



Panduan Praktik Klinis Ilmu Penyakit Mulut

Edisi ke-1

Kolegium Ilmu Penyakit Mulut Indonesia

Ikatan Spesialis Penyakit Mulut Indonesia

Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi Indonesia

Panduan Praktik Klinis Ilmu Penyakit Mulut Edisi ke-2

**Kolegium Ilmu Penyakit Mulut Indonesia
Ikatan Spesialis Penyakit Mulut Indonesia**



**Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi Indonesia
2022**

KATALOG DALAM TERBITAN

Panduan Praktis Klinis Ilmu Penyakit Mulut Edisi-2 Kolegium Ilmu Penyakit Mulut Indonesia Ikatan Spesialis Penyakit Mulut Indonesia

Penulis:

1. Prof. Dr. Diah Savitri Ernawati, drg., Sp.PM.(K)
2. Prof. Rahmi Amtha, drg., MDS, Sp.PM., Ph.D.
3. Dr. Endah Ayu Tri Wulandari, drg., Sp.PM.
4. Dr. Febrina Rahmayanti, drg., Sp.PM.(K)
5. Dr. Remita Adya Prasetyo, drg., Sp.PM.
6. Masita Mandasari, drg., Sp.PM., Ph.D.
7. Ade Puspa Sari, drg., Sp.PM.
8. Ambar Kusuma Astuti, drg., Sp.PM.
9. Anandina Irmagita, drg., Sp.PM.(K)
10. Andi Anggun Mauliana Putri, drg., Sp.PM.
11. Arhom Erwin Rachman Tayib, drg., Sp.PM.
12. Audiawati, drg., Sp.PM.
13. **Dwi Ariani, drg., Sp.PM.**
14. Erna Sung, drg., Sp.PM.
15. Erni Indrawati, drg., Sp.PM.
16. Erni Marlina, drg., Sp.PM.
17. Firstine Kelsi Hartanto, drg., M.ClinDent.
18. Hartono Ruslijanto, drg., Sp.PM.
19. Indah Suasani, drg., Sp.PM.
20. Indrayadi Gunardi, drg., Sp.PM.
21. Israyani, drg., Sp.PM.
22. Istiqamah Yusuf, drg., Sp.PM.
23. Marcia, drg., Sp.PM.
24. Nanan Nur'aeni Wahyuni, drg., Sp.PM.
25. Nur Asmi Usman, drg., Sp.PM.
26. Ratna Kumala Indrastiti, drg., Sp.PM.
27. Rochman Mujayanto, drg., Sp.PM.
28. Sarah Mersil, drg., Sp.PM.
29. Satrya Ayu Erawatie Prayudha, drg., MDSc., Sp.PM.
30. Sulistiyowati Budi Utami, drg., Sp.PM.
31. Titis Desiandrin, drg., Sp.PM.
32. Toni Masruri, drg., Sp.PM.
33. Vita Darmawati, drg., Sp.PM., M.Kes
34. Wahyuning Ratnawidya, drg., Sp.PM.
35. Yohana Alfa Agustina, drg., Sp.PM.
36. Yoli Sidharta Santoso, drg., Sp.PM.



Editor:

1. Prof. Rahmi Amtha, drg., MDS., Sp.PM., Ph.D.
Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Trisakti
2. Indrayadi Gunardi, drg., Sp.PM.
Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Trisakti
3. Dr. Remita Adya Prasetyo, drg., Sp. PM.
RSUD Dr. Soetomo, Surabaya
4. Dr. Armelia Sari Widyarman, drg., M.Biomed.
Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Trisakti
5. Ade Puspa Sari, drg., Sp.PM
RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang
6. **Dwi Ariani, drg., Sp.PM**
Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Prof. Dr. Moestopo (B)

UNDANG UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 19 TAHUN 2002 TENTANG HAK CIPTA

Pasal 2 Ayat (1)

Hak Cipta merupakan hak eksklusif bagi Pencipta atau Pemegang Hak Cipta untuk mengumumkan atau memperbanyak Ciptaannya, yang timbul secara otomatis setelah suatu ciptaan dilahirkan tanpa mengurangi pembatasan menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 72 Ayat (1)

Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).

Ayat (2)

Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Bahasa : Indonesia
ISBN : 978-602-70470-5-1
Jumlah Halaman : 465 halaman
Ukuran Buku : 19 cm x 26 cm

ISBN 978-602-70470-5-1



Cetakan Kedua, April 2022

Penerbit : Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi Indonesia

KATA PENGANTAR

KETUA IKATAN SPESIALIS PENYAKIT MULUT INDONESIA

Puji syukur yang sebesar-besarnya kepada Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya yang amat besar sehingga buku Panduan Praktik Klinis (PPK) Ilmu Penyakit Mulut dapat diselesaikan. Buku panduan ini berisikan kumpulan penyakit yang mempunyai tanda klinis atau manifestasi dalam rongga mulut. Tidak kurang dari 123 penyakit dibahas secara terstruktur mulai dari terminologi, definisi, anamnesis hingga tata laksana termasuk klasifikasi penyakit menurut ICD-10 (untuk diagnosis) dan ICD-9 (untuk prosedur tindakan) sebagai rujukan para teman sejawat Spesialis Penyakit Mulut saat melakukan pelayanan. Bidang Ilmu Penyakit Mulut merupakan salah satu bidang yang dapat menjadi perantara antara dunia Kedokteran gigi dan dunia Kedokteran. Sebagian besar kelainan/penyakit pada tubuh manusia dapat memberikan tanda/gejala klinis atau subjektif pada rongga mulut.

Ikatan Spesialis Penyakit Mulut Indonesia saat ini memiliki anggota kurang lebih 141 orang tersebar hampir di seluruh pelosok Indonesia. Keterlibatan anggota dalam institusi pendidikan, pusat pelayanan kesehatan dan struktural pemerintahan, menjadikan buku ini sangat penting artinya bagi seluruh anggota itu sendiri yang jumlahnya masih sangat minim jika dibandingkan jumlah rakyat Indonesia. Selain sebagai pusat rujukan kedalaman kompetensi profesi spesialis penyakit mulut, buku ini juga dapat dijadikan rujukan bagi sejawat dari berbagai disiplin ilmu kedokteran dan kedokteran gigi. Selain itu buku ini dapat menjadi pegangan teman-teman sejawat dalam melakukan tugasnya sehari-hari di bidang Ilmu Penyakit Mulut, baik yang bekerja di Institusi Pendidikan, Pusat Pelayanan Kesehatan maupun struktural di pemerintahan. Dengan semangat yang amat besar, anggota ISPMI yang berasal dari berbagai unsur bersama-sama membantu menyusun buku ini sehingga diharapkan sesuai dengan kondisi di lapangan dan kemajuan keilmuan.

Kami sadari kemungkinan buku ini masih jauh dari sempurna apalagi jika dilihat dari sisi kemajuan jaman seperti perubahan fisik, biologis dan teknologi maka sudah dapat diperkirakan diperlukan edisi-edisi selanjutnya untuk menyesuaikan dengan perubahan-perubahan tersebut. Namun melihat semangat yang besar dari seluruh anggota ISPMI dalam menyelesaikan buku ini, maka dapat dipastikan hal itu akan menjadi sesuatu yang tidak mustahil dan selalu ditunggu-tunggu.

Pada kesempatan ini, Saya ucapkan terima kasih kepada Dr. H.M. Hananto Seno, drg., Sp.BM.(K)., MM., sebagai Ketua Umum PB PDGI dan jajarannya yang telah

mendukung penerbitan dan memberikan izin agar buku panduan ini berada di bawah naungan organisasi besar tercinta kita Persatuan Dokter Gigi Indonesia. Selain itu kepada seluruh teman-teman tim penyusun serta editor buku ini, semangatnya menunjukkan rasa kepemilikan anda yang besar terhadap profesi dan organisasi kita. Semoga Allah membalas semua komitmen dan kerja keras teman-teman semuanya. Aamiin ya rabbal'aalamiin.

Jakarta, 1 April 2022

Prof. Rahmi Amtha, drg., MDS., Sp.PM., Ph.D.
Ketua Ikatan Spesialis Penyakit Mulut Indonesia
Periode 2017-2020



KATA PENGANTAR

KETUA KOLEGIUM

ILMU PENYAKIT MULUT INDONESIA

Assalamualaikum Wr.Wb.

Segala puji dan syukur kami panjatkan atas kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya atas terselesaikannya buku Panduan Praktik Klinis (PPK) Ilmu Penyakit Mulut.

Penyakit yang dibahas pada buku PPK ini antara lain adalah kondisi jaringan lunak mulut sehat dan varian normal, penyakit jaringan lunak mulut yang belum diketahui penyebabnya, lesi ulserasi dan vesikulobulosa terkait infeksi dan non-infeksi, lesi putih terkait infeksi dan non-infeksi, pembesaran jaringan lunak mulut, lesi prekanker dan kanker mulut, penyakit/kelainan kelenjar saliva, penyakit/kelainan spesifik kelenjar saliva, tumor jinak dan tumor ganas kelenjar saliva serta kasus penyakit mulut pada pasien kompromis medis dan kompromis imun. Dalam buku ini juga dijelaskan secara rinci mengenai definisi, anamnesis, gejala klinis/pemeriksaan, gambaran klinis, kriteria diagnosis, diagnosis kerja, diagnosis banding, pemeriksaan penunjang, terapi, edukasi dan prognosis terkait berbagai penyakit tersebut.

Dengan adanya informasi yang lengkap, diharapkan buku ini dapat menjadi referensi dan panduan bagi para dokter gigi spesialis penyakit mulut dalam menegakkan diagnosis hingga memberikan terapi yang tepat untuk pasien.

Sebagai penutup, Saya mengucapkan terima kasih kepada PB PDGI, Pengurus dan Anggota Kolegium Ilmu Penyakit Mulut Indonesia, serta Prof. Rahmi Amtha, drg., MDS., Sp.PM., Ph.D. selaku Ketua Ikatan Spesialis Penyakit Mulut Indonesia yang telah mendukung pembuatan buku ini. Tidak lupa pula Saya mengucapkan terima kasih kepada anggota tim penulis/penyusun/kontributor yang telah membantu dalam penyusunan buku ini sehingga buku ini dapat diselesaikan dengan baik dan dapat disebarluaskan untuk memberikan manfaat yang luas bagi pasien.

Wassalamualaikum Wr. Wb
Jakarta, 1 April 2022

Prof. Dr. Diah Savitri Ernawati, drg., M.Si., Sp.PM. (K)
Ketua Kolegium Ilmu Penyakit Mulut Indonesia
Periode 2017-2020

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR SINGKATAN	xii
1. <i>ACTINIC CHEILITIS</i>	1
2. <i>ANGINA BULOSA HEMORHAGIK</i>	5
3. <i>ANGIONEUROTIC EDEMA</i>	7
4. <i>ANGULAR CHEILITIS</i>	11
5. <i>ANKYLOGLOSSIA</i>	15
6. <i>APHTHOUS LIKE ULCER</i>	17
7. <i>ATYPICAL FACIAL PAIN</i>	21
8. <i>BELL'S PALSY</i>	25
9. <i>BURNING MOUTH SYNDROME</i>	29
10. <i>CANCERPHOBIA</i>	31
11. <i>CHEILITIS / EXFOLIATIVE CHEILITIS</i>	33
12. <i>CHEILITIS GLANDULARIS</i>	37
13. <i>CHEILOSI</i>	41
14. <i>CHEMICAL BURN</i>	43
15. <i>COATED TONGUE</i>	47
16. <i>CRENATED TONGUE</i>	51
17. <i>ERITROPLAKIA</i>	53
18. <i>ERYTHEMA MULTIFORME</i>	57
19. <i>EKSOSTOSIS</i>	61
20. <i>FIBROMA</i>	63
21. <i>FISSURED TONGUE</i>	65
22. <i>FIXED FOOD ERUPTION</i>	69
23. <i>FORDYCE'S SPOTS</i>	73
24. <i>GEOGRAPHIC TONGUE</i>	77
25. <i>GINGIVAL ENLARGEMENT</i>	81

26. GLOSSITIS TERKAIT KELAINAN SISTEMIK	89
27. <i>GLOSSOPHARYNGEAL NEURALGIA</i>	91
28. HAEMANGIOMA ORAL	95
29. <i>HAIRY TONGUE</i>	97
30. HALITOSIS	101
31. <i>HAND, FOOT, AND MOUTH DISEASE</i>	105
32. HEMIFASIAL HIPERTROFI	109
33. HERPANGINA	113
34. HERPES LABIALIS REKUREN	115
35. <i>HERPES ZOSTER</i>	117
36. INFEKSI VIRUS HERPES SIMPLEKS (HSV 1 DAN 2)	121
37. KANDIDIASIS ATROFIK KRONIK	125
38. KANDIDIASIS ERITEMATUS AKUT	129
39. KANDIDIASIS HIPERPLASIA KRONIK	133
40. KANDIDIASIS OROFARING	137
41. KANDIDIASIS PSEUDOMEMBRAN AKUT	141
42. KARSINOMA MUKOEPIDERMOID	145
43. KARSINOMA SEL SKUAMOSOSA ORAL	149
44. KISTA KELENJAR LIUR	153
45. LEUKOPLAKIA	155
46. <i>LICHENOID CONTACT REACTION ORAL</i>	159
47. <i>LICHEN PLANUS ORAL</i>	163
48. LIMFANGIOMA ORAL	169
49. <i>LINEAR GINGIVAL ERYTHEMA</i>	173
50. MAKROGLOSIA	175
51. MAKULA MELANOTIK	177
52. MANIFESTASI ORAL DARI <i>ACTINOMYCOSIS</i>	179
53. MANIFESTASI ORAL DARI AMILOIDOSIS	183
54. MANIFESTASI ORAL DARI COCCIDIOIDOMYCOSIS	187
55. MANIFESTASI ORAL DARI <i>CONDYLOMA ACUMINATA</i>	191

56. MANIFESTASI ORAL DARI <i>CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS</i>	193
57. MANIFESTASI ORAL DARI DERMATITIS HERPETIFORMIS	197
58. MANIFESTASI ORAL DARI EPIDERMOLISIS BULOSA	201
59. MANIFESTASI ORAL DARI <i>GONORRHEA</i>	203
60. MANIFESTASI ORAL DARI <i>GRAFT VERSUS HOST DISEASE</i>	207
61. MANIFESTASI ORAL DARI HISTOPLASMOSIS	211
62. MANIFESTASI ORAL DARI <i>IMMUNE THROMBOCYTOPENIC PURPURA</i>	215
63. MANIFESTASI ORAL DARI LEUKEMIA	219
64. MANIFESTASI ORAL DARI LUPUS ERITEMATOUS (DISKOID DAN SISTEMIK) ..	223
65. MANIFESTASI ORAL DARI MONONUKLEOSIS	227
66. MANIFESTASI ORAL DARI MORBUS HANSEN	231
67. MANIFESTASI ORAL DARI <i>MUCORMYCOSIS</i>	237
68. MANIFESTASI ORAL DARI NERVUS INTERMEDIUS NEURALGIA	241
69. MANIFESTASI ORAL DARI <i>PARANEOPLASTIC PEMPHIGUS</i>	245
70. MANIFESTASI ORAL DARI MONONUKLEOSIS	249
71. MANIFESTASI ORAL DARI PENYAKIT ADDISON	253
72. MANIFESTASI ORAL DARI PENYAKIT <i>CELIAC</i>	257
73. MANIFESTASI ORAL DARI PENYAKIT <i>CROHN</i>	261
74. MANIFESTASI ORAL DARI PENYAKIT <i>LINEAR IgA</i>	267
75. MANIFESTASI ORAL DARI <i>POST HERPETIC NEURALGIA</i>	271
76. MANIFESTASI ORAL DARI <i>REFERRED PAIN</i>	275
77. MANIFESTASI ORAL DARI <i>SARCOIDOSIS</i>	279
78. MANIFESTASI ORAL DARI SIFILIS	285
79. MANIFESTASI ORAL DARI SINDROMA <i>BEHÇET</i>	291
80. MANIFESTASI ORAL DARI SINDROMA PEUTZ – JEGHERS	295
81. MANIFESTASI ORAL DARI SINDROMA <i>PERIODIC FEVER, APHTHOUS STOMATITIS, PHARYNGITIS, ADENITIS (PFAPA)</i>	297
82. MANIFESTASI ORAL DARI SINDROMA SJOGREN	299
83. MANIFESTASI ORAL DARI SINDROMA STEVEN-JOHNSON	307
84. MANIFESTASI ORAL DARI TUBERKULOSIS	313

85. MANIFESTASI ORAL DARI WEGENER GRANULOMATOSIS	317
86. <i>MEDIAN RHOMBOID GLOSSITIS</i>	321
87. MELANOMA MALIGNA ORAL	325
88. MIKROGLOSIA	329
89. <i>CHEEK BITING / MORSICATIO BUCCARUM</i>	331
90. <i>MUCOUS MEMBRANE PEMPHIGOID</i>	335
91. MUKOSITIS TERKAIT RADIOTERAPI/KEMOTERAPI	339
92. <i>NECROTIZING SIALOMETAPLASIA</i>	343
93. <i>NECROTIZING ULCERATIVE STOMATITIS</i>	347
94. <i>ORAL HAIRY LEUKOPLAKIA</i>	351
95. <i>OROFACIAL GRANULOMATOSIS</i>	355
96. OSTEORADIONEKROSIS ORAL	359
97. PAPILOMA TERKAIT INFEKSI HPV (<i>ORAL WARTS</i>)	363
98. PAROTITIS/ <i>MUMPS</i>	365
99. PIGMENTASI FISIOLOGIS	369
100. PIGMENTASI ORAL TERKAIT LOGAM BERAT	373
101. PIGMENTASI ORAL TERKAIT OBAT-OBATAN	377
102. <i>PYOSTOMATITIS VEGETANS</i>	381
103. SARKOMA KAPOSİ ORAL	385
104. SIALADENITIS BAKTERIAL	389
105. <i>SIALOLITHIASIS</i>	393
106. <i>SIALORRHEA / PTYALISM</i>	397
107. <i>SMOKER'S MELANOSIS</i>	401
108. STOMATITIS AFTOSA REKUREN	403
109. STOMATITIS KONTAK / <i>FIXED DRUG ERUPTION</i>	409
110. STOMATITIS MEDIKAMENTOSA	417
111. STOMATITIS NIKOTINA	421
112. STOMATITIS UREMIK	423
113. SUBMUKOSIS FIBROSIS	427
114. <i>AMALGAM TATTOO</i>	431

115. TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISORDER	435
116. THERMAL BURN	439
117. TORUS MANDIBULARIS	441
118. TORUS PALATINUS	445
119. MANIFESTASI ORAL DARI TRIGEMINAL NEURALGIA	449
120. ULKUS TRAUMATIKUS KRONIK/ ULKUS EOSINOFILIK	453
121. SUBLINGUAL VARICES/ LINGUAL VARICOSITIES	457
122. WHITE SPONGE NEVUS	461
123. XEROSTOMIA/HIPOSALIVASI/ HIPOPTYALISM	465



DAFTAR SINGKATAN

<i>A2ML1</i>	<i>Alpha-2-Macroglobulin Like 1 antigen</i>
ACE inhibitor	<i>Angiotensin-converting enzyme inhibitor</i>
ACTH	<i>Adrenocorticotrophic hormone</i>
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ALL	<i>Acute Lymphoblastic Leukemia</i>
AML	<i>Acute Myelogenous Leukemia</i>
ANA	<i>Anti-Nuclear Antibody</i>
ANCA	<i>Anti Neutrophil Cytoplasmic Antibody</i>
ARV	<i>Anti Retroviral</i>
BAFF	<i>B cell activating factor</i>
BAL	<i>Brochoalveolar Lavage</i>
Benzydamine HCl	<i>Benzydamine hydrochloride</i>
bln	Bulan
BMS	<i>Burning Mouth Syndrome</i>
<i>BP230</i>	<i>Bullous Pemphigoid antigen 1</i>
BSA	<i>Body Surface Area</i>
<i>C. albicans</i>	<i>Candida albicans</i>
<i>C. posadasii</i>	<i>Coccidioides posadasii</i>
Ca	Carcinoma
<i>Candida sp.</i>	<i>Candida species</i>
CBCT	<i>Cone Beam Computed Tomography</i>
CD4	<i>Cluster of differentiation 4</i>
CD8	<i>Cluster of differentiation 8</i>
CLL	<i>Chronic Lymphocytic Leukemia</i>
cm	<i>centimeter</i>
CML	<i>Chronic Myeloid Leukemia</i>
CMV	<i>Cytomegalovirus</i>
CNS	<i>Central nervous system</i>
CO ₂	karbon dioksida
CrAg	<i>Cryptococcal antigen</i>
CT	<i>Computed Tomography</i>

CT scan	<i>Computed Tomography scan</i>
CV	<i>Coxsackie virus</i>
DIF	<i>Direct immunofluorescence</i>
DIGO	<i>Drug Induced Gingival Overgrowth</i>
dL	desi liter
DLE	<i>Discoïd Lupus Eritematosus</i>
DM	Diabetes melitus
DNA	<i>Deoxyribonucleic acid</i>
DPL	Darah Perifer Lengkap
DS DNA	<i>Double stranded Deoxyribonucleic Acid</i>
Dsg1	<i>Desmoglein 1</i>
Dsg3	<i>Desmoglein 3</i>
EBV	<i>Epstein Barr virus</i>
EKG	Elektrokardiogram
ELIZA	<i>Enzyme-linked immunosorbent assay</i>
EM	<i>Erythema multiforme</i>
Fe	<i>Ferrum</i>
FGF	<i>Fibroblast Growth Factor</i>
FNAB	<i>Fine Needle Aspiration Biopsy</i>
GFR	<i>Glomerulus Filtration Rate</i>
GIT diseases	<i>Gastrointestinal tract disease</i>
GvHD	<i>Graft versus Host Disease</i>
H&E	<i>Hematoxyline and eosine</i>
<i>H. capsulatum</i>	<i>Histoplasma capsulatum</i>
H ₂ O ₂	Hidrogen peroksida
HAEM	<i>Herpes Associated Erythema Multiforme</i>
HCl	<i>Hydrogen Chloride</i>
HE	<i>Hematoxylin and Eosin</i>
HFH	<i>Hemifacial hypertrophy</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HLA	<i>Human Leukocyte Antigen</i>
HPA	Histopatologi
HPV	<i>Human Papiloma Virus</i>

HSV	<i>Herpes Simplex Virus</i>
I.V.	Intra vena
ICAM-1	<i>Intercellular Adhesion Molecule 1</i>
ICD	<i>International Classification of Disease</i>
ICHD-3	<i>International Classification of Headache-3</i>
IFN	<i>Interferon</i>
IgA	<i>Immunoglobulin A</i>
IgE	<i>Immunoglobulin E</i>
IgG	<i>Immunoglobulin G</i>
IgM	<i>Immunoglobulin M</i>
IIF	<i>Indirect immunofluorescence</i>
IMS	Infeksi Menular Seksual
IPD	Ilmu Penyakit Dalam
ITP	<i>Immune Thrombocytopenic Purpura</i>
IU	<i>International Unit</i>
kD	kilo Dalton
kgBB	kilogram berat badan
KIE	Komunikasi Instruksi Edukasi
KOH	Kalium hidroksida
LAT	<i>Latex agglutination test</i>
LFA	<i>Lateral flow antigen</i>
<i>M. paratuberculosis</i>	<i>Mycobacterium paratuberculosis</i>
mg	miligram
min	<i>minutes</i>
mL	mililiter
mm	milimeter
MRG	<i>Median rhomboid glossitis</i>
MRI	<i>Magnetic Resonance Imaging</i>
mRNA	<i>messenger Ribonucleic Acid</i>
MSH	<i>Melanocyte stimulating hormone</i>
N. VII	<i>Nevus facialis</i>
Nd-YAG	<i>Neodymium-doped Yttrium Aluminium Garnet</i>
NHL	<i>Non-Hodgkin Lymphoma</i>

NSAID	<i>Non-Steroid Anti Inflammation Drugs</i>
NUG	<i>Necrotizing Ulcerative Gingivitis</i>
NUP	<i>Necrotizing Ulcerative Periodontitis</i>
NUS	<i>Necrotizing Ulcerative Stomatitis</i>
°C	<i>derajat Celcius</i>
ODHA	<i>Orang dengan HIV dan AIDS</i>
OH	<i>Oral Hygiene</i>
OLP	<i>Oral Lichen Planus</i>
OMS	<i>Oral mycological smear</i>
OR	<i>Odds ratio</i>
OSA	<i>Obstructive Sleep Apnea</i>
PAS	<i>Periodic acid-shiff</i>
PCA	<i>Polycyclic amine</i>
PCR	<i>Polymerase chain reaction</i>
PFAPA	<i>Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis Adenitis Syndrome</i>
PPK	<i>Panduan Praktis Klinis</i>
PV	<i>Pemfigus Vulgaris</i>
RAST	<i>Radio Allergo Sorbent Test</i>
RNA	<i>Ribonucleic acid</i>
SAPs	<i>Secreted Aspartyl Proteinases</i>
SAR	<i>Stomatitis Aftosa Rekuren</i>
SLE	<i>Systemic Lupus Eritematosus</i>
SLS	<i>Sodium lauryl sulfate</i>
Sp.B	<i>Spesialis Bedah</i>
Sp.BM	<i>Spesialis Bedah Mulut</i>
Sp.KK	<i>Spesialis Kulit dan Kelamin</i>
Sp.PD	<i>Spesialis Penyakit Dalam</i>
Sp.PD (KAI)	<i>Spesialis Penyakit Dalam Alergi-Imunologi Klinik</i>
SS	<i>Sjögren Syndrome</i>
TB	<i>Tuberkulosis</i>
TBC	<i>Tuberculosis</i>
TCI	<i>Tongue coating index</i>

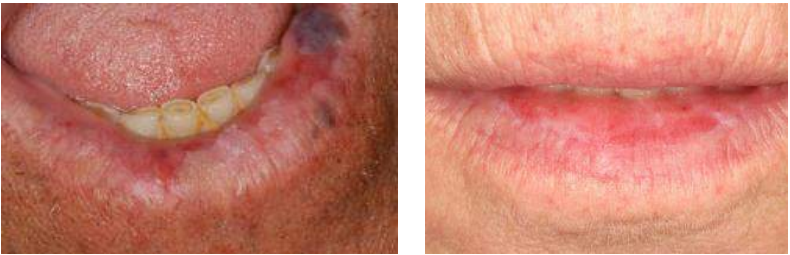
TCR	<i>Tongue coating record</i>
TEN	<i>Toxic Epidermal Necrolysis</i>
th	tahun
TKTP	Tinggi kalori tinggi protein
TLR	<i>Toll like receptor</i>
TMJ	<i>Temporomandibular Joint</i>
TNF	<i>Tumor Necrosis Factor</i>
TNF- α	<i>Tumor Nekrosis Factor-Alpha</i>
TNM	<i>Tumor Node Metastasis</i>
TP 53	<i>Tumor supressor 53</i>
TPHA	<i>Treponema Pallidum Haemagglutination Assay</i>
TUGSE	<i>Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia</i>
U/mL	Unit per mililiter
μ L	microlitre
USG	Ultrasonografi
UV	Ultra violet
VAS	<i>Visual Analogue Scale</i>
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>





**PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATALAKSANA KASUS
ILMU PENYAKIT MULUT
2020**

ACTINIC CHEILITIS / ACTINIC KERATOSIS / SOLAR CHEILITIS		0001/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Lesi pada bibir yang umumnya disebabkan oleh paparan kronis sinar matahari. Lesi ini merupakan kondisi OPMD (oral <i>potential malignant disorder</i>). Nama lainnya <i>solar cheilitis</i> atau <i>cheilosis</i>, <i>actinic keratosis</i>	
2. Anamnesis	- Bibir terasa kering, pecah-pecah dan menebal, sering terjadi pada bibir bawah. - Ada rasa nyeri dan/atau sensitif - Ada riwayat terkait dengan faktor predisposisi dan risiko yaitu paparan kronik sinar matahari. - Riwayat <i>actinic cheilitis</i> sebelumnya. - Riwayat <i>xeroderma pigmentosum</i> atau penyakit immunosupresi yang memanjang - Riwayat merokok.	
3. Gejala Klinis	- Lebih 90% kasus terjadi pada <i>vermillion border</i> bibir bawah - Bibir tampak kering, terkelupas, rapuh (<i>fragile</i>), pecah-pecah - Tampak lesi krusta, erosi atau ulser - Dapat terbentuk papul dan menebal - Area lesi berwarna putih atau kuning - Batas lesi tidak jelas pada <i>vermillion border</i> - Jarang terjadi bengkak dan tidak tampak eritema - Derajat <i>atypia</i> sitologi bergantung pada perubahan gambaran dari permukaan erosi, ulserasi dan inflamasi. - Ada rasa nyeri dan /atau sensitif - Lesi awal tampak pucat, area halus, dan/atau fisur kering lalu perlahan berubah ke bentuk kasar, area terkelupas atau papul keratotik dan ulser - Lesi juga dapat menyerupai leukoplakia atau eritroleukoplakia	

4. Gambaran Klinis	 <i>Actinic cheilitis</i> pada area vermillion bibir bawah
5. Patofisiologi	- Radiasi dari sinar ultraviolet B (UVB) menginduksi kerusakan DNA sehingga menyebabkan perubahan morfologi dari keratinosit. - Radiasi UVB menyebabkan mutasi pada beberapa gen yang mengatur proliferasi sel. - UVB dapat menyebabkan mutasi gen tumor <i>suppresor</i> TP53 dan mutasi gen lainnya meningkatkan risiko berkembang menjadi keganasan. - Adanya perubahan imunologi, ekspresi adhesi molekul dan inhibisi dari fungsi sel antigen yang menyebabkan penurunan secara signifikan respon imun. - Kondisi ini ireversibel, berpotensi menjadi keganasan Etiologi dan faktor predisposisi: - Riwayat paparan sinar matahari yang kronis (jangka waktu panjang) - Infeksi Beta HPV dan perubahan imunitas lokal terkait paparan sinar UV - Lesi akan lebih meluas dan agresif bila ada gangguan fotosensitif genetik seperti penyakit <i>xeroderma pigmentosum</i> atau penyakit imunosupresi yang memanjang Kelompok risiko: - Dapat terjadi pada pasien dengan pekerjaan petani atau bekerja di luar ruangan, kegiatan rekreasi seperti berlayar atau bermain golf - Perokok memiliki risiko besar lesi tersebut berkembang menjadi ganas - Konsumsi alkohol - Sering terjadi pada usia pertengahan - Pada individu berkulit terang
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis 3. Memenuhi kriteria pemeriksaan penunjang

7. Diagnosis Kerja	<i>Actinic cheilitis / actinic keratosis / solar cheilitis</i>
8. ICD-10	L 57.0 <i>Actinic keratosis</i>
9. Diagnosis Banding	- Cheilitis <i>exfoliative</i> - Cheilitis glandularis - Karsinoma sel skuamosa - Leukoplakia - Eritroleukoplakia
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan histopatologi
11. Tata Laksana	- Rujukan medik ke dokter spesialis bedah onkologi bila lesi menunjukkan adanya displasia. - Rujukan medik ke dokter spesialis kulit dan kelamin untuk terapi lesi di bibir. - Aplikasi topikal tabir surya untuk pencegahan lesi bertambah parah.
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i>
14. Prognosis	Sedang Mayoritas lesi akan regresi: - 50% lebih lesi tidak muncul kembali setelah 1 tahun terapi - 70% lesi tidak muncul kembali setelah 5 tahun terapi
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang
16. Daftar Pustaka	Farah CS, et al. 2019. Contemporary Oral Medicine. A Comprehensive Approach to Clinical Practice. Australia: Springer.





