

**LEMBAR PENGESAHAN
BAHAN AJAR NON ISBN**

1	JUDUL	:	ANAMNESIS, DIAGNOSIS, TREATMENT PLANNING DAN PROGNOSIS PENYAKIT PERIODONTAL
2	NAMA	:	DRG HARTANTI S.P.PERIO
3	NIK	:	19671112201104173153
4	UNIT KERJA	:	PSD/PDG FKIK UMY

YOGYAKARTA 21 MEI 2020

KETUA PROGRAM STUDI



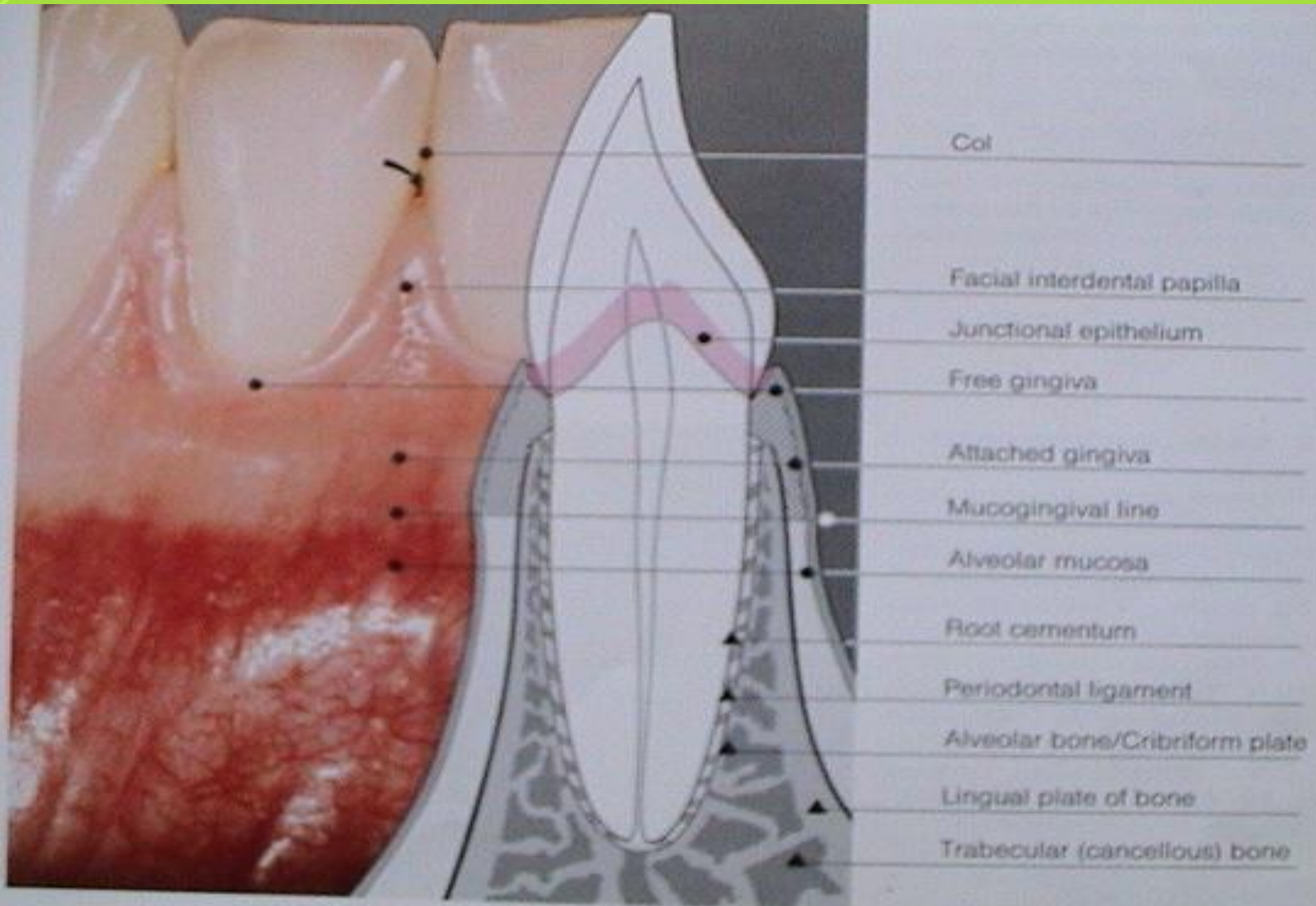
(Dr. drg. Erfina Sih Mahanani, M.Kes)

NIK/NIP 19701014200410173067

ANAMNESIS, DIAGNOSIS, TREATMENT PLANNING DAN PROGNOSIS PENYAKIT PERIODONTAL

DRG HARTANTI SP.PERIO

JARINGAN PERIODONTAL



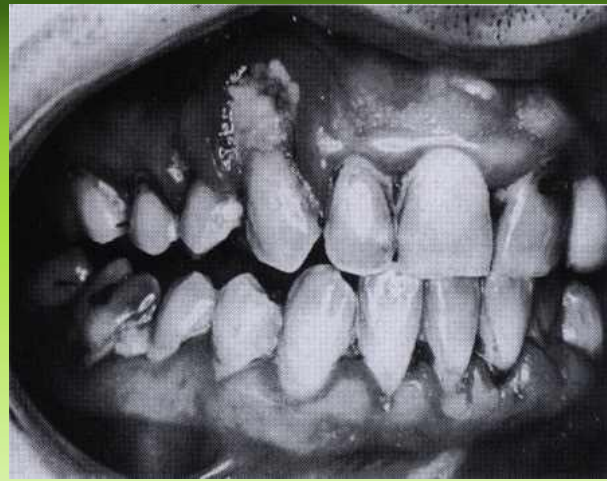
DIAGNOSIS

Diagnosis peny periodontal: analisis kasus dan evaluasi tanda & gejklinis (evaluasi probe, pem luxasi, Ro, tes darah, biopsi)

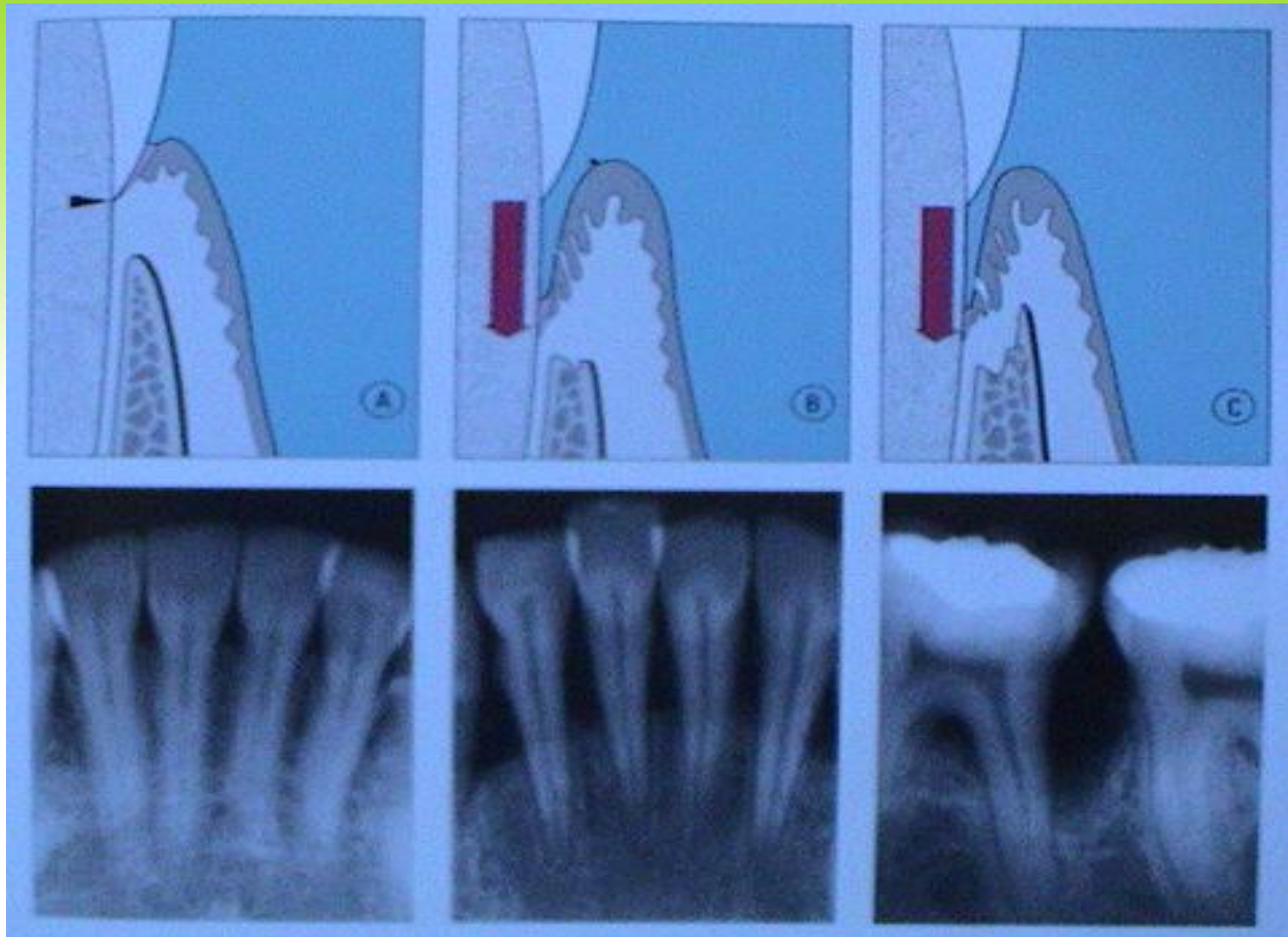
- Diagnosis yang tepat → treatment yang tepat.
- Apakah ada penyakit, diidentifikasi
 - tipe
 - perluasan
 - distribusi
 - keparahan→ mengetahui proses patologis dan etiologi

