Jurnal Siti Rufaidah
Volume. 4, Nomor. 4, November 2026
E-ISSN .: 3032-1344; P-ISSN.: 3032-1336, Hal. 312-323
DOI: https://doi.org/10.57214/jasira.v4i4.444
Tersedia: https://journal.ppniunimman.org/index.php/JASIRA

Tatalaksana Kuretase Gingiva pada Pasien Hipertensi dengan Kebiasaan Merokok dan Konsumsi Alkohol

Ulayya Rihhadatul 'Aisy[1*], Ariyani Faizah[2]
[1,2] Program Studi Kedokteran Gigi, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Indonesia
**Penulis Korespondensi: ulayya583@gmail.com*

Abstract. *Background: Periodontitis is an inflammatory disease of the periodontal tissues that can lead to destruction of the supporting tissues of the teeth if not properly treated. Periodontal therapy is performed in stages, beginning with initial therapy consisting of scaling and root planing. Gingival curettage may be performed as an adjunctive therapy when the initial treatment does not result in optimal clinical improvement. Objective: To discuss the management of gingival curettage in a patient with hypertension and a history of alcohol consumption and smoking. Case Report: A 29-year-old male patient presented to Soelastri Dental Hospital with a chief complaint of frequent gingival bleeding during toothbrushing. Clinical examination revealed a blood pressure of 138/90 mmHg, an OHI score of 2.6, a plaque index of 56%, and a gingival index of 1.5. Probing depth on tooth 31 was 4 mm at the mesiolabial site, 3 mm at the midfacial site, and 4 mm at the distolabial site. The patient had a history of hypertension, smoking habits, alcohol consumption during periods of stress. Results: Post-treatment evaluation showed reduced gingival swelling, and the patient no longer reported gingival bleeding during toothbrushing. However, a 4-mm periodontal pocket with positive (BOP) was still present. Conclusion: Gingival curettage as an adjunctive treatment following initial periodontal therapy resulted in clinical improvement of the periodontal condition. The success of periodontal therapy may be influenced by systemic conditions and behavioral risk factors, including hypertension, alcohol consumption, and smoking.*

Keywords: *Alcohol Consumption; Gingival Curettage; Hypertension; Periodontitis; Smoking.*

Abstrak. Latar belakang: Periodontitis merupakan penyakit inflamasi pada jaringan periodontal yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan penyangga gigi apabila tidak ditangani dengan tepat. Terapi periodontal dilakukan secara bertahap, dimulai dengan terapi inisial berupa *scaling dan root planing*. Kuretase gingiva dapat dilakukan sebagai terapi lanjutan apabila hasil terapi inisial belum memberikan perbaikan klinis yang optimal. Tujuan: Membahas tatalaksana kuretase gingiva pada pasien hipertensi dengan kebiasaan konsumsi alkohol dan merokok. Laporan Kasus: Seorang pasien laki-laki berusia 29 tahun datang ke RSGM Soelastri dengan keluhan gusi sering berdarah saat menyikat gigi. Pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 138/90 mmHg, skor OHI 2,6, indeks plak 56%, indeks gingiva 1,5, kedalaman probing gigi 31 pada *mesiolabial* 4 mm, *midfasial* 3 mm, *distolabial* 4 mm. Pasien memiliki riwayat hipertensi, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol saat stres. Hasil: Evaluasi pascaperawatan menunjukkan pembengkakan gingiva berkurang dan perdarahan saat menyikat gigi tidak lagi dikeluhkan. Namun, masih ditemukan poket periodontal 4 mm dengan (BOP) positif. Kesimpulan: Kuretase gingiva sebagai terapi lanjutan setelah terapi inisial memberikan perbaikan kondisi klinis periodontal. Keberhasilan terapi periodontal dipengaruhi oleh kondisi sistemik dan faktor risiko perilaku, seperti hipertensi, konsumsi alkohol, dan merokok.

Kata kunci: Hipertensi; Konsumsi Alkohol; Kuretase Gingiva; Merokok; Periodontitis.