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

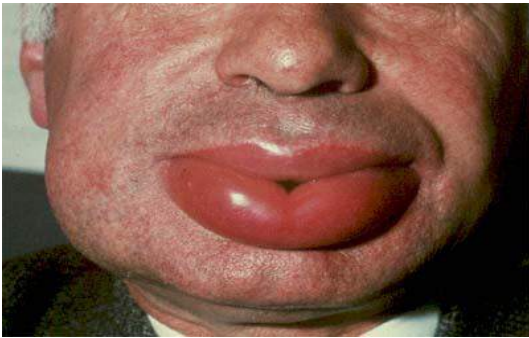
ANGINA BULOSA HEMORRHAGIK		0002/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Kelainan genetik autosomal dominan atau resesif yang ditandai dengan lesi bulosa, berwarna merah kehitaman, berisi darah	
2. Anamnesis	- Usia 50 – 60 tahun - Pasien mengeluhkan adanya benjolan lunak berwarna merah kehitaman di mukosa mulut, tidak sakit, namun dapat disertai ketidaknyamanan - Penyebab tidak diketahui - Sembuh dalam beberapa minggu	
3. Gejala Klinis	Bulosa, berwarna merah kehitaman, berisi darah, paling sering di palatum mole, dapat juga di bukal dan lidah, jumlah soliter/multipel. Pada pemeriksaan histopatologik tampak blister sub-epitel disertai sel-sel inflamasi	
4. Gambaran Klinis	 	
5. Patofisiologi	- Etiologi: belum diketahui - Faktor predisposisi: kelainan genetik autosomal dominan atau resesif, pemakaian steroid inhaler jangka panjang, DM	
6. Kriteria diagnosis	Bulosa, berwarna merah kehitaman, berisi darah, paling sering di palatum mole, dapat di bukal dan lidah, jumlah soliter/multipel, tidak sakit.	
7. Diagnosis Kerja	<i>Angina Bulosa Hemoragik</i>	
8. ICD-10	S00.522 <i>Blister non-thermal of oral cavity</i>	

9. Diagnosis Banding	- <i>Mucous membrane pemfigoid</i> - <i>Immune thrombocytopenic purpura</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan darah rutin untuk melihat kadar trombosit - Pemeriksaan histopatologi
11. Tata Laksana	- Medikasi 1. Obat kumur anestetikum sebelum makan 2. Obat kumur antiseptik setelah makan 3. <i>Corticosteroid Short Acting</i> - Bekerjasama dengan dokter spesialis yang terkait atau yang berkompetensi di bidang penyakit tersebut.
12. KIE	1. Menjelaskan mengenai penyakit yang diderita pasien beserta diagnosisnya 2. Menjelaskan kemungkinan faktor pemicu dari kondisi keluhan utama pasien yang ada di rongga mulut 3. Menjelaskan berbagai kemungkinan yang memperberat keluhan pasien 4. Edukasi mengenai higiene oral
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 27.2 <i>Diagnostic procedure</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Hilangnya keluhan subyektif dan perbaikan kondisi klinis
16. Daftar Pustaka	1. Michael AO, Lewis Richard CK. 2012. Jordan, Oral Medicine: A Colour Handbook 2nd Ed. Manson Publishing Ltd. 2. Laskaris. 1994. Colour Atlas of Oral Disease. Thieme. New York. 3. Rai S, Kaur M, Goel S. 2012. Angina Bullosa Hemorrhagica: Report of Two Cases. Indian J Dermatol. Nov-Dec; 57(6).pp. 503.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

ANGIONEUROTIC EDEMA		003/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Edema yang melibatkan jaringan ikat submukosa dan subkutan yang bertahan hingga 12 jam dan dapat kambuh. Terdapat dua tipe, <i>herediter</i> dan <i>acquired</i> angioedema. Nama lain: angioedema	
2. Anamnesis	- Terjadi baik pada wanita maupun laki-laki. Paling banyak pada usia anak dan usia pubertas. - Keluhan berupa bengkak pada bibir, wajah dan kadang lidah. Terdapat rasa gatal, nyeri, sensasi seperti tertusuk-tusuk jarum atau tidak nyaman pada daerah yang bengkak. - Lesi muncul setelah kontak dengan alergen (makanan, obat <i>ACE inhibitor</i> & <i>NSAID</i>, lateks), gigitan serangga / sengatan lebah - Onset kejadian, angioedema akut bila terjadi < 1 jam dan reaksinya akan melambat dalam beberapa jam sampai 1-2 hari - Riwayat mengalami angioedema sebelumnya, untuk mengetahui adanya angioedema rekuren - Riwayat penyakit sebelumnya, misalnya <i>autoimun</i> - Riwayat keluarga	
3. Gejala Klinis	- Terdapat pembengkakan yang halus, licin, asimetris, difus dan edematous pada bibir, dasar mulut yang bisa menjalar ke area laring sehingga menyebabkan penyumbatan pernapasan - Gejala penyerta misalnya urtikaria, konjungtivitis, rinitis, suara serak, tenggorokan seperti tercekik, sulit menelan, mual, muntah, pembesaran perut (asites), nyeri perut	

4. Gambaran Klinis	
5. Patofisiologi	Kelainan ini dipicu oleh karena reaksi alergi tipe I, terutama <i>true food allergy</i> yang dikonsumsi.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis
7. Diagnosis Kerja	Angioedema, <i>Angioneurotic edema</i> , <i>Quincke's edema</i> , dan <i>Giant urticaria</i>
8. ICD-10	T78.3 <i>Acquired Angioneurotic Oedema</i> D84.1 <i>Hereditary Angioneurotic Oedema</i>
9. Diagnosis Banding	- Selulitis - Cheilitis granulomatosa - Cheilitis glandularis
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan Darah Lengkap - Pemeriksaan Alergi (<i>Skin Prick Test</i>) - Pemeriksaan IgE total & IgE spesifik - <i>Radio Allergo Sorbent Test</i> (RAST)
11. Tata Laksana	Terapi farmakologis : - Pemberian obat antihistamin - Pemberian kortikosteroid sistemik, jika ada kasus penurunan fungsi pernapasan, urtikaria - Pada kasus yang berat, diberikan epinefrin 1:1000 sebanyak 0,5 ml <i>intramuscular</i> dan dapat diulang setiap 10 menit hingga menunjukkan perbaikan. Terapi non farmakologis - Menghentikan agen penyebab - Pada kasus kegawatdaruratan, diberikan oksigen, pasien diposisikan kaki lebih tinggi daripada jantung, membebaskan jalan nafas, pemberian cairan intravena dan dapat rujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap

12. KIE	1. Penjelasan tentang penyakit dan penyebabnya 2. Hindari faktor pencetus 3. Menjalankan terapi sesuai tatalaksana 4. Segera mencari pertolongan apabila kondisi makin parah/memburuk
13. ICD-9	89.31 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i>
14. Prognosis	- Baik jika teratasi segera - Buruk jika berlanjut kearah yang mengancam nyawa
15. Keberhasilan Perawatan	Pembengkakan berkurang, gejala gatal dan atau sakit hilang
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine,, 12th ed.</i> People Medical Publishing, Philadelphia (USA) 2. Ghom A, Mhaske S. 2009. Textbook of Oral Pathology. Jaypee Brother Medical Publishing, New Delhi, pp.181-182 3. Philip BA, Olutayo CA. 2009. <i>ACE-I induced angioedema: a case report and review of literature.</i> http://doi.org/10.4076/1757-1626-2-7181 4. Guo C, Settipane RA. 2016. <i>Clinical presentation, pathophysiology, diagnosis, and treatment of acquired and hereditary angioedema: Exploring state-of-the-art therapies in RI.</i> Rhode Island Medical Journal. 5. Marx J, Hockberger R, Walls R. 2009. <i>Rosen's Emergency Medicine</i>, 7th ed. Mosby. 6. Kaplan AP. 2008. Angioedema. WAO Journal. 103-113





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

ANGULAR CHEILITIS / ANGULAR STOMATITIS / PERLECHE / CHEILODYNIA

0004/PPK IPM/1/2020

1. Pengertian (Definisi)	Kondisi peradangan berupa eritema, erosi, retakan atau belahan (fisura), yang melibatkan satu atau kedua sudut mulut. Nama lain: <i>angular stomatitis, perleche, cheilodysnia</i>
2. Anamnesis	Rasa sakit terbakar atau terdapat luka pada sudut mulut, sehingga sulit membuka mulut.
3. Gejala Klinis	Terdapat <i>fissure</i> atau ulserasi, atau pecah-pecah/ <i>cracking</i> pada sudut mulut dapat dikelilingi oleh area kemerahan atau disertai depigmentasi atau deskuamasi epitel.
4. Gambaran Klinis	
5. Patofisiologi	Penyebabnya adalah multifaktor dari: infeksi <i>Candida albicans</i>, defisiensi B12 dan zat besi, penurunan dimensi vertikal, kondisi atopi, trauma mekanis, usia lanjut yang mengalami hipotonus, diabetes mellitus, anak berkebutuhan khusus, medikasi yang menyebabkan kulit kering dan atau xerostomia. Terdapat 4 patogenesis: - Trauma (contoh karena sering menjilat bibir), hal ini menyebabkan iritasi pada mukosa maka flora normal kulit berpotensi dapat menyebabkan infeksi. Jika trauma paska tindakan kedokteran gigi maka menyebabkan laserasi epitel sudut mulut dan terjadi peradangan.

	- Defisiensi B12 sebagai faktor <i>intrinsic</i> pematangan eritrosit menyebabkan anemia yang dapat menurunkan integritas epitel mukosa mulut sehingga mudah terjadi ulserasi. - Faktor mekanik seperti penurunan dimensi vertikal pada pengguna gigi tiruan yang tidak adekuat akan menyebabkan mudahnya terjadi pengumpulan saliva pada area sudut mulut. Hal ini mengakibatkan lingkungan menjadi ideal untuk infeksi oportunistik, seperti jamur dan atau bakteri. Sehingga memudahkan terjadinya maserasi dan laserasi. - Defisiensi imunitas.
6. Kriteria diagnosis	Lesi <i>fissura</i> , <i>ulserasi</i> , krusta, dengan tepi <i>eritema</i> pada sudut mulut bilateral/unilateral.
7. Diagnosis Kerja	<i>Angular Cheilitis / Angular stomatitis / Perleche / Cheilodynia</i>
8. ICD-10	K 13.0 (<i>Diseases of lips</i>)
9. Diagnosis Banding	Herpes labialis
10. Pemeriksaan Penunjang	- Uji <i>mycological smear</i>, dengan KOH 10%/PAS/kultur bila ada kecurigaan infeksi candida. - Pada pasien yang tidak memberikan respon baik pada perawatan standar, dapat dilakukan pemeriksaan hematologi.
11. Tata Laksana	- Hilangkan faktor etiologi/predisposisi: Perbaikan gigi tiruan (koreksi dimensi vertikal), perawatan mulut kering, koreksi defisiensi nutrisi, meningkatkan <i>oral hygiene</i>. - Medikasi: 1. Pada kasus idiopatik: aplikasi krim pelembab bibir seperti vaselin atau <i>petrolleum jelly</i> (1-2x/hari), multivitamin p.o 1x/hari. 2. Pada kasus disebabkan kombinasi infeksi jamur dan bakteri : kombinasi mupirocin atau <i>fusidic acid</i>, atau antifungal dan antibakteri topikal <i>miconazole</i> 2%, cara pakai dengan aplikasi pada sudut mulut selama 10 hari (2-3x/hari) 3. Antiseptik: kumur klorheksidin glukonat 0.2%.
12. KIE	Meningkatkan <i>oral hygiene</i> , menghentikan kebiasaan buruk

	menjilat bibir, minum multivitamin, perbanyak makan sayur dan buah.
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i> 93.57 <i>Application of Other Wound Dressing</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Perbaikan klinis dan nyeri berkurang hingga hilang.
16. Daftar Pustaka	1. Cawson RA and Odell EW. 2002. Cawson's Essential of oral Pathology and oral Medicine, 7th Ed, Churchill Livingstone, Edinburg. 2. Ghom et al. 2014. Text book of Oral Medicine, 3 rd ed. New Delhi: JaypeeBrothers Medical Publishers. 3. Glick M & Ship JA. 2015. Burket's Oral Medicine, 12th edn, BC Decker, Hamilton. 4. Gandolfo S, Scully C, Carrozzo M. 2006. Oral Medicine 2nd ed. London: Elseiver Ltd. 5. Scully C. 2013. Oral and Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment, Third ed, Churchill Livingstone Elsevier, London.





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

ANKYLOGLOSSIA / TONGUE TIE / LINGUAL FRENATA / ADHERENT TONGUE		0005/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Anomali kongenital yang ditandai dengan terjadinya perlekatan frenulum yang pendek pada ventral lidah, sehingga membuat pergerakan lidah terbatas Nama lain: <i>Tongue tie, Lingual frenata, Adherent tongue.</i>	
2. Anamnesis	Kesulitan dalam berbicara beberapa huruf seperti t, d, z, s, th, r atau tidak dapat menjulurkan lidah, dan kesulitan menyusu pada anak bayi.	
3. Gejala Klinis	- Frenulum lingualis pendek, - Terdapat keterbatasan mobilitas lidah, - Lidah tidak bisa menyentuh langit-langit sehingga terjadi kesulitan bicara, menelan, menyusu (pada anak bayi), dan sulit untuk menjaga kebersihan rongga mulut.	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	<i>Developmental anomaly</i> pada masa fusi lidah periode pre natal dan faktor genetik yang berkaitan dengan <i>X linked cleft palate syndrome</i> , sebuah mutasi gen TBX22.	
6. Kriteria Diagnosis	Sesuai dengan gambaran klinis. Kriteria ankyloglossia: 1. Frenulum normal: 16 mm 2. Klas 1 (<i>Mild Ankyloglossia</i>) = 12-16 mm 3. Klas 2 (<i>Moderate Ankyloglossia</i>) = 8-11 mm	

	4. Klas 3 (<i>Severe Ankyloglossia</i>) = 3-7 mm 5. Klas 4 (<i>Complete Ankyloglossia</i>) = < 3 mm
7. Diagnosis Kerja	<i>Ankyloglossia, Tongue tie, Lingual frenata, Adherent tongue</i>
8. ICD-10	Q 38.1 <i>Ankyloglosia</i>
9. Diagnosis Banding	Microglosia
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak memerlukan pemeriksaan penunjang
11. Tata Laksana	- Terapi wicara (jika perlu). - Frenektomi jika mengganggu pola makan, berbicara dan menyusu.
12. KIE	1. Edukasi pada orang tua dan anak bahwa bukan suatu kondisi yang berbahaya dan tidak menular. 2. Instruksi menjaga <i>oral hygiene</i> .
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i> 25.92 <i>Lingual frenectomy</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Baik jika tidak terdapat komplikasi pembedahan.
16. Daftar Pustaka	1. Scully, Crispian, Flint, Stephen R, Bagan, Jose V, Porter, Stephen R, Moos, Khursheed F. 2010. Oral and Maxilofacial Disease 4 th edn. Informa. UK. 2. Ghom AG. 2002. Textbook of Oral Medicine 2 edn. Jaypee Brothers Medical Publisher (P)LTD. New Delhi. 3. Messner AH1, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2000 Jan;126(1):36-9. 4. Saeid M, et al. 2009. Familial Ankyloglossia (Tongue-tie): A Case Report. Acta Medica Iranica, Vol. 48, No. 2 (2010). 5. Sadler TW. 2012. Langman's Medical embryology 12th Ed, Lippincot Williams&Walkin, New Delhi.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

APHTHOUS LIKE ULCER		0006/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Ulser kambuhan di rongga mulut yang dilatar belakangi oleh penyakit sistemik.	
2. Anamnesis	Sariawan pada rongga mulut, terjadi pada rentang usia 25-50 tahun. Memiliki kelainan sistemik atau riwayat kelainan sistemik.	
3. Gejala Klinis	Ulser pada rongga mulut, tepi membulat atau ireguler, dengan atau tanpa peninggian margin lesi, tidak terdapat indurasi, sakit, batas jelas, berwarna putih kekuningan hingga kemerahan.	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	- Perjalanan penyakit ini dimulai dengan rasa nyeri antara 24-48 jam pada lokasi, pada periode ini akan timbul makula kemerahan. Dalam waktu beberapa jam, sebuah papula putih terbentuk kemudian mengalami ulserasi dan membesar dalam waktu 48-72 jam berikutnya. - Tidak seperti SAR klasik yang menurun dengan bertambahnya usia dan tanpa demam, tidak berhubungan dengan tampilan dari tampilan klasik SAR. - Muncul setelah usia remaja. - Episode kurang lebih 2 minggu. - Disebabkan karena adanya disfungsi <i>innate immune</i> primer terkait mutasi protein yang memodulasi inflamasi dan apoptosis.	

6. Kriteria Diagnosis	Ulser berulang (rekuren), dengan latar belakang penyakit sistemik seperti: 1. <i>Intestinal disease: Inflammatory bowel disease/IBD (Crohn's disease, Ulcerative Colitis)</i>, dan <i>Celiac disease</i> (lihat PPK terkait) 2. <i>Behcet's syndrome</i> (disertai uveitis, lesi ulser genital) 3. Infeksi HIV (<i>major aphthae</i>) 4. <i>Cyclic neutropenia</i> (disertai demam, malaise, pembesaran <i>lymph node</i>) 5. Anemia (defisiensi Fe, asam folat dan Vitamin B12) 6. Leukemia 7. <i>Autoimmune disease (Systemic lupus erythematosus)</i> 8. Hipertiroid 9. Gagal Ginjal Kronis 10. Reaksi hipersensitifitas (misalnya alergi silika) 11. <i>Oral graft versus host disease</i>
7. Diagnosis Kerja	<i>Aphthous Like Ulcer</i>
8. ICD-10	K12.1 <i>Other forms of stomatitis</i>
9. Diagnosis Banding	Stomatitis aftosa rekuren
10. Pemeriksaan Penunjang	Darah lengkap, endoskopi, tes autoimun (pemeriksaan penunjang sesuai penyakit sistemik yang mendasarinya, baik sudah diketahui atau diduga).
11. Tata Laksana	- Konsultasi/rawat bersama dengan spesialis penyakit dalam untuk penyakit sistemik, - Antiinflamasi: topikal dan oral kortikosteroid, <i>topical hyaluronic acid</i>, - Antiseptik: <i>Topical antiseptic (Chlorhexidine gluconate 0.12%, Benzydamine HCl, Chlorine Dioxide, PVP-I, essential oil)</i>.
12. KIE	1. Mengendalikan penyakit sistemik penyerta 2. Menjaga kebersihan rongga mulut 3. Menjaga pola makan dan stres.
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i> 86.28 <i>Nonexcisional debridement of wound, infection or burn</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>

14. Prognosis	Sedang, tergantung dari kondisi sistemik
15. Keberhasilan Perawatan	Perbaikan klinis, penurunan tingkat rekurensi, penyakit sistemik terkontrol.
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. Burket's Oral Medicine.12th Ed . Philadelphia : People Medical Publishing 2. Langlais PR, Miller SC, Gehrig JS. 2013. Atlas Berwarna Lesi Mulut Yang Sering Ditemukan (4th ed.). Jakarta: EGC. 3. Laskaris G. 2013. Color Atlas of Oral Diseases in Children and Adolescents. 4. Scully C. 2013. Oral and Maxillofacial Medicine - The Basis of Diagnosis And Treatment 3rd ed. Edinburg : Elseiver







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

ATYPICAL FACIAL PAIN/ATYPICAL ODONTALGIA		0007/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	- Menurut <i>International Headache Society</i>, <i>atypical facial pain</i> didefinisikan sebagai rasa sakit di daerah fasial yang tidak memenuhi kriteria lainnya. Diagnosis didapat apabila sudah menyingkirkan penyakit/penyebab organik lainnya. - <i>Atipikal odontalgia</i> adalah rasa sakit dan hipersensitif gigi yang tidak dapat diidentifikasi penyebabnya.	
2. Anamnesis	- Cukup sering terjadi, 1-2% dalam populasi - Perempuan > Laki-laki (70%), usia 30 – 50 tahun - Rasa sakit terutama pada daerah rahang atas - Lokasi sakit tidak terkait dengan distribusi anatomi inervasi saraf trigeminal - Rasa sakit tidak spesifik tempatnya, sering menyeberang <i>midline</i> wajah atau berpindah ke tempat lain atau bilateral - Karakteristik nyeri yang dikeluhkan adalah sakit tumpul, dalam, sering berulang, terbakar, dan kronis - Rasa sakit dapat berlangsung secara terus-menerus sepanjang hari, namun tidak membangunkan penderita dari tidur - Sering disertai dengan berbagai keluhan oral dan/atau keluhan terkait psikogenik seperti mulut terasa kering, gangguan pengecapan, sakit kepala, <i>chronic back pain</i>, <i>Irritable Bowel-Syndrome</i>, dismenorhea - Umumnya pasien sudah menjalani multipel konsultasi dan perawatan. Sakit kronis seringkali membuat pasien menjalani perawatan gigi, namun tidak membantu atau justru memperburuk kondisi - Pasien sudah menggunakan berbagai macam obat untuk meredakan rasa sakit termasuk <i>analgesic</i>, tanpa perbaikan - Pada <i>atypical odontalgia</i>, rasa sakit menyerupai pulpitis	

	atau periodontitis - Seringkali disertai perubahan perilaku, kecemasan, atau depresi
3. Gejala Klinis	- Secara klinis tidak ditemukan eritema, sensitivitas terhadap sakit, atau pembengkakan pada area yang dikeluhkan - Tidak ditemukan penyebab odontogenik atau lokal yang nyata - Tidak ada bukti fisik atau tanda neurologikal secara obyektif - Hasil pemeriksaan radiologi/<i>imaging</i> lainnya semuanya dalam batas normal - Hasil pemeriksaan darah semuanya dalam batas normal
4. Gambaran Klinis	Secara obyektif tidak tampak kelainan klinis
5. Patofisiologi	- Etiologi: Belum diketahui secara pasti. Diduga meningkatnya aktivitas serebral, yakni meningkatnya mekanisme kewaspadaan terhadap respon stimulus peripheral, yang lebih lanjut dapat menyebabkan terpasnya <i>neuropeptides</i> dan terbentuknya radikal bebas sehingga menyebabkan kerusakan sel, serta terlepasnya prostaglandin - Faktor predisposisi: rasa stress yang berlebihan, <i>cancerphobia</i>, hipokondriasis, depresi, psikosis
6. Kriteria Diagnosis	Memenuhi kriteria anamnesis tanpa ditemukan kelainan klinis saat pemeriksaan fisik
7. Diagnosis Kerja	<i>Atypical facial pain/Atypical odontalgia</i>
8. ICD-10	G50.1 <i>Atypical facial pain</i>
9. Diagnosis Banding	Trigeminal neuralgia, <i>Post Herpetic Neuralgia</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	CT Scan, MRI, Panoramik
11. Tata Laksana	- Farmakologi: Obat-obatan antidepresi: <i>Amitrptylene, Clonazepam, Dosulepin, Doxepin, Fluoxetine, Gabapentin, Nortryptiline, Trazodone</i> - Non-farmakologi: Konsultasi ke Spesialis Saraf, Psikiatri

12. KIE	1. Menjelaskan mengenai penyakit yang diderita pasien beserta diagnosisnya 2. Menjelaskan kemungkinan faktor pemicu dari kondisi keluhan utama pasien yang ada di rongga mulut 3. Menjelaskan berbagai kemungkinan yang memperberat keluhan pasien 4. Edukasi mengenai <i>oral hygiene</i>
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Keluhan subyektif (rasa nyeri) berkurang (terkendali) setelah mengkonsumsi obat atau berkonsultasi dengan spesialis lain
16. Daftar Pustaka	Scully. 2008. Oral Maxillofacial Medicine. The Basis of Diagnosis and Treatment. 2 nd ed.. Elsevier. London. Hal: 159 - 162







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

BELL'S PALSY		0008/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Merupakan paralisis akut saraf motorik bawah (<i>palsy</i>) pada wajah, yaitu kelumpuhan akut pada nervus fasialis perifer yang tidak diketahui penyebabnya, dapat unilateral maupun bilateral.	
2. Anamnesis	- Dapat diawali dengan perubahan di mulut saat bangun tidur, gosok gigi, berkumur, minum atau berbicara. Kemudian diikuti asimetri wajah dan gangguan menutup mata dengan sempurna. - Biasanya disertai gugup, kelelahan, mati rasa pada wajah maupun lidah, mata dan mulut terasa kering, gangguan pengecapan dan pendengaran. - Dapat mengalami nyeri disekitar telinga atau rahang yang dapat dialami 24-48 jam sebelum timbulnya kelumpuhan akut. - Kelumpuhan akut terjadi dalam beberapa jam maksimal 48 jam.	
3. Gejala Klinis	- Paralisis unilateral pada wajah bagian atas dan bawah - Pengelihan berkurang dan tidak ada air mata - <i>Bell's phenomenon</i> (saat menutup mata maka bola mata tampak berputar ke atas) - Tidak dapat bersiul atau meniup, apabila berkumur atau minum maka air keluar melalui sisi mulut yang lumpuh. - Hilangnya pengecapan pada 2/3 anterior lidah dan salivasi pada sisi yang mengalami paralisis.	

4. Gambaran Klinis	
5. Patofisiologi	Prevalensi 1 : 10.000. Biasa terjadi pada dewasa muda, jenis kelamin sama antara laki-laki dan perempuan. Etiopatogenesis tidak ada penyebab lokal atau sistemik yang dapat diidentifikasi pada penyakit ini (idiopatik). Kelainan ini dapat terjadi akibat trauma, infeksi, tekanan, inflamasi, kelainan metabolik yang menyerang nervus fasialis, predisposisi genetik dan reaksi autoimun, biasanya pada canal stylomastoid dengan demyelinisasi. Lesi yang sama dikaitkan dengan riwayat : - Infeksi Herpes simplex virus (HSV). - Kadang-kadang dengan kehamilan, hipertensi, diabetes mellitus, multipel limfoma, multipel sklerosis atau kelainan granulomatus kronik (misal <i>Crohn disease</i> atau orofasial granulomatus)
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Adanya riwayat dan gejala nyeri yang khas pada <i>Bell's palsy</i> 3. Memenuhi kriteria pemeriksaan fisik
7. Diagnosis Kerja	<i>Bell's Palsy</i> / Paralisis nervus fasialis perifer
8. ICD-10	G51.0 <i>Bell's Palsy</i>
9. Diagnosis Banding	- Stroke - Sindroma <i>Guillain-Barre</i> - <i>Basilar meningitis</i> - <i>Cerebellar pontine angle tumor</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Uji fungsi pengecap 2/3 anterior lidah. Dapat dengan cara sederhana atau elektrogustometri

11. Tata Laksana	Dirujuk ke : - Spesialis Saraf - Spesialis Mata - Fisioterapi: bersamaan dengan pemberian prednison yaitu dengan mengurut / <i>massage</i> otot wajah selama 5 menit pagi dan sore atau dengan faradisasi
12. KIE	1. Informasi mengenai kondisi penyakit ke pasien 2. Informasi terkait rujukan 3. Instruksi ke pasien untuk memantau kondisi oral higiene dan instruksi diet lunak, TKTP 4. Informasi ke pasien tentang resiko infeksi sekunder karena mulut tidak bisa menutup sempurna 5. Informasi ke pasien tentang kemungkinan jumlah saliva yang berlebih
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i>
14. Prognosis	Sepertiga pasien dapat sembuh seperti sediakala tanpa gejala sisa, sepertiga lainnya dapat sembuh tetapi dengan elastisitas otot yang tidak berfungsi dengan baik.
15. Keberhasilan Perawatan	Bentuk wajah kembali normal/tidak perot
16. Daftar Pustaka	1. Bahrudin M. 2011. Bell's palsy., Ejournal UMM, Vol. 7, No.15. 2. Scully C. 2010. Oral medicine and pathology at a glance, 1st ed. Iowa: Wiley Blackwell. 3. Taylor DC. 2018. Bell Palsy. Medscape. https://emedicine.medscape.com





**PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATALAKSANA KASUS
ILMU PENYAKIT MULUT
2020**

***BURNING MOUTH SYNDROME /
SINDROM MULUT TERBAKAR***

0009/PPK IPM/1/2020

1. Pengertian (Definisi)	Rasa nyeri di rongga mulut seperti terbakar, tanpa disertai manifestasi klinis. <i>Burning Mouth Syndrome</i> (BMS) dibagi menjadi 2 kriteria yaitu: 1. <i>Primary / Idiopathic BMS</i> dengan penyebab neuropathologi yang tidak disebabkan oleh faktor sistemik maupun lokal 2. <i>Secondary BMS</i> disebabkan oleh karena faktor lokal / sistemik
2. Anamnesis	Pasien mengeluhkan rasa nyeri seperti terbakar biasanya pada 2/3 anterior lidah dan sering melibatkan lebih dari satu tempat seperti palatum durum, bibir, atau gingiva.
3. Gejala Klinis	Obyektif tidak ditemukan kelainan
4. Gambaran Klinis	Tidak ditemukan kelainan
5. Patofisiologi	- Nyeri neurologis tipe 1 : tidak ada gejala pagi hari, berkurang di malam hari - Nyeri neurologis tipe 2 : nyeri sepanjang hari sehingga sulit tidur - Nyeri neurologis tipe 3 : nyeri <i>intermittent</i>
6. Kriteria Diagnosis	Dari pemeriksaan subyektif tanpa gambaran klinis, dirasakan bilateral, sering pada tipe 2
7. Diagnosis Kerja	<i>Burning Mouth Syndrome</i>
8. ICD-10	K14.6 <i>Glossodynia</i>
9. Diagnosis Banding	- Manifestasi klinis dari Diabetes Mellitus, anemia defisiensi Asam Folat, Fe, B12, Zinc, perubahan hormonal - Manifestasi oral dari Kandidiasis, Lichen Planus, - Efek samping obat : antihipertensi, antikonvulsi

	- Faktor psikologis : depresi, <i>cancer phobia</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan hematologi - Pemeriksaan serologi - Pemeriksaan indikator <i>Depresi Anxiety Stress</i> dengan kuesioner
11. Tata Laksana	- Simtomatis - Rujuk ke spesialis terkait
12. KIE	1. Edukasi pemakaian obat, faktor lokal: kandidiasis oral, lichen planus, alergi 2. Faktor sistemik: perubahan hormonal, defisiensi Asam folat, Fe, vitamin B12, diabetes mellitus, efek samping dari pengobatan, serta penyakit autoimun. 3. Menjelaskan etiologi dan faktor predisposisinya
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Berkurangnya keluhan subyektif
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine, 12th ed.</i> People Medical Publishing, Philadelphia (USA) 2. Ghom AG. 2010. <i>Textbook of Oral Medicine 2nd ed.</i> Jaypee Brother Medical Publishers, New Delhi 3. Scully. 2013. <i>Oral & Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment, 3rd ed.</i> Elsevier Ltd, London



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

CANCERPHOBIA		0010/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Kondisi patologis/non patologis dalam mulut yang dikhawatirkan pasien sebagai suatu keganasan/kanker mulut	
2. Anamnesis	Adanya rasa cemas/khawatir/ketakutan berlebihan pasien terhadap kondisi lokal rongga mulut yang baru diketahuinya/dirasakan (melalui visual dan atau palpasi), dapat berupa tonjolan/ benjolan/ cekungan/ luka/ perubahan warna/ tekstur/ permukaan yang terlihat/ teraba kasar. Ada riwayat paparan informasi mengenai keganasan	
3. Gejala Klinis	Adanya anatomi normal atau variasi normal atau suatu keadaan patologis berupa massa atau ulserasi atau perubahan tekstur atau warna di mukosa mulut (yang baru diketahui oleh pasien) namun bukan merupakan suatu keganasan. Sebagian besar merupakan lesi varian normal.	
4. Gambaran Klinis	 (contoh: torus palatinus, ulser aftosa, <i>Fordyce's granule</i>)	
5. Patofisiologi	Psikologis, psikosomatis	
6. Kriteria diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis	
7. Diagnosis Kerja	<i>Cancerphobia</i>	
8. ICD-10	F40.298 <i>Other specified phobia</i>	
9. Diagnosis Banding	Berbagai lesi penyakit mulut	