Chronic marginal gingivitis
Acute necrotizing ulcerative gingivitis
Acute herpetic gingivostomatitis
Allergic gingivitis
Gingivitis associated with skin diseases
Gingivitis associated with endocrine-metabolic disturbances
Gingivitis associated with hematologic-immunologic disturbances
Gingival enlargement associated with medications
Gingival tumors



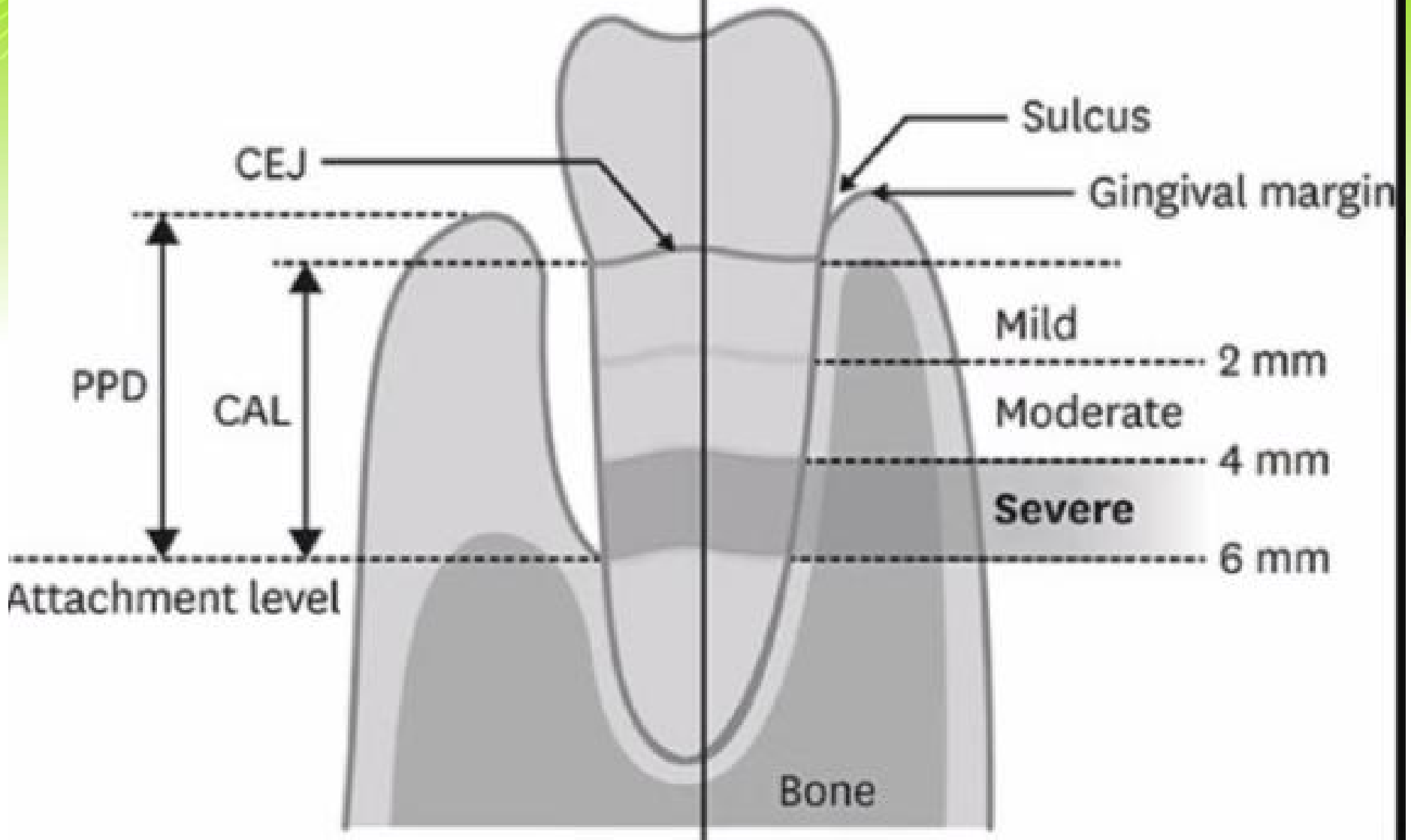


PERIODONTITIS



Periodontitis

Normal



PERIODONTAL DIAGNOSIS DIBAGI 4:

- 1, Anamnese dg mencatat case history
2. Pemeriksaan terhadap px (fisik dan lab)
3. Evaluasi dari hasil anamnese dan hasil pemeriksaan fisik, lab.
4. Penilaian resiko medis untuk px

anamnesa penyakit periodontal

- Menanyakan lokasi keluhan (Where)
- Menanyakan kapan terjadinya (When)
- Menanyakan apa yang terjadi saat awal terjadi keluhan (Why)
- Menanyakan seberapa berat (Severity) (Contoh : sangat nyeri/nyeri/agak nyeri)
- Menanyakan sifat keluhan (Character) (Contoh : seperti ditusuk, seperti ditekan benda berat)
- Menanyakan progresifitas keluhan (progressivity) (Contoh : dalam 2 hari nyeri bertambah hebat)
- Menanyakan penyebaran atau penjarangan (radiation) (Contoh : Menjalar dari leher sampai kepala)
- Menanyakan faktor pencetus (memperberat) dan faktor yang meringankan (Agravating dan alleviating factors) (Contoh : nyeri berkurang jika dibuat istirahat, minum obat)
- Efek lain apa yang mengganggu kualitas hidup (contoh: bau mulut tidak sedap)
- Riwayat penyakit dahulu
- Riwayat perawatan gigi sebelumnya
- Riwayat trauma
- Riwayat alergi
- Riwayat pemeriksaan kesehatan gigi secara rutin
- Menanyakan gaya hidup (life style) yang mungkin berperan sebagai faktor resiko timbulnya penyakit

URUT-URUTAN PROSEDUR DIAGNOSIS PENYAKIT PERIODONTAL

Diagnosa Klinis

Visit I

ANAMNESA-->Anamnesis merupakan percakapan profesional terencana antara dokter-pasien dalam rangka menyusun riwayat penyakit. Beberapa aspek yang perlu diperhatikan saat melakukan anamnensis:

- memulai wawancara
- sikap menghadapi pasien
- Mengajukan pertanyaan kepada pasien.
- Mencatat hasil wawancara

Agar riwayat penyakit dapat lengkap dan akurat maka untuk menyusunnya perlu pendekatan yang sistematis dan runtut meliputi unsur-unsur berikut ini:

- Data demografis-->Merupakan informasi yang harus dicatat pertama kali dalam diagnostic database, yaitu identitas pasien yang antara lain meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku bangsa, tempat lahir, pekerjaan, agama dan alamat pasien.
- Keluhan utama (Chief complaint)-->Merupakan pernyataan pasien mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita memeriksakan diri
- Riwayat keluhan utama (Present Illness)-->Merupakan tahapan yang penting karena melalui kegiatan ini akan diperoleh gambaran secara kronologis mengenai mulai pertama keluhan dirasakan dan hal-hal yang terkait termasuk lokasi, durasi, hubungannya dengan fungsi fisiologis maupun pengobatan yang pernah dialami. Untuk mendapat gambaran lebih nyata mengenai keluhan tersebut perlu diberikan penjelasan lebih rind meliputi dimensi:
 - Lokasi : tempat keluhan tersebut dirasakan dan penjarannya
 - Kualitas : bagaiman jenis atau sifat keluhan
 - Kuantitas : seberapa hebatnya keluhan tersebut

- Onset : sejak kapan keluhan pertama kali dirasakan
- Durasi : lama dan perkembangan keluhan
- Hubungan keluhan dengan aktifitas fisiologis: aktifitas yang memperberat atau meringankan keluhan.
- Fenomena lain: gejala atau tanda lain yang muncul bersamaan atau menyertai keluhan tersebut
- Sikap penderita terhadap keluhan: apakah penderita sebelumnya pernah mengalami kejadian seperti yang dirasakan sekarang, dan upaya yang telah dilakukan untuk mengatasinya.
- Respon terhadap pengobatan: bagaimana respon terhadap pengobatan

A. Mengenal pasien, meliputi :

- Mental dan status emosional.
- Temperamen.
- Attitude
- Physiologic age

B. Medical history

- kemungkinan peran beberapa penyakit sistemik → penyebab penyakit periodontal.
- Infeksi oral → terjadinya dan keparahan penyakit sistemik.
- ∞ Mendiagnosis manifestasi penyakit sistemik dalam mulut (DM, leukemia, dll.)
- ∞ Mendeteksi kondisi sistemik yang mungkin berpengaruh terhadap respon jaringan periodontal terhadap faktor lokal (pregnancy, DM, kekurangan nutrisi).
- ∞ Mendeteksi kondisi sistemik yang memerlukan tindakan pencegahan dan modifikasi pada prosedur perawatan (alergi, DM, penyakit kardiovaskuler, problem psikologis).