1. LATAR BELAKANG

Periodontitis merupakan penyakit inflamasi pada jaringan periodontal yang menyebabkan kerusakan jaringan penyangga gigi, termasuk ligamen periodontal dan tulang alveolar, sehingga dapat berakhir pada kehilangan gigi apabila tidak ditangani dengan tepat [(1)]. Menurut *World Health Organization (WHO)* [(2)], penyakit periodontal merupakan salah satu penyakit kronis yang paling banyak dialami masyarakat dunia dan menjadi penyebab utama kehilangan gigi pada orang dewasa [(3)].

Naskah Masuk: 25 September 2026; Revisi: 10 Oktober 2026; Diterima: 28 Oktober 2026; Terbit: 01 November 2026

Terjadinya periodontitis dipengaruhi oleh faktor lokal maupun sistemik. Faktor lokal utama adalah akumulasi plak yang memicu respons inflamasi dan menyebabkan kerusakan jaringan periodontal. Selain itu, beberapa faktor sistemik dan perilaku, seperti hipertensi, konsumsi alkohol, merokok, dan stres, dapat memperburuk inflamasi serta menghambat proses penyembuhan jaringan periodontal [(1)]. Hubungan hipertensi dan periodontitis diduga melibatkan proses inflamasi kronis yang menyebabkan disfungsi endotel dan gangguan mikrosirkulasi jaringan periodontal, sehingga dalam perawatan kedokteran gigi pada pasien hipertensi memerlukan perhatian khusus [(4)(5)]. Hipertensi perlu diperhatikan dalam perawatan periodontal karena dapat meningkatkan risiko komplikasi berupa perdarahan gingiva pascaoperasi yang berkepanjangan, terutama pada kondisi hipertensi yang tidak terkontrol [(6)].

Kondisi lainya yang dapat memperparah penyakit periodontal adalah kebiasaan konsumsi alkohol. Alkohol dapat mengganggu keseimbangan mikrobiota rongga mulut, menurunkan aliran saliva, serta melemahkan respons imun sehingga meningkatkan inflamasi gingiva, pembentukan poket periodontal, kehilangan perlekatan, dan kerusakan tulang alveolar. Pada konsumsi jangka panjang, alkohol juga dapat memperburuk kondisi periodontal melalui peningkatan risiko xerostomia, malnutrisi, serta gangguan sistem imun[(7).]

Selain alkohol merokok juga dapat menyebabkan respons terhadap terapi periodontal menjadi kurang optimal. Perokok menunjukkan reduksi probing depth dan peningkatan clinical attachment level yang lebih rendah dibandingkan non-perokok setelah terapi periodontal. Perokok juga memiliki respons yang lebih buruk terhadap terapi periodontal dan risiko rekurensi penyakit periodontal yang lebih tinggi [(8).] Berdasarkan hal tersebut pengendalian faktor risiko gaya hidup penting untuk meningkatkan keberhasilan perawatan periodontal [(9).]

Perawatan periodontal dilakukan secara bertahap, meliputi fase nonbedah, fase bedah, fase restoratif, dan fase pemeliharaan. Terapi nonbedah berupa *scaling*, *root planing*, serta edukasi kebersihan rongga mulut merupakan terapi awal untuk menghilangkan faktor etiologi penyakit periodontal [(1)], jika hasil terapi belum memberikan perbaikan klinis yang optimal salah satu tindakan bedah periodontal yang dapat dilakukan adalah kuretase gingiva. Prosedur ini bertujuan menghilangkan jaringan granulasi yang terinfeksi sehingga tersisa jaringan ikat gingiva yang sehat untuk mendukung proses penyembuhan dan pembentukan perlekatan jaringan yang baru [(10)].

Tujuan dari laporan kasus ini untuk membahas tatalaksana kuretase gingiva pada pasien riwayat hipertensi, dengan kebiasaan konsumsi alkohol dan merokok. Laporan kasus ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai penatalaksanaan serta hasil perawatan kuretase gingiva pada pasien dengan faktor risiko tersebut.