10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan histopatologi (bila diperlukan)
11. Tata Laksana	- Penjelasan kepada pasien - Rujukan pada psikolog/psikiater bila diperlukan
12. KIE	Menjelaskan mengenai kondisi lokal rongga mulut yang dikhawatirkan/dicemaskan pasien merupakan suatu yang normal/variasi normal/patologis dan bukan merupakan suatu keganasan.
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic interview, consultation, and evaluation</i>
14. Prognosis	Baik bila pasien dapat memahami dan menerima penjelasan dokter
15. Keberhasilan Perawatan	Rasa cemas pasien berkurang/hilang terhadap kondisi yang awalnya dikhawatirkan
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine</i> (12th Edition). Philadelphia (USA): People Medical Publishing 2. Scully. 2013. <i>Oral & Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment</i> (3rd Edition). London : Elsevier Ltd



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

CHEILITIS / EXFOLIATIVE CHEILITIS		0011/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Peradangan superfisial kronis pada merah bibir yang ditandai dengan deskuamasi yang persisten. Skuama kecoklatan yang terbentuk dapat mengelupas sendiri atau dilepaskan oleh pasien. Nama lain: <i>Common cheilitis, cheilitis sicca, dehydration cheilitis, chapped lips</i> atau <i>cheilitis simplex, factitious cheilitis, le tic de lèvres</i>.	
2. Anamnesis	Rasa sakit, terbakar pada bibir dan terdapat luka pada bibir, hilang timbul tanpa diikuti dengan demam	
3. Gejala Klinis	Terdapat deskuamasi pada bibir, fisura, dapat dikelilingi eritema hingga krusta berwarna kuning, coklat hingga kemerahan	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	Penyebab/ faktor predisposisi: - Dehidrasi - Angin dan suhu dingin menyebabkan dehidrasi pada bibir - Iritasi mekanis - Keinginan untuk melembabkan bibir (menjilat-jilat bibir) dengan saliva dan kerusakan mekanis akibat kebiasaan menggigit bibir secara berulang (<i>cheilophagia</i>) akan memicu terjadinya <i>cheilitis</i>. <i>Cheilophagia</i> (dalam bahasa Perancis disebut <i>tic de lèvres</i>) biasanya merupakan kebiasaan buruk dan menjadi tanda adanya stres	

	psikologis atau gangguan kompulsif (Lindenmuller et al. 2013, p.875; Ghom 2010, p.568). - Efek samping retinoid, terapi retinoid sistemik memiliki efek samping <i>exfoliative cheilitis</i>, kondisi ini tergantung pada dosis obat yang diberikan. - Selain itu dapat juga disebabkan oleh eksim atopi
6. Kriteria Diagnosis	Deskuamasi/eksfoliasi, fisura, ulserasi, eritema pada bibir
7. Diagnosis Kerja	<i>Exfoliative Cheilitis, Common cheilitis, cheilitis sicca, dehydration cheilitis, chapped lips</i> atau <i>cheilitis simplex, factitious cheilitis, le tic de lèvres</i>
8. ICD-10	K13.0 <i>Diseases of Lips</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Actinic cheilitis</i> - <i>Glandular cheilitis</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan laboratorium tidak mendukung dalam menentukan etiologi organik dan hasil biopsi tidak berpengaruh, hanya menegaskan temuan fisik. Apabila terdapat kecurigaan keganasan maka dapat dilakukan pemeriksaan histopatologik
11. Tata Laksana	Hilangkan faktor etiologi/predisposisi: - Psikoterapi dilakukan untuk mengatasi gangguan kecemasan. Obat penenang dan antidepresi juga dapat membantu penyembuhan. - Steroid topikal seperti krim hidrokortison dengan penggunaan jangka pendek dapat menyembuhkan pada beberapa kasus kronis. - Kombinasi hidrokortison dengan krim iodoquinol (antibakteri dan antimikotik) dapat digunakan pada kasus <i>exfoliative cheilitis</i> kronis. - Terapi lain seperti anti inflamasi non steroid, <i>petrolatum gel</i>, asam salisilat, serta krim antibakteri dan anti jamur. - Multivitamin
12. KIE	1. Meningkatkan kebersihan rongga mulut 2. Menghentikan kebiasaan buruk menjilat bibir 3. Pola makan seimbang
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i>

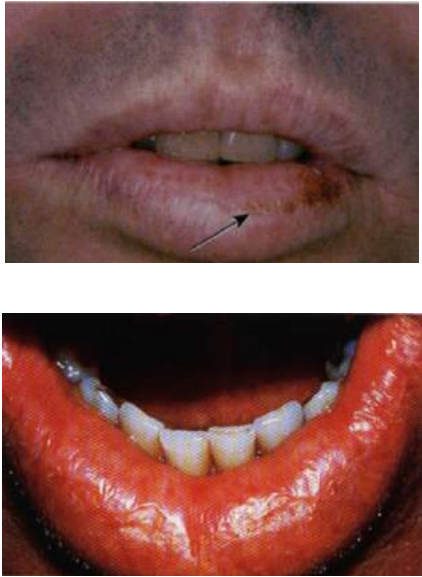
	27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i> 93.57 <i>Application of Other Wound Dressing</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Perbaikan klinis dan psikologis
16. Daftar Pustaka	1. Aydin E, Gokoglu O, Ozcurumez G, Aydin H. 2008. Factitious cheilitis: a case report. <i>J Med Case Reports</i>, 2(29): 1-4. 2. Field A, Longman L. 2003. Tyldesley's oral medicine, 5th ed. Oxford University Press, New York, pp. 66. 3. Ghom AG. 2010. Textbook of oral medicine, 2nd ed. Jaypee Brothers Medical Publishers, New Delhi, pp. 567-568. 4. Glick M, Ship JA. 2015. Burket's oral medicine, 12th ed. People's Medical Publishing, Philadelphia (USA). 5. Lindenmüller IH, Itin PH, Fistarol SK. 2014. Dermatology of the lips: inflammatory diseases. <i>Quintessence Int.</i>, 10:875–883. 6. Scully C, Flint SR, Bagan JV, Porter SR, Moos KF. 2010. <i>Oral and maxillofacial diseases</i>, 4th ed. Informa healthcare, London, pp: 95, 199-200.





**PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATALAKSANA KASUS
ILMU PENYAKIT MULUT
2020**

CHEILITIS GLANDULARIS		0012/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Kondisi idiopatik yang jarang ditemukan berupa peradangan kelenjar saliva minor, khususnya pada bibir bawah.	
2. Anamnesis	- Bibir bengkak (umumnya pada bibir bawah, meskipun terkadang dapat ditemukan pada bibir atas dan langit-langit mulut). - Keluhan bibir terasa lengket dan menebal hingga koreng yang mudah terlepas namun segera terbentuk kembali. - Dapat disertai keluhan nyeri dan bernanah (supuratif). - Umumnya memiliki riwayat terpapar sinar matahari secara kronis.	
3. Gejala Klinis	Bibir terasa lengket, kering, disertai nyeri. - Tahap awal : Bibir tampak edema secara simetris, <i>everted</i> (terbentuk kerak), konsistensi padat, jika proses berlanjut maka akan disertai makula eritema multipel. - Tahap menengah Tampak plak atau krusta kekuningan, mudah diseka, disertai eversi lesi, bibir nampak berkilau (akibat adanya sekresi mukoid), terasa lengket. - Tahap lanjut Bibir tampak atrofi, kering, berfisur, bersisik, hilangnya vermillion border, dan disertai nyeri. Pada tipe <i>superficial suppurative</i> (Baelz's disease) dan <i>deep suppurative</i> (<i>cheilitis glandularis aposternatosa/ myxadenitis labialis</i>) disertai <i>fistula tract</i> dan supurasi.	

4. Gambaran Klinis	
5. Patofisiologi	Etiologi: Penyebabnya tidak pasti, meskipun beberapa faktor etiologi diduga ikut terlibat, termasuk paparan sinar matahari kronis (<i>actinic damage</i>), tembakau, sifilis, kebersihan diri yang buruk, dan hereditas. Kondisi ini paling sering dilaporkan pada pria paruh baya dan lebih tua. 18%-35% kasus dapat berlanjut menjadi actinic cheilitis dan bahkan karsinoma sel skuamosa. Patofisiologi: Orifisium dari duktus saliva minor mengalami inflamasi dan dilatasi, serta tekanan pada kelenjar saliva dapat menghasilkan sekresi mukopurulen dari orifisium duktus dan mengalir lebih intens karena proses inflamasi di dalam parenkim glandular. Aliran saliva yang berlebihan ini akhirnya mengering lalu membentuk krusta kekuningan yang menutupi permukaan mukosa labial. Krusta dapat dengan mudah diangkat tetapi terbentuk kembali, terutama saat tidur. Selain gambaran klinis utama ini, pasien juga mengalami edema dan eversi bibir.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis
7. Diagnosis Kerja	<i>Cheilitis glandularis</i>
8. ICD-10	K.13.0 <i>Diseases of lips</i>

9. Diagnosis Banding	- <i>Exfoliative cheilitis</i> - <i>Cheilitis granulomatosa</i> - <i>Contact cheilitis</i> - <i>Actinic cheilitis</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak diperlukan
11. Tata Laksana	- Aplikasi topikal tabir surya atau <i>emollient</i> - Pada kasus edema yang menetap dan untuk perbaikan estetik dapat dilakukan rujukan medik ke dokter gigi spesialis bedah mulut
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik sampai sedang jika segera dilakukan perawatan. Jika odema menetap, maka perlu tindakan invasif.
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang.
16. Daftar Pustaka	1. Neville BW, Damm DD, Allen CA, Bouquot JE. 2009. Salivary gland pathology. In: Oral & Maxillofacial Pathology, 2nd ed. Saunders Elsevier, St.Louis, p. 397 2. Langlais RP, Miller CS. 2003. Color Atlas of Common Oral Disease, 2nd ed. Thieme, p. 66-7.





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

CHEILOSI		0013/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Kondisi non inflamasi pada bibir yang ditandai dengan bibir pecah-pecah dan berfisur.	
2. Anamnesis	Terdapat keluhan bibir mengelupas tanpa diikuti dengan peradangan dan gangguan sistemik.	
3. Gejala Klinis	Bibir deskuamasi, kering dan berfisur dengan atau tanpa area kemerahan.	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	Paparan angin dingin atau panas menyebabkan kehilangan elastisitas mukosa bibir sehingga bibir menjadi kering dan mengelupas.	
6. Kriteria Diagnosis	Bibir mengelupas dan berfisur tanpa peradangan	
7. Diagnosis Kerja	<i>Cheilosis</i>	
8. ICD-10	K13.0 <i>Diseases of lips</i>	
9. Diagnosis Banding	- <i>Exfoliative cheilitis</i> - <i>Actinic cheilitis</i>	
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak diperlukan pemeriksaan	
11. Tata Laksana	- Identifikasi faktor penyebab, eliminasi faktor predisposisi (kurang minum, kebiasaan menjilat bibir, dll)	

	- Terapi non farmakologis : pemberian pelembab bibir - Instruksi rehidrasi
12. KIE	1. Instruksi untuk banyak minum air putih dan makan buah serta sayur 2. Tingkatkan <i>oral hygiene</i> 3. Hentikan kebiasaan buruk
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Perbaikan klinis dan kebiasaan buruknya hilang
16. Daftar Pustaka	1. Evert A. 2013. `Riboflavin`, <i>A.D.A.M Health Solutions</i>, UF Health, https://ufhealth.org/riboflavin 2. Laskaris G. 2013. <i>Color atlas of oral diseases in children and adolescents</i>, Thieme Stuttgart, New York. 3. Rajendran & Sivapathasundharam. 2012. <i>Shafer's textbook of oral pathology</i>, 7th ed, Elsevier, New Delhi. 4. Scully C. 2010. <i>Oral medicine & pathology at a glance</i>, 1st ed, Blackwell, Iowa.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

CHEMICAL BURN		0014/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Lesi erosi atau ulserasi disertai pseudomembran yang merupakan jaringan nekrotik akibat paparan bahan kimia pada mukosa rongga mulut.	
2. Anamnesis	Adanya rasa sakit karena luka di dalam rongga mulut akibat penggunaan bahan kimia secara topikal di rongga mulut baik oleh pasien maupun karena kesalahan dokter gigi.	
3. Gejala Klinis	- Gambaran klinis sangat bervariasi, mulai dari erosi, eritema dan edema pada bagian superfisial mukosa, atau ulserasi hingga nekrosis. - Lesi awal biasanya putih dan kasar atau keriput yang dapat dikelupas meninggalkan daerah kemerahan (<i>sloughing</i>). - Tingkat keparahan kerusakan jaringan tergantung dari penyebab, durasi, dan luas kontak antara penyebab dengan mukosa - Jika kontak dengan bahan kaustik singkat, penyembuhan tanpa meninggalkan jaringan parut atau komplikasi lain dalam waktu 10-15 hari.	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	- Agen kimia penyebab <i>chemical burn</i> secara umum dibagi menjadi 2 macam, yakni asam dan basa. - Agen kimia menyebabkan koagulasi protein sel epitel, sehingga menyebabkan terpisahnya epitel dengan jaringan di bawahnya, kemudian meningkatkan respon inflamasi.	

6. Kriteria Diagnosis	1. Adanya riwayat penggunaan atau kontak dengan bahan kimia yang berdekatan waktunya dengan timbulnya lesi. 2. Gambaran klinis yang menunjukkan adanya ulserasi dan nekrosis mukosa rongga mulut pada lokasi yang berkontak dengan agen kimiawi.
7. Diagnosis Kerja	<i>Chemical burn</i>
8. ICD-10	T28.5 <i>Corrosion of mouth and pharynx</i>
9. Diagnosis Banding	- Kandidiasis pseudomembran akut / <i>Oral thrush</i> - Infeksi virus Herpes Simpleks
10. Pemeriksaan Penunjang	- Tidak diperlukan pemeriksaan penunjang apabila penyebab lesi jelas, dan sembuh dalam kurun waktu 10-15 hari - Kultur bakteri apabila lesi tidak sembuh dalam kurun waktu 2 minggu - Radiografi periapikal apabila dicurigai adanya kebocoran bahan pengisi saluran akar
11. Tata Laksana	- Identifikasi dan menghilangkan faktor penyebab (menghentikan penggunaan agen kimia tersangka) - Debridemen jaringan nekrotik - Meningkatkan kebersihan rongga mulut - Diet lunak dan tidak berbumbu tajam/pedas - <i>Follow up</i> sampai lesi sembuh - Perawatan Farmakologis: 1. Topikal anestetikum/analgesik 2. Topikal anti inflamasi analgesik steroid/non steroid 3. Pemberian antibiotik apabila nekrosis jaringan luas dan tidak sembuh dalam 2 minggu
12. KIE	1. Menjelaskan mengenai kondisi yang dialami oleh pasien tidak berbahaya, tidak menular, dan menghilangkan faktor penyebabnya. 2. Menjaga kebersihan rongga mulut dan menggunakan obat topikal sesuai instruksi. 3. Menghilangkan faktor penyebab, seperti menghindari penggunaan bahan kimia yang menyebabkan lesi
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>

14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	- Lesi secara klinis terdapat perbaikan dan nyeri berkurang hingga hilang - Lesi sembuh sempurna dalam 10-14 hari
16. Daftar Pustaka	1. Bruch JM, Treister NS. 2010. Clinical of oral medicine and pathology. Humana Press, New York, pp. 47. 2. Cawson RA, Odell EW. 2002. Cawson's essential of oral pathology and oral medicine, 7th ed. Churchill Livingstone, Edinburg. 3. Dilsiz A. 2010. Self-inflicted oral soft-tissue burn due to local behavior and treatment. <i>J Clin Exp Dent</i>, 2(1): 51-54. 4. Eversole LR. 2011. Clinical outline of oral pathology : diagnosis and treatment, 4th ed., People's Medical Publishing House, Shelton USA. 5. Glick M, Ship JA. 2015. Burket's oral medicine, 12th ed. People's Medical Publishing, Philadelphia (USA). 6. Gilvetti C, Porter SR, Fedele S. 2010. Traumatic chemical oral ulceration: a case report and review of the literature. <i>Br Dent J</i>, 208(7): 297-300. 7. Scully C, de Almeida OP, Bagan J, Dios PD, Taylor AM. 2010. Oral medicine and pathology at a glance. Wiley-Blackwell, West Sussex (United Kingdom). 8. Scully C. 2013. Oral & maxillofacial medicine the basis of diagnosis and treatment, 3rd ed. Churchill Livingstone Elsevier, Edinburg.

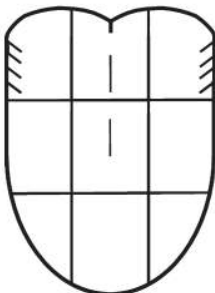
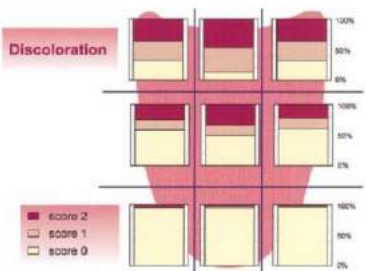
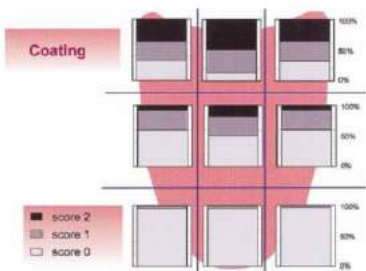




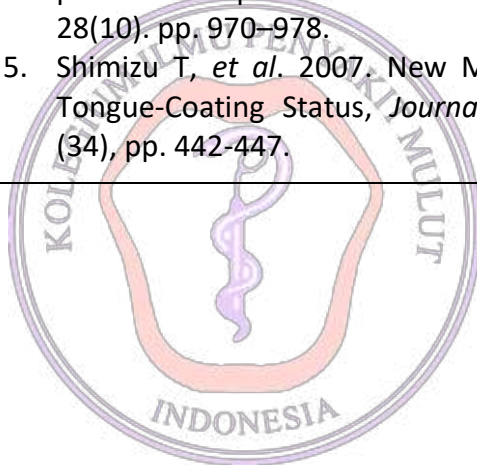
PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

COATED TONGUE		0015/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Lapisan putih-kecoklatan pada dorsum lidah yang terdiri dari akumulasi deskuamasi sel epitel, sel darah, metabolit, nutrient dan bakteri, tidak disertai dengan pemanjangan papila filiformis dan dapat menyebabkan bau mulut	
2. Anamnesis	Lidah tampak kotor, terdapat lapisan tebal berwarna putih, kuning atau kecoklatan pada permukaan lidah, gangguan pengecapan, bau mulut.	
3. Gejala Klinis	- Lapisan dengan ketebalan bervariasi yaitu mulai dari lapisan tipis seperti susu, atau tampak tebal kotor, hingga terlihat berwarna kecoklatan menutupi permukaan lidah, dan sering dikaitkan dengan adanya bau mulut - Lapisan tersebut dapat dikerok dan sering dideskripsikan sebagai pseudomembran pada dorsum lidah terutama bagian posterior, asimtomatik, bentuk tidak teratur, batas tidak jelas, dan tanpa peninggian	
4. Gambaran Klinis	 Perubahan warna dari lidah, skor 0 : pink, skor 1 : putih, skor 2 : kuning/coklat terang, skor 3 : coklat, skor 4 : hitam	

5. Patofisiologi	Etiologi <i>coated tongue</i> bersifat idiopatik dengan faktor predisposisi lidah yang kurang bergerak, kurangnya aliran saliva yang dihasilkan, tekstur makanan yang lembut dan kurang <i>abrasive</i>, penggunaan antibiotik dan agen-agen pengoksidasi yang terdapat pada obat kumur, pasien yang mengalami dehidrasi, <i>oral hygiene</i> yang buruk, demam, lemah akibat penyakit sistemik dan sakit yang parah juga sering mengalami kondisi ini. Pada individu sehat, di mana lidah dapat bergerak (<i>mobile</i>), terdapat aliran saliva yang baik sehingga lapisan ini terjaga pada tingkat minimum. Ketika terjadi perubahan kecil terhadap kesehatan seseorang, keseimbangan terganggu dan lapisan ini dapat menjadi sangat tebal. Berkurangnya mobilitas lidah yang dapat disebabkan oleh lesi minor yang menyakitkan, gangguan pada aliran saliva, tembakau atau alkohol berlebih, gangguan gastrik atau saluran nafas, atau kondisi demam tinggi, dapat menyebabkan penumpukan pada lapisan lidah sehingga membentuk plak putih maupun berwarna. Warna lapisan ini bergantung pada berbagai faktor, misalnya pada penggunaan tembakau dan kebiasaan diet, dan biasanya kecil signifikansi diagnostiknya. Selain itu, minuman yang panas dan makanan yang kasar juga dapat membuat lidah mengalami iritasi, karena pada dasarnya permukaan lidah merupakan daerah yang rentan terhadap iritasi. Hal tersebut menyebabkan bagian permukaan lidah membentuk perlindungan berupa lapisan dari keratin yang telah mati. Pada kondisi normal, jumlah keratin yang diproduksi sama dengan jumlah keratin yang mengelupas (telah mati). Namun pada keadaan yang tidak normal karena keseimbangan terganggu sehingga menyebabkan <i>coated tongue</i>. <i>Coated tongue</i> juga dapat disebabkan oleh diet makanan lunak yang menyebabkan keratin tidak terangsang untuk mengelupas.
6. Kriteria Diagnosis	Pseudomembran putih kecoklatan dapat dikerok, tidak meninggalkan dasar eritematus, tidak sakit

	Tongue Coating Record  Name : _____ Date : _____ Tongue Coating Index (TCI) : $= \frac{\text{Total score (0-18)}}{18} \times 100 = \text{_____} \%$ Formulir <i>Tongue Coating Record</i> (TCR) dan metode kalkulasi untuk <i>Tongue Coating Index</i> (TCI)  (a)  (b) (a) Distribusi dari prevalensi diskolorasi pada setiap bagian lidah (b) Distribusi dari prevalensi ketebalan lapisan pada setiap bagian lidah.
7. Diagnosis Kerja	<i>Coated Tongue</i>
8. ICD-10	K14.3 <i>Hypertrophy of tongue papillae</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Pseudomembranous candidiasis</i> - <i>Hairy tongue</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak diperlukan pemeriksaan penunjang
11. Tata Laksana	- Observasi - Eliminasi faktor predisposisi - Tingkatkan OH dan pola makan gizi seimbang
12. KIE	1. Pembersihan lidah dengan sikat gigi atau <i>tongue scraper</i> 2. Mengonsumsi banyak air putih 3. Mengonsumsi sayur atau buah-buahan yang berserat 4. Menghentikan kebiasaan merokok/alkohol
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i>

	27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Lidah tampak bersih
16. Daftar Pustaka	1. AAOMP. 2005. <i>Coated tongue</i>. Available at www.aaomp.org diakses tanggal 25 Desember 2017 2. Field AE, Longman L, Tyldesleys WR. 2003. Tyldesley's Oral Medicine. 5th Edition. Oxford University Press 3. Greenberg & Glick. 2015. <i>Burkets of Oral Medicine</i>. 12th Edition. London 4. Gómez SM, <i>et al.</i> 2001. Tongue coating and salivary bacterial counts in healthy/gingivitis subjects and periodontitis patients. <i>Journal of clinical periodontology</i>, 28(10). pp. 970–978. 5. Shimizu T, <i>et al.</i> 2007. New Method for Evaluation of Tongue-Coating Status, <i>Journal of Oral Rehabilitation</i>, (34), pp. 442-447.





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

CRENATED TONGUE		0016/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Bentuk lidah yang memiliki indentasi akibat kompresi pada gigi-geligi disekitarnya. Nama lain: <i>Scalloped tongue, Lingua indentata, Pie crust tongue, Crenulated tongue</i>	
2. Anamnesis	Adanya gambaran tepi lidah yang berlekuk-lekuk atau bergelombang, tidak ada keluhan sakit.	
3. Gejala Klinis	Lidah bergelombang mengikuti kontur gigi serta tidak ada keluhan nyeri atau gangguan fungsi	
4. Gambaran Klinis	 <i>Extreme Crenated Tongue</i> 	
5. Patofisiologi	- Merupakan kondisi fisiologis/normal - Merupakan hasil dari kombinasi ukuran lidah, status kelengkapan gigi-geligi, serta tekanan lidah ke gigi-geligi sekitar. - Dapat terjadi pada kondisi makroglosia terkait kondisi	

	sistemik seperti hipotiroidisme, sarkoidosis, amyloidosis, anemia, diabetes mellitus tidak terkontrol - Dapat terjadi pada individu yang tidak memiliki makroglosia, namun mengalami <i>Obstructive Sleep Apnea</i> (OSA)
6. Kriteria Diagnosis	Adanya gambaran klinis berupa tepi lidah bergelombang mengikuti permukaan gigi-geligi
7. Diagnosis Kerja	1. <i>Crenated Tongue / Scalloped Tongue / Lingua indentata / Pie crust</i> 2. <i>Tongue / Crenulated tongue</i>
8. ICD-10	K14.8 <i>Other diseases of tongue</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Fissured tongue</i> - <i>Bifid tongue</i> - <i>Ankyloglossia</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak diperlukan pemeriksaan penunjang
11. Tata Laksana	- Eliminasi faktor predisposisi - Tidak dilakukan tatalaksana khusus - Menjaga kebersihan rongga mulut - Pola hidup sehat
12. KIE	Penjelasan bahwa kondisi tersebut merupakan varian normal, tidak menular dan tidak berbahaya
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Tidak ada keluhan
16. Daftar Pustaka	1. Ghom A, Ghom S. 2014. Diseases of tongue. In book: <i>Textbook of oral medicine</i>, 3rd ed. Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd., New Delhi, pp. 514. 2. Mattoo KA. 2017. Tongue crenation (scalloped tongue) – case report. <i>JMSCR</i>, 5(9): 28201-28203.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

ERITROPLAKIA		0017/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	<i>Patch</i> berwarna merah terang yang secara klinis dan patologis tidak dapat dikategorikan sebagai lesi lain	
2. Anamnesis	- Biasa ditemukan secara tidak disengaja dan tidak ada keluhan subyektif (asimtomatis) - Lebih sering pada laki-laki. - Sering terjadi pada usia pertengahan dan lanjut dengan puncak prevalensi pada usia 65-74 tahun. - Riwayat merokok/ minum alkohol, mengunyah pinang/ tembakau dan campurannya	
3. Gejala Klinis	- Ekstra oral: tidak ada kelainan - Intra oral: 1. Makula ireguler berwarna merah terang, berbatas jelas dapat flat/sedikit dibawah permukaan sekitar, soliter. 2. Diameter 1-1,5 cm, kadang bisa sampai 4 cm. 3. Permukaan halus seperti beludru, tidak ada indurasi kecuali jika sudah terjadi karsinoma insitu. Ada 2 tipe: - <i>Homogenous</i>: sering ditemukan pada mukosa bukal, palatum molle dan jarang ditemukan pada lidah dan dasar mulut. Bentuk <i>homogenous</i> terlihat sebagai makula merah terang, halus seperti beludru dengan tepi berbatas jelas. Kadang-kadang ukurannya lebih besar - <i>Non homogenous</i> (eritroleukoplakia): pada daerah kemerahan terdapat bercak-bercak putih. Biasanya terdapat pada lateral lidah, mukosa pipi dan palatum molle	

4. Gambaran Klinis	
5. Patofisiologi	Riwayat merokok/minum alkohol, mengunyah pinang/tembakau dan campurannya
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis 3. Memenuhi kriteria pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	Eritroplakia
8. ICD-10	K13.29 <i>Other disturbance of oral epithelium, including tongue</i>
9. Diagnosis Banding	- Kemerahan karena trauma fisik, khemis, bakteri dan jamur - <i>Oral lichen planus erosive or atrophic type</i> - <i>Median rhomboid glossitis</i> - <i>Benign migratory glossitis</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan Histopatologi
11. Tata Laksana	- Hilangkan faktor predisposisi - Tergantung pada hasil pemeriksaan HPA jika terlihat displasia atau karsinoma in situ dapat dilakukan eksisi lokal - Terapi suportif : antioksidan - Melakukan rujukan ke bagian onkologi jika sudah terjadi keganasan
12. KIE	1. Penjelasan tentang penyakit dan faktor predisposisi 2. Menghilangkan faktor predisposisi seperti merokok, mengunyah tembakau dan alkohol dihentikan 3. Kontrol periodik untuk observasi klinis setiap 1 bulan, 3 bulan, 6 bulan dan 12 bulan

13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> V72.62 <i>(Laboratory examination ordered as part of a routine general medical examination)</i>
14. Prognosis	Baik, jika hasil HPA menunjukkan displasia ringan
15. Keberhasilan Perawatan	Perbaikan lesi klinis dan eliminasi etiologi/faktor predisposisi
16. Daftar Pustaka	1. DeLong L & Burkhart NW. 2008. General and oral pathology for the dental Hygienist. 2. Kahn MA & Hall JM. 2014. The ADA Practical Guide to soft Tissue oral disease 3. Laskaris G. 2017. Color Atlas of Oral Diseases. Diagnosis and Treatment, 4th ed. 4. Langlais RP, Craig SM, Nield-Gehrig JS. 2009. Color Atlas Common Oral Diseases, 4th ed. Lippincott







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

ERYTHEMA MULTIFORME		0018/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Suatu peradangan akut pada mukosa mulut dan kulit yang menyebabkan lesi dengan bentuk yang bervariasi (multiform).	
2. Anamnesis	Keluhan utama <i>Erythema multiforme</i> (EM): - Luka pada mulut dan bibir disertai perdarahan yang sifatnya akut. - Ada riwayat pemakaian obat-obatan baru yang belum pernah dikonsumsi Gejala Prodromal: malaise, demam, myalgia, sakit tenggorokan	
3. Gejala Klinis	Intra oral: Area erosi/ulserasi ireguler, mudah berdarah, terdapat pada seluruh mukosa mulut, lokasi predominan: mukosa labial, lingual dan bukal, bilateral/simetris. Jarang pada dasar mulut, palatum dan gingiva. Ekstra oral: - Bibir: erosi meluas, oedema, disertai perdarahan spontan, krusta merah kehitaman, mudah berdarah - Kulit : 1. Lesi muncul cepat (dalam 24 jam dan berkembang penuh dalam 72 jam, bertahan selama ≥ 1 minggu). 2. Lesi patognomonik <i>Erythema multiforme</i> (EM) berupa lesi target berukuran < 3 cm dengan 3 zona konsentris Mukosa Lain: Mukosa mata/genital lebih sering terkait SJS/TEN Klasifikasi : - EM minor : hanya mengenai salah satu mukosa/kulit saja (terutama ekstremitas) - EM Mayor disebut juga sebagai mengenai lebih dari 2 mukosa dan keterlibatan kulit.	