MEDICAL HISTORY MELIPUTI :

1. Apakah dalam perawatan dokter & pengobatannya.
2. Pernah mondok, meliputi :
 - diagnosis
 - macam operasi : ada perdarahan, komplikasi.
3. Kemungkinan adanya penyakit karena pekerjaan
4. Medical problem, misal : kardiovaskular, hematology, endokrin, penyakit infeksi.
5. Tendensi abnormal bleeding, missal perdarahan hidung, excessive menstrual bleeding.
6. History of allergy : asthma, sensitive to foods / obat.
7. Fam. Medical history : DM dan gangguan perdarahan.

GENERAL MEDICAL HISTORY :

- Penting untuk proteksi pasien “high risk” seperti alergi, penyakit jantung.
- Mencegah penyebaran infeksi, missal : AIDS, hepatitis.

C. Dental history

- Current illness :
 1. bleeding gums.
 2. loose teeth.
 3. space pada gigi yang sebelumnya tidak ada.
 4. foul taste in the mouth.

INTRA ORAL RADIOGRAPHIC SURVEY :

- Bite wing film
- Periapikal
- Panoramic radiograph; untuk mendeteksi :
 - Developmental anomalies
 - Lesi gigi dan rahang
 - Fraktur
 - Distribusi dan keparahan kerusakan tulang pada penyakit periodontal.

RADIOGRAPH MEMPERLIHATKAN :

- Panjang akar dan morfologi
- Ratio mahkota-akar klinis
- Besarnya kerusakan tulang.
- Hubungan sinus max. dengan kelainan periodontal.
- Puncak tulang interproximal, resorpsi horizontal / vertical.
- Tinggi tulang interseptal; normal biasanya segaris dengan CEJ gigi di dekatnya.(1-2 mm dibawah CEJ)

- Lebar ruang lig. period. Mesial & distal akar.
- Furcation involvement.
- Periapikal pathosis.
- Kalkulus
- Overhanging restoration
- Fraktur akar
- Karies
- Resorpsi akar

YANG TIDAK TERLIHAT PADA RADIOGRAPH:

- Ada / tidaknya poket period.
- Dehisensi, fenestrasi.
- Mobilitas gigi.
- Posisi dan kondisi proc, alv. fasial dan mesial.
- Lokasi epith, attachment.

CAST / CETAKAN :

- Posisi gingival margin.
- Posisi dan inklinasi gigi.
- Hubungan proksimal kontak.
- Area food impaction.
- Pre and post treatment comparison.





Visit II

I. Oral examination

1. Oral hygiene :

Akumulasi food debris, plak, material alba, kalkulus.

Akumulasi plak belum tentu berhubungan dengan keparahan penyakit, misal : pada aggressive periodontitis (tipe periodontitis yang destruktif)
→ akumulasi plak sedikit.

2. Mouth odors

– Penyebab : sulfur yang mudah menguap akibat pembusukan bakteri dari protein yang mengandung sulfur aminoacids.

– Berasal dari :

- | | |
|--------------------------------|---|
| - lidah | - artificial dentures |
| - gingival sulcus | - smoker breath |
| - retensi makanan antara gigi. | - healing surgical / luka ekstraksi |
| - coated tongue. | - chronic periodontitis |
| - NUG | - infeksi tract. Respiratory (bronchitis, pneumonia) |
| - saat dehidrasi. | - alcoholic breath |
| - karies | - acetone odor of diabetes |
| | - uremic breath karena kidney disfunction |

II. Examination of Oral Cavity

- Meliputi : - bibir
- - dasar mulut
- - lidah
- - palatum
- - quality and quantity of saliva
-

III. Examination of Lymph Nodes

→ membesar / mengeras → metastase maligna

→ enlarged, palpable, tendensi empuk, immobile → inflammatory nodes.

NUG, acute period, abscess → enlarged

TOOTH MOBILITY :

- Physiologic mobility → different teeth
→ different times
- Single rooted teeth > multi rooted
- Pagi hari → slight extrusion (karena limited occlusal contact during sleep) → mobilitas berkurang akibat pengunyahan dan penelanan.
- Grade:
- Grade I : slightly more than normal
- Grade II : moderately more than normal
- Grade III : severe mobility fasio-lingually and / or mesio-distally, combined with vertical displacement.

PENAMBAHAN MOBILITAS AKIBAT :

1. Loss of tooth support (bone loss)
2. TFO : Injury akibat tekanan oklusal yang berlebihan / abnormal occlusal habit (bruxism, clenching).
3. Perluasan inflamasi dari gingival / periapex ke lig. Period.
4. Periodontal surgery → bersifat sementara.
5. Pregnancy, siklus menstruasi, penggunaan kontra sepsi hormonal. → kadang-kadang.
6. Proses patologis rahang (osteomyelitis, tumor)

TRAUMA FROM OCCLUSION (TFO)

Tanda :

- Mobilitas gigi yang berlebihan terlihat dengan :
 - pelebaran lig. Period.
 - vertical / angular bone destruction.
 - infra bony pocket
 - migrasi patologis, terutama gigi anterior
- Migrasi patologis gigi :
Pada gigi anterior orang muda → tanda localized aggressive periodontitis.
- Sensitif pada perkusi :
Gambaran inflamasi akut dari lig. Periodontal.

DENTITION DENGAN RAHANG TERTUTUP DAPAT DILIHAT

KEADAAN SEPERTI :

- irregular / aligned teeth
- extruded teeth
- improper proximal contacts
- area food impaction
- Excessive overbite
 - pada gigi anterior → inflamasi gingiva, food impaction, gingival enlargement, pembentukan poket.
- Open bite
 - akumulasi debris, kalkulus dan ekstrusi gigi.
- Cross bite
 - bilateral / unilateral
 - mengakibatkan TFO, food impaction, spreading of mandibular teeth.

• V. EXAMINATION OF GINGIVA

Gingiva di keringkan → observasi lebih baik

Pemeriksaan visual dan eksplorasi dg instrumen (PROBE), palpasi → deteksi kelainan patologis dan posisi pus

Pengamatan : warna, ukuran, kontur, konsistensi, tekstur permukaan, posisi, perdarahan pada saat probing dan nyeri.

Edematous : smooth, glossy, soft, red gingival. biasa pada gingivitis

Fibrotik : spt gingiva normal tapi lebih kuat, stippling, lebih tebal dan margin membulat. Biasa pada Enlargement Gingiva

Walaupun di bidang diagnostik dan pengobatan saat ini telah digunakan peralatan canggih, metode pemeriksaan fisik dasar seperti: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi masih tetap berlaku dan bahkan lebih bermanfaat

Inspeksi ; Inspeksi merupakan teknik pemeriksaan langsung dengan menggunakan indra mata.

Palpasi : Merupakan teknik pemeriksaan untuk mengetahui kondisi suatu jaringan dengan menggunakan indra peraba

Perkusi

Teknik pemeriksaan ini dilakukan dengan mengetukkan jari atau instrument ke arah jaringan, dan pemeriksa mendengarkan bunyi yang ditimbulkannya serta mengamati reaksi dari pasien. Perkusi pada gigi geligi akan memberikan nuansa bunyi dan warna suara yang mempunyai informasi diagnostik tentang kondisi jaringan pendukung gigi khususnya status jaringan periodontal. Reaksi penderita terhadap perkusi sangat bervariasi, oleh karena itu perlu dibandingkan dengan reaksi gigi di sampingnya yang normal.

Probing.

Probing pada dasarnya merupakan pemeriksaan palpasi dengan menggunakan alat tertentu.

POKET PERIODONTAL

Meliputi :- adanya dan distribusi pada setiap permukaan gigi.

- kedalaman poket.
- tipe poket (supra / infra boni)
- level of attachment on the root/CAL.

Metode dg eksplorasi probe periodontal .