2. METODE

Data Klinis Pasien

Seorang laki-laki berusia 29 tahun datang ke RSGM Soelastri dengan keluhan gusi sering berdarah saat menyikat gigi pada bagian depan bawah, yang dirasakan sejak ±1 tahun lalu, tanpa disertai rasa sakit, dan memiliki riwayat tekanan darah tinggi tidak terkontrol, tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, cuaca, maupun obat-obatan. Ayah dan ibu tidak memiliki riwayat penyakit yang sama. Pasien memiliki riwayat konsumsi alkohol, merokok, minum kopi setiap hari, serta menyikat gigi 2 kali sehari saat mandi. Pemeriksaan umum, tekanan darah pasien yaitu 138/90mmHg. Pemeriksaan ekstraoral tidak ada kelainan. Pemeriksaan intraoral didapatkan pembengkakan gingiva, berwarna kemerahan, edema, *unstipling*, konsistensi lunak dan BOP+ pada gigi 33,32,31,41,42,43, skor OHI 2,6, plak indeks 56%, GI 1,5, kedalaman probing gigi 31 pada *mesiolabial* 4 mm, *midfasial* 3 mm, *distolabial* 4 mm.



Gambar 1. Foto intraoral sebelum perawatan.

Setelah dilakukan pemeriksaan subjektif dan objektif, didapatkan diagnosis gigi 31 yaitu *periodontitis kronis localized stage I grade B et causa plak dan kalkulus*. Tindakan yang akan dilakukan yaitu kuretase gigi 31. Pasien diberikan penjelasan mengenai kondisi yang dialami, perawatan yang akan dilakukan, publikasi kasus pasien dan pasien menyetujui tindakan perawatan kemudian menandatangani *informed consent.*

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Perawatan

Kunjungan pertama (Scaling Root Planing)

Pemeriksaan subjektif, pasien menyatakan gusinya berdarah ketika sikat gigi, Pemeriksaan objektif didapatkan skor OHI 2,6, plak indeks 56%, GI 1,5, kedalaman probing gigi 31 pada *mesiolabial* 4 mm, *midfasial* 3 mm, *distolabial* 4 mm. Pada kunjungan pertama

dilakukan terapi inisial berupa *scaling* dan *root planing* sebagai pilihan terapi dasar pada penyakit periodontal. Setelah *scaling* dan *root planing*, dilakukan *polishing* menggunakan *brush* yang diberi pasta profilaksis dan pumice untuk menghasilkan permukaan gigi yang halus, licin, dan mengilap. Permukaan gigi yang halus diharapkan dapat mengurangi perlekatan kembali plak dan kalkulus sehingga mendukung keberhasilan perawatan periodontal [(11)]. Tindakan ini bertujuan menghilangkan plak, kalkulus, dan bakteri patogen pada permukaan gigi serta di dalam sulkus gingiva sehingga dapat mengurangi inflamasi jaringan periodontal.

Kunjungan kedua (kuretase gingiva gigi 31)

Pada kunjungan kedua, pasien masih mengeluhkan gusi berdarah saat sikat gigi. Pemeriksaan intraoral masih didapatkan area kemerahan dan pembengkakan gingiva, OHI 0,9, plak indeks 22%, GI 1,2, BOP+ gigi 31. Pemeriksaan poket periodontal pada gigi 31 *mesiolabial* 4 mm, *midfasial* 2 mm, *distolabial* 4 mm.



Gambar 2. Foto intraoral pasien setelah *initial therapy.*

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa terapi inisial belum memberikan perbaikan yang optimal dikarenakan masih terdapat inflamasi pada jaringan periodontal, sehingga dipertimbangakan terapi lanjutan yaitu dilakukannya terapi periodontal fase bedah berupa kuretase gingiva. Prosedur sebelum dilakukan kuretase gingiva diawali dengan asepsis diri oleh operator menggunakan alat perlindungan diri dan mencuci tangan sesuai dengan 6 langkah WHO, serta mempersiapkan alat dan bahan. Oral profilaksis dilakukan menggunakan brush yang telah diberi campuran pasta dan pumice pada area labial gigi 31. Asepsis area kerja dilakukan dengan mengeringkan daerah yang akan dilakukan anestesi menggunakan cotton pellet. *Cotton pellet* yang telah diberi larutan povidone iodine diaplikasikan pada area mucolabial dengan gerakan sirkular dari dalam ke luar.



Gambar 3. Asepsis area kerja.