	- Sindroma Stevens Johnson melibatkan organ dalam dan secara tipikal berhubungan dengan gejala sistemik - TEN merupakan manifestasi paling berat dari EM
4. Gambaran Klinis	
5. Patofisiologi	Reaksi imun yang dimediasi sel terutama pada pasien yang sudah memiliki kerentanan genetik. Pada <i>Herpes Associated Erythema Multiforme</i> (HAEM), pathogenesis terkait dengan reaksi hipersensitifitas yang tertunda (<i>delayed</i>). Penyakit dapat diawali oleh deposisi kompleks imun pada pembuluh darah mikro di kulit dan mukosa, ataupun oleh imunitas seluler. Faktor predisposisi: reaktivasi Herpes Simpleks Virus (HSV), alergi obat/makanan/bahan lain
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan fisik 3. Memenuhi pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	<i>Erythema Multiforme</i>
8. ICD-10	L51 <i>Erythema Multiforme</i>
9. Diagnosis Banding	Lesi bibir: Herpes Labialis Lesi Intra Oral: - Pemphigus Vulgaris, - <i>Mucous Membran Pemphigoid</i> - <i>Early Steven-Johnsons syndrome</i> (SJS) (pada EM mayor) - <i>Drug Induced</i> - Stomatitis Kontak Alergika
10. Pemeriksaan Penunjang	- Tidak diperlukan jika gambaran klinis jelas - Pemeriksaan hematologi sesuai indikasi (Darah Perifer Lengkap, Titer antibody anti HSV 1 dan HSV 2; <i>Mycoplasma pneumoniae</i>) - <i>Prick/patch test</i> kutan untuk identifikasi obat penyebab

11. Tata Laksana	- Terapi farmakologis : 1. Steroid topikal/sistemik disesuaikan dengan keparahan kasus, 2. Simtomatis : antipiretik, analgesik 3. Suportif : multivitamin 4. Kausatif : asiklovir dapat diberikan jika etiologi adalah reaktivasi dari HSV. - Terapi non farmakologis : diet lunak, TKTP, nutrisi seimbang
12. KIE	1. Menjelaskan mengenai penyakit yang diderita pasien beserta diagnosisnya 2. Menjelaskan bahwa faktor pemicu kondisi keluhan utama pasien 3. Menjelaskan berbagai kemungkinan yang memperberat keluhan pasien 4. Melakukan edukasi pada pasien untuk mengeliminasi faktor etiologi 5. Melakukan edukasi pada pasien terkait kondisi saat ini: - Diet lunak tinggi kalori tinggi protein - Meningkatkan hidrasi - Istirahat yang cukup - Hindari stres (psikologis maupun fisik) - Pola makan seimbang, disarankan diet berkonsultasi dengan ahli gizi 6. Menjelaskan penatalaksanaan yang akan dilakukan pada kunjungan tersebut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	1. Berkurangnya keluhan subyektif 2. Perbaikan lesi klinis 3. Faktor penyebab teridentifikasi dan dikendalikan
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine (12th Edition)</i>. Philadelphia (USA) : Pepople Medical Publishing. 2. Scully. 2013. <i>Oral & Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment (3rd Edition)</i>. London : Elsevier Ltd 3. Regezi, Sciubba, Jordan. 2017. <i>Oral Pathologic: Clinical Pathologic Correlation (7th Edition)</i>. London: Elsevier Ltd





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

EKSOSTOSIS		0019/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Suatu pertumbuhan jinak dari jaringan tulang yang menonjol keluar dari permukaan tulang, dapat timbul di permukaan bukal/labial rahang atas dan bawah.	
2. Anamnesis	Terdapat benjolan dalam mulut yang menimbulkan kekhawatiran dan tidak nyaman, terkadang sakit/perih jika mengalami iritasi.	
3. Gejala Klinis	Tonjolan tulang yang keras pada permukaan bukal/labial biasanya dengan ukuran bervariasi dan dapat bertambah besar. Kebanyakan torus tidak menyebabkan gejala. Bentuk dan ukuran dari eksostosis bervariasi.	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	Patofisiologi eksostosis kemungkinan dapat disebabkan oleh faktor genetika dengan faktor lingkungan, seperti oleh tekanan mastikasi.	
6. Kriteria diagnosis	Eksostosis tulang tampak sebagai tumor (pembengkakan) yang keras ditutupi dengan mukosa yang normal.	
7. Diagnosis Kerja	Eksostosis	
8. ICD-10	M27.8 <i>Other specified diseases of jaws</i>	

9. Diagnosis Banding	- Abses - <i>Fibrous dysplasia</i> - <i>Osteoma</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Tidak perlu pemeriksaan penunjang - Jika lesi mencurigakan ke arah lain dapat dilakukan foto <i>Rontgen</i> dan <i>CT-scan</i> untuk menegaskan diagnosis
11. Tata Laksana	- Jika tidak mengganggu tidak perlu perawatan khusus. - Bila terjadi iritasi sampai peradangan maka dapat diberikan obat kumur antiseptik seperti <i>Klorhexidine glukonat 0,1%-0,2%</i> atau kortikosteroid topikal seperti <i>Triamcolone</i> - Jika sangat mengganggu pada saat pembuatan protesa dapat dilakukan pembedahan dengan merujuk ke Spesialis bedah mulut atau bidang lainnya yang berkompeten
12. KIE	1. Menenangkan pasien bahwa keadaannya bukan suatu keganasan 2. Pola hidup sehat 3. Waspada jika terjadi iritasi dan peradangan
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Pasien mengerti bahwa kondisi ini merupakan varian normal
16. Daftar Pustaka	1. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. 2017. Oral pathology; clinical pathologic correlation. 7th Ed. St.Louis: Elsevier; p.309 2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. 2016. Oral and Maxillofacial Pathology. 4th Ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; p.19-20 3. Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. 2013. Contemporary oral and maxillofacial surgery. 6th Ed. St.Louis: Elsevier Mosby; p. 209-10, 212-3 4. Archer WH. 1975. Oral and maxillofacial surgery. 5th Ed. Philadelphia: WB.Sounders Co.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

FIBROMA		0020/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Tumor jinak akibat reaksi hiperplastik dari jaringan ikat fibrosa terhadap respon iritasi lokal atau trauma dengan pertumbuhan yang lambat.	
2. Anamnesis	- Pasien merasa ada benjolan tidak sakit di area yang mudah tergigit seperti mukosa bibir bawah, lateral lidah dan mukosa bukal - Terdapat riwayat trauma atau iritasi lokal pada area timbulnya fibroma	
3. Gejala Klinis	Berupa nodul dengan permukaan halus, dapat berupa masa <i>firm-sessile</i> atau <i>pedunculated</i> berwarna merah muda sama dengan warna mukosa di sekitarnya, ukuran bervariasi 1-20 mm. beberapa kasus dengan trauma berulang dapat terjadi hiperkeratosis bahkan ulserasi. Umumnya asimtomatik.	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	Lesi ini dapat timbul akibat trauma gigitan pada mukosa pipi dan bibir maupun penggunaan denture yang mengiritasi.	
6. Kriteria Diagnosis	<i>Nodule</i> , permukaan halus, masa <i>firm-sessile</i> atau <i>pedunculated</i> berwarna merah muda sama dengan warna	

	mukosa di sekitarnya, ukuran bervariasi 1-20 mm, asimtomatik.
7. Diagnosis Kerja	Fibroma
8. ICD-10	D10.30 <i>Benign neoplasm of unspecified part of mouth</i>
9. Diagnosis Banding	- Lipoma - <i>Mucocele</i> - <i>Papilloma</i> - Granuloma piogenik
10. Pemeriksaan Penunjang	Umumnya tidak diperlukan pemeriksaan penunjang. Bila diperlukan dilakukan pemeriksaan histopatologi
11. Tata Laksana	- Konsultasi dan rujuk medik ke spesialis terkait (Sp.BMM) - Perbaikan denture - Perbaikan oklusi gigi/<i>occlusal adjustment</i>
12. KIE	1. Penjelasan penyakit pada mulut dan penanganannya. 2. Mengganti gigi tiruan 3. Perbaikan gigitan/kebiasaan mengunyah yang seimbang
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Hilangnya gambaran klinis
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine</i>. 12th Ed. Philadelphia: People Medical Publishing. 2. Robinson, et al. 2018. <i>Soames' and Southam's Oral Pathology</i>. 5th Ed. Oxford University Press Publishing.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

FISSURED TONGUE		0021/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Kondisi lidah yang memiliki fisura, atau alur atau celah berupa garis memanjang atau lekukan cekung yang sempit pada permukaan dorsum lidah, namun tidak menembus otot lidah. Nama lainnya: <i>scrotal tongue</i>, <i>lingua plicata</i>, <i>plicated tongue</i>, <i>furrowed tongue</i>, <i>grooved tongue</i>.	
2. Anamnesis	Adanya celah pada permukaan dorsal lidah tampak seperti lidah terbelah, biasanya tidak sakit, namun kadang-kadang sakit atau mengeluhkan lidah seperti terbakar sesudah mengalami iritasi tertentu (<i>burning sensation</i>). Sering ditemukan <i>fissured tongue</i> merupakan kondisi hereditas.	
3. Gejala Klinis	- Terdapat fisura atau celah yang sempit atau meluas, pada dorsum lidah, arah celah bervariasi (antero posterior/medio-lateral/tidak beraturan), kedalaman celah bervariasi. - Beberapa kasus sering ditemukan bersamaan dengan <i>Geographic tongue</i>.	
4. Gambaran Klinis		

5. Patofisiologi	<i>Fissured tongue</i> merupakan gangguan perkembangan lidah/ <i>developmental anomaly</i> , diduga berhubungan dengan polimorfisme gen atau autosomal dominan hereditas, lesi dapat berkembang (bertambah banyak atau dalam) dengan bertambahnya usia.
6. Kriteria Diagnosis	Biasanya lesi tampak jelas, berupa fisura atau celah pada dorsum lidah.
7. Diagnosis Kerja	<i>Fissured Tongue / Scrotal tongue / Lingua plicata / Plicated tongue / Furrowed tongue / Grooved tongue</i>
8. ICD-10	K14.5 <i>Plicated tongue</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Melkerson-Rosenthal syndrome</i>, apabila ditemukan trias gejala: <i>fissure tongue</i>, <i>granulomatous cheilitis</i>, dan paralisis nervus cranial (N. VII)/<i>Bell's palsy</i>. - <i>Fissured tongue</i> terkait <i>Sjogren Syndrome</i>.
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak perlu pemeriksaan penunjang
11. Tata Laksana	- Observasi karena tidak ada terapi khusus - Bila terdapat rasa sakit dapat diberikan anti inflamasi topikal non steroid sediaan gel atau obat kumur - Bila kebersihan rongga mulut buruk dengan atau tanpa kondisi <i>coated tongue</i> dapat diberikan obat kumur Klorheksidin glukonat 0,2%, 2x10 ml/hari untuk kumur buang, penggunaan maksimal sampai 14 hari.
12. KIE	1. Diberikan pengetahuan bahwa kondisi tersebut merupakan variasi normal lidah, tidak ganas, tidak berbahaya, tidak menular, 2. Diinstruksikan untuk menghentikan kebiasaan buruk jika ada, seperti merokok, 3. Menghindari makanan terlalu panas, pedas atau berasa tajam untuk mencegah iritasi pada celah lidah, 4. Menjaga kebersihan rongga mulut, terutama penekanan pada menyikat lidah, dan pola hidup sehat.
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik

15. Keberhasilan Perawatan	Tidak ada perubahan progresif, tidak sakit.
16. Daftar Pustaka	1. Bhat Z, Hamid R, Wani B, Chalkoo A. 2018. Fissured tongue: A cross-sectional study. <i>IADS</i>, 4(3): 133-135. 2. Bruch JM, Treister NS. 2010. <i>Clinical of oral medicine and pathology</i>. Humana Press, New York, pp. 20. 3. Gandolfo S, Scully C, Carrozzo M. 2006. <i>Oral medicine</i>, 2nd ed. Elseiver Ltd., London, pp. 75-77. 4. Jontell M, Holmstrup P. 2008. Red and white lesion of oral mucosa. In Book: Greenberg M.S., Glick M., Ship J., eds. <i>Burket's oral medicine</i>, 11th ed. BC Decker Inc., Hamilton, pp. 104. 5. Kamakshi J, Sahana K, Raghavendra K, Prasanna KR. 2018. Fissured tongue: a case report. <i>J Dent Sci</i>, 3(6): 000189.







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

FIXED FOOD ERUPTION		0022/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Merupakan reaksi hipersensitivitas dari mukosa akibat bahan makanan tertentu yang berulang timbul pada tempat yang sama.	
2. Anamnesis	Riwayat konsumsi makanan dan minuman yang diduga sebagai pemicu. Gejala prodromal berupa rasa gatal, sensitif, terbakar pada daerah bibir atau perbatasan bibir dan kulit, diikuti timbulnya benjolan berisi cairan (lepuhan) yang mudah pecah. Rasa nyeri terjadi pada 2 hari pertama timbulnya gejala.	
3. Gejala Klinis	Lesi dalam rongga mulut akan selalu muncul ditempat yang sama, disebabkan karena bahan alergen yang sama, dan bersifat rekuren. Lokasi yang paling sering terjadi yaitu pada bibir, tangan, telapak kaki, paha dan meninggalkan bekas berupa hiperpigmentasi. <i>Fixed Food Eruption</i> disertai gejala sistemik yaitu : demam, antralgia, dan limfadenopati.	
4. Gambaran Klinis		

5. Patofisiologi	Belum diketahui secara pasti, diduga karena reaksi imunologik, reaksi hipersensitifitas dan adanya gangguan genetik. <i>Fixed Food Eruption (FFE)</i> merupakan reaksi hipersentifitas tipe I dan IVc. Pada tangan dan wajah didapatkan reaksi hipersensitivitas tipe I. Sensitisasi terjadi ketika antigen yang berupa protein makanan dikenali oleh <i>antigen presenting cells</i> dan disajikan di MHC-II ke sel makrofag, yang selanjutnya memproduksi sitokin untuk merangsang sel limfosit B berproliferasi dan berdeferensiasi menjadi sel plasma, yang akan memproduksi IgE. Molekul IgE berikatan dengan reseptor sel mast tersebut. Sel mast mengandung granula dengan bahan kimia yang dapat memicu respon hipersensitifitas. Ketika terpapar antigen untuk kedua kalinya, antigen dikenali dan berikatan dengan antibodi IgE pada sel mast. Untuk memicu respon, dua <i>cell-bound IgE molecules</i> harus bereaksi dengan antigen spesifik. Sel <i>mast</i> akan melepaskan histamin dan mediator inflamasi lainnya dari granula, sehingga memicu berbagai gejala alergi. Sedangkan pada mukosa rongga mulut didapatkan reaksi hipersensitifitas tipe IVc, alergen dapat masuk ke dalam peredaran darah dan mencapai organ tubuh. Reaksi hipersensitifitas tipe IVc yang berperan yaitu adanya sitotoksik sel T CD8+, hal ini ditunjukkan dengan adanya <i>auto aggressive</i> sel memori sel T $\alpha\beta$+ CD8+ yang menetap pada intradermal/intra epitel lokasi FFE sebelumnya. Makanan yang menjadi pemicu timbulnya alergi, menstimulasi lapisan keratinosit sehingga mengekspresikan TNF-α dan ICAM-1. Kemudian ICAM-1 melepaskan target dari sitokin IFN-γ yang menyebabkan terjadinya inflamasi timbul kembali.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis 3. Pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	<i>Fixed food eruption</i>
8. ICD-10	K12.1 <i>Other form of stomatitis</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Fixed drug eruption</i> - Stomatitis venenata - Stomatitis medikamentosa - <i>Erythema multiforme</i>

10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan serologi IgE - Pemeriksaan alergi (<i>skin test, prick test, patch test</i>)
11. Tata Laksana	- Instruksi mencatat makanan dan minuman yang dikonsumsi setiap hari dan sariawan timbul di tempat yang menetap tersebut - Pemberian antihistamin - Pemberian kortikosteroid oral dan topikal (jika diperlukan)
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang
16. Daftar Pustaka	1. Baratawidjaja KG, Rengganis I. 2012. <i>Imunologi Dasar</i>. Ed ke-10. Fakultas kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta. p: 369-389 2. Delong L, Burkhart NW. 2008. <i>General and Oral Pathology.</i>, Wolters Kluwer., Philadelphia p: 309-311, 328-330 3. Greenberg. 2008. <i>Burket's Oral Medicine Eleventh Edition</i>. BC Decker Inc. Hamilton 4. Langlais, Robert P. 1994. <i>Color Atlas of Common Oral Diseases 2nd ed.</i>; p 2-4, 140 5. Akib AA, Munasir Z, Kurniati N. 2010. <i>Buku ajar Alergi-Imunologi Anak</i>. Ed ke-2. Badan Penerbit IDAI. Hal: 126, 269-275, 454-456.



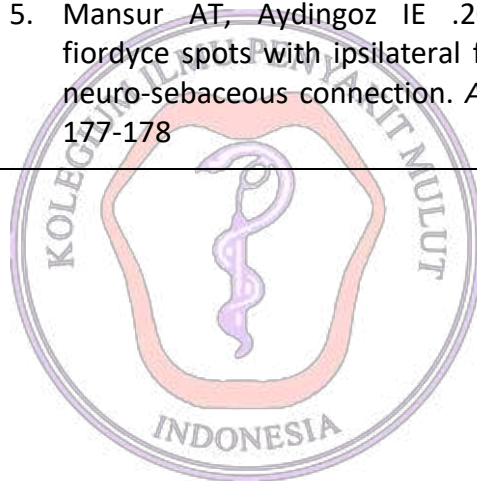


PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

FORDYCE'S SPOTS		0023/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Merupakan kelainan perkembangan yang ditandai kumpulan kelenjar sebacea yang heterotopik pada rongga mulut yang tertutup oleh mukosa, biasanya berada pada submukosa.	
2. Anamnesis	- Terjadi paling banyak pada laki-laki dibanding wanita. Paling banyak pada orang dewasa. - Sisi yang terkena dapat bilateral dengan pola yang simetris pada mukosa bukal yang berhadapan dengan gigi molar. - Dapat ditemukan pada permukaan dalam bibir, area retromolar dari lateral ke anterior dan kadang terdapat di lidah, gingival, frenulum dan palatum	
3. Gejala Klinis	Terdapat titik putih kekuningan (<i>milk spot</i>), tidak sakit, pucat dapat terpisah maupun mengelompok membentuk plak yang sedikit timbul dari dibanding jaringan sekitarnya pada mukosa mulut dan area sekitar bibir. Pasien biasanya mengeluhkan rasa kasar pada area mukosa mulut dan area sekitar bibir namun lebih sering tanpa gejala.	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	Patofisiologi <i>Fordyce's Spots</i> belum diketahui secara pasti, namun adanya kelenjar sebacea pada rongga mulut merupakan hasil dari inklusi jaringan ektoderm kulit ke	

	rongga mulut pada waktu perkembangan maksila dan mandibula selama masa embrio. Secara histologis, terdapat sel asinar kelenjar sebacea yang mengalami pembesaran, mengandung sekelompok lobus sebacea yang matur yang dikelilingi duktus kecil pada permukaan epitel. Kelenjar sebacea ini tidak berhubungan dengan folikel rambut, sangat jarang terjadi perubahan patologis.
6. Kriteria Diagnosis	Terdapat titik hingga putih kekuningan (<i>milk spot</i>), tidak sakit
7. Diagnosis Kerja	<i>Fordyce's Spots / granules</i>
8. ICD-10	Q38.6 <i>Other congenital malformations of mouth</i>
9. Diagnosis Banding	Milia dan <i>sebaceous hyperplasia</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak diperlukan karena kondisi ini merupakan jinak/variasi keadaan normal
11. Tata Laksana	- Observasi - Perawatan ditujukan pada pasien dengan alasan kosmetik dikarenakan lesi tidak dapat hilang. - Dapat dilakukan rujukan dengan beberapa pilihan terapi antara lain <i>micro-punch surgery, elctrodessication, carbondioxide laser</i> dan <i>oral isotretinoin</i> atau <i>topical trichloracetic acid/bichloracetic acid, 5-aminolevulinic acid</i>. - Pilihan terapi lain yaitu <i>photodynamic therapy</i> dan <i>chemical cauterization</i>.
12. KIE	1. Menjelaskan mengenai penyakit yang diderita pasien beserta diagnosisnya 2. Menjelaskan kemungkinan faktor pemicu dari kondisi keluhan utama pasien yang ada di rongga mulut 3. Menjelaskan berbagai kemungkinan yang memperberat keluhan pasien 4. Edukasi mengenai <i>oral hygiene</i>
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i>
14. Prognosis	Baik

15. Keberhasilan Perawatan	Pasien menyadari bahwa lesi merupakan varian normal.
16. Daftar Pustaka	1. Gaballah KY, Rahimi I. 2014. Can Presence of Oral Fordyce's granules serve as a marker for hyperlipidemia. <i>Dent Res J(Isfahan)</i> 11:553-558 2. Ghom, Anil Govindrao. 2010. Textbook of Oral Medicine. 2nd ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers. P 173-174 3. Khurshid A Matto, Manas Singh, Swati Gupt. 2014. Fordyce Granules Associated with hypopigmentation of facial skin. <i>Oral Surgery, Oral Medicine, oral Radiology</i>, Vol 2, No.2 23-24 4. Mutizwa MM, Berk DR. 2014 Dichotomous long-term response to isotretinoin in two patients with fordyce spots. <i>Pediatr Dermatol</i> 31:73-75 5. Mansur AT, Aydingoz IE .2012. Unilateral buccal fordyce spots with ipsilateral facial paralysis a sign of neuro-sebaceous connection. <i>Acta Derm Venereol</i> 92 : 177-178







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

GEOGRAPHIC TONGUE		0024/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Lesi pada lidah atau mukosa mulut lainnya, bersifat jinak, ciri khasnya terdapat bercak merah dengan tepi putih yang meninggi, bentuk menyerupai pulau, dan letaknya berpindah-pindah. Nama lain: <i>Erythema migrans</i>, <i>Stomatitis migran</i>, <i>Benign migratory glossitis</i>.	
2. Anamnesis	Asimtomatis atau dapat terasa tidak nyaman, panas, atau gatal perih, pada lidah, dan hilang timbul. Selain itu sering menimbulkan kekhawatiran karena faktor estetika atau <i>cancer phobia</i>.	
3. Gejala Klinis	Bercak merah karena atrofi (depapilasi) papilla filiformis dengan tepi putih yang meninggi, membentuk pola seperti pulau-pulau, letaknya berpindah-pindah. Pada umumnya asimtomatis. Dapat muncul bersamaan dengan <i>Fissured tongue</i>.	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	- Terjadi parakeratosis, akantosis, inflamasi subepitelial oleh limfosit T, dan migrasi granulosit transeptel. - Pemicunya diperkirakan berhubungan dengan stres, defisiensi nutrisi, herediter, psoriasis, hormonal, atopi/reaksi hipersensitifitas.	

6. Kriteria Diagnosis	Lesi berbentuk pulau-pulau dan berpindah-pindah.
7. Diagnosis Kerja	<i>Geographic tongue, Benign Migratory Glossitis Erythema migrans, Stomatitis migran.</i>
8. ICD-10	K14.1 <i>Geographic Tongue</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Reiter Syndrome</i> - <i>Discoïd Lupus Eritematous</i> - <i>Contact Stomatitis</i> - <i>Lichen Planus tipe anular</i> - <i>Oral Candidiasis</i> - <i>Psoriasis</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak diperlukan pemeriksaan penunjang
11. Tata Laksana	- Tidak diperlukan terapi khusus, namun perlu diobservasi dan melakukan eliminasi faktor predisposisi. - Jika diperlukan dapat diberikan tambahan suplemen yang mengandung zinc dan vitamin A. - Meningkatkan kebersihan rongga mulut. - Jika memberikan gejala berupa sensasi rasa terbakar, gatal, atau sakit, dapat diberikan <i>topical</i> anestetik lokal misalnya <i>lidocaine, Benzydamine hydrochloride</i>.
12. KIE	1. Pasien diinstruksikan untuk mengatur asupan nutrisi yang tepat 2. Menjaga <i>oral hygiene</i> 3. Menghindari faktor predisposisi
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Asimtomatis, atau pasien menyadari bahwa hal tersebut bukan sesuatu yang perlu dikhawatirkan.
16. Daftar Pustaka	1. Gandolfo S, Scully C, Carrozzo M. 2006. Oral Medicine 2nd ed. London: Elseiver Ltd.. Hal:70-72 2. Mattoo KA, Nagaraj K. 2014. Symptomatic Benign Migratory Glossitis. International Journal Of Research in Dentistry, 4 (4), Hal: 123–126.

	3. Dafar A, Çevik-Aras H, Robledo-Sierra J, Mattsson U, Jontell M. 2015. Factors associated with geographic tongue and fissured tongue. <i>Acta Odontologica Scandinavica</i>, Sept, Hal: 1–7. 4. Ghom, et al. 2014. Text book of Oral Medicine, 3rd ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers. 5. Glick M. 2015. Burket's Oral Medicine, L. H.Mehta, Ed. 12th ed. Hamilton: BC Decker. 6. Langlais G, Miller SC, Gehrig JS. 2013. Atlas Berwarna Lesi Mulut Yang Sering Ditemukan, 4th ed. Jakarta: EGC..
--	--







**PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATALAKSANA KASUS
ILMU PENYAKIT MULUT
2020**

GINGIVAL ENLARGEMENT / PEMBESARAN GINGIVA		0025/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Suatu pembesaran pada gingiva yang disebabkan oleh peradangan akibat iritasi lokal, plak mikrobial, obat-obatan, herediter, dan sistemik (hormonal dan leukemia).	
2. Anamnesis	Adanya kondisi gingiva yang mengalami pembesaran baik secara lokal dan/atau menyeluruh. Berdasarkan pencetus antara lain - Iritasi lokal - Peradangan akibat plak mikrobial - Obat-obatan (obat epilepsi yaitu fenitoin atau dilantin; obat hipertensi yaitu nifedipin, penghambat saluran kalsium) - Herediter - Sistemik (kehamilan, ketidakseimbangan hormonal, leukemia)	
3. Gejala Klinis	Pembesaran gingiva dapat terjadi secara lokal maupun menyeluruh. 1. Iritasi lokal - Epulis fibrosa/<i>irritation fibroma</i>/polip fibroepitelial: nodul yang berbentuk bulat, padat, tidak sakit, berwarna merah muda pucat di papil interdental anterior. Kadang mengalami ulserasi. - Granuloma piogenik: biasanya ditemukan di gingiva, lidah atau bibir. Nodul berwarna merah keunguan, tidak sakit, konsistensi lunak. - Epulis sel datia/<i>giant cell granuloma</i>: nodul dengan warna merah terang (untuk lesi yang sudah lama akan nampak lebih pucat), timbul sering di interdental hanya pada anterior dari gigi molar tetap. Lesi ini sering ditemukan pada anak-anak akibat proliferasi sel datia setelah resorpsi gigi susu.	

	2. Peradangan akibat plak mikrobial Nodul multipel merah, kadang disertai dengan perdarahan baik spontan ataupun akibat trauma mekanik. Kadang disertai dengan ulserasi. Disekitar nodul sering ditemukan warna abu-abu akibat adanya kalkulus subgingiva. <i>Stippling</i> gingiva nampak hilang, ada halitosis, kadang disertai rasa sakit, kegoyangan gigi dan poket periodontal. 3. Obat-obatan Nodul multipel yang dimulai dari interdental baik sisi palatal lingual maupun bukal labial. Papil yang membesar ini memiliki konsistensi padat, warna pucat. Jika disertai adanya kalkulus akan menunjukkan warna lebih merah dan mudah berdarah. 4. Herediter Nodul gingiva multipel atau menyeluruh sejak pubertas, tidak sakit, bertambah besar seiring usia. Ukuran nodul dapat menutupi seluruh bagian gigi secara bilateral. Fibromatosis yang simetris pada tuberositas, nampak berupa nodul yang lunak, permukaan halus, tidak sakit pada alveolar maksila posterior. 5. Sistemik Akibat kehamilan atau hormonal, nodul soliter yang lunak, berwarna normal sampai kemerahan, tidak sakit, dapat bertangkai, tidak ada faktor lokal sebagai penyebabnya. Akibat leukemia, nodul multipel dengan warna pucat dan kadang nodul ini dapat menutupi seluruh permukaan gigi anterior. Nodul tidak sakit.
4. Gambaran Klinis	Pembesaran gingiva terkait leukemia



Epulis gravidarum



Epulis fibrosa



Angiogramuloma/granuloma pyogenik



Granuloma sel datia

	 Pembesaran gingiva terkait fenitoin  Pembesaran gingiva terkait leukemia
5. Patofisiologi	- Iritasi lokal Pembesaran gingiva dengan etiologi iritasi lokal kronik dapat menyebabkan respon pertahanan jaringan (berupa proliferasi sel) secara terus menerus. Faktor prediposisinya antara lain higiene oral buruk, maloklusi, alat ortodonti. - Peradangan akibat plak mikrobial Pembesaran gingiva dapat timbul sebagai akibat dari peradangan dengan etiologi deposit plak pada permukaan enamel gigi. Deposit plak ini akan semakin tebal dengan adanya debris, bakteri dan kebersihan mulut yang buruk. Peradangan dari gingiva ini akan menyebabkan gingiva menjadi lunak dan berwarna lebih merah sehingga jika ada trauma mekanik, menyebabkan perdarahan gingiva. - Obat-obatan Terjadinya pertambahan besar gingival yang mempunyai etiologi obat-obatan ini tidak terlepas dari pengaruh faktor genetik, sehingga hanya pada individu tertentu saja bisa terinduksi hiperplasia. Para pakar

	menduga bahwa pembesaran gingiva tersebut adalah karena obat atau metabolisme obat yang menyebabkan 1) peningkatan sintesa/produksi kolagen oleh fibroblast gingival; 2) pengurangan degradasi kolagen akibat diproduksi enzim kolagenase yang inaktif; 3) penambahan matriks non-kolagen (contoh glikosaminoglikans dan proteoglikans) dalam jumlah yang lebih banyak dari matriks kolagen. - Herediter Etiologi akibat genetik yaitu 1) kromosom 2p21 dan mutasi dari gen <i>SOS1 (Son of sevenless-1)</i> yang merupakan <i>guanine nucleotide-exchange factor</i> yang memediasi penggabungan dari reseptor kinase tirosin ke aktivasi gen Ras atau 2) kromosom 5q13-q22. Tipe autosomal dominan dapat berhubungan dengan hipertrikosis (=pertumbuhan rambut di badan secara berlebihan). - Sistemik Pada kondisi etiologi hormonal, epulis gravidarum atau epulis kehamilan timbul di bagian frontal dari maksila, biasanya pada trisemester ketiga. Tidak ada faktor lokal yang menyebabkan timbulnya epulis ini. Pada kondisi kanker darah seperti leukemia, infiltrasi sel tumor di gingiva, akan menyebabkan nodul multipel yang dapat mencapai seluruh gingiva.
6. Kriteria Diagnosis	- Anamnesis sesuai dengan keterkaitan dari faktor prediposisi 1. Iritasi lokal: diketahui dari pemeriksaan klinis 2. Plak mikrobial: diketahui dari pemeriksaan klinis 3. Obat-obatan: diketahui dari anamnesis tentang obat-obatan yang dapat menyebabkan pembesaran gingiva yaitu fenitoin, siklosporin, dan penghambat saluran kalsium. 4. Herediter: diketahui sejak pubertas sudah terjadi pembesaran gingiva 5. Sistemik: diketahui dari anamnesis (bahwa pasien sedang hamil atau memiliki penyakit sistemik seperti ketidakseimbangan hormonal, penyakit kanker darah), pemeriksaan klinis atau pemeriksaan penunjang

	- Pemeriksaan klinis sesuai dengan gejala klinis dari masing-masing faktor prediposisi 1. Iritasi lokal: ditandai higiene oral buruk, adanya maloklusi, alat ortodonti 2. Plak mikrobial: ditandai banyak <i>staining</i> dan kalkulus 3. Obat-obatan: diketahui dari anamnesis 4. Herediter: diketahui dari anamnesis 5. Sistemik: diketahui dari anamnesis, pemeriksaan penunjang dan rujukan - Pemeriksaan penunjang untuk prediposisi sistemik 1. Kehamilan: pemeriksaan kehamilan 2. Ketidakseimbangan hormonal: rujukan ke dokter spesialis obsteri ginekologi atau dokter spesialis penyakit dalam konsultan endokrinologi. 3. Kanker darah: pemeriksaan darah lengkap
7. Diagnosis Kerja	Pembesaran gingiva - Terkait iritasi lokal: epulis fibrosa/<i>irritation fibroma</i>/polip fibroepitelial, granuloma piogenik, epulis sel datia/giant cell granuloma - terkait plak mikrobial: gingivitis terkait plak mikrobial) - terkait obat: <i>drug induced gingival overgrowth</i> (DIGO) - terkait herediter: hereditary gingival fibromatosis - terkait kondisi sistemik (kehamilan: epulis gravidarum atau <i>pregnancy epulis</i>, leukemia: pembesaran gingiva terkait leukemia)
8. ICD-10	- Iritasi lokal 1. <i>Epulis fibrous</i>: K06.2 <i>gingival and edentulous alveolar ridge lesions associated with trauma</i>. 2. Granuloma piogenik: L98.0 <i>Pyogenic granuloma</i>; L98.9 <i>Disorder of skin and subcutaneous tissue, unspecified</i>. 3. Epulis sel datia: K06.2 <i>gingival and edentulous alveolar ridge lesions associated with trauma</i>. - Peradangan akibat plak mikrobial Gingivitis terkait plak mikrobial: K05.0 <i>Acute gingivitis</i>; K05.1 <i>Chronic gingivitis</i> - Herediter <i>Hereditary gingival fibromatosis</i>: K06.1 <i>Gingival enlargement</i>

	- Obat-obatan dan sistemik Kehamilan atau ketidakseimbangan hormonal atau kanker darah atau penyakit sistemik: K06.9 <i>Disorder of gingiva and edentulous alveolar ridge, unspecified</i>
9. Diagnosis Banding	- Torus mandibularis - Eksostosis - Abses gingiva/periodontal - Kista - Tumor ganas (karsinoma, sarkoma, limfoma, metastasis) - Deposit - Lesi tulang yang ditutupi oleh gingiva (tumor odontogenik, adenomatoid odontogenik tumor, ameloblastoma, <i>calcifying epithelial odontogenic tumor</i>, <i>odontogenic fibroma</i>, odontoma, <i>malignant neoplasma</i>, <i>calcifying odontogenic cyst</i>, <i>squamous odontogenic tumor</i>) - Pembesaran gingiva sebagai manifestasi penyakit granulomatosa (<i>orofacial granulomatosis</i>, <i>Wegener's granulomatosis</i>, <i>Chron's disease</i>)
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan radiologi panoramik untuk evaluasi keterlibatan kondisi patologik jaringan keras - Pemeriksaan darah lengkap untuk evaluasi keterlibatan sistemik.
11. Tata Laksana	- Eliminasi dari faktor iritasi lokal dengan melakukan skeling. - Rujukan medik ke dokter gigi spesialis Ortodonsia untuk perbaikan oklusi atau pembuatan alat ortodonti akibat iritasi lokal. - Rujukan medik ke dokter gigi spesialis Bedah Mulut dan Maksilofasial untuk eksisi. - Rujukan medik ke dokter gigi spesialis Periodonti untuk <i>root planning</i> akibat plak mikrobial dan gingivoplasti secara berkala karena pembesaran gingiva ini bersifat rekuren akibat adanya faktor etiologi genetik (herediter) dan obat-obatan. - Konsultasi dan rujukan medik ke dokter spesialis Penyakit Dalam untuk identifikasi penyakit sistemik yang terkait.
12. KIE	Menjaga kebersihan rongga mulut, skeling secara rutin dan berkala. Untuk pembesaran gingiva akibat herediter, pasien perlu dijelaskan bahwa kondisi ini bersifat rekuren meskipun

	sudah dilakukan eksisi.
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Baik
16. Daftar Pustaka	1. Scully C. 2013. Oral and Maxillofacial Medicine - the basis of diagnosis and treatment. 3rd Ed. Edinburg: Elsevier. 2. Farah C, Balasubramaniam R, McCullough MJ. 2019. Contemporary Oral Medicine - a comprehensive approach to clinical practice. Australia: Springer.