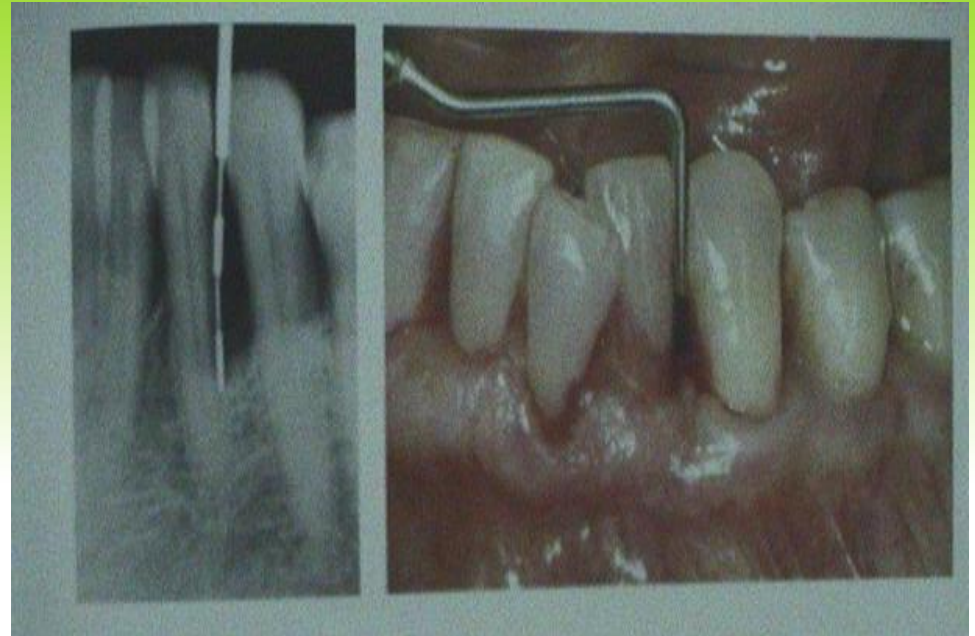
Poket tdk terdeteksi dg Ro (tdk menunjukkan kedalaman poket)

TANDA DAN GEJALA KLINIS :

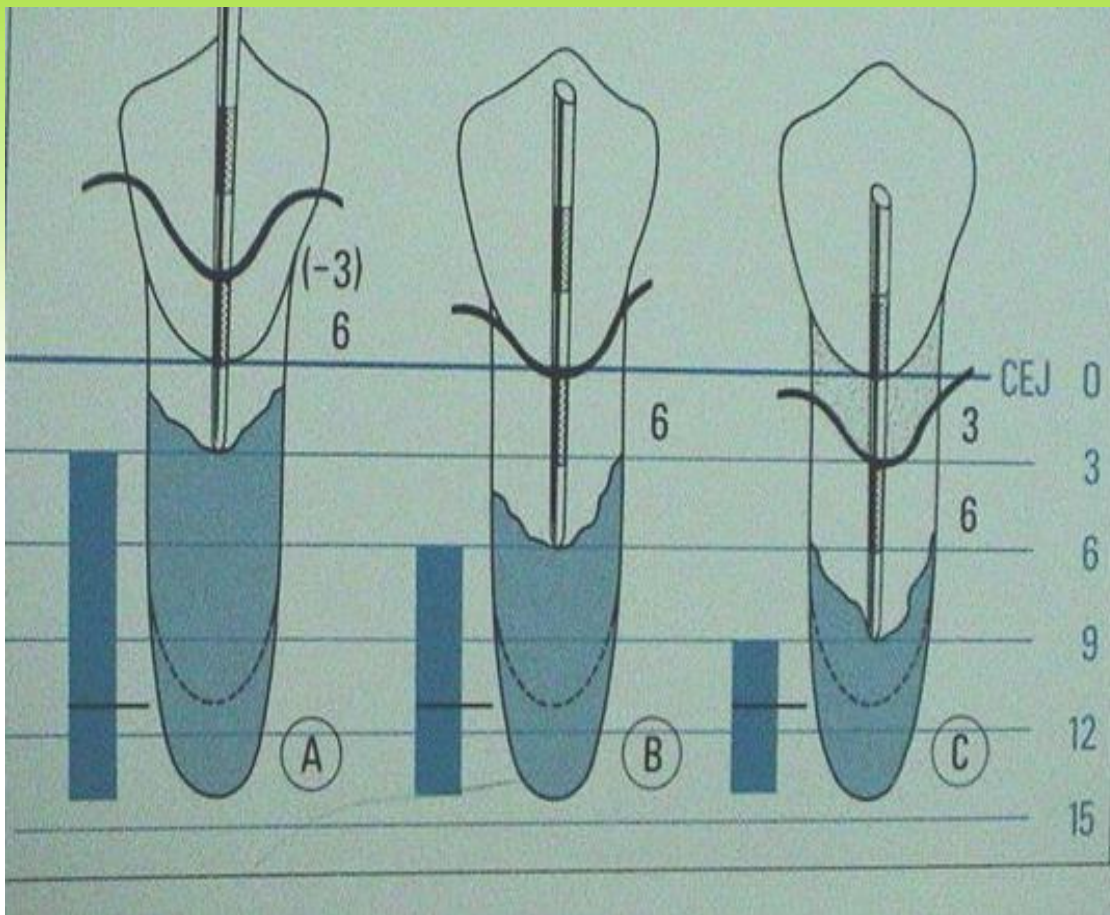
- **Merah kebiruan dari marginal gingiva.**
- Merah kebiruan vertical dari marginal gingiva ke attached gingiva.
- Tepi gingival margin membulat, terlepas dari permukaan gigi.
- Enlarged, edematous gingiva.
- Adanya bleeding, suppuration, **extruded gigi.**
- Biasanya tidak sakit, tapi kadang menimbulkan gejala :
 - ~ sakit yang menyebar
 - ~ rasa tertekan setelah makan → lama-lama berkurang.
- A foul taste in localized areas
- Gigi sakit tanpa ada karies.
- Sensitive terhadap panas dan dingin.

KEDALAMAN PENETRASI PROBE KE DALAM POKET TERGANTUNG PADA :

- ukuran ujung probe
- tekanan memasukkan probe
- resistensi jaringan
- kecembungan mahkota gigi
- arah penetrasi



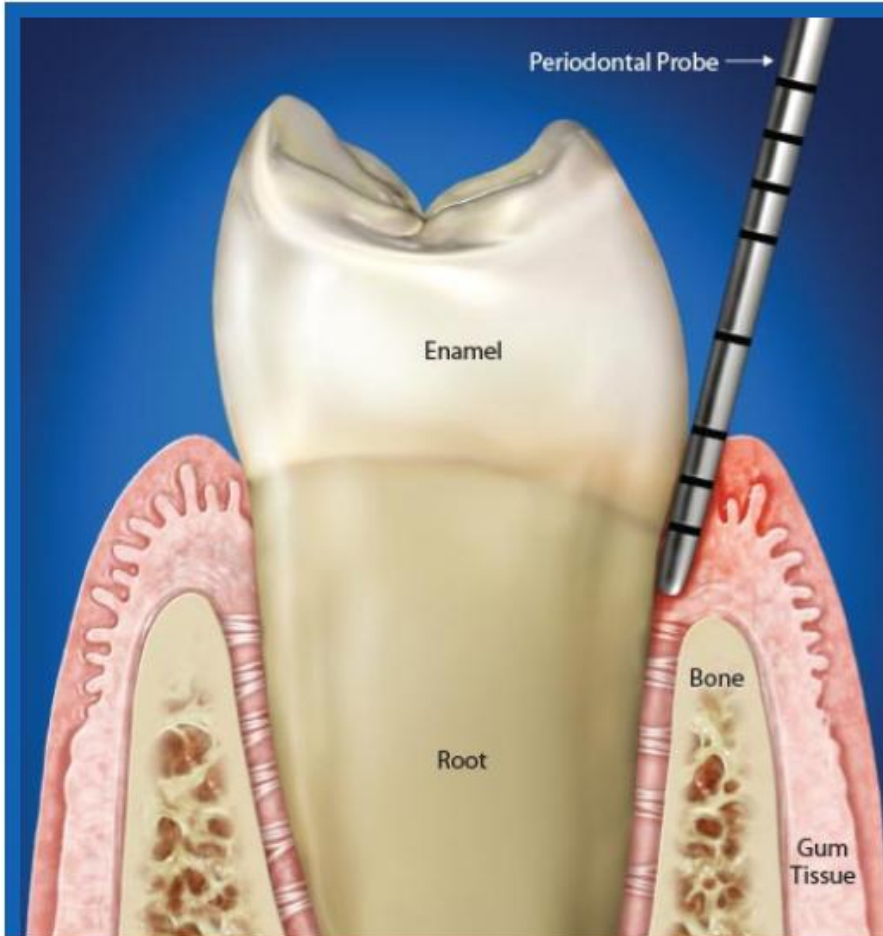
MAKNA HASIL PENGUKURAN



A : Probing depth : 6mm
False pocket : -3mm
attachment loss : 3mm

B : Probing depth : 6mm
True pocket : 6mm
attachment loss : 6mm

C : Probing depth : 6mm
True pocket : 6mm
attachment loss : 9mm
Recession : 3mm



PERIODONTAL PROBE

The periodontal probe is used routinely to examine the space below the gum tissue alongside your tooth. This space is similar to the space between your fingernail and your finger. When your gum tissue becomes inflamed or diseased, dentists refer to this space as a pocket. Periodontal probes have calibrations in millimeters to measure the changes that occur during the progression of periodontal disease. The higher the number of millimeters below the gum, the more loss of attachment to the tooth has occurred.

- 1-3 mm is normal space below the gum tissue
- 3-5 mm is early or mild periodontitis
- 5-7 mm is moderate periodontitis
- 7-10 mm is advanced periodontitis

© Dear Doctor, Inc.

LEVEL OF ATTACHMENT VERSUS POCKET DEPTH

- Pocket depth :
Jarak antara dasar poket dan gingival margin → berubah sesuai posisi gingival margin.
- Level of attachment :
Jarak antara dasar poket dan fixed point pada mahkota, missal : CEJ
→ perubahan berhubungan hanya dengan penambahan / hilangnya attachment → derajat kerusakan periodontal.
- Poket yang dangkal yang melekat pada 1/3 apikal akar → kerusakan lebih parah daripada poket dalam yang melekat pada 1/3 koronal akar
- . Jika :
 1. gingival margin pada anatomic crown → loss of attachment = 0.
 2. gingival margin pada CEJ → loss of attachment = pocket depth.
 3. gingival margin pada apical CEJ → loss of attachment > pocket depth.