Anestesi lokal dilakukan menggunakan larutan pehacaine 2% dengan teknik infiltrasi pada area *mucolabial* gigi 31. Setelah dipastikan efek anestesi telah tercapai, tindakan dilanjutkan dengan memasukkan kuret *gracey* nomor 1–2 sejajar dengan aksis gigi hingga mencapai dasar poket periodontal. Bagian tajam kuret diarahkan ke arah gingiva atau epitel *sulkular*. Jari telunjuk tangan kiri operator digunakan untuk memfiksasi gingiva yang akan dilakukan kuretase, sekaligus sebagai perlindungan jaringan dan untuk memperoleh sensasi taktil selama tindakan. Dilanjutkan pengerokan jaringan lunak menggunakan gerakan *horizontal stroke* yang diarahkan ke arah insisal untuk mengangkat jaringan nekrotik. Keberhasilan debridemen ditandai dengan keluarnya darah segar serta adanya sensasi permukaan yang halus yang dirasakan melalui jari telunjuk operator.



Gambar 4. kuretase menggunakan *gracey curret.*

Dilakukan irigasi menggunakan larutan saline dengan bantuan spuit untuk menghilangkan jaringan granulasi dan jendalan darah.



Gambar 5. irigasi pasca kuretase.

Kontrol perdarahan dan adaptasi jaringan dengan melakukan *dep* ringan menggunakan kassa.



Gambar 6. *Dep* pasca kuretase.

Aplikasikan *metronidazole gel* pada area yang telah dilakukan perawatan.



Gambar 7. Aplikasi *metronidazole gel.*

Setelah perawatan selesai diberi medikasi antibiotic *amoxcicillin* dan analgesik *asam mefenamat*, serta diberi edukasi berupa jangan makan dan minum yang panas dan pedas 1 jam setelah perawatan, jangan memainkan bekas perawatan menggunakan lidah atau jari, sikat gigi secara perlahan pada area bekas perawatan, dan datang Kembali untuk melakukan kontrol 2 minggu setelah perawatan.

Kunjungan ketiga (kontrol)

Pemeriksaan subjektif, pasien menyatakan gusinya sudah tidak berdarah ketika sikat gigi, tidak ada rasa sakit pada area yang telah dilakukan perawatan. Pemeriksaan objektif didapatkan OHI:1,4, GI:0,8, plak indeks 27%. Pemeriksaan poket periodontal gigi 31 yaitu

mesiolabial 4 mm, *midfasial* 2 mm, *distolabial* 3 mm, masih sedikit terdapat pembengkakan, BOP (+).



Gambar 8. Hasil kontrol pasca kuretase.

Pembahasan

Berdasarkan hasil pemeriksaan klinis, kondisi periodontal pasien sebelum perawatan ditandai dengan pembengkakan gingiva, warna kemerahan, edema, hilangnya stippling (*unstipling*), serta konsistensi jaringan yang lunak pada regio gigi 33, 32, 31, 41, 42, dan 43. Pemeriksaan periodontal pada gigi 31 menunjukkan kedalaman probing sebesar 4 mm pada sisi *mesiolabial*, 3 mm pada *midfasial*, dan 4 mm pada *distolabial.* Keluhan utama berupa gusi yang sering berdarah saat menyikat gigi. Kondisi tersebut menunjukkan adanya inflamasi jaringan periodontal yang disertai pembentukan poket periodontal. Akumulasi plak dan kalkulus menjadi faktor etiologi utama pada kasus ini, sedangkan hipertensi, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, serta konsumsi kopi setiap hari merupakan faktor yang dapat memengaruhi kondisi periodontal dan keberhasilan perawatan.

Terapi periodontal pada kasus ini diawali dengan *scaling* dan *root planing* (SRP) sebagai terapi inisial. Scaling bertujuan menghilangkan plak, kalkulus, dan stain yang melekat pada permukaan gigi, sedangkan *root planing* dilakukan untuk membersihkan dan menghaluskan permukaan akar dengan menghilangkan jaringan nekrotik, bakteri, serta produk bakteri yang melekat pada permukaan sementum[(1)(12)]. Tindakan tersebut diperlukan untuk mengurangi faktor etiologi lokal yang berperan dalam inflamasi periodontal. Setelah dilakukan SRP, terjadi perbaikan kondisi kebersihan rongga mulut dengan skor OHI mengalami penurunan dari 2,6 menjadi 0,9 dan indeks plak menurun dari 56% menjadi 22%. Penurunan tersebut menunjukkan adanya perbaikan kontrol kebersihan rongga mulut setelah terapi inisial.