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

GLOSSITIS TERKAIT KELAINAN SISTEMIK		0026/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Atropi papilla pada dorsum lidah sehingga tampak licin, merah dan berbatas jelas disebabkan oleh berbagai kondisi sistemik.	
2. Anamnesis	Mulai dari asimtomatis hingga permukaan lidah terasa licin, perih, sakit dan rasa terbakar.	
3. Gejala Klinis	Atropi sebagian atau seluruh papilla lidah, lidah tampak halus, licin dan berwarna merah terang (<i>beefy red</i>)	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	Glositis terkait penyakit sistemik dapat dilatarbelakangi oleh : - Kelainan metabolik (endokrinopati) : Diabetes - Penyakit gastrointestinal (<i>Crohn disease, Celiac disease</i>), - Penyakit hematologi, - Penyakit kelamin (<i>syphilitic / luetic glossitis</i>) - Autoimun - Pemakaian obat-obatan (<i>antibiotic glossitis</i>), - Defisiensi nutrisi: Riboflavin (B2), Niasin (B3), <i>Pyridoxin</i> (B6), <i>Folic acid</i> (B9), <i>Cobalamin</i> (B12) (<i>Hunter's / Moeller's glossitis</i>), <i>Iron</i> dan <i>Zinc</i>.	
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan fisik 3. Pemeriksaan penunjang	

7. Diagnosis Kerja	<i>Glossitis</i>
8. ICD-10	B08.5 K14.05 <i>Glossitis</i>
9. Diagnosis Banding	<i>Median Rhomboid Glossitis</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan darah disesuaikan dengan kondisi sistemik yang dicurigai
11. Tata Laksana	- Terapi simptomatis - Rujuk ke spesialis penyakit dalam yang berkaitan
12. KIE	1. Penjelasan tentang kondisi yang dialami 2. Penjelasan tentang kemungkinan etiologi dan predisposisi 3. Kemungkinan perawatan beserta rujukan ke spesialis penyakit dalam
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> V72.62 <i>Laboratory examination ordered as part of a routine general medical examination</i>
14. Prognosis	Baik jika kondisi sistemik teratasi/terkontrol
15. Keberhasilan Perawatan	- Keluhan subyektif sudah berkurang - Gambaran klinis depapilasi berkurang
16. Daftar Pustaka	1. Jean MB, Nathaniel ST. 2010. <i>Clinical Oral Medicine and Pathology</i>. New York: Humana Press 2. Joseph AR, James JS, Richard CK. 2016. <i>Oral Pathology, Clinical Pathologic Correlations</i>. Missouri: Saunders 3. Camile SF, Ramesh B, Michael JM. 2019. <i>Contemporary Oral Medicine: A Comprehensive Approach to Clinical Practice</i>. Switzerland: Springer 4. Erriu M, Pili FMG, Cadoni S, Garau V. 2016. <i>Diagnosis of Lingual Atropic Conditions: Association with Local and Systemic Factors. A Descriptive Review</i>. The Open Dentistry Journal:10; 619-635.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

GLOSSOPHARYNGEAL NEURALGIA		0027/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Nyeri paroksismal yang terdistribusi sesuai saraf kranial kesembilan (glosfaring) dan sepuluh (vagus)	
2. Anamnesis	- Nyeri satu sisi seperti menusuk, tajam dan pedih pada tenggorokan, belakang lidah atau di telinga dalam, sudut rahang bawah, rahang atas, hidung, mata bahkan hingga ujung lidah. - Serangan nyeri terjadi beberapa detik hingga 2 menit, 5–12 kali dalam 1 jam, dapat terjadi dalam beberapa minggu bahkan beberapa bulan - Menelan, mengunyah, berbicara, batuk, menguap, bersin dan mengorek telinga dapat memicu serangan nyeri. - Seringkali unilateral, dapat terjadi bilateral (12%) - Nyeri dapat dipicu oleh gerakan mengunyah, menelan, batuk, bicara, menguap, sentuhan pada telinga.	
3. Gejala Klinis	Pemeriksaan fisik umum : (pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi) Pemeriksaan menyeluruh untuk menyingkirkan penyebab lain dari glosfaringeal neuralgia. Pemeriksaan Neurologis - Tingkat kesadaran <i>Glasgow Coma Scale</i> (GCS) - Pemeriksaan seluruh saraf kranialis yang dititikberatkan pada saraf kranial kesembilan (glosfaring) dan sepuluh (vagus) meliputi: Sensorik: pemeriksaan sensasi (nyeri – raba – tekan/<i>pressure</i> – suhu) pada masing-masing distribusi cabang saraf kranial Sembilan dan sepuluh (lokasi seperti pada anamnesis). - Pemeriksaan dilakukan pada masing-masing distribusi cabang saraf dan dibandingkan kanan dan kiri.	

	Pemeriksaan Motorik: - Motorik saraf kesembilan dan kesepuluh dengan cara pasien diminta untuk menelan, dan batuk. - Diperiksa juga apakah pemeriksaan tersebut memicu nyeri glossofaringeal atau tidak. 1. Apabila melibatkan saraf IX cabang sensori <i>pharyngeal</i>, nyeri terjadi pad faring atau lidah posterior, telinga dalam, sudut mandibula, dapat juga melibatkan mata, hidung, maksila, bahu bahkan ujung lidah. 2. Apabila melibatkan saraf IX cabang sensori auricular (<i>tympanic</i>), nyeri predominan pada telinga telinga tetapi dapat menyebar hingga faring. 3. Nyeri bilateral dapat terjadi pada 25% kasus 4. Lokasi nyeri: telinga, fossa tonsilar, dasar lidah, sudut rahang nyeri bersifat khas yaitu paroksismal, berat, seperti ditusuk-tusuk atau seperti tersengat listrik, berulang (episodik)
4. Gambaran Klinis	Secara obyektif tidak ada gambaran klinis
5. Patofisiologi	Etiologinya masih <i>idiopathic</i>, kemungkinan disebabkan abnormalitas <i>intracranial blood vessel</i>. Rasa sakit mirip TN bisa sampai regio tenggorokan/tonsil mengalami <i>swelling</i> dan <i>coughing</i>. Rasa sakit ini bisa menyerang regio ipsilateral telinga, merangsang syaraf intermedius. Pada 10% disertai atau dihubungkan dengan bradycardia, tekanan darah rendah sehingga terjadi <i>syncope</i>
6. Kriteria diagnosis	1. Adanya riwayat dan gejala nyeri yang khas pada <i>glossopharyngeal neuralgia</i> 2. Tidak ada gambaran klinis
7. Diagnosis Kerja	<i>Glossopharyngeal Neuralgia</i>
8. ICD-10	G52.1 <i>Glossopharyngeal Neuralgia</i>
9. Diagnosis Banding	- Trigeminal neuralgia - <i>Multiple sclerosis</i> - Infeksi / inflamasi, <i>tonsillar carcinoma</i> atau tumor pada saraf glossofaring dan vagus atau sekitar saraf tersebut - Penyakit lokal pada faring - Osifikasi <i>ligament stylohyoid</i>

10. Pemeriksaan Penunjang	Konsultasi dan rujukan medik ke dokter spesialis yang terkait untuk dilakukan : - CT, MRI pada kepala dan leher untuk membedakan dengan kondisi patologis lain - EKG sebelum dan setelah terapi - MRTA sebelum dilakukan tindakan operatif.
11. Tata Laksana	Bekerjasama dengan dokter spesialis yang terkait, untuk dilakukan : - Terapi operatif <i>Microvascular Decompression</i> (04.42) Yaitu suatu tindakan pembedahan kraniotomi yang memisahkan (dekompresi) struktur pembuluh darah yang menempel pada <i>root entry zone</i> saraf glosfaringeal. Kasus yang tidak sembuh dengan terapi konservatif bisa dengan tindakan operasi (dekompresi mikrovaskular atau pemotongan nervus intermedius) - Terapi Non Operatif Pada glosfaringeal neuralgia dapat diberikan medikamentosa yaitu: 1. <i>Carbamazepine</i> 2. <i>Oxcarbazepine</i> 3. <i>Baclofen</i> 4. <i>Lamotrigine</i> 5. <i>Topical lidocaine</i>
12. KIE	Penjelasan kepada pasien dan keluarganya: 1. Perjalanan penyakit dan komplikasi yang mungkin terjadi 2. Terapi dan tindakan yang akan diberikan beserta keuntungan dan kerugian 3. Tata cara perawatan dan dokter yang merawat
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 074.0 <i>Dental Examination</i>
14. Prognosis	- Penyembuhan spontan terjadi pada sebagian besar pasien, namun sebagian ada yang tidak mengalami penyembuhan. - Kelainan ini dapat memicu batuk yang tidak terkontrol, seizure, aritmia, brakikardi dan sinkop.
15. Keberhasilan Perawatan	Hilangnya atau berkurangnya rasa nyeri

16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. Burket's Oral Medicine. 12th Ed. Philadelphia: People Medical Publishing. 2. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. 2012. Oral pathology clinical pathologic correlations. 6th Ed. Missouri: Elsevier Saunders. 3. Scully C. 2010. Oral medicine and pathology at a glance. 1st Ed. Iowa : Wiley Blackwell. 4. Scully C. 2010. Medical Problem in Dentistry. 6th Ed. London : Elsevier
--------------------	---





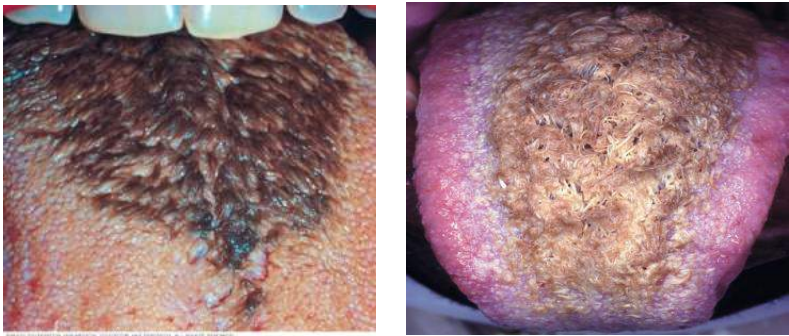
PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

HAEMANGIOMA ORAL		0028/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Proliferasi abnormal dari pembuluh darah yang terjadi pada proses tumbuh kembang di jaringan yang mengandung pembuluh darah.	
2. Anamnesis	- Keluhan awal berupa bercak merah kebiruan yang meluas dalam beberapa bulan sampai tahun dapat disertai peninggian - Sering pada bibir, lidah atau mukosa bukal - Dimulai sejak anak-anak	
3. Gejala klinis dan Pemeriksaan	- Asimtomatik, berlangsung lambat bulan-tahun - Riwayat pasien: sistemik, trauma, kelainan darah, konsumsi obat, restorasi, usia onset, imunitas, rasa sakit, progress lesi. - Klinis: warna, bentuk, ukuran, lokasi, sebaran.	
4. Gambaran Klinis	Lesi berwarna merah – biru, berbenuk nodular, flat, umumnya pada bibir, lidah, mukosa bukal, tidak ada keterlibatan tulang.	
5. Patofisiologi	Penyebab hemangioma sampai saat ini masih belum jelas. Angiogenesis. sepertinya memiliki peranan dalam kelebihan pembuluh darah dengan pertumbuhan cepat, involusi spontan. Peningkatan faktor-faktor pembentukan angiogenesis seperti penurunan kadar angiogenesis inhibitor. - Hemangioma kapiler/<i>strawberry hemangioma</i> - Terjadi pada bayi baru lahir, berupa bercak merah yang semakin membesar, berwarna merah menyala, batas tegas, berbentuk lobular dan keras - Hemangioma kavernosum - Terjadi pada lapisan jaringan yang lebih dalam, berupa papul eritematosa dengan pembesaran cepat. - <i>Mix</i>	

6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis 3. Memenuhi kriteria pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	<i>Hemangioma oral</i>
8. ICD-10	D.18.0 <i>Hemangioma at any site</i>
9. Diagnosis Banding	Limfangioma, neurofibroma, malformasi vascular kongenital, teleangektasis
10. Pemeriksaan Penunjang	- <i>Blanching test</i> - Histopatologi - Angiografi MRI/radiografi
11. Tata Laksana	<i>Scleroting agent injection, cryosurgery</i> , rujukan ke Spesialis Bedah Mulut dan Maksilofasial
12. KIE	Etiologi: penyebab tidak diketahui, tata laksana
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Hilangnya gambaran klinis, keluhan subyektif berkurang.
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine</i>, 12th ed. People Medical Publishing, Philadelphia (USA) 2. Scully. 2013. <i>Oral & Maxillofacial Medicine. The Basis of Diagnosis and Treatment</i>, 3rd ed. Elsevier Ltd, London 3. Neville, Damm, Allen, Bouquot. 2002. <i>Oral and Maxillofacial Pathology</i>, 2nd ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia (USA) 4. Trivedi K, et al. 2015. Intraoral Hemangioma: An overview of the clinical entity, <i>J Int Clint Dent Res Organ</i>;7:79-81



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

HAIRY TONGUE		0029/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Suatu kondisi yang umum ditemukan yang disebabkan oleh pemanjangan papila filiformis dan adanya penebalan keratin pada papila tersebut. Debris akan menjadi terdeposisi pada daerah ini dan warna yang timbul akibat adanya pigmen bakteri. Nama lain: <i>furred tongue</i>, <i>lingual villosa nigra</i>.	
2. Anamnesis	- Tidak ada keluhan apapun kecuali estetik karena adanya perubahan warna di lidah - Beberapa pasien kadang mengeluhkan rasa tidak nyaman di rongga mulut, halitosis, disgeusia, mual, rasa logam, kecemasan. Terkadang ditemukan bersama dengan mulut kering dan adanya “rambut” pada lidah juga dapat menyebabkan pasien merasa ingin muntah. - Riwayat kebiasaan menyikat lidah - Riwayat merokok - Riwayat konsumsi makanan atau minuman yang berwarna - Riwayat pengobatan	
3. Gejala klinis	Lesi memiliki ciri khas berupa pemanjangan papila filiformis di dorsum lidah (umumnya dua per tiga anterior dorsum lidah), bersifat asimtomatik, warna bervariasi dari coklat sampai kehitaman. Tergantung asupan makanan dan komposisi mikroflora oral, dapat berwarna putih, kuning, coklat, atau hitam. Lesi tidak hilang saat dikerok.	
4. Gambaran klinis		

5. Patofisiologi	Etiologi: gangguan deskuamasi papilla filiformis pada permukaan dorsum lidah sehingga tampak memanjang seperti “rambut” sebagai akibat adanya deposit debris yang disertai bakteri kromogenik. Faktor prediposisinya antara lain: - Faktor lokal yaitu penggunaan antibiotik, <i>lozenges</i>, tembakau, obat kumur klorheksidin, hidrogen peroksida, peningkatan derajat keasaman saliva, kebersihan mulut buruk, infeksi <i>Candida albicans</i>, perubahan pola makan (misal kebiasaan makan makanan yang lunak). - Faktor sistemik yaitu kebiasaan merokok, penggunaan jangka panjang antibiotik, kortikosteroid, anemia dan mobilitas lidah yang menurun akibat kondisi koma, xerostomia pada pasien yang menjalani radiasi, gangguan gastrointestinal dan obat antikolinergik, anxietas, penyakit (sindroma Sjogren)
6. Kriteria Diagnosis	Pemanjangan papila filiformis di dorsum lidah (dua per tiga anterior dorsum lidah), warna bervariasi dari coklat sampai kehitaman
7. Diagnosis Kerja	<i>Hairy tongue, furred tongue, lingual villosa nigra</i>
8. ICD-10	K14.3 <i>Hypertrophy of tongue papillae</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Coated tongue</i> - Kandidiasis pseudomembran akut - <i>Oral hairy leukoplakia</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Swab mikologikal untuk melihat adanya keterlibatan infeksi jamur di lesi tersebut
11. Tata Laksana	- Identifikasi dan eliminasi faktor predisposisi seperti menghentikan kebiasaan merokok, dan menghentikan konsumsi makanan atau minuman yang dapat menimbulkan warna pada lidah. - Peningkatan kebersihan rongga mulut. - Pengobatan lokal : 1. Penggunaan <i>tongue scraper</i> / sikat gigi / kassa steril untuk membersihkan lapisan permukaan lidah 2. Debris dapat dihilangkan menggunakan larutan H₂O₂ 1,5-3% 10 mL 3 kali per hari secara kumur buang. 3. Bila diperlukan, pemberian obat antiseptik yang tidak menyebabkan pewarnaan (larutan hipoklorit).

	4. Jika ditemukan adanya koinfeksi jamur, maka dapat diberikan anti jamur
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit bahwa penyakit ini bersifat jinak dan tidak menular 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat seperti konsumsi makanan pola makan seimbang dan bertekstur (seperti buah dan sayuran) untuk mencegah rekurensi 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut, termasuk instruksi penggunaan <i>tongue scraper</i>
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang
16. Daftar Pustaka	1. Glick M, Ship JA. 2015. Burket's oral medicine, 12th ed. People's Medical Publishing, Philadelphia (USA). 2. Scully C. 2013. Oral & maxillofacial medicine the basis of diagnosis and treatment, 3rd ed. Churchill Livingstone Elsevier, Edinburg. 3. Laskaris G. 2012. Atlas saku penyakit mulut, ed ke-2. EGC, Jakarta. 4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. 2016. Oral and Maxillofacial Pathology, 4th ed. Elsevier, Edinburg, pp. 12-13. 5. Farah CS., Balasubramaniam, R., McCullough, M.J. 2019. Contemporary Oral Medicine. Springer, Switzerland, pp. 1218-1219.





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

HALITOSIS		0030/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Disebut juga dengan bau mulut, <i>foetor ex ore</i>, <i>oral malodor</i>, <i>bad breath</i>, merupakan bau tidak enak yang berasal dari rongga mulut. Klasifikasi Halitosis berdasarkan sumbernya: - <i>Genuine/True Halitosis</i>, terdiri dari 1. Halitosis Fisiologis (bau nafas pagi hari) 2. Halitosis Patologis a. Intra Oral b. Ekstra Oral - <i>Delusional Halitosis</i>, terdiri dari 1. <i>Pseudo-Halitosis</i> 2. <i>Halitophobia</i>	
2. Anamnesis	Keluhan bau tidak enak yang berasal dari rongga mulut, dapat merupakan keluhan pihak ketiga yang menyatakan bau tidak enak yang berasal dari rongga mulut pasien	
3. Gejala Klinis	Gejala Klinis: bau tidak enak timbul saat pasien membuka mulut dan menghembus nafas melalui mulut. Pemeriksaan klinis - Pemeriksaan Organoleptik : - Menghidu/mencium aroma udara yang dihembuskan dari mulut dan hidung secara terpisah, lalu dibandingkan keduanya. - Menggunakan <i>tongue scraper</i>/sendok tidak berbau untuk mengerok dorsum lidah dan menghidu aroma dari alat tersebut - Meminta pasien menghembuskan nafas dari mulut ke dalam kantung kertas dan klinisi menghidu/mencium aroma dari kantung tersebut. - Skoring dari 0-5 dengan nilai 0 sebagai tidak ada bau dan intensitas semakin meningkat dengan intensitas bau tertinggi adalah 5	

4. Gambaran Klinis	- Kondisi <i>oral hygiene</i> dapat buruk atau baik (pada <i>delusional halitosis</i>) - Pada disertai dengan <i>coating</i> pada dorsum lidah
5. Patofisiologi	Manusia merupakan makhluk biologis yang memiliki berbagai jalur metabolik, yang menghasilkan senyawa organik yang mudah menguap (<i>Volatile Organic Compounds</i>) dan dapat menghasilkan bau. Senyawa organik tersebut merupakan penyebab halitosis intraoral dan terutama berasal dari biofilm mikroba yang terdapat pada lidah. Senyawa organik yang sering dikaitkan sebagai penyebab halitosis meliputi: Senyawa Sulfida yang mudah menguap atau VSC (<i>Volatile Sulphur Compounds</i>) seperti Hidrogen Sulfida (H_2S), Metil Merkaptan (CH_3SH), Dimetil Sulfida ($[CH_3]_2S$) dan senyawa sulfide lainnya. Senyawa lain yang sering dikaitkan adalah <i>Indole, Scatole, Putresine, Cadaverine</i>.
6. Kriteria Diagnosis	1. Anamnesis 2. Pemeriksaan Klinis
7. Diagnosis Kerja	Halitosis
8. ICD-10	R19.6 Halitosis
9. Diagnosis Banding	Tidak ada
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan menggunakan alat pengukur VSC: Halimeter, <i>Gas Chromatography (Oral Chroma)</i> - Pemeriksaan laju alir saliva - Pemeriksaan darah jika diperlukan (Gula Darah, <i>Ureum – Creatinin</i>)
11. Tata Laksana	- Perbaikan kondisi rongga mulut: <i>Scaling-root planning</i>, perawatan periodontal, perbaikan tumpatan atau gigi tiruan, pencabutan sisa akar gigi. - Penggunaan obat kumur antiseptik jika terdapat peradangan gingiva atau yang mengandung bahan yang dapat mengikat VSC - Rujukan ke dr Spesialis THT, Spesialis Penyakit Dalam, Spesialis Kesehatan Jiwa, disesuaikan dengan keterkaitan/diagnosis halitosis
12. KIE	1. Penjelasan kondisi yang dialami pasien dan kemungkinan penyebab atau predisposisi

	2. Instruksi pembersihan rongga mulut: sikat gigi 2x sehari pagi setelah sarapan dan malam sebelum tidur, disertai sikat lidah dan melakukan <i>flossing interdental</i> 3. Edukasi pola diet dan hidrasi cukup
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	- Keluhan subyektif berkurang - Pemeriksaan obyektif menunjukkan penurunan skor organoleptik atau kadar VSC
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. Burket's Oral Medicine (12th Edition). Philadelphia (USA): People Medical Publishing 2. Scully C. 2013. Oral and Maxillofacial Medicine: The Basis of Diagnosis 3rd Ed. Churchill Livingstone- Elsevier. 3. Kapoor U, Sharma G, Juneja M, Nagpal A. 2016. Halitosis: Current concepts on etiology, diagnosis and management. EurJ Dent;10:292-300. 4. J Greenman, P Lenton, R Seemann, S Nachnani. 2104. Organoleptic assessment of halitosis for dental professionals—general recommendations. J. Breath Res. 8; 017102 5. S R Porter, C Scully. 2006. Oral malodour (halitosis). BMJ;333:632–5





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

HAND, FOOT, AND MOUTH DISEASE		0031/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Penyakit infeksi virus yang bersifat akut, <i>self limiting disease</i>, menular, berbentuk vesikular yang mengenai tangan, kaki, dan mucosa mulut. Nama lain: Flu Singapura.	
2. Anamnesis	Terdapat sariawan yang nyeri, didahului lentingan berisi cairan bening atau ruam kemerahan pada telapak tangan dan telapak kaki.	
3. Gejala Klinis	- Ulserasi pada seluruh mukosa mulut dan tenggorokan yang diawali adanya macula eritematous atau vesikel yang cepat pecah menjadi ulserasi. - Demam derajat rendah, makula kemerahan yang menjadi vesikel multiple pada kulit telapak tangan dan telapak kaki/tumit.	
4. Gambaran Klinis	Lesi papula eritematosa nampak jelas pada telapak tangan (kiri). Pada telapak kaki (kanan)     Tampak ulkus pada tepi lidah, diagnosis pasti ditegakkan dengan melihat lesi yang ada pada kulit (ekstra oral)	

5. Patofisiologi	- Disebabkan oleh: <i>Coxsackie Virus</i> (CV) A16 - Biasa terjadi ketika musim panas, pada anak usia di bawah 10 tahun atau dalam kelompok anak. Penularannya melalui rute <i>fecal oral</i>, atau dapat terjadi penyebaran di saluran pernafasan atas. Virus bereplikasi pertama kali dalam mulut kemudian meluas ke saluran gastrointestinal bawah dan menyebar. - Pada pasien imunokompeten dapat bersifat <i>self limiting disease</i> (penyakit yang dapat sembuh sendiri apabila daya tahan tubuh membaik).
6. Kriteria Diagnosis	1. Terdapat gejala prodromal 2. Terdapat ulserasi multipel pada mukosa mulut 3. Terdapat vesikel/ruam pada telapak kaki dan telapak tangan
7. Diagnosis Kerja	<i>Hand Food and Mouth Disease</i>
8. ICD-10	B 08.4 <i>Enteroviral Vesicular Stomatitis with Exanthem</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Primary herpetic gingivostomatitis</i> - <i>Chicken pox.</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak diperlukan, gambaran klinis dan riwayat menjadi karakteristik khas.
11. Tata Laksana	- Suportif: istirahat cukup, hidrasi, multivitamin, diet makanan lunak. - Simtomatik: analgesik, antipiretik, anestetik topikal. - Jika tidak terdapat perbaikan, rujuk kepada dokter spesialis yang berkompeten.
12. KIE	1. Istirahat cukup 2. Hidrasi dan diet makanan lunak TKTP 3. Multivitamin 4. Instruksi untuk pencegahan penularan.
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik, bila tidak ada faktor penyulit.
15. Keberhasilan Perawatan	Terdapat perbaikan klinis dan tidak terjadi komplikasi.