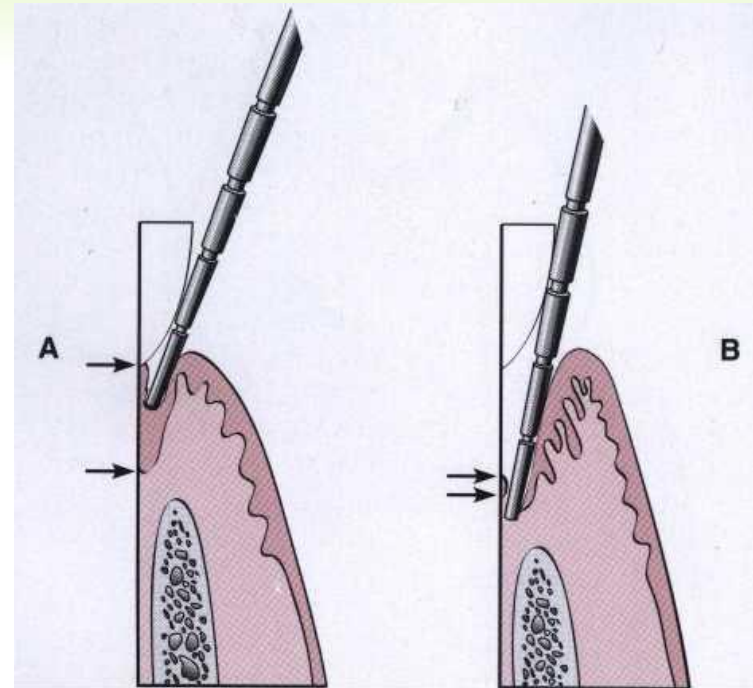
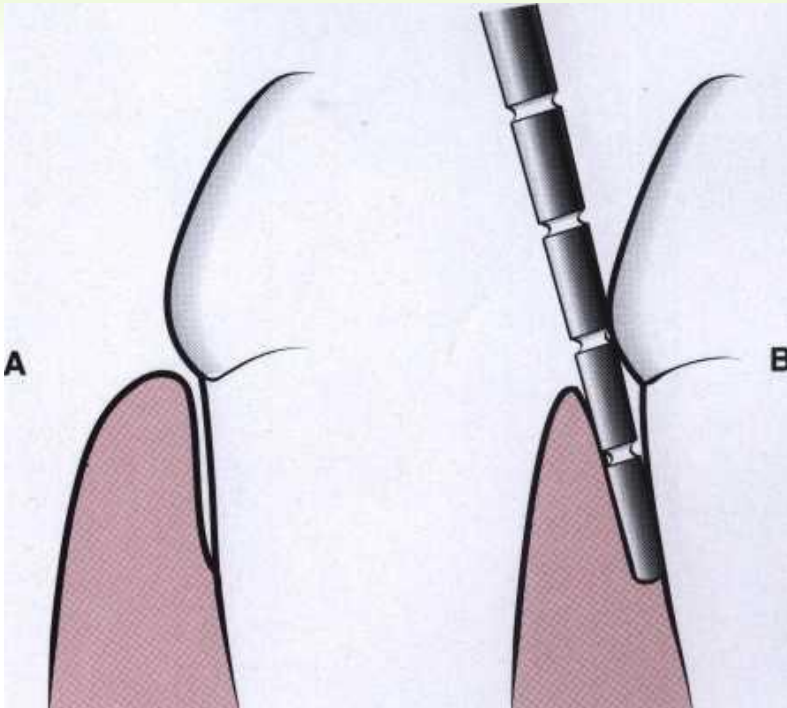
- Bleeding on probing :

Inseri probe ke dasar poket → bleeding, jika gingiva mengalami inflamasi dan epithelium pocket atropi atau ulserasi.

- Cara :

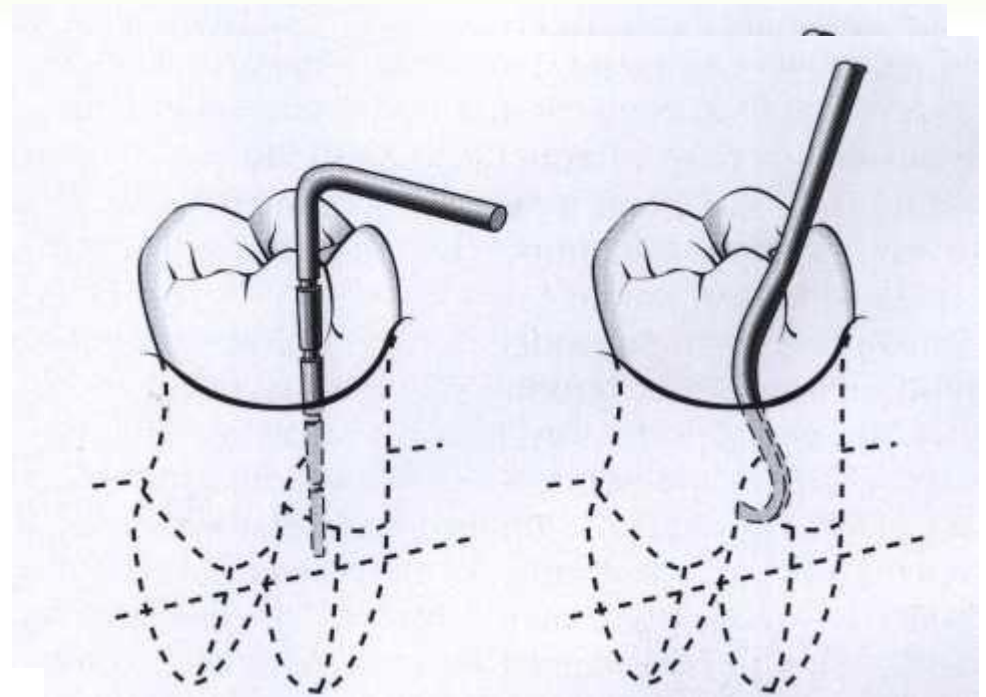
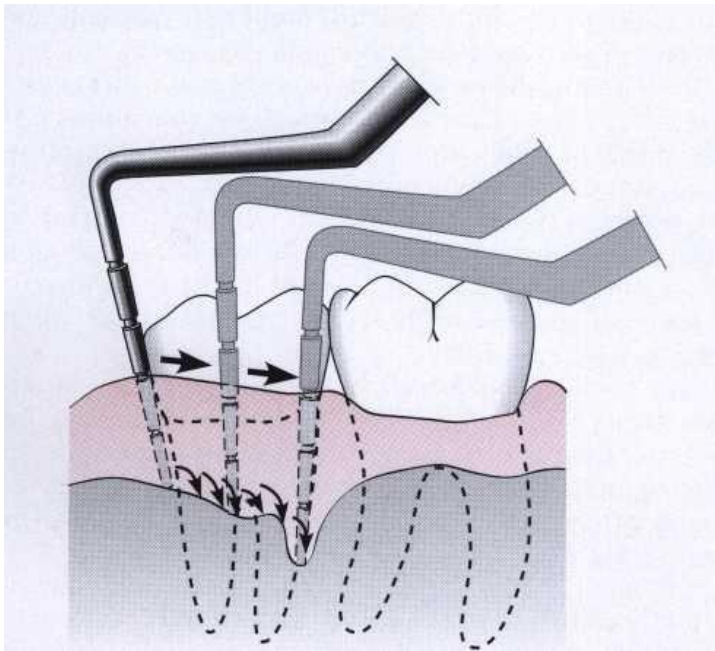
Probe dipegang secara pens grap/MPG → ujung probe dimasukkan sulcus sejajar as gigi, masuk sampai dasar pocket di titik distolingual/pal, mid lingual, mesiolingual, mesiobuccal, mid bucc, distobuccal → ditarik probe dan ditunggu perdarahan **20-30 detik**

- The probing forces have been explored by several investigators forces of 0.75 N have been found to be well tolerated and accurate