Perbaikan kontrol plak setelah SRP belum diikuti dengan hilangnya seluruh tanda inflamasi periodontal. Pada kunjungan kedua, pasien masih mengeluhkan gusi berdarah ketika menyikat gigi. Pemeriksaan klinis juga masih menunjukkan area gingiva yang kemerahan dan mengalami pembengkakan, kedalaman poket gigi 31 masih mencapai 4 mm pada sisi *mesiolabial* dan *distolabial.* Kondisi tersebut menunjukkan bahwa terapi inisial telah

memberikan perbaikan terhadap faktor lokal, tetapi masih terdapat jaringan periodontal yang mengalami inflamasi dan poket periodontal yang memerlukan penanganan lebih lanjut. Hasil evaluasi tersebut menjadi dasar dilakukannya terapi periodontal fase bedah berupa kuretase gingiva. Kuretase gingiva dilakukan pada gigi 31 dengan tujuan menghilangkan jaringan lunak yang mengalami inflamasi pada dinding poket periodontal. Jaringan granulasi yang mengalami inflamasi dan terinfeksi diangkat menggunakan kuret sehingga jaringan ikat gingiva yang lebih sehat dapat dipertahankan untuk mendukung proses penyembuhan dan pembentukan perlekatan jaringan baru[10]. Metronidazole gel diaplikasikan pada area yang telah dilakukan kuretase. Metronidazole memiliki aktivitas bakterisidal terhadap bakteri anaerob yang umumnya berperan pada penyakit periodontal. Obat tersebut bekerja dengan berdifusi ke dalam sel bakteri, mengganggu sintesis protein, dan merusak DNA bakteri sehingga menyebabkan kematian sel[13].

Evaluasi pada saat kontrol menunjukkan adanya respons klinis terhadap perawatan. Pasien menyatakan bahwa gusi sudah tidak berdarah ketika menyikat gigi dan tidak terdapat rasa sakit pada area yang telah dilakukan perawatan. Pemeriksaan klinis menunjukkan berkurangnya pembengkakan gingiva dibandingkan kondisi sebelumnya. Kedalaman poket pada gigi 31 juga mengalami perubahan, yaitu pada sisi *mesiolabial* tetap 4 mm, *midfasial* berkurang dari 3 mm menjadi 2 mm, dan *distolabial* berkurang dari 4 mm menjadi 3 mm. Hasil perawatan tidak menunjukkan penyembuhan yang optimal karena masih ditemukan poket periodontal 4 mm pada sisi *mesiolabial*, BOP positif, dan sedikit pembengkakan gingiva yang menunjukkan bahwa inflamasi pada jaringan periodontal belum sepenuhnya teratasi. BOP merupakan tanda adanya inflamasi pada jaringan periodontal yang masih dapat ditemukan ketika jaringan mengalami peradangan. Kedalaman poket yang masih mencapai 4 mm juga menunjukkan bahwa perubahan jaringan periodontal belum sepenuhnya kembali ke kondisi yang sehat. Hasil tersebut perlu dikaitkan dengan kondisi pasien sebelum dan setelah perawatan, termasuk kontrol plak serta faktor risiko sistemik dan perilaku yang dimiliki pasien.

Kontrol plak merupakan salah satu faktor yang masih perlu diperhatikan. Indeks plak memang mengalami penurunan dari 56% menjadi 22% setelah terapi inisial. Plak merupakan faktor etiologi utama penyakit periodontal karena mikroorganisme di dalam plak dapat memicu respons inflamasi jaringan periodontal dan mempertahankan proses inflamasi ketika kontrol plak belum optimal[14]. Kondisi tersebut dapat berkontribusi terhadap BOP positif setelah perawatan. Keberhasilan perawatan kuretase juga dipengaruhi oleh faktor lokal seperti plak dan kalkulus, bakteri atau mikroorganisme lainnya, trauma oklusi, serta perawatan lain yang dapat mengganggu proses penyembuhan[15].

