungan berkala untuk pemeliharaan area paska bedah yang sebelumnya telah terinflamasi dan memiliki poket yang dalam.¹⁰ Literatur lain mengatakan bahwa kuretase dalam dilakukan pada kasus adanya jaringan yang edema dan terinflamasi, poket yang dangkal, poket *supraboni*, sebagai prosedur awal sebelum dilakukannya pembedahan terbuka, adanya kehilangan perlekatan dan kerusakan tulang alveolar yang progresif, serta kondisi meningkatnya mikroorganisme patogen.¹⁵ Prosedur kuretase dikontraindikasikan pada keadaan dimana terdapat infeksi akut seperti *necrotizing ulcerative gingivitis* (NUG), fibrosis pada gingiva, dasar poket yang dalam hingga mencapai *mucogingival junction*, dan adanya keterlibatan furkasi.^{15,18}

Tujuan kuretase adalah untuk menghilangkan jaringan granulasi yang telah mengalami inflamasi kronis dan membentuk dinding lateral dari poket periodontal.¹⁰ Kuretase juga bertujuan untuk memicu terbentuknya perlekatan jaringan ikat baru pada akar gigi dengan mengeliminasi dinding poket, namun seringkali hasil dari kuretase adalah pembentukan *long junctional epithelium*.¹⁷ Beberapa studi telah menemukan bahwa tindakan kuretase tidak diperlukan, karena dengan dilakukan *scaling* dan *root planning* yang adekuat, bakteri pada poket akan hilang sehingga penyembuhan akan terjadi tanpa perlu melakukan pembuangan jaringan granulasi.^{11,17} Prosedur *root planing* akan mengeliminasi bakteri pada permukaan akar sehingga akan terjadi penyembuhan jaringan dengan sendirinya tanpa harus mengeliminasi jaringan granulasi yang terinflamasi.¹⁰ Jaringan granulasi ini akan secara perlahan teresorpsi dan bakteri yang tertinggal pada poket akan dihancurkan oleh sistem kekebalan tubuh pejamu.¹⁰ Kuretase masih sering dilakukan karena dapat membantu membersihkan dinding poket meskipun dikatakan hasil berupa *long junctional epithelium* juga dapat terbentuk hanya dengan *scaling* dan *root planning*.^{11,17}

Pendangkalan poket paska kuretase melibatkan suatu mekanisme penyembuhan jaringan yang berlangsung secara bertahap. Mekanisme penyembuhan jaringan tersebut mencakup eliminasi dari debris jaringan terdegenerasi yang akan memicu terjadinya regenerasi dan perbaikan dari jaringan periodontal, walaupun tidak dipastikan akan terbentuk perlekatan baru.¹⁶ Mekanisme penyembuhan tersebut juga bergantung pada kapasitas penyembuhan luka dan kerentanan pejamu terhadap progresi penyakit.¹³ Proses penyembuhan pasca tindakan kuretase dimulai langsung setelah tindakan. Secara klinis, gingiva tampak mengalami perdarahan berwarna merah segar dan warna margin gingiva lebih gelap (keunguan atau merah kebiruan) dari normal,¹⁰ setelah 4-6 hari terlihat pembengkakan berkurang serta adaptasi yang lebih baik pada dinding gingiva.³ Satu minggu setelah tindakan, warna gingiva masih terlihat merah tetapi lebih terang serta margin gingiva sudah terlihat halus dan mengkilap.^{10,19}

Pada laporan kasus ini saat kontrol 1 minggu paska tindakan, keduanya menunjukkan sudah tidak ditemukan pembengkakan secara klinis, namun pada kedua kasus masih terlihat adanya kemerahan. Setelah 14 hari dan disertai dengan pemeliharaan kebersihan mulut yang baik akan terlihat warna, konsistensi, tekstur permukaan, dan kontur gingiva kembali normal serta margin gingiva yang sudah beradaptasi dengan baik pada gigi.¹⁰ Pada saat kontrol 2 minggu paska tindakan, keduanya menunjukkan sudah tidak terlihat adanya pembengkakan, kemerahan serta adaptasi gingiva yang baik secara klinis.

Probing merupakan salah satu hal penting dalam pemantauan klinis setelah terapi periodontal tetapi hanya boleh dilakukan setelah penyembuhan jaringan selesai. Evaluasi ulang dapat dilakukan saat kontrol 4 minggu paska tindakan, ketika jaringan lunak mencapai maturasi sempurna dan pasien sudah dapat menjaga kebersihan mulutnya sendiri dengan efektif.²⁰ Pada kedua kasus gingiva tampak berwarna merah muda, tidak ada pembengkakan maupun kemerahan dengan skor OHI-S 0,25 (baik) dan poket menjadi 2 mm pada kasus pertama dan skor OHI-S 0,4 (baik) dan poket menjadi 2 mm pada kasus kedua.