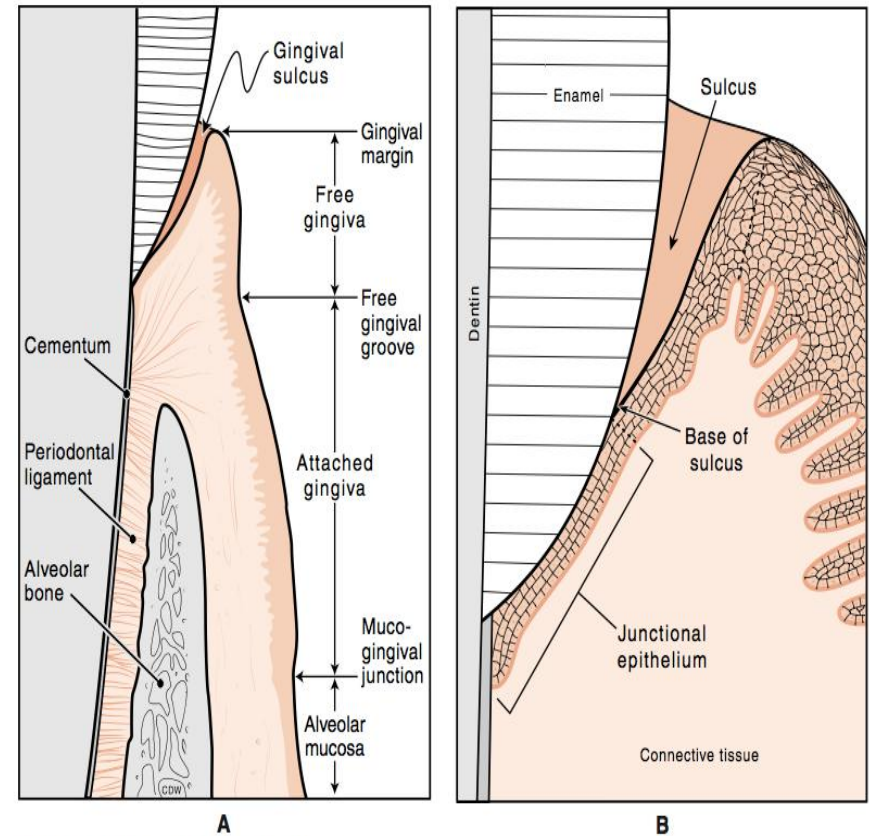
- **PROBING TECHNIQUE.**

The probe should be inserted parallel to the vertical axis of the tooth and "walked" circumferentially/walking through around each surface of each tooth to detect the areas of deepest penetration

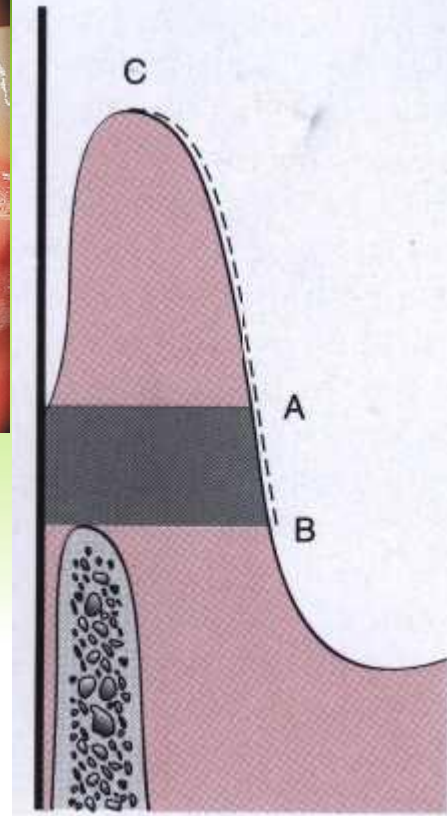
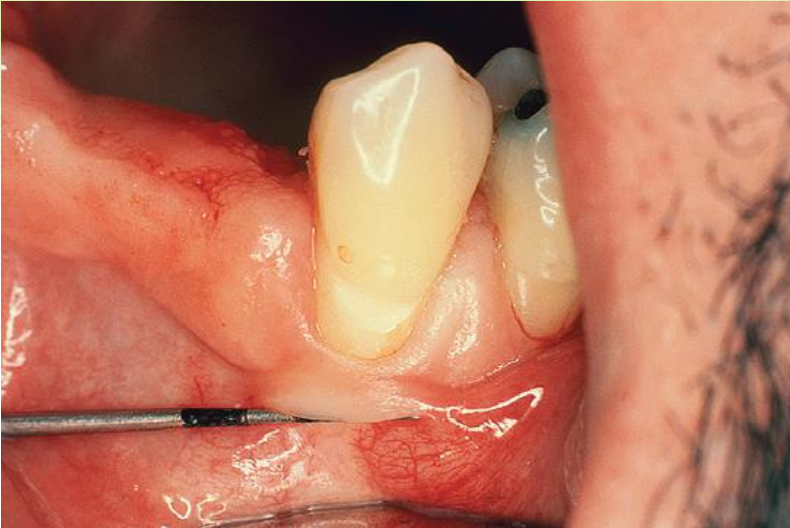
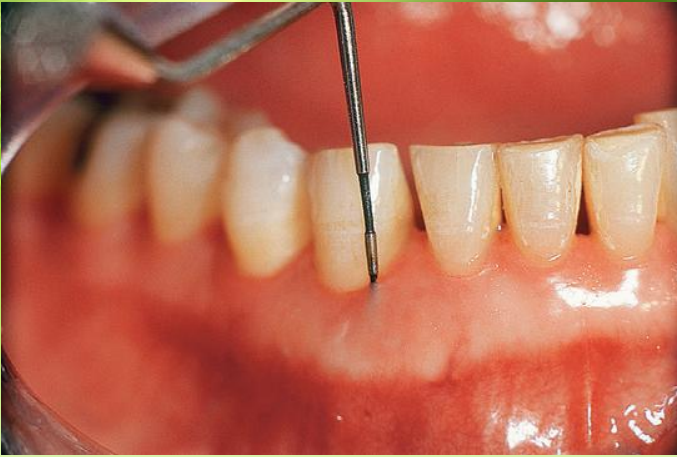


LEBAR ATTACHED GINGIVAL :

- jarak antara mucogingival junction dan proyeksi ke permukaan eksternal dari dasar gingival sulcus (free gingival groove)
- gingiva berkeratin diukur dari margin gingiva/crest gingiva ke MGJ.
- gingiva berkeratin dikurangi kedalaman sulcus merupakan daerah attached gingiva.
- Derajat gingival recession : dari CEJ ke gingival crest/margin gingival



The Gingival Tissues in Cross Section. A, structures of the healthy periodontium in cross section. B, The sulcus is a V-shaped, shallow space around the tooth. The base of the sulcus is formed by the junctional epithelium. (Used with permission from Nield-Gehrig, J.S. and Willmann, D., Foundations of Periodontics for the Dental Hygienist, 2003. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: p. 35.)



The shaded area shows the attached gingiva, which extends between the projection on the external surface of the bottom of the pocket (A) and the mucogingival junction. The keratinized gingiva may extend from the mucogingival junction to the gingival margin (C).

- Alveolar bone loss

Dievaluasi secara klinis dan radiografik.

- distribusi, bentuk, jumlah / besar kerusakan.

- Pola kerusakan tulang alveolar

- **Resorpsi Tulang Horizontal**

Resorpsi tulang horizontal merupakan pola kehilangan tulang yang paling sering ditemukan pada penyakit periodontal.

Puncak tulang alveolar mengalami penurunan, tetapi margin tulang yang tersisa tegak lurus terhadap permukaan gigi.

Septum interdental serta bagian facial dan lingual juga mengalami kerusakan, tetapi derajat kerusakan disekeliling gigi berbeda-beda

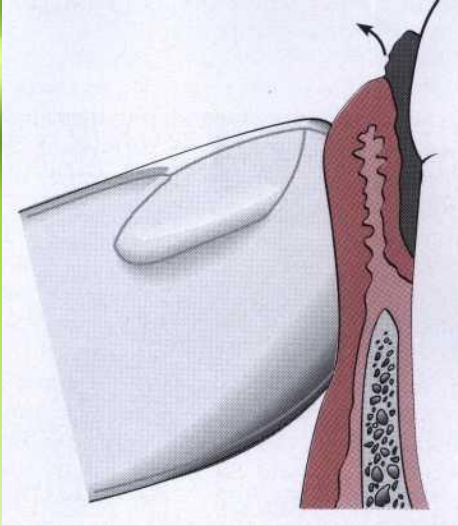
- **Defek Vertikal atau Angular**
- Defek vertikal atau angular terjadi dalam arah oblique, membuat lubang yang menembus ke dalam tulang di sepanjang akar; dasar defek terletak ke arah apikal di sekitar tulang. Defek angular disertai poket infrabony yang mendasari defek angular.
- Defek angular diklasifikasikan berdasarkan jumlah dinding osseus. Defek angular dapat memiliki satu, dua, atau tiga dinding. Jumlah dinding pada bagian apikal defek lebih besar daripada bagian oklusal yang disebut dengan *combined osseus defect*

PROBING MEMBANTU MENENTUKAN

1. tinggi dan kontur tl. Fasial dan lingual yang tidak jelas pada radiograf dengan kepadatan akar.
2. arsitektur tulang interdental (dengan anestesi) → positif, negatif (reversed), flat.

PALPASI

- Pada daerah lateral dan apical gigi → membantu mengetahui lokasi asal dari sakit yang menyebar.
- Infeksi yang dalam pada jaringan periodontal
- Permulaan dari abses periodontal.



Suppuration →.

Clinically, the presence of exudate in a periodontal pocket is determined by placing the ball of the index finger along the lateral aspect of the marginal gingiva and applying pressure in a rolling motion toward the crown

Periodontal Abscess. →

A periodontal abscess is a localized accumulation of exudate within the gingival wall of a periodontal pocket

DETECTION OF POCKETS

1. periodontal probe

2. Gutta percha points or calibrated silver points can be used with the radiograph to assist in determining the level of attachment of periodontal pockets.

POCKET PROBING.