Selain faktor lokal di dalam rongga mulut, keberhasilan perawatan periodontal juga sangat dipengaruhi oleh faktor perilaku pasien, salah satunya adalah kebiasaan merokok. Rokok dan asapnya mengandung lebih dari 9.500 senyawa kimia, termasuk puluhan zat berbahaya dan karsinogen, seperti N-nitrosamines, hidrokarbon aromatik polisiklik, dan aldehida. Salah satu karsinogen spesifik dalam produk tembakau adalah N-nitrosonornicotine, yang terbukti dapat memicu kanker rongga mulut dan faring[(16)]. Kebiasaan merokok berkaitan dengan kerusakan jaringan periodontal yang lebih parah serta respons perawatan yang lebih buruk dibandingkan pada pasien yang tidak merokok[(8)]. Hal ini berkaitan dengan efek nikotin dan berbagai komponen dalam asap rokok terhadap jaringan periodontal. Nikotin dapat menghambat aktivitas fibroblas dalam sintesis kolagen dan fibronectin, serta meningkatkan aktivitas kolagenase yang menyebabkan degradasi kolagen, efek vasokonstriksi nikotin dapat mengurangi aliran darah ke gingiva sehingga menurunkan vaskularisasi dan kemampuan penyembuhan jaringan[(17)]. Asap rokok secara keseluruhan juga dapat mengganggu kemampuan perbaikan sel periodontal, termasuk fibroblas, osteoblas, dan sementoblas, sehingga pembentukan jaringan baru dan keberhasilan terapi periodontal dapat berkurang[(8)]. Dampak tersebut dapat memengaruhi hasil perawatan periodontal setelah tindakan dilakukan. Sehingga kebiasaan merokok pasien perlu menjadi perhatian dalam perawatan lanjutan karena keberhasilan terapi tidak hanya bergantung pada tindakan yang dilakukan, tetapi juga pada pengendalian faktor risiko setelah perawatan.

Sejalan dengan kebiasaan merokok, riwayat konsumsi alkohol juga merupakan faktor risiko perilaku yang dapat memperburuk kondisi periodontal. Konsumsi alkohol dapat mengubah komposisi mikrobiota rongga mulut, menurunkan produksi saliva, meningkatkan kolonisasi bakteri patogen periodontal seperti *Porphyromonas gingivalis* dan *Fusobacterium nucleatum*, serta mengganggu fungsi neutrofil, makrofag, dan limfosit T. Gangguan tersebut dapat menurunkan kemampuan tubuh dalam mengendalikan infeksi sehingga inflamasi periodontal dapat meningkat [(7)]. Penurunan aliran saliva akibat konsumsi alkohol juga dapat mengurangi mekanisme pembersihan alami rongga mulut sehingga plak lebih mudah terakumulasi. Konsumsi alkohol dalam jangka panjang dapat berkaitan dengan xerostomia, malnutrisi, gangguan fungsi hati, dan penurunan sistem imun yang dapat memperburuk kondisi periodontal [(7)]. Riwayat konsumsi alkohol pada pasien menjadi faktor yang perlu dikendalikan karena kondisi tersebut dapat memengaruhi lingkungan rongga mulut dan respons tubuh terhadap penyakit periodontal. Stres juga menjadi faktor yang perlu diperhatikan karena pasien memiliki kebiasaan mengonsumsi alkohol ketika mengalami stres. Stres dapat memengaruhi respons imun dan proses penyembuhan jaringan periodontal.

Bukan hanya faktor perilaku dan kondisi lokal, kondisi sistemik seperti riwayat hipertensi turut memegang peran penting dalam keberhasilan terapi. Pasien memiliki riwayat tekanan darah tinggi tidak terkontrol. Hipertensi dapat berhubungan dengan gangguan mikrosirkulasi jaringan periodontal sehingga dapat memengaruhi proses inflamasi dan penyembuhan jaringan setelah terapi periodontal. Inflamasi periodontal juga dapat berhubungan dengan pelepasan mediator inflamasi yang berkontribusi terhadap disfungsi endotel dan perubahan tekanan darah. Kondisi hipertensi perlu diperhatikan dalam perawatan periodontal karena dapat meningkatkan risiko komplikasi berupa perdarahan gingiva pascaoperasi yang berkepanjangan, terutama pada kondisi hipertensi yang tidak terkontrol [(5)(6)].