16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. Burket's Oral Medicine. LH.Mehta, Ed., 12th ed. Hamilton: BC Decker. 2. Laskaris G. 2017. Color Atlas of Oral Diseases: Diagnosis and Treatment, 4th Edition. USA: Thieme. 3. Gandolfo S, Scully C, Carrozzo M. 2006. Oral Medicine 2nd ed. London: Elseiver Ltd. Hal: 85.
--------------------	---

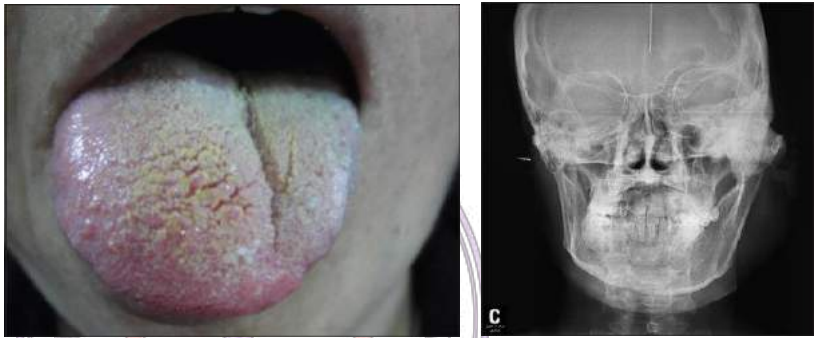






PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

HEMIFASIAL HIPERTROFI		0032/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Kelainan kongenital yang karakteristiknya berupa pembesaran/pembengkakan unilateral satu atau beberapa bagian tubuh, terutama daerah kepala dan rahang. Nama lain: <i>Hemifacial hyperplasia</i>, <i>Facial hemihypertrophy</i>, <i>Facial hemihyperplasia</i>, <i>Friedreich's disease</i>, <i>Partial gigantism</i>. Kadang disingkat menjadi HFH.	
2. Anamnesis	Terdapat keluhan wajah yang asimetri/tidak seimbang, karena pembesaran/pembengkakan unilateral kepala dan rahang sejak lama/sejak lahir, dengan atau tanpa rasa sakit. Pada beberapa kasus kelainan ini semakin menonjol setelah <i>menarche</i> (menstruasi pertama). Pasien kadang datang karena khawatir pembesaran ini adalah kanker/keganasan.	
3. Gejala Klinis	- Hasil pemeriksaan ekstraoral: pembengkakan wajah asimetri, lunak, menyebar, dan meluas dari tulang frontal ke batas bawah mandibula. <i>Zygomatik root</i> teraba membesar saat dipalpasi. - Pembukaan mulut dan gerakannya dapat memadai atau terbatas. - Hasil pemeriksaan intraoral: asimetri dapat berupa setengah bagian palatum lebih besar daripada sisi lawannya, atau dapat ditemukan ukuran gigi, atau lidah lebih besar pada sisi yang mengalami pembesaran ekstra oral. - Terdapat pembesaran jaringan lunak seperti: mukosa labial bawah, mukosa bukal, dan area retromolar. - Jika disertai keluhan sakit dapat berupa nyeri pada regio <i>temporomandibular joint</i> (TMJ), telinga, dan pembukaan mulut yang terbatas. - Klasifikasi kongenital <i>hemihypertrophy</i> oleh Roubeir (dalam Rowe, 1962): 1. <i>Complex hemihypertrophy</i> (hampir seluruh setengah bagian tubuh) 2. <i>Simple hemihypertrophy</i> (satu atau kedua tungkai)	

	3. <i>Hemifacial hypertrophy</i> (wajah, kepala, dan struktur yang terkait)
4. Gambaran Klinis	 <i>Hemifacial hypertrophy</i>  <i>Hemifacial hyperplasia</i>
5. Patofisiologi	- HFH adalah kelainan morfologi bawaan dengan etiologi yang belum diketahui pasti. Beberapa teori menyebutkan bahwa kemungkinan terjadi karena disfungsi endokrin, kelainan kromosom, gangguan sistem saraf pusat, malformasi vaskular/limfatik, dan mutasi somatik. Peneliti lain juga menyebutkan hereditas juga sebagai penyebab potensial (bersifat diturunkan). - Proses terjadinya kelainan ini dimulai dari gangguan perkembangan dan pertumbuhan yang berlebih pada <i>first branchial arch</i>, dan terjadi peningkatan jumlah <i>neural crest cells</i> pada separuh <i>neural tube</i> yang membesar (Pollock et al.), kemudian terjadi peningkatan ini berlanjut selama masa pertumbuhan sebelum dan sesudah kelahiran. Hasil akhirnya tampak berupa pertumbuhan berlebih unilateral pada struktur yang berasal dari <i>neural crest cells</i> tersebut. - Teori lain menghubungkan kasus ini dengan penyimpangan regulasi perkembangan embriologis

	(Gassel), atau karena adanya kerusakan mitokondria pada setengah bagian dari telur yang dibuahi (Noe dan Berman), atau karena <i>fibroblast growth factor</i> (FGF) disertai reseptor osteoblas yang berlebihan pada satu sisi (Yoshimoto et al.). - <i>Hemihypertrophy/hemihyperplasia</i> dapat merupakan temuan yang berdiri sendiri atau kemungkinan berhubungan dengan sindroma lain seperti: <i>Beckwith–Wiedemann</i>, <i>Proteus syndrome</i>, <i>Von Recklinghausen's neurofibromatosis</i>, <i>Klippel–Trenaunay–Weber</i>, dan <i>McCune–Albright syndromes</i>. - <i>Idiopathic hemihyperplasia</i> berat, berhubungan dengan disabilitas kognitif ringan, <i>anomaly genitourinaria</i>, dan sangat berhubungan dengan <i>Wilm's tumor</i>.
6. Kriteria Diagnosis	1. Pembengkakan wajah unilateral, asimetri 2. Diperoleh sejak lahir.
7. Diagnosis Kerja	<i>Hemifacial hypertrophy, Hemifacial hyperplasia, Facial hemihypertrophy, Facial hemihyperplasia, Friedreich's disease, Partial gigantism.</i>
8. ICD-10	Q67.4 <i>Other congenital deformities of skull, face and jaw</i>
9. Diagnosis Banding	Penyakit dengan pembesaran wajah asimetri seperti pada: - <i>Fibrous dysplasia</i> - Berhubungan dengan <i>capillary-lymphatic-venous deformation</i> - <i>Overgrowth syndromes</i> lainnya.
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak diperlukan karena tampilan klinis dan riwayat penyakit menjadi karakteristik khas, namun bila perlu dilakukan pemeriksaan radiografi seperti: foto panoramik, <i>CT scan/CBCT, 3D CT scan, Postero-anterior cephalometry</i>, untuk melihat kelainan jaringan keras (rahang dan tulang). Gambaran hiperdensitas tulang akan tampak pada sisi yang mengalami pembesaran, dan hipoplasia pada sisi lawannya. Selain itu jika diperlukan dapat juga dilakukan biopsi jaringan lunak, hasil biopsi eksisi dari pertumbuhan mukosa biasanya ditemukan berasal dari jaringan lemak.
11. Tata Laksana	Tidak perlu tatalaksana, kecuali terdapat keluhan estetik, atau ada rasa sakit, maka dapat dirujuk kepada dokter gigi spesialis bedah mulut dan maksilofasial atau spesialis lain yang kompeten.

12. KIE	1. Memberi penjelasan tentang penyakit: merupakan penyakit yang dibawa sejak lahir, tidak menular, bukan kanker/keganasan. 2. Memberi penjelasan tentang kemungkinan rencana perawatan yang dapat dilakukan oleh dokter gigi spesialis bedah mulut dan maksilofasial atau yang berkompeten, untuk mengkoreksi bentuk. 3. <i>Home care</i>: meningkatkan kebersihan rongga mulut, dan menjalankan gaya hidup sehat, menghentikan kebiasaan buruk.
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Tidak ada rasa sakit
16. Daftar Pustaka	1. Dattani A, Heggie A. 2020. Hemifacial hyperplasia: a case series and review of the literature. IJOMS, S0901-5027(20)30177-6. Advance online publication. https://doi.org/10.1016/j.ijom.2020.05.008 2. Nandimath SA, Rajkumar GC, Nayak T, Ashwin DP, Rudresh KB, Prashanth R. 2016. Hemifacial hypertrophy: Exploring new avenues of treatment modalities. Natl J Maxillofac Surg, 7(1): 100–104. https://doi.org/10.4103/0975-5950.196123 3. Salti L, Rasse M, Al-Ouf K. 2017. Hemifacial hyperplasia. Contemp Clin Dent, 8(2): 327–331. https://doi.org/10.4103/ccd.ccd_113_17.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

HERPANGINA		0033/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Penyakit vesikular pada faring yang disebabkan oleh virus coxsackie biasanya A7 atau B1-B5, B71. Disebut juga <i>vesicular pharyngitis</i> atau <i>aphthous pharyngitis</i> .	
2. Anamnesis	Pasien merasakan adanya nyeri tenggorokan, nyeri telan, demam, lemah lesu, sakit kepala, tidak nafsu makan, sering terjadi pada anak-anak dan dewasa muda pada musim pancaroba	
3. Gejala Klinis	Ulser kecil yang berukuran 1-2 mm, dengan dasar keabu-abuan dan dikelilingi oleh daerah inflamasi, regio orofaring	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	- Etiologi: virus coxsackie biasanya A7 atau B1-B5, B71 - Faktor predisposisi: perubahan iklim/cuaca, menurunnya kekebalan tubuh - Masa inkubasi 4 sampai 7 hari. Ulserasi yang dimulai dari makula yang akan menjadi papula dan vesikel yang dalam waktu 24-48 jam akan ruptur membentuk ulser kecil yang berukuran 1-2 mm, dengan dasar keabu-abuan dan dikelilingi oleh daerah inflamasi. Lesi sembuh sekitar 1 sampai 2 minggu.	
6. Kriteria Diagnosis	Ulser kecil berukuran 1-2 mm, dasar keabu-abuan, dikelilingi daerah inflamasi, regio orofaring	
7. Diagnosis Kerja	Herpangina	

8. ICD-10	B08.5 <i>Herpangina</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Primary herpetic gingivostomatitis</i> - <i>Hand, foot and mouth disease</i> - Infeksi mononukleosis - Stomatitis aftosa rekuren tipe herpetiformis
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan serologis jika diperlukan
11. Tata Laksana	- <i>Self limiting disease</i> - Terapi simptomatis (analgesik, anestetik topikal, antipiretik) - Terapi suportif (hidrasi, multivitamin)
12. KIE	1. Penjelasan kondisi yang dialami pasien, diagnosis dan kemungkinan penyebab atau predisposisi 2. Instruksi penggunaan obat 3. Edukasi pola diet dan hidrasi 4. Penjelasan tindakan yang akan dilakukan pada kunjungan tersebut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Hilangnya/berkurangnya keluhan subyektif dan perbaikan kondisi klinis
16. Daftar Pustaka	1. DeLong L, Bukhart NW. 2013. General and Oral Pathology for the Dental Hygienist. 2nd Ed. Philadelphia: Wolter Kluwer. 2. Glick M. 2015. Burket's Oral Medicine. 12th Ed. Philadelphia: People Medical Publishing. 3. Scully C. 2013. Oral and Maxillofacial Medicine - the basis of diagnosis and treatment. 3rd Ed. Edinburg: Elsevier.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

HERPES LABIALIS REKUREN		0034/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Penyakit infeksi virus rekuren pada bibir akibat reaktivasi <i>Herpes Simplex Virus</i> (HSV) tipe 1 atau 2.	
2. Anamnesis	Gejala prodromal berupa rasa gatal, terbakar pada daerah bibir atau perbatasan bibir dan kulit, diikuti timbulnya lentingan, mudah pecah. Rasa nyeri tersebut terjadi pada 2 hari sebelum timbul lentingan.	
3. Gejala klinis	Rasa gatal atau terbakar sebelum timbul area eritema. Pada daerah eritema akan membentuk vesikel yang berkelompok, mudah pecah membentuk ulser yang iregular dan ditutupi krusta kekuningan.	
4. Gambaran klinis	 Herpes Labialis Rekuren	
5. Patofisiologi	Etiologi adalah virus herpes simpleks tipe 1 atau 2. Prediposisinya antara lain sinar matahari, kebiasaan merokok, trauma mekanis, stres psikologik, menstruasi dan imunokompromis. Sebanyak 20 to 40% kasus terjadi pada dewasa muda. HSV yang laten teraktivasi akibat adanya faktor prediposisi sehingga menimbulkan infeksi di mukosa atau kulit.	
6. Kriteria Diagnosis	- Memenuhi kriteria anamnesis - Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis	
7. Diagnosis Kerja	Herpes labialis	

8. ICD-10	B00.1 <i>Herpes simplex labialis</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Erythema multiforme</i> - Herpes zoster - Keilitis
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak diperlukan
11. Tata Laksana	- Penyakit yang dapat sembuh sendiri apabila daya tahan tubuh membaik (<i>self limiting disease</i>) - Terapi kausatif - Apabila masih terdapat gejala prodromal: asiklovir krim 1% dioleskan 5 kali per hari dan asiklovir 200mg 5 kali per hari - Apabila sudah tidak ada gejala prodromal, dapat dikombinasikan dengan asam fusidik krim dioleskan 3 kali per hari. - Supportif: multivitamin, penggunaan tabir surya bibir (<i>sun block</i>) - Hilangkan faktor predisposisi untuk mencegah timbulnya - Rekurensi lesi.
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut 7. Edukasi risiko penularan
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Lesi secara klinis sembuh
15. Keberhasilan Perawatan	Baik
16. Daftar Pustaka	Greenberg, Glick, Ship. 2008. <i>Burket's Oral Medicine</i> , 11th ed.



**PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATALAKSANA KASUS
ILMU PENYAKIT MULUT
2020**

HERPES ZOSTER / SECONDARY VARICELLA ZOSTER / SHINGLES		0035/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Reaktivasi infeksi virus <i>Varicella zoster</i> (VVZ) pada kulit dan mukosa mulut, ditandai dengan adanya vesikel pada kulit dan ulserasi dalam rongga mulut.	
2. Anamnesis	- Terdapat gejala prodromal seperti demam, malaise, sakit sendi dan rasa terbakar sebelum muncul lesi di kulit dan/atau di mukosa mulut. Reaktivasi VVZ sering terjadi pada usia lanjut. - Rasa sakit atau luka hanya pada satu sisi saja dan segmental. - Riwayat cacar air (<i>chicken pox</i>).	
3. Gejala klinis	Ekstraoral - Ditemukan limfadenitis. Intra oral - Reaktivasi VVZ terjadi unilateral (1 sisi) dan segmental. - Pada daerah wajah dan mulut melibatkan <i>nervus Trigemini</i> (V), kelopak mata atas, dahi, dan kulit kepala (V1), separuh wajah dan bibir atas (V2), wajah bagian bawah dan bibir bawah (V3). - Terdapat vesikel dan ulserasi (akibat vesikel yang pecah) di bagian palatum, atau permukaan mukosa mulut lainnya. Terdapat vesikel kemerahan di sekitar kepala, leher, atau badan, yang kemudian akan pecah menjadi krusta/keropeng berwarna kuning kecoklatan. Lesi ulserasi biasanya timbul secara bergerombol membentuk suatu lesi yang berukuran besar dan ireguler. - Setelah lesi secara klinis sembuh, maka akan ada risiko timbulnya rasa sakit atau terbakar tajam dan menetap yang disebut sebagai <i>post herpetic neuralgia</i>.	

4. Gambaran klinis	
5. Patofisiologi	- Infeksi Sekunder (reaktivasi) - Etiologi: virus <i>Varicella zoster</i> - Predisposisi: usia lanjut, kondisi imunokompromis - Infeksi sekunder umumnya terjadi pada usia lanjut atau pada individu dengan kondisi imunokompromis. Inkubasi terjadi 2-3 minggu. Infeksi sekunder umumnya memiliki morbiditas lebih berat dibandingkan infeksi primer. Infeksi sekunder ini akan muncul pada daerah dermatom yang dipersarafi oleh saraf yang terinfeksi.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis
7. Diagnosis Kerja	<i>Secondary varicella zoster/shingles/herpes zoster</i>
8. ICD-10	B.02.9 <i>Zoster without complication</i>
9. Diagnosis Banding	- Infeksi virus Herpes Simpleks (<i>primary herpetic gingivostomatitis</i>, stomatitis herpetika) - Herpangina - <i>Hand, foot and mouth disease</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak dilakukan
11. Tata Laksana	- Terapi simptomatis 1. Paracetamol 500mg 3 kali per hari, apabila diperlukan 2. Asam hyaluronat gel/kumur/<i>spray</i> atau 3. <i>Benzydamine mouthwash</i> 4. Klorheksidin glukonat / <i>povidone iodine</i> - Terapi Kausatif 1. Asiklovir tablet 400-800mg sehari 5 kali selama 7

	hari atau 2. Valacyclovir 1000mg sehari 3 kali selama 7 hari - Terapi Supportif 1. Methisoprinol 500 mg: 50-100mg/Kg BB dalam 4-6 pemberian per hari 2. Multivitamin - Rujukan ke dokter Spesialis Kulit dan Kelamin apabila terkait kulit - Untuk mencegah komplikasi <i>post herpetic neuralgia</i>, pada pasien berisiko, dapat diberikan terapi steroid dan capsaicin.
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut 7. Edukasi risiko penularan
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i>
14. Prognosis	Baik apabila tanpa penyakit penyerta dan komplikasi pada infeksi sekunder.
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis sembuh tanpa komplikasi.
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine (12th Edition)</i>. Philadelphia (USA) : Pepople Medical Publishing. 2. Regezi, Sciuba, Jordan. 2012. <i>Oral Pathology Clinical Pathologic Correlation (6th edition)</i>. St Louis Missouri (USA) : Elsevier Saunders 3. Scully. 2013. <i>Oral &Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment (3rd Edition)</i>. London : Elsevier Ltd 4. De Long, L and Burkhart. 2013. <i>General and Oral Pathology for the Dental Higienist (2nd Edition)</i>. Baltimore USA : Lippincott Wiliams & Wilkins.





**PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATALAKSANA KASUS
ILMU PENYAKIT MULUT
2020**

INFEKSI VIRUS HERPES SIMPLEKS (HSV 1 DAN 2)

Primary Herpetic Gingivostomatitis

Rekuren Intraoral Herpes – Stomatitis Herpetika

0036/PPK
IPM/1/2020

1. Pengertian (Definisi)	Suatu infeksi virus pada kulit dan/atau mukosa, ditandai dengan adanya vesikel pada kulit dan ulserasi dalam rongga mulut, disebabkan oleh virus herpes simpleks (HSV tipe 1/2) yang menular. Setelah infeksi primer, yang bisa saja tanpa gejala (subklinis), dapat laten dan ter-reaktivasi dengan beberapa faktor pencetus seperti: sinar matahari, trauma, demam dan kondisi imunokompromis. Infeksi HSV-1 umumnya terjadi daerah pinggang ke atas sedangkan infeksi HSV-2 pada daerah genital (pinggang ke bawah), namun kondisi ini sekarang sudah berubah karena adanya perubahan pola seksual.
2. Anamnesis	- <i>Primary Herpetic Gingivostomatitis</i> Terdapat gejala prodromal seperti demam, malaise, nyeri, gatal serta rasa terbakar sebelum munculnya lesi di mukosa mulut. Infeksi dalam rongga mulut dapat disertai dengan keluhan bau mulut pada usia muda (anak-anak). - Rekuren Intraoral Herpes – Stomatitis Herpetika Gejala prodromal seperti demam dapat muncul tetapi lebih ringan daripada infeksi primer. Gejala lain seperti malaise, nyeri dan gatal juga dapat menyertai.
3. Gejala Klinis	- Infeksi Primer (<i>Primary Herpetic Gingivostomatitis</i>): Terdapat vesikel dan ulserasi (akibat vesikel yang pecah) tersebar pada permukaan mukosa berkeratin. Ulserasi berukuran kecil (<i>pin-point</i>) dan dapat bersatu menjadi ulser yang besar dengan tepi ireguler. Selain itu akan ditemukan tanda klinis berupa marginal gingiva yang edema dan eritema. Dapat disertai halitosis dan limfadenitis.

	- Infeksi Sekunder (Rekuren Intraoral Herpes – Stomatitis Herpetika): Terdapat vesikel dan ulserasi (akibat vesikel yang pecah) tersebar pada permukaan mukosa berkeratin. Ulserasi berukuran kecil (<i>pin-point</i>) dan dapat bersatu menjadi ulser yang besar dengan tepi ireguler. Dapat disertai halitosis dan limfadenitis.
4. Gambaran Klinis	Infeksi Virus herpes simpleks intra oral: 
5. Patofisiologi	- Etiologi: Virus Herpes Simpleks (HSV-1/HSV-2) - Faktor predisposisi: demam, sinar matahari, trauma, kondisi imunokompromis. - Infeksi Primer (<i>Primary Herpetic Gingivostomatitis</i>): Umumnya terjadi pada usia muda dan pada individu dengan sosial ekonomi rendah. Infeksi dimulai dengan kontak langsung saliva atau cairan tubuh melalui mukosa

	atau kulit yang luka. Masa inkubasi adalah 4-7 hari. Gejala klinis akan timbul pada individu rentan (kondisi imunokompromis). Pada individu imunokompeten, virus dapat laten pada ganglion (terutama N. Trigeminal). Kasus infeksi primer 50% bersifat subklinis. - Infeksi Sekunder: Virus yang laten dapat teraktivasi oleh faktor predisposisi dan menyebabkan infeksi dalam rongga mulut (<i>recurrent intra oral herpes</i>) maupun pada bibir serta kulit sekitar bibir (<i>herpes labialis</i>). Tingkat rekurensi cukup tinggi.
6. Kriteria Diagnosis	Vesikel dan ulserasi berukuran kecil (<i>pin-point</i>) bersatu menjadi ulser yang besar dengan tepi ireguler, marginal gingiva yang edema dan eritema. Dapat disertai halitosis dan limfadenitis.
7. Diagnosis Kerja	1. Infeksi primer: <i>Primary herpetic gingivostomatitis</i> 2. Infeksi sekunder: Stomatitis herpetika rekuren (rekuren intraoral herpes)
8. ICD-10	- Primer: <i>B.00.2 Herpes viral gingivostomatitis and pharyngotonsillitis</i> - Sekunder: <i>B.00.9 Herpes viral infection, unspecified</i>
9. Diagnosis Banding	- Stomatitis aftosa rekuren tipe herpetiformis - Herpes Zoster - Herpangina - <i>Hand, foot and mouth disease</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan serologi berupa serum antibodi Ig-M dan Ig-G HSV-1 atau HSV-2
11. Tata Laksana	- Terapi simptomatis: 1. <i>Paracetamol</i> 500mg 3 kali per hari, apabila diperlukan. 2. Asam hyaluronat gel/kumur/<i>spray</i> atau 3. <i>Benzydamine mouthwash</i> 4. Klorheksidin glukonat / <i>povidone iodine</i> - Terapi kausatif: 1. Asiklovir tablet 200-400mg sehari 5 kali selama 7 hari atau 2. <i>Valacyclovir</i> 1000mg sehari 3 kali selama 7 hari

	- Terapi suportif: 1. Methisoprinol 500 mg: 50-100mg/Kg BB dalam 4-6 kali pemberian per hari 2. Multivitamin
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut 7. Edukasi risiko penularan
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing and debridement</i>
14. Prognosis	Prognosis baik, merupakan <i>self-limiting disease</i>
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis menghilang.
16. Daftar Pustaka	1. De Long, L and Burkhart. 2013. General and Oral Pathology for the Dental Higienist. 2nd Ed. Baltimore USA : Lippincott Wiliams & Wilkins. 2. Glick M. 2015. Burket's Oral Medicine. 12th Ed. Philadelphia: People Medical Publishing. 3. Scully C. 2013. Oral and Maxillofacial Medicine - the basis of diagnosis and treatment. 3rd Ed. Edinburg: Elsevier. 4. Regezi, Sciuba, Jordan. 2012. Oral Pathology Clinical Pathologic Correlation. 6th Ed. St Louis Missouri (USA) : Elsevier Saunders



**PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATALAKSANA KASUS
ILMU PENYAKIT MULUT
2020**

KANDIDIASIS ATROFIK KRONIK / DENTURE SORE MOUTH		0037/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Suatu kondisi pada mukosa mulut di bawah basis gigi tiruan yang ditandai dengan peradangan ringan hingga berat. Nama lain: <i>Denture sore mouth, Chronic atropic candidiasis, Denture induce candidiasis, Denture related candidiasis, Denture-induce stomatitis.</i>	
2. Anamnesis	Terdapat riwayat pemakaian gigi tiruan sebagian atau penuh lepasan dalam periode waktu tertentu yang jarang/tidak pernah atau tidak dapat dilepas.	
3. Gejala Klinis	- Sebagian besar pasien tidak memiliki keluhan/gejala, namun pada kondisi tertentu dapat disertai dengan rasa terbakar atau tidak nyaman pada area palatum di bawah basis gigi tiruan. - Terdapat 3 jenis gambaran klinis kandidiasis atrofik kronik: 1. Tipe 1 (<i>Punctiform hyperemia</i>): makula eritematus pada mukosa yang berkontak dengan basis gigi tiruan, didaerah palatum dan terlokalisir 2. Tipe 2 (<i>Diffuse hyperemia</i>): daerah eritematus menyebar merata sepanjang daerah mukosa palatum yang tertutupi gigi tiruan. 3. Tipe 3 (<i>Granular hyperemia</i>): Eritematus dan nodul daerah area tengah palatum di bawah basis gigi tiruan	

4. Gambaran Klinis	
5. Patofisiologi	Peradangan terjadi karena multifaktorial seperti keterlibatan <i>Candida albicans</i>, trauma/iritasi gigi tiruan, kebersihan rongga mulut yang buruk, <i>ill fitting denture</i>, permukaan gigi tiruan yang kasar dan pasien yang memiliki kebiasaan parafungsional. Faktor-faktor tersebut menurunkan imunitas permukaan mukosa sehingga terjadi inflamasi akibat meningkatnya beban oklusal dan peningkatan reseptor <i>C. albicans</i> di dalam jaringan.
6. Kriteria Diagnosis	Gambaran klinis yang khas (salah satu dari 3 tipe) dan berada di bawah basis gigi tiruan di area palatum. Hasil pemeriksaan penunjang menunjukkan adanya keterlibatan <i>C. albicans</i>.
7. Diagnosis Kerja	Kandidiasis Atrofik Kronik / <i>Chronic atropic candidiasis</i> / <i>Denture Stomatitis</i> / <i>Denture sore mouth</i> / <i>Denture induce candidiasis</i> / <i>Denture related candidiasis</i> / <i>Denture-induce stomatitis</i>
8. ICD-10	K12.1 <i>Other forms of stomatitis</i>
9. Diagnosis Banding	- Stomatitis kontakta - Eritroplakia
10. Pemeriksaan Penunjang	- <i>Oral Mycological Smear</i> (OMS), adalah isolasi <i>Candida</i> dengan metode smear/apus, swab, kultur. - OMS dapat dilakukan secara langsung dengan menggunakan KOH atau pewarnaan dengan <i>Periodic Acid Schiff</i> (PAS) atau secara tidak langsung dengan kultur pada <i>Sabouraud/Chromagar</i>.
11. Tata Laksana	- Obat anti fungal topikal (Nistatin 100.000 IU/ml, 4 x 1 ml sehari selama 2 minggu. - Pemberian antiseptik (Obat kumur Klorheksidin 0,12-

	0,2 %) untuk merendam gigi tiruan - Peningkatan kebersihan gigi tiruan dan mulut - Eliminasi iritasi mukosa karena <i>ill fitting denture</i> dengan melepas gigi tiruan tiap malam dan atau rekonstruksi gigi tiruan sesuai indikasi
12. KIE	1. Melepas gigi tiruan saat malam hari 2. Merendam dalam larutan antiseptik 3. Mencuci basis gigi tiruan dengan dengan sabun (bukan pasta gigi) 4. Menjaga kebersihan mulut 5. Kontrol kecekatan gigi tiruan secara berkala tiap 6 bulan sekali.
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Peradangan di bawah gigi tiruan berkurang dan hilang setelah pemberian anti fungal dan instruksi tata laksana untuk gigi tiruannya.
16. Daftar Pustaka	1. Glick M, Ship JA. 2015. Burket's oral medicine, 12th ed. People's Medical Publishing, Philadelphia (USA). 2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. 2016. Oral and Maxillofacial Pathology, 4th ed. Elsevier, Edinburg, pp. 190-192. 3. Puryer J. 2016. Denture stomatitis - a clinical update. Dental Update, 43(6): 529-535. 4. Scully C. 2013. Oral & maxillofacial medicine the basis of diagnosis and treatment, 3rd ed. Churchill Livingstone Elsevier, Edinburg, pp. 141-142.





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

KANDIDIASIS ERITEMATUS AKUT/ ANTIBIOTIC SORE MOUTH		0038/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Infeksi oportunistik pada rongga mulut yang disebabkan oleh jamur dari genus <i>Candida</i>, karena penggunaan antibiotik spektrum luas jangka panjang ataupun penggunaan secara bersamaan beberapa antibiotik spektrum sempit. Nama lain: <i>Antibiotic stomatitis</i>, <i>Atrophic Candidiasis</i>, <i>Erythematous Candidiasis</i>.	
2. Anamnesis	Terdapat keluhan nyeri ringan dan sensasi rasa terbakar pada rongga mulut, dan dapat persisten atau terus menerus.	
3. Gejala Klinis	- Adanya lesi atrofi eritematus pada dorsum lidah, palatum, atau mukosa bukal, terasa sakit atau panas. - Sering berkaitan atau bersamaan dengan angular cheilitis dan bentuk lain dari kandidiasis.	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	- Patofisiologi <i>Antibiotic sore mouth</i> yang paling sering terjadi adalah akibat infeksi dari jamur spesies <i>Candida albicans</i> ini yang menjadi patogen karena faktor predisposisi, berupa penggunaan antibiotik jangka panjang. - Kandida mengekspresikan <i>Secreted Aspartyl Proteinases</i> (SAPs) sebagai antigen yang memicu terjadinya peradangan.	

6. Kriteria Diagnosis	- Adanya lesi atrofi eritematus akibat pemakaian antibiotik spektrum luas dan atau spektrum sempit secara bersamaan dan jangka panjang. - Sensasi nyeri atau panas dalam rongga mulut
7. Diagnosis Kerja	<i>Antibiotic stomatitis, Atrophic Candidiasis, Erythematous Candidiasis.</i>
8. ICD-10	B37.0 <i>Unspecified candidiasis.</i>
9. Diagnosis Banding	<i>Thermal burn</i> <i>Median rhomboid glossitis</i> <i>Geografic tongue</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	<i>Oral Mycological Smear (OMS)</i>, adalah isolasi <i>Candida</i> dengan metode smear/apus, swab, kultur. - OMS dapat dilakukan secara langsung dengan menggunakan KOH atau staining dengan <i>Periodic Acid Schiff (PAS)</i> atau secara tidak langsung dengan kultur pada <i>Saboroud /Chrom agar</i>.
11. Tata Laksana	- Hentikan penggunaan antibiotik sebagai faktor etiologi / penyebab. <i>Antifungal agent: Nystatin 100.000 iu/ml</i>, 4 x 1 ml sehari selama 2 minggu. Penggunaan antifungal gol. <i>azole</i> harus memperhatikan kondisi sistemik <i>host</i>. - Meningkatkan <i>oral hygiene</i>. - Simtomatik: <i>Benzydamine hydrochloride 0.1%</i>. - Antiseptik: <i>Chlorhexidine gluconate 0.12-0.2%</i>.
12. KIE	<i>Oral hygiene</i> - Pola hidup sehat - Konsultasi penggunaan antibiotik jangka panjang
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Terdapat perbaikan klinis
16. Daftar Pustaka	- Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine (12th Edition)</i>. Philadelphia (USA) : <i>Pepople Medical Publishing</i>. - Scully. 2013. <i>Oral &Maxillofacial Medicine The Basis of</i>

	Diagnosis and Treatment (3rd Edition). London : Elsevier Ltd. 3. Ghom AG. 2010. Textbook of Oral Medicine 2nd edition. Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd: New Delhi 4. Regezi JA., Sciubba JJ, Jordan RCK. 2012. Oral pathology : clinical pathologic correlations 6th ed. Saunders: St.Louis 5. Patil S, Rao RS, Majumdar B, Anil S. 2015. Clinical Appearance of Oral candidal infection and Therapeutic Strategies. Front Microbiol.6:1391
--	--







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

KANDIDIASIS HIPERPLASIA KRONIK / KANDIDAL LEUKOPLAKIA		0039/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Salah satu jenis oral kandidiasis primer bersifat kronik, dengan tampilan klinis berupa plak putih yang tidak dapat hilang saat dikerok dan lokasinya paling sering pada regio komisura mukosa mulut. Nama lain: <i>Chronic hyperplastic candidiasis, Candidal leukoplakia, Chronic plaque type candidiasis</i>	
2. Anamnesis	Adanya plak putih pada area mukosa bukal (paling sering di area komisura) lidah atau palatum (paling jarang) tidak bisa dikerok/dilepas.	
3. Gejala Klinis	- Pemeriksaan klinis intra oral terdapat plak putih homogen, - ireguler, permukaan tidak rata, dapat terasa nyeri saat ditekan, - tidak dapat dikerok dengan ukuran bervariasi dan dapat dikelilingi area eritematus. - Pemeriksaan ekstra oral biasanya tidak terdapat kelainan	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	Ada dua teori, yang pertama adanya infeksi <i>superimposed</i> pada lesi leukoplakia sebelumnya. Kedua, adanya organisme kandida yang mampu menimbulkan reaksi hiperkeratosis. Faktor predisposisi meliputi iritasi lokal yang kronis,	

	kortikosteroid, xerostomia, faktor diet, kelainan imunologi dan endokrin, kebersihan gigi palsu yang kurang baik, penyakit kronis dan keganasan, radiasi kepala dan leher, malnutrisi, usia, perokok berat, dan pasien yang MRS di rumah sakit.
6. Kriteria Diagnosis	Lesi/bercak putih, sulit dihilangkan/dikerok dan pemeriksaan jamur menunjukkan hasil positif
7. Diagnosis Kerja	Kandidiasis Hiperplasia Kronik / <i>chronic hyperplastic candidiasis</i> / <i>Candidal leukoplakia</i> / <i>Chronic plaque type candidiasis</i>
8. ICD-10	K13.2 <i>Leukoplakia and other disturbances of oral epithelium, including tongue</i>
9. Diagnosis Banding	- Oral Thrush - Leukoplakia
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan jamur (KOH/PAS) - Pemeriksaan histopatologik
11. Tata Laksana	- Menghilangkan faktor predisposisi - Pemberian medikasi anti fungal topikal (Nistatin topikal) - Suportif: antiseptik (obat kumur Khlorheksidin glukonat 0,2%) - Konsultasi dan rujukan medik ke dokter gigi spesialis bedah mulut dan maksilofasial untuk dilakukan biopsi jika tidak ada perbaikan klinis setelah diberikan obat anti jamur
12. KIE	1. Kondisi yang berpotensi menjadi keganasan namun tidak menular 2. Harus menjaga kebersihan mulut 3. Pola hidup sehat 4. Mengikuti terapi yang disarankan (farmakologi dan nonfarmakologi)
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik jika terdapat perbaikan klinis dan tidak ditemukan displasia

15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang, tidak nyeri, dan tidak ada komplikasi
16. Daftar Pustaka	1. Gracia MTP, Fernández CMH, Cebrian BM, García BS. 2014. Chronic Hyperplastic Candidiasis of the Oral Mucosa: Case Report. J Clin Stud Med Case Rep 1: 001. 2. Jontell M, Holmstrup P. 2008. Red and white lesion of oral mucosa. In Book: Greenberg M.S., Glick M., Ship J., eds. <i>Burket's oral medicine</i>, 11th ed. BC Decker Inc., Hamilton, pp. 80. 3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. 2016. Oral and Maxillofacial Pathology, 4th ed. Elsevier, Edinburg. 4. Paskalis S, Irmagita A. 2012. Candidal leukoplakia on patient with removable denture. Journal of Dentistry Indonesia, 19(2): 47-50.