- (1) biologic or histologic depth → is the distance between the gingival margin and the base of the pocket (the coronal end of the junctional epithelium).
- (2) clinical or probing depth → is the distance to which an ad hoc instrument (probe) penetrates into the pocket.

PERIODONTAL ABSCESS

1. Acute periodontal abscess :

Gingiva edematous, merah, permukaan halus dan mengkilat. sebelumnya ada riwayat periodontitis kronis dengan poket periodontal.

Gejala : - radiating pain

- throbbing (berdenyut)

- gigi sensitif terhadap palpasi

- mobilitas gigi

- lymphadenitis

- kadang demam

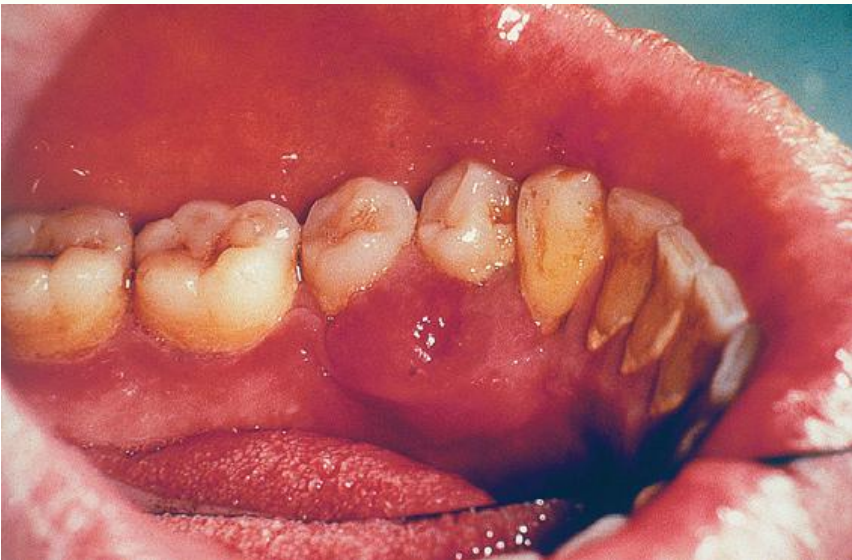
- adanya pus dari gingival margin

2. Chronic periodontal abscess

- biasanya memperlihatkan adanya sinus yang terbuka pada gingival mucosa dimana saja sepanjang akar → dilihat dengan probe.

- biasanya asimptomatik

Untuk diagnosis periodontal abscess diperlukan hubungan antara history, clinical, dan radiographic finding.



Acute periodontal abscess

Gingival abscess



Gingival abscess between upper lateral incisor and canine.

PERIODONTAL ABSCESS DAN GINGIVAL ABSCESS

- Perbedaan utama pada lokasi dan history
- Gingival abscess :
 - Merupakan respon peradangan akut akibat tekanan benda asing dalam gingiva.
- Periodontal abscess :
 - Melibatkan struktur pendukung periodontal.
- Periapikal abses → gigi non vital.
- Gigi non vital dengan deep periodontal pocket → abscess.
- Deep periodontal pocket → meluas ke apex → pulpa necrosis.

PRINSIP TERAPI PERIODONTAL

1. Terapi Lokal → pengambilan plak → tindakan menghilangkan faktor retansi plak

Faktor lokal : kalkulus, restorasi salah, food impaction, TFO

2. Faktor sistemik → utk infeksi akut mk perlu obat kemoteraupetik (rapidly progressive periodontitis, juvenile periodontitis)

KONSEP TERAPI PERIODONTAL

A. Terapi Fase I= fase Inisial :

- 1) Plak kontrol, DHE
- 2) SRP, Curretage
- 3) Kontrol diet
- 4) Tindakan konservatif
- 5) Exodonti
- 6) OA
- 7) Minor tooth movement
- 8) Terapi antimicrobial
- 9) Evaluasi : pemeriksaan kedlm poket, plak, kalkulus karies

B. Terapi fase II= fase korektif

1. Pembuatan bite plane
2. OA
3. curretage
4. Bedah Periodontal
5. Perawatan gg hipersensitif
6. PSA
7. Splint
8. Restorasi gigi, prostodonti

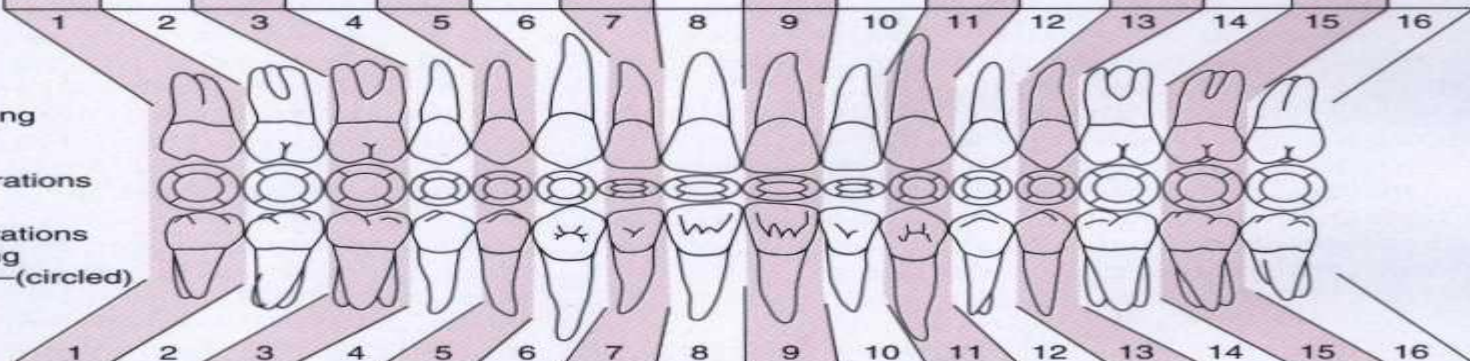
C. Terapi fase III= maintenance phase

- 1) Kunjungan periodik
 - 2) Pemeriksaan plak & kalkulus
 - 3) Pemeriksaan kondisi ggv, poket, dan inflamasi
 - 4) Pemeriksaan oklusi dan luxasi
- Perubahan patologis lain

Date	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
MOBILITY																
PROBING 5																
PROBING 4																
PROBING 3																
PROBING 2																
PROBING 1																

Imp—Impacted
 Un—Unerupted
 X—Extracted or missing
 /—To be extracted

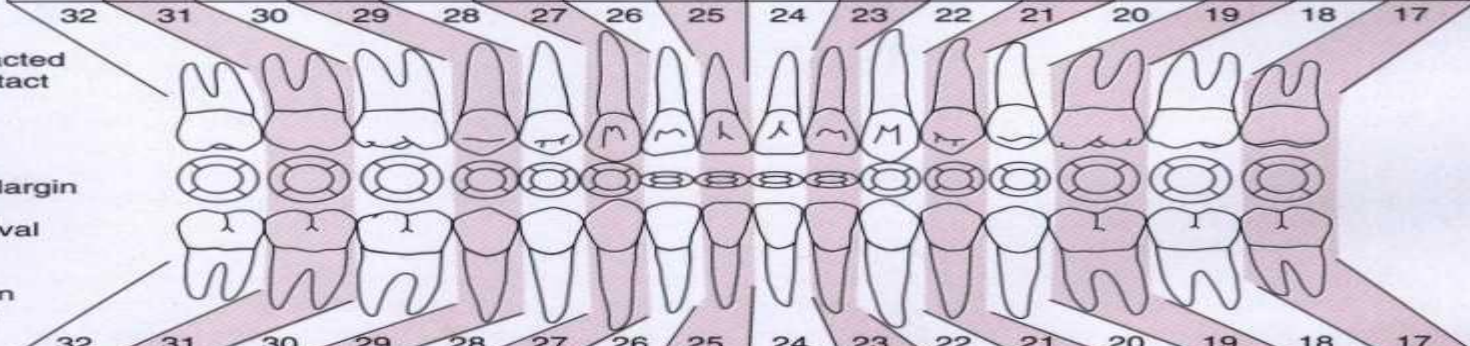
Blue—Existing Restorations
 Red—Caries or Defective Restorations
 Marginal Bleeding
 Probe Bleeding—(circled)



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
PROBING 1																
PROBING 2																
PROBING 3																
PROBING 4																
PROBING 5																