Beragam faktor tersebut berpotensi memperburuk kondisi periodontal. Huang *et al.* (2024) melaporkan bahwa merokok, konsumsi alkohol, dan depresi berhubungan dengan peningkatan risiko penyakit periodontal. Kombinasi faktor tersebut dilaporkan dapat memberikan efek sinergis terhadap keparahan penyakit dan prognosis perawatan periodontal [(9).] Faktor sistemik dan perilaku pasien tidak berarti menjadi satu-satunya penyebab masih ditemukannya inflamasi setelah kuretase. Kondisi jaringan sebelum perawatan, keberadaan plak yang masih ditemukan, mikroorganisme periodontal, serta proses penyembuhan jaringan juga dapat memengaruhi hasil perawatan. Keberhasilan kuretase dipengaruhi oleh faktor lokal dan sistemik, termasuk plak dan kalkulus, mikroorganisme, trauma oklusi, nutrisi, hormon, usia, penyakit sistemik, stres, dan nikotin [(15).] Hasil evaluasi pasien perlu dipahami sebagai respons terhadap perawatan yang dipengaruhi oleh beberapa faktor secara bersamaan, bukan hanya berdasarkan keberhasilan tindakan kuretase.

Hasil kontrol menunjukkan bahwa perawatan pada pasien memberikan perbaikan klinis yang dapat dilihat dari tidak adanya keluhan perdarahan saat menyikat gigi, berkurangnya pembengkakan gingiva, serta berkurangnya kedalaman poket pada sisi *midfasial* dan *distolabial*. Poket 4 mm pada sisi *mesiolabial* dan BOP positif menunjukkan bahwa jaringan periodontal masih mengalami inflamasi dan membutuhkan pemantauan lebih lanjut. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa proses penyembuhan sudah berlangsung tetapi belum mencapai kondisi periodontal yang optimal.

Penyembuhan jaringan periodontal setelah tindakan kuretase berlangsung melalui beberapa fase yang saling tumpang tindih, yaitu hemostasis dan koagulasi, inflamasi, proliferasi, serta remodeling dan maturasi. Setelah terbentuk bekuan darah pada area luka, fase inflamasi berperan dalam membersihkan jaringan yang mengalami kerusakan, kemudian dilanjutkan dengan pembentukan jaringan granulasi, proliferasi fibroblas dan sel endotel,

deposisi kolagen, serta epitelisasi. Tahap selanjutnya berupa remodeling dan maturasi jaringan yang berperan dalam pematangan jaringan periodontal selama proses penyembuhan [(17)].

Perawatan periodontal pada pasien tidak berhenti setelah tindakan kuretase. Supportive periodontal therapy (SPT) diperlukan untuk mempertahankan hasil perawatan dan mengendalikan faktor-faktor yang dapat menyebabkan penyakit periodontal kembali berkembang. Kontrol plak yang baik, evaluasi periodontal secara berkala, serta pengendalian faktor risiko merupakan bagian penting dalam mempertahankan kesehatan periodontal[(18).] Pada pasien ini, edukasi mengenai peningkatan kebersihan rongga mulut, penghentian kebiasaan merokok, pengendalian konsumsi alkohol, serta pemantauan tekanan darah diperlukan untuk mendukung proses penyembuhan dan mempertahankan hasil perawatan periodontal.

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan laporan kasus ini, dapat disimpulkan bahwa kuretase gingiva merupakan terapi periodontal lanjutan yang efektif setelah terapi inisial pada pasien periodontitis dengan riwayat hipertensi serta faktor risiko perilaku berupa konsumsi alkohol, merokok, dan konsumsi kopi. Sebelum tindakan dilakukan, evaluasi kondisi sistemik, terutama tekanan darah, diperlukan untuk meminimalkan risiko komplikasi selama perawatan.