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

KANDIDIASIS OROFARING		0040/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Infeksi oportunistik yang paling sering ditemukan diantara pasien HIV/AIDS baik anak-anak maupun dewasa, yang merupakan penanda diagnostik dan prognostik yang penting untuk infeksi HIV dan keberhasilan terapi antiretroviral.	
2. Anamnesis	Pasien mengeluhkan nyeri rongga mulut dan sulit menelan makanan/minuman, oleh karena adanya bercak putih yang menyebar di seluruh rongga mulut dan kerongkongan	
3. Gejala klinis dan Pemeriksaan	- Disfagia - Dehidrasi - Malnutrisi - Nyeri rongga mulut - Lapisan plak putih yang dapat dikerok dan meninggalkan lesi kemerahan dan berdarah, menyebar di seluruh rongga mulut dan orofaring	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	Infeksi opportunistic <i>Candida Albicans spp</i> , pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)	
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis 3. Memenuhi kriteria pemeriksaan penunjang	
7. Diagnosis Kerja	Kandidiasis Orofaring / <i>Oropharyngeal Candidiasis</i>	

8. ICD-10	B20.4 <i>HIV disease resulting in candidiasis</i>
9. Diagnosis Banding	<i>Acute Pseudomembrane Candidiasis (Oral Thrush)</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Serial Rapid tes HIV (R1, R2, R3). HIV positif apabila ketiga rapid tes hasilnya reaktif - Swab mukosa pemeriksaan mikologi
11. Tata Laksana	- Konseling pemeriksaan rapid tes HIV - Medikasi: 1. Kasus ringan: nistatin suspensi (100.000 U/mL) 4 x 4-6 mL selama 7–14 hari 2. Kasus sedang – berat: Flukonazol oral 100-200 mg/hari selama 7–14 hari 3. Untuk infeksi rekuren: Flukonazol oral 3 x 100mg/hari selama 7 hari 4. Untuk kasus yang tidak dapat diatasi dengan (refrakter) Flukonazol: a. Vorikonazol 2 x 200 mg b. Ekinocandin IV (caspofungin 70 mg <i>loading dose</i>, lalu 1 x 50 mg; micafungin 1 x 100 mg; atau anidulafungin 200-mg <i>loading dose</i>, lalu 1 x 100 mg) c. Amfoterisin-B deoksikolat IV, 0,3 mg/kg per hari
12. KIE	1. Konseling pencegahan positif (tidak tertular, tidak menularkan, peningkatan kualitas hidup) 2. Hubungkan dengan dokter layanan 3. Hubungkan dengan konselor HIV/AIDS di puskesmas atau rumah sakit terdekat. 4. Hubungkan dengan kelompok dukungan sebaya
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik (apabila pasien patuh minum obat ARV)
15. Keberhasilan Perawatan	- Jumlah CD4 >200 sel/μ - Perbaikan kondisi klinis: lesi putih rongga mulut berkurang sampai hilang
16. Daftar Pustaka	1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana

	HIV. Indonesia: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia;1-220. http://siha.depkes.go.id/portal/files_upload/PNPK_HIV_Kop_Garuda__1_.pdf. 2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. Pedoman Pelaksanaan Konseling Dan Tes HIV. 3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS. 1st ed. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. http://siha.depkes.go.id/portal/files_upload/4__Pedoman_Fasyankes_Primer_ok.pdf. 4. American Dental Association. 2020. Oral Health Topics Human Immunodeficiency Virus (HIV). American Dental Association.https://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/hiv. 5. Sharma G, Oberoi S, Vohra P, Nagpal A. 2015. Oral manifestations of HIV / AIDS in Asia: Systematic review and future research guidelines;7(3). doi:10.4317/jced.52127 6. Bhardwaj A. 2007. Foundation AH. HIV & AIDS in Dental Practice - Hand Book for Dental Practitioners. (Prabhu SR, Kohli A, Rao CB, eds.). The Dental Council of India. 7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. Modul Pelatihan Identifikasi Lesi Rongga Mulut Dan Penatalaksanaan Kesehatan Gigi Dan Mulut Pada Odha Bagi Tenaga Kesehatan Gigi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.http://pdgi.or.id/wpcontent/uploads/2015/04/ODHA.pdf
--	---





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

KANDIDIASIS PSEUDOMEMBRAN AKUT/ ORAL THRUSH		0041/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Lesi kandidiasis primer dalam rongga mulut yang disebabkan oleh infeksi jamur oportunistik, sebagian besar adalah spesies jamur <i>Candida</i> yang umumnya terjadi akibat ketidakseimbangan flora normal rongga mulut.	
2. Anamnesis	Pasien mengeluh rasa tidak nyaman dan merasakan sakit atau rasa terbakar dalam mulut, kadang muncul pendarahan pada lesi. Kadang juga disertai sakit waktu menelan makanan.	
3. Gejala Klinis	Adanya plak atau papula putih seperti <i>cream</i> berwarna keputihan hingga kuning keputihan yang menyerupai susu atau keju pada permukaan mukosa rongga mulut. Plak ini mengandung sel epitelial deskuamasi, hifa candida, fibrin, dan jaringan nekrosis. Plak putih dapat dihilangkan dengan mengusap dan akan menunjukkan mukosa dengan area kemerahan dan kadang disertai perdarahan. Plak putih tersebut dapat ditemukan di mukosa orofaring, palatum lunak, palatum keras, dan lidah.	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	Respon spesies <i>Candida</i> terhadap perubahan kondisi lingkungan dalam mempertahankan hidupnya sehingga terjadi perubahan morfologi dari <i>budding yeast</i> menjadi hifa (dari sifat komensal menjadi patogen). Perubahan ini dipicu oleh antara lain penggunaan kortikosteroid dan antibiotik spektrum luas jangka panjang, menurunnya sekresi saliva,	

	serta kondisi <i>immunocompromised</i> . Mikroorganisme <i>Candida</i> akan menembus lapisan mukosa dan menempel pada permukaan epitel. Penetrasi ke dalam sel epitel ini difasilitasi oleh produksi lipase dari <i>Candida</i> . <i>Candida</i> akan menetap di dalam epitelium dan menyebabkan deskuamasi sel sel epitel. Plak yang terbentuk pada <i>Oral Pseudomembranous Candidiasis</i> terdiri dari material nekrosis, <i>Candida</i> dan epitel parakeratotik yang telah mengalami deskuamasi.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan fisik
7. Diagnosis Kerja	Kandidiasis Pseudomembran akut / <i>Oral thrush</i>
8. ICD-10	B37.0 <i>Candidal stomatitis</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Coated tongue</i> - <i>Lichenoid Reaction</i> - <i>Diphtheria</i> - <i>Graft versus host disease</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Kultur jamur - Pemeriksaan mikroskopis dengan KOH atau PAS - CHROM agar - <i>Germ tube test</i> - Identifikasi biokimia - Tes serologi
11. Tata Laksana	- Anti fungal (topikal dan sistemik) First line therapy 1. <i>Nystatin suspension</i> (100.000 IU/ml 4-6 ml, kumur 4–5 kali sehari/7–14 hari) 2. <i>Miconazole oral gel 2 %</i> (3,5 mg 3 kali sehari) 3. <i>Clotrimazole troches</i> 10 mg/5 kali sehari Second line therapy 1. <i>Amphotericin B suspension</i> 500 mg 6 kali sehari 2. <i>Fluconazole per oral</i> 100–200 mg/ 7–14 hari - Rujuk ke spesialis yang berkompeten untuk kondisi sistemik yang menyertai pasien
12. KIE	1. Edukasi gizi dan pola makan 2. Edukasi faktor risiko 3. Edukasi gaya hidup sehat
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i>

	27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Buruk jika tidak segera teratasi
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine (12th Edition)</i>. Philadelphia (USA) : Pepople Medical Publishing. 2. Patil S, et al. 2015. Clinical appearance of oral Candida infection and therapeutic strategies. <i>Frontiers in Microbiology</i>, 6(DEC), pp.1–10. 3. Scully. 2013. <i>Oral &Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment (3rd Edition)</i>. London : Elsevier Ltd 4. Williams D, Lewis M. 2011. Pathogenesis and treatment of oral candidosis. <i>Journal of Oral Microbiology</i>, 3(2011), pp.1–11







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

KARSINOMA MUKOEPIDERMOID		0042/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Neoplasma ganas pada kelenjar liur mayor dan minor, yang terdiri dari campuran sel skuamosa neoplastik, sel penghasil mucus dan sel epitel. Karsinoma mukoepidermoid ini adalah tumor ganas terbanyak, 2/3 kasus terjadi di kelenjar parotis.	
2. Anamnesis	- Usia 20 – 70 tahun, namun juga merupakan tumor ganas kelenjar liur yang paling sering terjadi pada anak-anak. - Benjolan di bawah daun telinga, sakit, mengeluarkan cairan bening, tidak berwarna dan tidak berbau. - Benjolan awalnya kecil, namun dapat membesar sampai ke area leher - Tumor pada kelenjar liur minor (intra oral) terkadang asimtomatik, berupa benjolan berwarna kebiruan atau merah, berfluktuasi, pada palatum (paling sering), bibir bawah, dasar mulut, lidah, dan daerah retromolar. - Tumor ini juga dapat terjadi pada tulang rahang	
3. Gejala Klinis	- Pemeriksaan fisik terdapat massa kenyal-padat berbatas tegas, terfiksasi, kadang ada nyeri tekan di palatum dan bukal - Gejala yang timbul dapat berupa otorea (keluar sekret dari telinga), parestesia (kebas), baal pada saraf fasialis, disfagia (sulit menelan), perdarahan dan trismus	
4. Gambaran Klinis	 Pada Parotis	

	 Pada Lidah
5. Patofisiologi	Tumor kelenjar liur yang terdiri dari sel skuamosa neoplastik, sel penghasil mukus dan sel epitel dari jenis intermediet. Tumor mukoepidermoid ini kemungkinan berasal dari sel epitel pelapis duktus yang berpotensi mengalami metaplasia. Proses neoplastik karsinoma mukoepidermoid pada kelenjar liur ini, berdasarkan temuan mikroskopis dibagi menjadi 3 klasifikasi, yaitu <i>low grade</i>, <i>intermediate</i> dan <i>high grade</i>.
6. Kriteria Diagnosis	1. Anamnesis 2. Pemeriksaan klinis berupa: - Pembesaran seperti massa di regio kelenjar liur mayor atau minor, kenyal, sakit dan makin membesar dalam waktu yang singkat. 3. Pemeriksaan HPA: Secara histologi ditegakkan dengan ditemukan campuran dari: - Sel penghasil mukus (muco-) - Sel skuamosa (-epidermoid) - Sel epitel jenis intermediet - Infiltrasi limfosit 4. Pemeriksaan CT menunjukkan gambaran massa seperti kista di area kelenjar liur
7. Diagnosis Kerja	Karsinoma Mukoepidermoid
8. ICD-10	<i>C08.9 Malignant neoplasm of major salivary gland, unspecified</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Benign Mixed Tumor/Pleomorphic Adenoma</i> - <i>Adenoid Cystic Carcinoma</i> - <i>Lymphoma (NHL)</i> - <i>Warthin's Tumor</i>

10. Pemeriksaan Penunjang	- FNAB - Tomografi komputer (CT) leher dengan atau tanpa kontras - Pemeriksaan sitologi dan histologi (<i>Imunohistochemistry</i>) - Pemeriksaan <i>Magnetic Resonance Imaging</i> (MRI) sering digunakan untuk lebih memperjelas karakteristik jaringan lunak tumor dan menentukan apakah terdapat invasi perineural.
11. Tata Laksana	Rujukan medik ke dokter gigi spesialis bedah mulut dan maksilofasial dan dokter spesialis lainnya yang terkait untuk eksisi bedah, operasi parotidektomi superfisial diperlukan jika terdapat keterlibatan dalam kelenjar parotis, dan terapi radiasi
12. KIE	1. Menjelaskan mengenai penyakit yang diderita pasien beserta diagnosisnya 2. Menjelaskan kemungkinan faktor pemicu dari kondisi keluhan utama pasien yang ada di rongga mulut 3. Menjelaskan berbagai kemungkinan yang memperberat keluhan pasien 4. Edukasi mengenai kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> V72.62 <i>Laboratory examination ordered as part of a routine general medical examination</i>
14. Prognosis	Sedang, tergantung <i>grade</i> tumor dan rekurensi: - <i>Low grade</i>: 15 % rekurensi, 5 years survival rate 90-98 % - <i>High grade</i>: 25% rekurensi, 5 years survival rate 50%
15. Keberhasilan perawatan	- Penyembuhan pasca operasi - Tidak ada rekurensi
16. Daftar Pustaka	1. Dere Y, Çelik SY, Çelik, Öİ, Derin S, Şahan M. 2015. Cytologically diagnosed and histologically confirmed high grade mucoepidermoid carcinoma: case report. Intl J Advances in Case Reports, 2(15):923-926. 2. Mahesh KU, Potekar R, Saurabh S. 2013. Cytological diagnosis of mucoepidermoid carcinoma of parotid - a diagnostic dilemma. Int J Med Sci Public Health, 2(2): 462-464. 3. Shah PJ, Patel SG. 2004. Salivary gland. In: Head and Neck Surgery Oncology, 3rd ed. Mosby, New York, pp.

	439-452. 4. Sunwoo JB, James S, Lewis J, McJunkin J, Sequeira SS. 2010. Malignant Neoplasms of the salivary glands. In: Flint, P.W., Haughey, B.H., Lund, V.J., Niparko, J.K., Richardson, M.A., Robbins, K.T., et al., eds. Cummings Otolaryngology Head & Neck Surgery, 5th ed. Mosby Elsevier, Philadelphia, pp. 1179-1184.
--	---



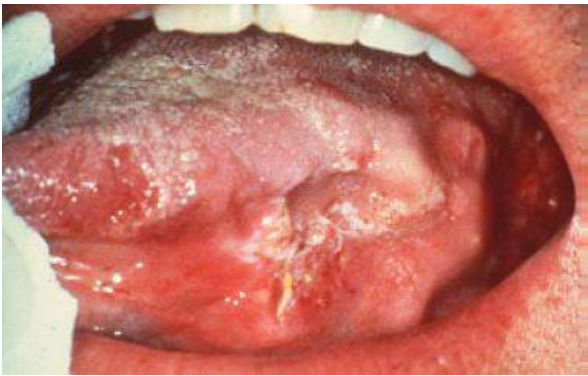


PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

KARSINOMA SEL SKUAMOSA ORAL

0043/PPK IPM/1/2020

1. Pengertian (Definisi)	Neoplasma yang berasal dari epitel skuamosa berlapis yang mempunyai kemampuan untuk merusak jaringan sekitarnya, dan bermetastasis ke tempat yang lebih jauh.
2. Anamnesis	- Penderita tidak memiliki keluhan apapun - Dapat juga memiliki keluhan: sariawan, nyeri, nyeri dapat menjalar ke telinga, malodor, pergerakan mulut yang terbatas, berbicara, mengunyah dan menelan, adanya perdarahan dan penurunan berat badan. - Lesi persisten selama lebih dari 2 minggu - Penurunan berat badan
3. Gejala Klinis	- Lesi bersifat asimtomatik/simtomatik - Pembesaran kelenjar limfe pada leher - Lesi dapat berupa eksofitik (nodul, plak, verukosa) atau endofitik (erosi dan ulserasi) - Bagian pinggir lesi mengalami indurasi - Lesi berwarna putih maupun merah - Dapat berupa soket bekas ekstraksi gigi yang tidak menyembuh - Lokasi tersering: dasar mulut, lidah, retromolar - Tidak berespon terhadap terapi
4. Gambaran Klinis	 Eksofitik (Nodula)

	 Endofitik (Ulserasi)
5. Patofisiologi	- Patofisiologi: Terdapat mutasi pada level DNA yang mengaktivasi proto-onkogen dan <i>tumor suppressor genes</i> yang menyebabkan proliferasi sel yang abnormal - Faktor risiko: 1. Herediter 2. Penggunaan tembakau 3. Kebiasaan menginang (<i>betel quid chewing</i>) 4. Peminum alkohol 5. Trauma berulang seperti iritasi dari gigi palsu yang tidak pas, tumpatan gigi yang tidak pas, sisa gigi yang tajam, <i>chronic cheek biting</i>
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria gejala dan gambaran klinis 3. Pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	Karsinoma sel skuamosa oral
8. ICD-10	<i>C06 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of mouth</i> <i>C44.02 Squamous cell carcinoma of skin of lip</i> <i>D00.00 Carcinoma in situ of oral cavity, unspecified site</i> <i>D00.0 Carcinoma in situ of lip, oral cavity and pharynx</i> <i>D00.02 Carcinoma in situ of buccal mucosa</i> <i>D00.04 Carcinoma in situ of soft palate</i> <i>D00.05 Carcinoma in situ of hard palate</i> <i>D00.06 Carcinoma in situ of floor of mouth</i> <i>D04.0 Carcinoma in situ of skin of lip</i>
9. Diagnosis Banding	- Stomatitis aftosa rekuren - Ulkus dekubitalis

	- Ulkus eosinofilik - <i>Oral lichen planus</i> - <i>Lichenoid reactions</i> - Leukoplakia - Eritroplakia
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan histopatologik
11. Tata Laksana	Rujukan ke dokter spesialis bedah onkologi dan dokter spesialis radiologi onkologi untuk tindakan: - Radioterapi dan kemoterapi - Tindakan bedah eksisi
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Prognosis tergantung dari staging tumor TNM (ukuran tumor, keterlibatan kelenjar limfe dan ada tidaknya metastasis)
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi hilang dengan bebas tumor selama 5 tahun.
16. Daftar Pustaka	1. Sim CQ. 2017. Cancers of the Oral Mucosa. Available at: https://emedicine.medscape.com/article/1075729-overview. Accessed 27/07/2020. 2. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine (12th Edition)</i>. Philadelphia (USA) : People Medical Publishing. 3. Lewis MAO, Jordan RCK. 2012. <i>A Colour Handbook of Oral Medicine</i>, 2nd Ed. London: Manson Publishing Ltd. 4. Neville BW, Day TA. 2002. Oral Cancer and Precancerous Lesions. <i>CA Cancer J Clin</i>; 52:195-215.





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

KISTA KELENJAR LIUR		0044/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Obstruksi atau penyumbatan saluran kelenjar saliva minor yang disebabkan oleh trauma sehingga terjadi akumulasi saliva dan saluran kelenjar liur.	
2. Anamnesis	Terdapat benjolan bening/transparan di mulut yang dipicu oleh trauma, dapat pecah sendiri serta ulang kambuh bila tidak di tatalaksana.	
3. Gejala Klinis	- Terasa tidak nyaman, karena adanya benjolan di mukosa oral. - Pemeriksaan secara visual dan palpasi	
4. Gambaran Klinis	 Ranula  Mucocele	
5. Patofisiologi	Pembesaran saluran kelenjar air ludah minor yang disebabkan oleh karena trauma dan penyumbatan.	

6. Kriteria Diagnosis	1. Berdasarkan anamnesis 2. Pemeriksaan klinis
7. Diagnosis Kerja	- <i>Mucocele</i> - <i>Ranula</i>
8. ICD-10	K 11.6 <i>Mucocele of salivary gland</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Fibroma</i> - <i>Oral lymphangioma</i> - <i>Oral pyogenic granuloma</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan darah lengkap (bila diperlukan sebagai persiapan tindakan penatalaksanaan bedah) Rontgen foto (Oklusal foto-untuk Ranula)
11. Tata Laksana	- Bedah eksisi - Merujuk ke sejawat dokter gigi spesialis bedah mulut
12. KIE	1. Informasi terhadap pasien mengenai penyakit yang terdapat di mulutnya 2. Edukasi pasien untuk menghindari trauma 3. Instruksi pasien untuk meningkatkan <i>oral hygiene</i>
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 24.9 <i>Other dental operation</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Terjadi perbaikan lesi di rongga mulut/lesi menghilang.
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine</i> (12th Edition). Philadelphia (USA): People Medical Publishing 2. Scully. 2013. <i>Oral & Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment</i> (3rd Edition). London : Elsevier Ltd



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

LEUKOPLAKIA		0045/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Bercak atau plak berwarna putih yang tidak dapat diangkat dan tidak dapat didiagnosis secara klinis atau histopatologis sebagai penyakit lain; dan tidak berhubungan dengan iritasi mekanik atau kimiawi kecuali penggunaan tembakau. Digolongkan dalam <i>Oral Potentially Malignant Disorder</i> (OPMD).	
2. Anamnesis	Tidak ada keluhan apapun kecuali jika ditemukan tidak sengaja oleh pasien. Umumnya, leukoplakia ditemukan pada pemeriksaan rutin ke dokter gigi. Pasien dapat memiliki riwayat merokok, konsumsi alkohol atau mengunyah tembakau.	
3. Gejala Klinis	- <i>Homogenous leukoplakia</i>: plak berwarna putih, berbatas jelas, permukaan halus, kadang berfisur, tidak dapat diangkat, tidak menimbulkan rasa sakit. - <i>Non homogenous leukoplakia</i>: merupakan kombinasi antara area merah dan putih dengan permukaan homogenous tapi diantaranya terdapat gambaran verucous, papilar/nodular dan komponen eksofitik. - Leukoplakia verukosa: permukaan kasar, bisa nampak seperti beludru, batas jelas dan seringkali pada gingiva - Leukoplakia nodular: permukaan bentuk nodul, tepi jelas, sering timbul bersama dengan leukoplakia verukosa - Eritroleukoplakia: daerah eritem diantara daerah putih, dapat plak atau <i>speckled (speckled leukoplakia)</i>. Daerah eritematus biasanya batasnya tidak jelas. - Infeksi kandida seringkali menyertai leukoplakia.	

4. Gambaran Klinis	 Leukoplakia homogenus  Eritroleukoplakia  Leukoplakia verukosa
5. Patofisiologi	Sebagian besar tidak diketahui (<i>idiopathic</i>) dengan faktor predisposisi yang multifaktorial. Faktor predisposisinya antara lain merokok, konsumsi alkohol berlebihan, menyirih, riwayat kanker atau terapi kanker sebelumnya dari pasien atau keluarga pasien, immunosupresi kronik, usia dan sindroma (diskeratosis kongenita). Oral leukoplakia memiliki profil molekular heterogenus dan menunjukkan <i>loss of heterozygosity</i> pada 3p dan/atau 9p yang berhubungan dengan transformasi malignan. <i>Aneuploidy</i> dan <i>hypermethylation</i> juga ditemukan pada lesi displastik. Mutasi dan <i>loss of heterozygosity</i> dari TP53 dan <i>loss</i> atau overekspresi p53, merupakan gambaran umum yang sering ditemukan pada leukoplakia displastik. Overekspresi dari

	<i>matrix metalloproteinase 1 dan 9 mRNA juga diketahui berhubungan dengan fenotipe progresif dari lesi displastik.</i>
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis 3. Pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	Diagnosis ditegakkan berdasarkan gambaran klinis dan histopatologi berdasarkan eksklusi dengan penyakit lainnya. Leukoplakia 1. Homogenus 2. Non-homogenus (eritroleukoplakia)
8. ICD-10	K13.2 <i>Leukoplakia and other disturbances of oral epithelium, including tongue</i> K13.21 <i>Leukoplakia of oral mucosa, including tongue</i>
9. Diagnosis Banding	- Kandidal leukoplakia - <i>Oral lichen planus</i> - Friksional keratosis - <i>Morricacio buccarum/cheek biting</i> - Sifilis leukoplakia - <i>Oral hairy leukoplakia</i> - <i>Benign migratory glossitis/geographic tongue</i> - <i>Erythema migrans</i> - <i>White sponge nevus</i> - <i>Lupus eritematosus</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Skrining klinis (jika tersedia): fluoresensi untuk lesi leukoplakia non-homogen. Untuk menunjang diagnosis tetap: pemeriksaan histopatologi (untuk melihat ada tidaknya displasia)
11. Tata Laksana	Jika hasil pemeriksaan histopatologi tidak ditemukan displasia sel, maka lesi cukup dilakukan observasi dan pemeriksaan berkala secara klinis maupun histopatologi. Jika ditemukan adanya sel displasia, maka pasien perlu dilakukan rujukan medik ke dokter Spesialis Bedah Onkologi.
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit (lesi ini berisiko berubah menjadi keganasan, disarankan kontrol berkala setiap 6-12 bulan) 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi (menghentikan kebiasaan merokok, minum alkohol atau mengunyah tembakau)

	3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i>
14. Prognosis	Berpotensi menjadi keganasan. Tipe non homogenus memiliki risiko perubahan keganasan lebih tinggi daripada tipe homogenus. Menurut meta analisis yang dilakukan oleh Pinto dkk (2020), derajat transformasi leukoplakia menjadi keganasan sebesar 9,70% (7,80-11,70) dengan jenis kelamin laki-laki (OR 0,622 (0,468-0,826)) lebih tinggi daripada perempuan. Lokasi di lidah berisiko perubahan sebanyak 2,72 kali dan di dasar mulut sebanyak 1,84 kali. Lama perubahan keganasan bervariasi dari 11 bulan sampai 132 bulan. Tidak ada standar pedoman berapa lama observasi dilakukan tetapi disarankan observasi perlu dilakukan setiap 6 atau 12 bulan sekali tergantung jenis leukoplakia tersebut.
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi tidak dilakukan perawatan, hanya observasi dan pemeriksaan histopatologi saja untuk menentukan ada tidaknya perubahan displasia sel. Jika ditemukan displasia sel, maka perawatan selanjutnya dilakukan oleh dokter spesialis bedah onkologi. Untuk observasi kemungkinan rekurensi leukoplakia, dapat dilakukan kerjasama dengan dokter gigi spesialis penyakit mulut.
16. Daftar Pustaka	1. Scully C. 2013. Oral and Maxillofacial medicine the basis of diagnosis and treatment. 3rd Ed. Edinburg: Elsevier. 2. Pinto AC, Chen A, Caram J, Azul AM, Francisco H, Marques D. 2020. Malignant transformation rate of oral leukoplakia—systematic review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol;129:600-611. 3. Farah C, Balasubramaniam R, McCullough MJ. 2019. Contemporary oral medicine - a comprehensive approach to clinical practice. Australia: Springer.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

LICHENOID CONTACT REACTION ORAL		0046/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Reaksi hipersensitifitas tipe lambat terhadap dental material.	
2. Anamnesis	Penderita merasakan perih pada salah satu sisi rongga mulut ketika makan dan minum panas serta makanan pedas, terdapat riwayat kontak dengan dental material.	
3. Gejala klinis	Lesi yang sering terjadi unilateral, mirip dengan lesi OLP yaitu retikuler, eritema, plak, papula, dan ulser. Mengenai area yang kontak dengan dental material seperti pada mukosa bukal, lateral lidah, gingiva, palatum, dasar mulut, dan dorsum lidah.	
4. Gambaran klinis		
5. Patofisiologi	Pada reaksi likenoid yang dihubungkan dengan amalgam, yang bertindak sebagai antigen adalah merkuri dan bahan-bahan lainnya yang dilepaskan melalui proses korosi. Antigen inilah yang akan menempel pada permukaan sel Langerhan's dan menjadi hapten yang berikatan dengan protein keratinosit. Pada individu yang rentan, hal ini akan semakin merangsang aktivasi sel limfosit T karena reseptor pada permukaannya berkontak dengan sel yang mengikat antigen. Akibatnya sel T yang tersensitisasi akan melepaskan <i>cell-mediated immunity</i> untuk menghancurkan sel basal untuk menghancurkan sel basal keratinosit (Hasibuan, 2010).	

6. Kriteria Diagnosis	Lesi retikuler, eritema, plak, papula, ulser. Lokasi unilateral, pada area yang kontak dengan dental material seperti di mukosa bukal, lateral lidah, gingiva, palatum, dasar mulut, dan dorsum lidah.
7. Diagnosis Kerja	<i>Lichenoid contact reaction oral</i>
8. ICD-10	L43.200 <i>Lichenoid drug reaction</i>
9. Diagnosis Banding	- Oral lichen planus - <i>Discoid lupus erythematosus</i> - <i>Drug induced lichenoid</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan histopatologi
11. Tata Laksana	- Terapi kausatif dengan mengganti bahan restorasi - Terapi bersifat simptomatik, umumnya dengan obat-obatan: 1. Topikal: a. Kortikosteroid: <i>triamcinolone acetonide 0,1% in orabase</i> b. Anestesi / analgesik: Obat kumur <i>Benzydamine hydrochloride 0,15%</i> c. Antiseptik: • Obat kumur Klorheksidin glukonat 0,2% • Obat kumur <i>Povidone iodine 1%</i> 2. Sistemik (Kortikosteroid) a. Prednison 5 mg 4-6 tablet sehari, selama 7-10 hari dengan dosis menurun. Dosis prednison per hari tergantung dari keparahan lesi ulser. b. Betamethasone 0,5 mg 1-2 tablet, 2-3x sehari selama 10-15 hari c. Jenis kortikosteroid lainnya dapat digunakan sebagai pilihan perawatan jika tidak tersedia.
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i>

	96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Tidak terdapat lesi putih (terjadi perbaikan) pada mukosa.
16. Daftar Pustaka	1. De Long, L and Burkhart. 2013. General and Oral Pathology for the Dental Higienist. 2nd Ed. Baltimore USA : Lippincott Wiliams & Wilkins. 2. Glick M. 2015. Burket's Oral Medicine. 12th Ed. Philadelphia: People Medical Publishing. 3. Hasibuan S. 2010. Lesi Likenoid Oral yang berhubungan dengan Restorasi Amalgam dan Perawatannya. Dentika Dental Journal; 15(2).pp.188-91. 4. Kamath VV, Setlur K, Yerlagudda K. 2015. Oral lichenoid lesions - A review and update. Indian Journal of Dermatology. 5. Scully C. 2013. Oral and Maxillofacial Medicine - the basis of diagnosis and treatment. 3rd Ed. Edinburg: Elservier.