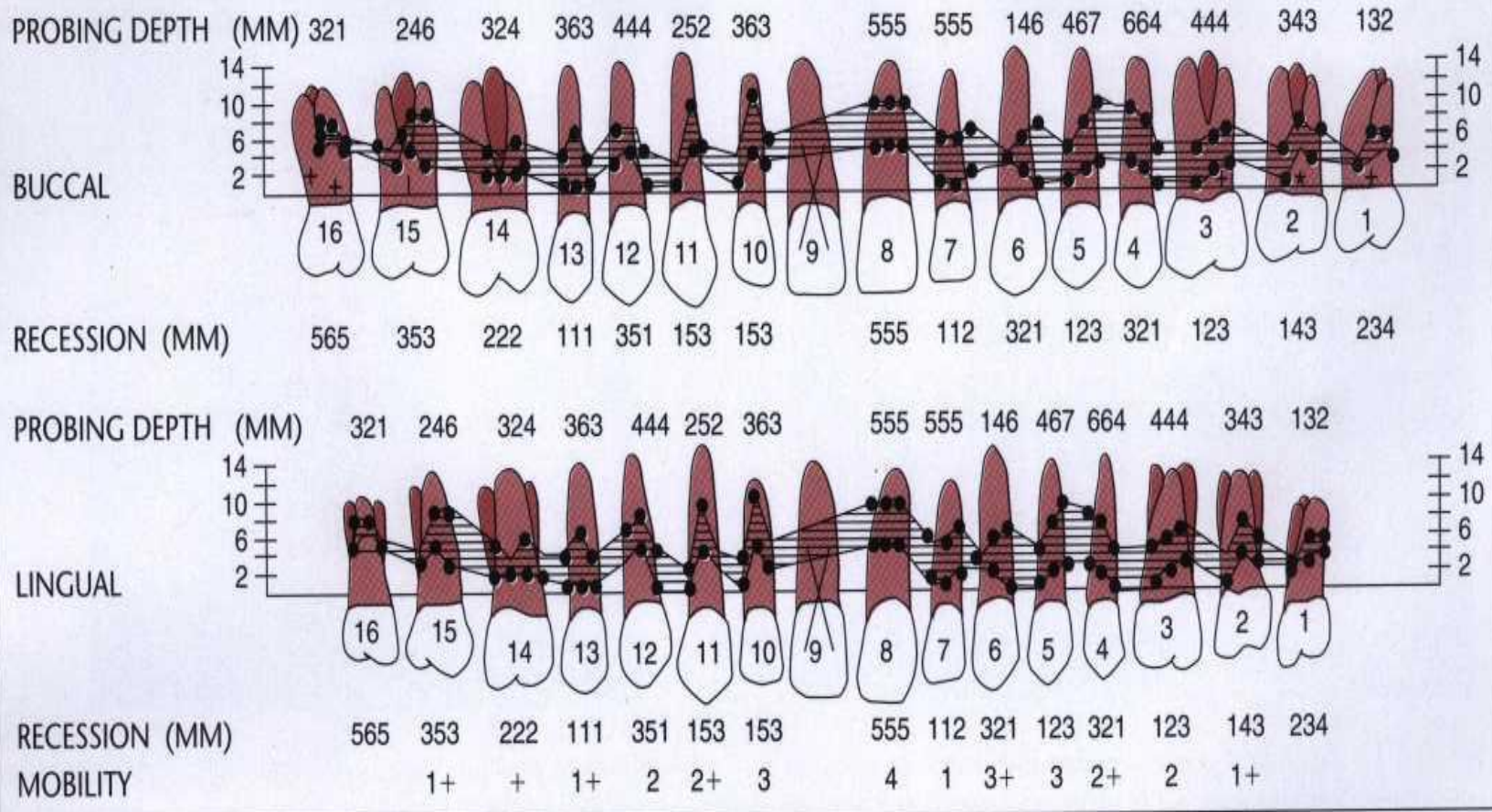
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17
PROBING 5																
PROBING 4																
PROBING 3																
PROBING 2																
PROBING 1																

Food Impacted
 Furcation (I-IV)
 Gingival Margin
 Mucogingival Problem
 Restoration Overhang



Date	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17
PROBING 1																
PROBING 2																
PROBING 3																
PROBING 4																
PROBING 5																
MOBILITY																

A



B

TREATMENT PLANING

Periodontal therapy:

I. Medicinal therapy

II. Mechanical/instrumental therapy :

“Closed” therapy- scaling

“Open” therapy – surgery plus scaling

Step of Periodontal therapy :

1. Initial phase therapy (hygiene, causal therapy, scaling, root planing)

2. corrective phase therapy (periodontal surgery, orthodontics, prosthodontic)

3. Maintenance phase (recall, treatment of recurrent diseases)

Determination of Prognosis

- The *prognosis* is a prediction of the probable course, duration, *and* outcome of a disease based on a general knowledge of the pathogenesis of the disease and the presence of risk factors for the disease.

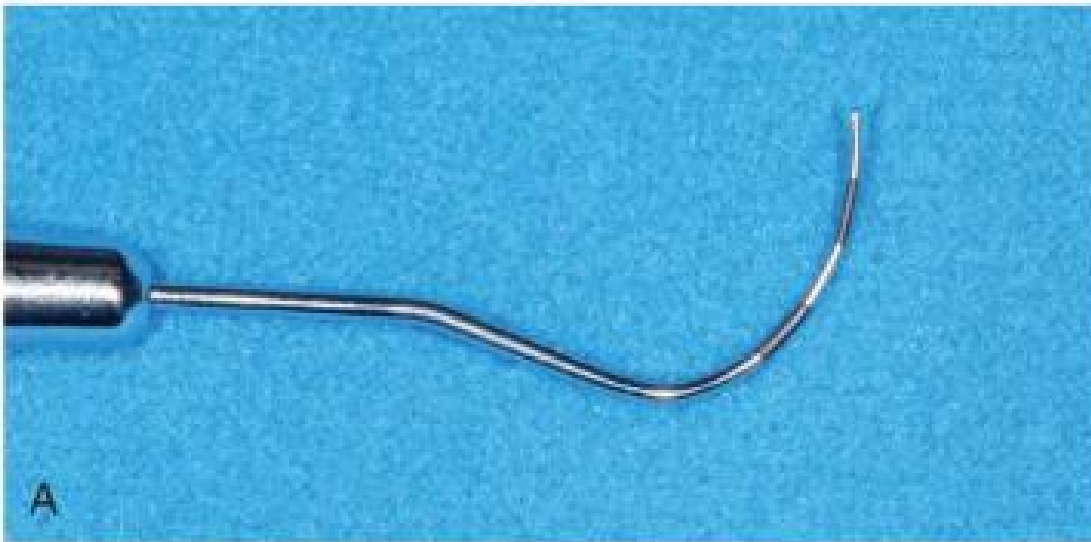
TYPES OF PROGNOSIS

Prognosis classification schemes have been designed based on studies evaluating tooth mortality

1. *Good prognosis*: →Control of etiologic factors and adequate periodontal support ensure the tooth will be easy to maintain by the patient and clinician
2. *Fair prognosis* →Approximately 25% attachment loss and/or Class I furcation involvement
3. *Poor prognosis* →50% attachment loss, Class II furcation involvement
4. *Questionable prognosis* →>50% attachment loss, poor crown-to root ratio, poor root form, Class II furcations (location and depth make access difficult) or Class III furcation involvements;>2+ mobility; root proximity.
5. *Hopeless prognosis*: *Inadequate attachment to maintain health, comfort, and function*



Figure 62-6 Glickman's classification of furcation involvement. **A**, Grade I furcation involvement. Although a space is visible at the entrance to the furcation, no horizontal component of the furcation is evident on probing. **B**, Grade II furcation in a dried skull. Note both the horizontal and the vertical component of this cul-de-sac. **C**, Grade III furcations on maxillary molars. Probing confirms that the buccal furcation connects with the distal furcation of both these molars, yet the furcation is filled with soft tissue. **D**, Grade IV furcation. The soft tissues have receded sufficiently to allow direct vision into the furcation of this maxillary molar.



A



B

Figure 62-1 A, The Nabors probe is designed to probe into the

Factors to Consider when Determining a Prognosis

Overall Clinical Factors

- Patient age
- Disease severity
- Plaque control
- Patient compliance

Systemic and Environmental Factors

- Smoking
- Systemic disease or condition
- Genetic factors
- Stress

Local Factors

- Plaque and calculus (>10%)
- Subgingival restorations

Anatomic Factors

- Short, tapered roots
- Cervical enamel projections
- Enamel pearls
- Bifurcation ridges
- Root concavities
- Developmental grooves
- Root proximity
- Furcation involvement
- Tooth mobility

Prosthetic and Restorative Factors

- Abutment selection
- Caries
- Nonvital teeth
- Root resorption

PROGNOSIS

- General and local factor that impact on the case
- General factors : systemic health, host resistance, immune status, heredity, etiology and type of periodontitis, age, periodontal recall, patient desires
- Local factors : amount and composition bact., speed of plaque formation, depth and loc.of pocket, furcation involvement, type of bone loss, tooth mobility

link utk tambahan materi

- https://books.google.co.id/books?id=CDKPBAAAQBAJ&pg=PA1210&lpg=PA1210&dq=stage+furcation+involvement+adalah&source=bl&ots=s6EclEnNFi&sig=ACfU3U1ItudnaNrFL_rS_m0M0uebJt-ixw&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwis5Ounv7TpAhXZUn0KHcr8DzYQ6AEwEnoECAwQAQ#v=onepage&q=stage%20furcation%20involvement%20adalah&f=false
- https://books.google.co.id/books?id=x94LCwAAQBAJ&pg=PA94&lpg=PA94&dq=stage+furcation+involvement+adalah&source=bl&ots=RoLTa9ecTm&sig=ACfU3U0iw0ZNIotBwh7g4IUaEehM_IKKkA&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwis5Ounv7TpAhXZUn0KHcr8DzYQ6AEwDnoECAYQAQ#v=onepage&q=stage%20furcation%20involvement%20adalah&f=false



UMY

UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH
YOGYAKARTA

Unggul & Islami