Evaluasi pascaperawatan menunjukkan adanya perbaikan kondisi klinis berupa berkurangnya pembengkakan gingiva dan tidak adanya perdarahan saat menyikat gigi. Namun, masih ditemukan poket periodontal 4 mm pada sisi *mesiolabial* dengan *bleeding on probing* (BOP) positif, sehingga pasien tetap memerlukan *supportive periodontal therapy* (SPT), kontrol plak yang baik, serta evaluasi berkala. Keberhasilan jangka panjang terapi periodontal dipengaruhi oleh kepatuhan pasien dalam menjaga kebersihan rongga mulut, menjalani kontrol rutin, serta mengendalikan faktor risiko, seperti menghentikan kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol, mengurangi konsumsi kopi berlebihan, serta menjaga tekanan darah tetap terkontrol.

DAFTAR REFERENSI

Arnov T, Melati Vs, Faradiza Am. Periodontal Surgery In Patients With Periodontitis Stage I Grade A. 2025;21(1):171–7.

Al T, Sugiharto K, Faizah A, Widodo Af. Perawatan Kuretase Gigi Insisivus Rahang Atas Dengan Malposisi : Laporan Kasus. 2025;13–20.

Arnawati Ia, Suryani D, Justin L, Elizar A, Sanjaya Ika, Bagus I, Et Al. Kesehatan Mulut Dan Resiko Penyakit Periodontal. 2024;5(4):782–7.

Brygitta Y, Dihin N. Penatalaksanaan Gingivitis Kronis Dengan Scaling Dan Root Planing : Laporan Kasus. 2026;6(1):36–41.

Cho Y Dan, Kim K Hwa, Lee Y Moo, Ku Y, Seol Y Jo, National S, Et Al. Periodontal Wound Healing And Tissue Regeneration : A Narrative Review Pharmaceuticals Healing And Tissue Regeneration : 2021;1–17.

Filliandari A, Anwaristi Ay, Surakarta Um, Kebangkitan J, No N, Surakarta K, Et Al. Kuretase Gingiva Untuk Manajemen Perawatan Pasien Periodontitis Kronis Localized Stage Ii Grade A Dengan Hipertensi Stage I. 2025;2.

Gandhi Uh, Benjamin A, Gajjar S, Hirani T, Desai K, Suhagia Bb, Et Al. Alcohol And Periodontal Disease : A Narrative Review Materials And Methods. 2024;16(6).

Hatimurni, Setiawati D, Annisa A. Management Of Chronic Periodontitis In Hypertensive Patients Penatalaksanaan Periodontitis Kronis Pada Pasien Hipertensi. 2024;64–7.

Harsas Na, Safira D, Aldilavita H, Yukiko I, Prabu M, Saadi Mt, Et Al. Curettage Treatment On Stage Iii And Iv Periodontitis Patients. 2021;6183:47–54.

Huang Yq, Xu Jn, Huang Y, Xu Yd, Wang Hl, Shi Wt, Et Al. Independent And Combined Effects Of Smoking , Drinking And Depression On Periodontal Disease. 2024;1–9.

Janardhana Amaranath B.J., Madhulika Banerjee, Neelam Das, Shruti Gupta, Lynn Johnson Km. Supportive Periodontal Therapy- A Review. 2022;8(2):92–104.

Kanmaz M, Kanmaz B, Buduneli N. Periodontal Treatment Outcomes In Smokers : A Narrative Review. 2021;1–8.

Leira Y, Cho H, Marletta D, Orlandi M, Diz P, Kumar N, Et Al. Complications And Treatment Errors In Periodontal Therapy In Medically Compromised Patients. 2022;(April):1–23.

Li Y, Hecht Ss. Carcinogenic Components Of Tobacco And Tobacco Smoke: A 2022 Update. 2022;(612).

Prihandini Wy, Faizah A. Perawatan Kuretase Gingiva Pada Gigi Kaninus Kanan Rahang Atas. 2022;5(1):1–6.

Putu L, Maryuni S, Syahriel D, Haryani Igad. I Nterdental Jurnal Kedokteran Gigi. 2023;19(1):55–61.

Utami Md, Arinawati Dy. Penanganan Pasien Hipertensi Dalam Praktik Kedokteran Gigi : Manajemen Pasien Hipertensi Dalam Praktik Gigi. 2025;24(2):385–94.

World Health Organization. Oral Health [Internet]. 2025. Available From: Https://Www.Who.Int/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Oral-Health?