Laporan kasus ini telah menunjukkan bahwa terapi pada periodontitis dengan kasus kehilangan perlekatan \leq 5 mm dengan menggunakan kuretase gingiva setelah dilakukannya fase inisial dan evaluasi menunjukkan hasil yang baik setelah 4 minggu paska tindakan, dengan skor OHI-S baik dan adanya reduksi kedalaman poket. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Witjaksono, dkk yang melaporkan bahwa terdapat reduksi kedalaman poket periodontal baik pada gigi anterior ataupun posterior pada pasien periodontitis kronis setelah dilakukan perawatan kuretase.²¹ Berkurangnya kedalaman poket periodontal akan menunjang pasien melakukan kontrol plak secara ideal dan dapat mencegah rekurensi penyakit periodontal.⁹

KESIMPULAN

Periodontitis merupakan penyakit dengan etiologi yang bersifat multifaktoral. Penyakit periodontal terjadi akibat adanya interaksi kompleks antara biofilm subgingiva dengan sistem imun-inflamasi dari pejamu yang berlangsung pada jaringan gingiva dan periodontal sebagai respon dari infeksi bakteri. Perawatan bedah periodontal berupa kuretase pada pasien periodontitis kronis dengan kasus kehilangan perlekatan kurang dari 5 mm menunjukkan hasil yang baik setelah 4 minggu paska tindakan, dengan skor OHI-S baik dan adanya reduksi kedalaman poket.

PERNYATAAN PERSETUJUAN PASIEN

Seluruh pasien dalam laporan kasus ini telah menandatangani lembar *Informed Consent* Rumah Sakit Kedokteran Gigi dan Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak terdapat konflik kepentingan apapun dalam penulisan manuskrip ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Hinrichs JE, Kotsakis G. Classification of diseases and conditions affecting the periodontium. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. Carranza's clinical periodontology. 12th ed. St. Louis (MO): Elsevier Saunders; 2015. p. 45–67.
- Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis : Consensus report of workgroup 2 of the 2017 world workshop on the classification of periodontal and peri-implant disease and conditions. J Periodontol. 2018;89 (Suppl.1):S173–S182.
- Bosshardt DD. The periodontal pocket : pathogenesis, histopathology and consequences. Periodontol 2000. 2018;76(1):43-50.
- Carranza FA, Camargo PM. The periodontal pocket. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. Carranza's clinical periodontology. 12th ed. St. Louis (MO): Elsevier Saunders; 2015. p. 277–89.
- Petersen PE, Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: The WHO approach. J Periodontol. 2005;76(12):2187–93.
- Indonesia. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan. Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2019. p. 1-200.
- Carranza FA, Takei HH. The treatment plan. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. Carranza's clinical periodontology. 12th ed. St. Louis (MO): Elsevier Saunders; 2015. p. 408–10.
- Perry DA, Takei H. Phase I periodontal therapy. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. Carranza's clinical periodontology. 12th ed. St. Louis (MO): Elsevier Saunders; 2015. p. 480–4.
- Carranza FA, Takei HH. Phase II periodontal therapy. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. Carranza's clinical periodontology. 12th ed. St. Louis (MO): Elsevier Saunders; 2015. p. 552–6.
- Takei HH, Carranza FA, Shin K. Gingival surgical techniques. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. Carranza's clinical periodontology. 12th ed. St. Louis (MO): Elsevier Saunders; 2015. p. 576–8.
- American Academy of Periodontology. The American Academy of Periodontology statement regarding gingival curettage. J Periodontol. 2002;73(10):1229-1230.

12. Smiley CJ, Tracy SL, Abt E, Michalowicz BS, John MT. Systematic review and meta-analysis on the nonsurgical treatment of chronic periodontitis by means of scaling and root planing with or without adjuncts. *J Am Dent Assoc.* 2015;146(7):508–24.
13. Preshaw PM, Taylor JJ. Periodontal pathogenesis. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. *Carranza's clinical periodontology.* 11th ed. St. Louis (MO): Elsevier Saunders; 2012. p. 194–216.
14. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman K, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol.* 2018;45:S1–8.
15. Cohen ES. Scaling and root planing. In: *Cohen atlas of cosmetic and reconstructive periodontal surgery.* 3rd ed. Shelton (CT): People's Medical; 2009. p. 29–38.
16. Carranza FA, Takei HH. Rationale for periodontal treatment. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. *Carranza's clinical periodontology.* 12th ed. St. Louis (MO): Elsevier Saunders; 2015. p. 405–7.
17. Deas DE, Moritz AJ, Sagun Jr. RS, Gruwell SF, Powell CA. Scaling and root planing vs conservative surgery in the treatment of chronic periodontitis. *Periodontol 2000.* 2016;71(1):128–39.
18. Bathala S. Gingival curettage. In: Bathala S, editor. *Textbook of periodontics.* 1st ed. New Delhi: Jaypee Brothers; 2017. p. 493–6.
19. Prabhu P, Julius A, Elumalai M, Prabhu MN. Wound healing in periodontics. *Biosci Biotechnol Res Asia.* 2015;11(2):791-796.
20. Pippi R. Post-surgical clinical monitoring of soft tissue wound healing in periodontal and implant surgery. *Int J Med Sci.* 2017;14(8):721–8.
21. Witjaksono W, Abusamah R, Kannan T. Clinical evaluation in periodontitis patient after curettage. *Dent J.* 2006;39(3):89–137.