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

ORAL LICHEN PLANUS		0047/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	- Suatu inflamasi mukokutaneus yang bersifat kronis dan tidak diketahui etiologinya namun diduga terkait dengan autoimun. - <i>Oral lichen planus</i> (OLP) dapat timbul sebelum, selama ataupun bersamaan dengan timbulnya lichen planus pada kulit. Lichen planus di kulit berupa papula eritematus sampai keunguan yang pruritik dengan permukaan yang datar. OLP juga dapat timbul sendiri tanpa adanya manifestasi pada kulit. - Tipe-tipe <i>oral lichen planus</i> yaitu retikuler, atrofi (eritematus), erosif (ulserasi), papula, <i>plaque-like</i> dan bula.	
2. Anamnesis	- Lesi tersebut persisten, kronis dan bilateral - Nyeri terutama makan dan minum panas serta makanan pedas, bila termasuk tipe atrofi (eritematus), erosif (ulserasi) dan bula - Tidak nyeri bila termasuk tipe retikuler, papula dan <i>plaque-like</i> - Ada tidaknya riwayat stres psikologik, penyakit sistemik (hipertensi, diabetes melitus, penyakit hepatitis C), obat-obatan (anti diabetik, anti hipertensi, hepatitis), bahan kedokteran gigi, hormonal. - Riwayat keluarga mengalami lichen planus	
3. Gejala Klinis	- Ekstra oral: Di kulit terdapat di bagian fleksor pada lengan dan kaki. - Intra oral: 1. Lesi dapat berupa retikuler, atrofi (eritematus), erosif (ulserasi), papula, <i>plaque-like</i> dan bula 2. Terdapat <i>Wickham's striae</i> yaitu dikelilingi <i>striae</i> / papula 3. Berwarna putih seperti jala/renda (<i>lace-like pattern</i>) 4. Bilateral	

	5. Lokasi tersering pada mukosa bukal dan lidah, selain itu juga pada gingiva, alveolar ridge, bibir dan palatum 6. Dapat disertai dengan adanya deskuamasi gingivitis
4. Gambaran Klinis	Tipe <i>oral lichen planus</i> (Gupta & Jawanda, 2015):  1. Tipe Retikuler  2. Tipe Atrofi  3. Tipe Erosif

	 4. Tipe Papula  5. Tipe <i>Plaque-like</i>  6. Tipe Bula
5. Patofisiologi	Etiologi <i>lichen planus</i> belum diketahui, tetapi diduga merupakan penyakit autoimun dimana adanya disregulasi fungsi limfosit T (limfosit T CD8) akan mengakibatkan kerusakan sel basal keratinosit pada permukaan epitel. Selain itu, faktor predisposisi lainnya diduga berhubungan dengan stres psikologik, penyakit sistemik (hipertensi, diabetes melitus, penyakit hepatitis C), obat-obatan (anti diabetik, anti hipertensi, hepatitis), bahan kedokteran gigi, hormonal.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria gejala dan gambaran klinis 3. Jika diperlukan pemeriksaan penunjang

7. Diagnosis Kerja	<i>Oral lichen planus</i>
8. ICD-10	L43.8 <i>Other Lichen Planus</i> L43.9 <i>Lichen Planus, unspecified</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Frictional keratosis</i> - Leukoplakia - Lupus Eritematosus - <i>Pemfigus vulgaris</i> - <i>Lichenoid drug eruptions</i> - <i>Lichenoid contact reactions</i> - <i>Lichenoid reactions of graft-versus-host diseases</i> - <i>Mucus Membrane Pemphigoid</i> - Eritema multiformis - Kandidiasis pseudomembran akut - Sindroma Grinspan
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan histopatologik jika ada kecurigaan potensi perubahan keganasan pada OLP erosif. Pemeriksaan glukosa darah dan tekanan darah
11. Tata Laksana	- Terapi bersifat simptomatik, umumnya dengan obat-obatan: 1. Topikal: a. Kortikosteroid: <i>triamcinolone acetonide 0,1% in orabase</i> b. Anestesi / analgesik: Obat kumur <i>Benzydamine hydrochloride 0,15%</i> c. Antiseptik: • Obat kumur <i>Khlorheksidin glukonat 0,2%</i> • Obat kumur <i>Povidone iodine 1%</i> 2. Sistemik: a. Kortikosteroid: • Prednison 5 mg 4-6 tablet sehari, selama 7-10 hari dengan dosis menurun. Dosis prednison per hari tergantung dari keparahan lesi ulser. • Betametason 0,5 mg 1-2 tablet, 2-3x sehari selama 10-15 hari • Jenis kortikosteroid lainnya dapat digunakan sebagai pilihan perawatan jika tidak tersedia.

	b. Anti mikotik (bila ditumpangi oral kandidosis) : <i>Ketoconazole</i> 200-400 mg, 1-2x sehari selama 14 hari - Eliminasi faktor predisposisi - Konsul ke dokter spesialis penyakit dalam jika ditemukan keterlibatan penyakit sistemik atau dokter spesialis kulit dan kelamin jika ditemukan lesi kulit
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Tipe atrofi dan erusif dapat berkembang menjadi karsinoma sel skuamosa rongga mulut
15. Keberhasilan Perawatan	- Bila tidak ada rasa nyeri saat makan makanan pedas dan panas - Pengurangan tanda dan gejala klinis
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine (12th Edition)</i>. Philadelphia (USA) : People Medical Publishing. 2. Gupta S, Jawanda MK. 2015. Oral lichen planus: An update on etiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and management. <i>IJD</i>, 60(3): 222-9. 3. Scully. 2013. <i>Oral & Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment</i>, 3rd Ed.. London : Elsevier Ltd. 4. Lewis MAO, Jordan RCK. 2012. <i>A Colour Handbook of Oral Medicine</i>, 2nd Ed. London: Manson Publishing Ltd. 5. DeLong & Burkhart. 2008. <i>General and Oral Pathology for the Dental Hygienist</i>.





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

LIMFANGIOMA ORAL		0048/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Malformasi sistem limfatik kongenital bersifat jinak yang jarang dijumpai, dapat bermanifestasi di intra oral maupun ekstra oral terutama pada leher (<i>posterior triangle</i>) dan lidah, terjadi superfisial atau <i>deep</i> (dalam), ditandai dengan proliferasi pembuluh limfatik yang abnormal. Nama lain: <i>Orofacial lymphangioma</i>, <i>Lymphatic malformation</i>	
2. Anamnesis	Terdapat benjolan lunak pada mulut atau leher, tidak nyeri, dengan atau tanpa demam, berdarah jika terdapat iritasi atau trauma, yang timbul sejak lahir, atau baru disadari pada saat bayi (<i>infant</i>) atau anak-anak (<i>early childhood</i>)	
3. Gejala Klinis	Sering asimtomatik dengan predileksi pada wanita, kecuali ketika terjadi pembesaran/ infeksi sekunder dapat menyebabkan rasa sakit/ nyeri sehingga menyebabkan gangguan bicara dan makan. <i>Deep lymphangioma</i> dapat menimbulkan gejala sesak nafas akibat obstruksi saluran nafas atas, peningkatan salivasi dan deformitas rahang.	
4. Gambaran Klinis	Gambaran klinis limfangioma tergantung pada ekstensi dari lesi. Lesi superfisial dapat tampak sebagai nodular berwarna merah kekuningan sedangkan untuk lesi yang lebih dalam dapat berupa <i>enlargement</i> dengan permukaan yang halus / masa difus dengan warna yang tampak normal. <i>Enlargement/</i> pembengkakan/ tumor/ nodular/ depapilasi (pada lidah) berwarna pucat hingga keunguan gelap jika disertai dengan perdarahan. Limfangioma superfisial, nodul dapat juga tampak translusen. Pada limfangioma jenis <i>deep</i> yang terlokalisir/ difus tampak permukaan halus. Lokasi terjadi paling sering pada dorsum lidah, tetapi dapat juga pada bibir, mukosa bukal, palatum mole, dasar mulut, gingiva, dan <i>alveolar ridge</i>.	

	Klasifikasi Limfangioma: - <i>Limfangioma Simpleks/ Capillary</i> - <i>Limfangioma Cavernous</i> - <i>Cystic Hygroma</i> Klasifikasi Limfangioma berdasarkan anatomi: - <i>Stage/class I – infrahyoid unilateral lesions;</i> - <i>Stage/class II – suprahyoid bilateral lesions;</i> - <i>Stage/class III – suprahyoid or infrahyoid unilateral lesions;</i> - <i>Stage/class IV – suprahyoid bilateral lesions;</i> - <i>Stage/class V – suprahyoid or infrahyoid bilateral lesions;</i> - <i>Stage/class IV – infrahyoid bilateral lesions</i>  (De Queiroz AM, Silva RA, Margato LC, Nelson FP, 2006) Keterangan gambar : - Menunjukkan aspek dorsal lidah dengan permukaan seperti batu kerikil (kasar) - Menunjukkan lesi multipel berwarna merah, biru, putih atau vesikel pada ujung lidah - Masa yang menonjol dengan permukaan kasar yang jernih pada dasar lidah.
5. Patofisiologi	Kegagalan sistem limfatik untuk terhubung dengan sistem vena. Abnormalitas sistem limfatik dari vena cardinal (berhubungan pembentukan vena jugularis inferior) atau proses yang didapat akibat trauma, infeksi, dan peradangan kronis. Kemungkinan terdapat pengaruh faktor pertumbuhan limfangiogenik pada perkembangan limfangioma, karena tampak ekspresi dari berbagai faktor pertumbuhan dalam endotelium limfangioma.
6. Kriteria Diagnosis	Kelainan ini telah ada sejak lahir, asimtomatik atau dapat timbul rasa nyeri sehingga gangguan bicara dan makan bila terjadi pembesaran/ infeksi sekunder, lesi di rongga mulut dapat disertai dengan perdarahan dan hasil pemeriksaan histopatologinya.
7. Diagnosis Kerja	Limfangioma oral, <i>Orofacial lymphangioma</i>, <i>Lymphatic malformation</i>

8. ICD-10	D18.1 <i>Lymphangioma, any site</i>
9. Diagnosis Banding	- Makroglosia - Hemangioma - <i>Malformasi vascular</i> - Hipotiroid kongenital - <i>Lymphangiectasia</i> - Angiokeratoma - <i>Angiosarcoma</i> - Amyloidosis - Neurofibromatosis - <i>Primary muscular hypertrophy</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan histopatologi - MRI
11. Tata Laksana	Manajemen limfangioma bekerjasama dengan dokter Spesialis yang kompeten, dan pilihan penatalaksanaannya tergantung pada jenis, ukuran, keterlibatan struktur anatomi, dan infiltrasi ke jaringan sekitarnya, antara lain: - Bedah eksisi - <i>Schlerotherapy</i> (dengan bahan kemoterapi) - <i>Cryotherapy</i> - <i>Electrocauterization</i> - Aspirasi drainase - <i>Radiofrequency ablation</i> - Terapi laser - Terapi radiasi - <i>Cryotherapy</i> - <i>Electrocautery</i> - <i>Sclerotherapy</i> - Pemberian steroid - Embolisasi - Ligasi - Operasi laser dengan Nd-YAG, CO2 dan teknik ablasi jaringan radiofrekuensi
12. KIE	1. Edukasi terkait faktor penyebab (kongenital) 2. Edukasi tata laksana/ manajemen (Pemeriksaan penunjang, Rujukan)
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>

14. Prognosis	20% kambuh setelah bedah eksisi
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi hilang (tidak kambuh), tidak terjadi komplikasi
16. Daftar Pustaka	1. Glick M, Ship JA. 2015. Burket's oral medicine, 12th ed. People's Medical Publishing, Philadelphia (USA), pp. 158-159, 674. 2. Cawson RA, Odell EW. 2008. Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine, 8th ed. Churchill Livingstone, Edinburgh, pp. 323. 3. Usha V, Sivasankari T, Jeelani S, Asokan GS, Parthiban J. 2014. Lymphangioma of the tongue - a case report and review of literature. J Clin Diagn Res, vol. 8(9): ZD12-ZD14. 4. Goswami M, Sanjay S, Gokkulakrishnan S, Singh A. 2011. Lymphangioma of the tongue. Natl J Maxillofac Surg, 2(1):86-88. 5. Lamaroon A, Pongsiriwet S, Sri Suwan S, Krisanaprakornkit S. 2003. Lymphangioma of the tongue. Int J Paediatr Dent, 13(1):62-63. 6. Stănescu L, Georgescu EF, Simionescu C, Georgescu I. 2006. Lymphangioma of the oral cavity. Rom J Morphol Embryology, 47(4):373-77. 7. Leboulanger N, Roger G, Caze A, Enjolras O, Denoyelle F, Garabedian EN. 2008. Utility of radiofrequency ablation for haemorrhagic lingual lymphangioma. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 72(7):953-958. 8. Greenberg MS, Glick M, Ship JA. 2008. Burket's Oral Medicine, 11th ed. BC Decker Inc., Hamilton, pp. 139-141. 9. Brenan TD, Miller AS, Chen SY. 1997. Lymphangiomas of the oral cavity: a clinicopathologic, immunohistochemical, and electron-microscopic study. J Oral Maxillofac Surg, 55(9):932-935.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

LINEAR GINGIVAL ERYTHEMA		0049/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Lesi eritematus sepanjang tepi gingiva tanpa ditemukan adanya iritasi lokal (kalkulus).	
2. Anamnesis	Pasien mengeluhkan gusi rasa tidak nyaman.	
3. Gejala Klinis	- Lesi <i>eritematous</i> dengan menyerupai pita dengan lebar 2-3 mm sepanjang marginal gingiva anterior yang dapat meluas ke posterior - Higiene oral baik - Puncak interdental utuh (normal)	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	Infeksi oportunistik yang belum diketahui mikroorganismenya (dapat akibat infeksi bakteri, virus maupun jamur) pada individu dengan defisiensi imun seperti Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)	
6. Kriteria Diagnosis	Lesi eritematus menyerupai pita, lebar 2-3mm sepanjang marginal gingiva anterior dapat meluas ke posterior. Gambaran pita dapat hilang pada tempat tertentu, disebut sebagai <i>skip lesion</i> . Tidak disertai dengan adanya kalkulus (higiene oral baik). Puncak interdental tetap utuh (normal).	
7. Diagnosis Kerja	<i>Linear Gingival Erythema</i>	
8. ICD-10	K06.8 <i>Other specified disorders of gingiva and edentulous alveolar ridge</i>	

9. Diagnosis Banding	Gingivitis marginalis kronis
10. Pemeriksaan Penunjang	- Untuk skrining dapat digunakan serial Rapid tes HIV (R1, R2, R3). HIV positif apabila ketiga rapid tes hasilnya reaktif. - Untuk diagnosis pasti infeksi HIV, diperlukan pemeriksaan <i>viral load</i>.
11. Tata laksana	- Konseling pemeriksaan rapid tes HIV - Medikasi: - Kumur atau Irigasi hidrogen peroksida (H₂O₂) 1,5% - 3% sehari 3x yang dikombinasikan dengan pemakaian kumur <i>chlorhexidine gluconate</i> 0,2% atau <i>chlorhexidine digluconate</i> 0,12% sehari 3x dengan waktu berbeda.
12. KIE	1. Konseling pencegahan positif (tidak tertular, tidak menularkan, peningkatan kualitas hidup) 2. Hubungkan dengan layanan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan HIV/AIDS puskesmas/ RS terdekat.
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 074.0 <i>Dental Examination</i>
14. Prognosis	Prognosis baik, jika viral load HIV menurun atau terkendali
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang
16. Daftar Pustaka	1. American Dental Association. 2020. Oral Health Topics Human Immunodeficiency Virus (HIV). https://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/hiv. 2. Bhardwaj A. 2007. HIV & AIDS in Dental Practice Hand Book for Dental Practitioners. The Dental Council of India. 3. Glick M. 2015. Burket's Oral Medicine. 12th Ed. Philadelphia: People Medical Publishing. 4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. Modul Pelatihan Identifikasi Lesi Rongga Mulut Dan Penatalaksanaan Kesehatan Gigi Dan Mulut Pada Odha Bagi Tenaga Kesehatan Gigi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. http://pdgi.or.id/wpcontent/uploads/2015/04/ODHA.pdf



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MAKROGLOSIA		0050/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Lidah dengan ukuran relatif lebih besar terhadap lengkung rahang	
2. Anamnesis	- Kesulitan menutup mulut dengan sempurna - Kesulitan pemakaian protesa lepasan - Pada kasus berat menimbulkan kesulitan bicara, makan, menelan, dan bernapas	
3. Gejala klinis dan Pemeriksaan	- Terlihat adanya indentasi gigi pada lateral lidah - Maloklusi - Rasa sakit tergantung dari penyebab	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	Klasifikasi makroglosia menurut penyebabnya: - Kongenital (jarang) 1. <i>Lymphangioma, haemangioma, neurofibromatosis</i> yang luas 2. <i>Down syndrome</i> 3. <i>Sturge-Weber syndrome</i> - Acquired/secondary 1. <i>Hypertrophy</i> otot lidah 2. <i>Acromegaly</i> 3. <i>Myxedema</i> 4. <i>Amyloidosis</i> 5. <i>Orofacial granulomatosis</i> 6. <i>Missing teeth/edentulous</i> 7. <i>Hypothyroidism</i>	

	8. Sifilis tersier 9. Ca lidah
6. Kriteria Diagnosis	1. Anamnesis 2. Gambaran klinis
7. Diagnosis Kerja	<i>Macroglossia</i>
8. ICD-10	Q38.2 <i>Macroglossia</i>
9. Diagnosis Banding	<i>Macroglossia kongenital/acquired</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan darah - Pemeriksaan HPA - Radiologi, CT Scan, MRI
11. Tata Laksana	- Tergantung dari etiologi <i>macroglossia</i> - Rujukan ke spesialis terkait
12. KIE	1. Menjelaskan mengenai penyakit yang diderita pasien beserta diagnosisnya 2. Menjelaskan kemungkinan faktor pemicu dari kondisi sistemik yang melatarbelakangi, serta terapi bedah sesuai indikasi 3. Menjelaskan berbagai kemungkinan yang memperberat keluhan pasien 4. Edukasi mengenai <i>oral hygiene</i>
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.2 <i>Diagnostic procedure</i> V72.62 <i>Laboratory examination</i>
14. Faktor Penyulit	Keterlibatan sistemik, keganasan
15. Prognosis	Baik sampai sedang
16. Keberhasilan Perawatan	Hilangnya keluhan subyektif
17. Daftar Pustaka	1. Langlais RP, Miller CS, Nield-Gehrig JS. 2009. Color Atlas of Common Oral Diseases. JB Lippincott 2. Laskaris G. 2017. Color Atlas of oral Disease GP 2004. Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology. CV Mosby



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MAKULA MELANOTIK		0051/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Lesi pigmentasi jinak, yang dikarakteristikkan dengan adanya peningkatan pigmen melanin secara fisiologik di mukosa rongga mulut.	
2. Anamnesis	Merupakan suatu temuan berupa pigmentasi di mukosa rongga mulutnya, tidak ada keluhan.	
3. Gejala Klinis	- Terdapat adanya perubahan warna pada mukosa oral, terutama di bibir bawah (<i>labial melanotic macule</i>) dan gingiva. Batas jelas, tidak sakit, berbentuk oval, ukuran kecil (<1 cm), jumlah bisa soliter atau multipel. Warnanya bervariasi dari coklat, biru tua/hitam, hingga hitam. - Terdapat di semua usia, terutama pada usia dewasa. - Pada palpasi tidak ditemukan <i>blanching</i>.	
4. Gambaran Klinis	 Makula melanotik di mukosa bibir bawah	
5. Patofisiologi	Makula melanotik merupakan pigmentasi <i>focal</i> di dalam mulut yang disebabkan oleh akumulasi melanin dalam epitel dan jaringan ikat superfisial. Penyebabnya tidak diketahui, tetapi beberapa makula (dapat berbentuk intra oral <i>freckles</i>) diduga berkaitan dengan proses reaksi kerusakan akibat sinar matahari, peradangan, atau trauma.	

6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan fisik
7. Diagnosis Kerja	Makula melanotik
8. ICD-10	L81.8 <i>Disorders of pigmentation</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Melanocytic nevus</i> - <i>Melanoma malignant</i> - <i>Amalgam tattoo</i> - <i>Focal ecchymosis</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak diperlukan
11. Tata Laksana	- Observasi setiap 6-12 bulan (untuk melihat perubahan ukuran, warna, bentuk) - Jika mengganggu estetik, dapat dilakukan rujukan medik ke dokter gigi spesialis bedah mulut dan maksilofasial untuk dieksisi.
12. KIE	- Edukasi mengenai penyakit - Edukasi mengenai faktor predisposisi - Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya - Edukasi gizi dan pola makan - Edukasi gaya hidup sehat - Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	- Tidak membesar/berubah warna - Tidak bergejala
16. Daftar Pustaka	Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine (12th Edition)</i> . Philadelphia (USA) : People Medical Publishing.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI ACTINOMYCOSIS		0052/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Suatu infeksi granulomatosa kronik yang secara umum disebabkan oleh salah satu kelompok bakteri yaitu <i>Actinomyces</i> terutama spesies <i>Actinomyces israelii</i> , terkadang disebabkan oleh <i>Actinomyces bovis</i> dan <i>Actinomyces naeslundii</i> yang bersifat anaerob.	
2. Anamnesis	Adanya pembengkakan disertai jaringan parut dan rasa sakit pada lokasi infeksi rongga mulut serta keluhan susah menggerakkan rahang.	
3. Gejala Klinis	Abses dapat terjadi di beberapa organ tubuh seperti rongga mulut, dada, panggul, perut dan daerah sinus, disertai jaringan parut. Secara umum ditandai dengan demam, nyeri pada lokasi infeksi dan berat badan yang turun secara drastis. Infeksi ditemukan di daerah abdominal, pelvis dan sebanyak 50% kasus ditemukan pada daerah mulut atau servikofacial. Ekstra oral - Adanya pembengkakan daerah rahang yang berkonsistensi keras, kadang ditemukan dengan adanya fistula cairan drainase mengandung <i>sulfur granule</i> (koloni bakteri) - Limfadenopati servikal Intra oral - Adanya kemerahan atau sedikit kebiruan, pembengkakan pada mukosa rongga mulut dan sakit.	

4. Gambaran Klinis	
5. Patofisiologi	<i>Actinomycosis</i> disebabkan karena <i>Actinomyces israelii</i>, terkadang oleh <i>Actinomyces bovis</i> dan <i>Actinomyces naeslundii</i>. Faktor predipsosisnya antara lain trauma rahang, ekstraksi gigi dan infeksi dentoalveolar. Pada rongga mulut biasanya melibatkan jaringan sekitar rahang baik rahang atas maupun rahang bawah terjadi adanya rasa sakit dan trismus. Biasanya penyakit tersebut ditandai dengan pembengkakan dan eksudat kering, demam, kadang disertai limfadenopati. Sebagian besar kasus berasal dari odontogenik dan berhubungan dengan daerah perimandibular, tidak menutup kemungkinan infeksi bisa mengenai lidah, sinus, laring, kelenjar tiroid.
6. Kriteria Diagnosis	Ekstra oral: Pembengkakan daerah rahang, konsistensi keras, kadang ditemukan fistula cairan drainase mengandung <i>sulfur granule</i> (koloni bakteri), limfadenopati servikal. Intra oral: Adanya kemerahan atau sedikit kebiruan, pembengkakan pada mukosa rongga mulut dan sakit.
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari <i>Actinomycosis</i>
8. ICD-10	A42.9 <i>Actinomycosis, unspecified</i>
9. Diagnosis Banding	- Abses dentoalveolar - <i>Mycosis</i> sistemik - Tuberkulosis
10. Pemeriksaan Penunjang	- Tes darah lengkap - Pemeriksaan ini untuk mengidentifikasi infeksi di dalam darah - <i>Fine needle aspiration biopsy</i> - Pemeriksaan FNAB ditemukannya <i>sulfur granule</i> (1-4

	mm) dalam eksudat. Secara mikroskopik ditemukan adanya struktur koloni bakteri <i>Peripheralclub-like</i> - Kultur anaerob - Ditemukannya bakteri <i>Actinomyces israelii</i> terkadang ditemukan <i>Actinomyces bovis</i> dan <i>Actinomyces naeslundii</i>
11. Tata Laksana	- Penyebab infeksi akut perlu ditangani terlebih dahulu seperti trauma rahang, pasca pencabutan gigi, infeksi dentoalveolar. - Pemberian antibiotik - Antiotik yang diberikan biasanya golongan <i>penicillin</i>, <i>tetrasiklin</i>, <i>clindamycin</i>, <i>erythromycin</i> disesuaikan dengan kondisi sistemik pasien. - Rujukan medik ke dokter gigi spesialis bedah mulut dan maksilofasial untuk dilakukan insisi drainase dari abses ekstraoral
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor risiko 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik (dapat meninggalkan jaringan parut)
15. Keberhasilan Perawatan	Kesembuhan lesi secara klinis.
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine</i>. 12th Ed. Philadelphia: People Medical Publishing. 2. Patton L. 2012. <i>The ADA Practical Guide to Patients with Medical Conditions</i>. Iowa USA : Willey Blackwell 3. Scully C. 2013. <i>Oral and Maxillofacial Medicine - the basis of diagnosis and treatment</i>. 3rd Ed. Edinburg: Elsevier.





**PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATALAKSANA KASUS
ILMU PENYAKIT MULUT
2020**

MANIFESTASI ORAL DARI AMILOIDOSIS		0053/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Amiloidosis merupakan penyakit dimana protein abnormal (amiloid) yang tidak dapat dimetabolisme oleh tubuh sehingga amiloid tertimbun dan terakumulasi dalam jaringan tubuh misalnya pada mukosa oral (paling sering pada lidah) maupun organ-organ lainnya. Amiloidosis merupakan penyakit yang jarang terdiagnosis. Jika amiloid menumpuk di ginjal, jantung, hepar, saluran pencernaan atau saraf, dapat merusak fungsi organ tersebut.	
2. Anamnesis	Secara umum keluhan tidak spesifik. Dalam rongga mulut akan dikeluhkan adanya pembesaran pada mulut, umumnya pada lidah. Dapat disertai adanya temuan bintik-bintik merah hingga lentingan berisi darah. Apabila terkait dengan organ lain, dapat dikeluhkan gangguan fungsi organ yang terlibat. Dapat terjadi pada pasien yang sedang atau telah menjalani perawatan penyakit tertentu. Riwayat anggota keluarga yang pernah menderita amiloidosis.	
3. Gejala Klinis	Amiloidosis Primer Umumnya terjadi pada usia lanjut (65 tahun ke atas) dan pada laki-laki. Dalam rongga mulut ditemukan makroglosia (pembesaran difus atau nodular), <i>petechiae</i> atau ekimosis. Dapat disertai dengan pembentukan nodula yang disertai ulserasi atau hemoragik submukosa dan mulut kering. Gejala ini jarang ditemukan. Amiloidosis Sekunder Jarang terjadi pada mukosa mulut dan terkait dengan penyakit lain (Osteomielitis, Tuberkulosis atau Sarkoidosis serta kondisi hemodialisis), namun dapat juga bersifat herediter.	

4. Gambaran Klinis	
5. Patofisiologi	Etiologi: deposit amiloid. Faktor predisposisi: multifaktoral seperti inflamasi kronik (terkait penyakit sistemik), hemodialisis, herediter, gagal ginjal, usia lanjut. Secara umum, amiloidosis adalah peningkatan pembentukan protein abnormal yang dapat dipicu oleh faktor predisposisi. Walaupun ada banyak jenis amiloidosis yang berbeda, dalam semua kasus akan ditemukan protein yang abnormal, yang disebut amiloid dimana protein ini mempunyai bentuk tertentu yang membuatnya sulit terurai oleh tubuh. Ketika protein amiloid menumpuk dalam darah, selanjutnya akan terdeposit dalam jaringan atau organ. Amiloid dapat merusak sistem organ multipel atau lokal di satu area tubuh. Amiloid dapat terdeposit di ginjal, jantung dan saraf, hepar, limpa, saluran pencernaan, dan saluran pernafasan yang berpotensi mengancam jiwa.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis 3. Memenuhi kriteria pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari Amiloidosis
8. ICD-10	E.85.9 <i>Amyloidosis unspecified</i>
9. Diagnosis Banding	- Ulkus eosinofilik - Ulkus tuberkulosis - Varian normal makroglosia - Jika lokasi di lateral lidah: papila foliata prominens
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan histopatologi

11. Tata Laksana	- Rujukan medik ke dokter spesialis penyakit dalam. - Jika terbatas lesi hanya di mukosa mulut, rujukan medik ke dokter gigi spesialis bedah mulut dan maksilofasial. - Terapi simptomatis dengan obat kumur klorheksidin / povidon iodine
12. KIE	1. Informasi mengenai kondisi rongga mulut 2. Edukasi mengenai penyebab adanya keluhan pada rongga mulut 3. Informasi rencana perawatan 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut 6. Tata cara penggunaan obat-obatan dan keperluan rujukan
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	- Sedang sampai buruk. - Sedang untuk kasus yang lokal, buruk apabila terkait amiloidosis pada organ lain.
15. Keberhasilan perawatan	Gejala sistemik terkontrol
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine, 12th ed.</i> People Medical Publishing, Philadelphia (USA) 2. Scully. 2013. <i>Oral & Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment, 3rd ed.</i> Elsevier Ltd, London 3. Neville, Damm, Allen, Bouquot. 2002. <i>Oral and Maxillofacial Pathology, 2nd ed.</i> W.B. Saunders Company, Philadelphia (USA)





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI COCCIDIOIDOMYCOSIS		0054/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Suatu infeksi jamur yang hampir selalu mengenai mamalia dan beberapa reptil. Merupakan jamur endemis di daerah USA, Mexico, sebagian dari Amerika Tengah dan Selatan	
2. Anamnesis	- Punya riwayat perjalanan ke negara endemis - Menderita penyakit immunokompromis: seperti DM tipe 2, HIV AIDS, Limphoma Hodgkins, tranplantasi organ (sedang mengkonsumsi kortikosteroid dalam jangka panjang), - Untuk wanita: dalam kondisi hamil	
3. Gejala Klinis	- Demam, batuk, nyeri dada, <i>fatigue</i>, napas pendek, sakit otot dan persendian, berat badan turun drastis - Lesi pada kulit dapat berupa papula, abses subkutan, plak verukosa, dan nodul granulomatosa pada bagian tengah wajah, terutama lipatan nasolabial. - Terdapat ulser disertai nodul granulomatosa di area mukosa rongga mulut yang berkembang dengan cepat	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	Coccidioidomycosis disebabkan oleh jamur dimorfik, di tanah, <i>ascomycete</i> , <i>Coccidioides immitis</i> dan <i>C. posadasii</i> (sebelumnya dikenal sebagai populasi <i>immitis</i> California dan <i>immitis</i> non-California. <i>C. immitis</i> dan <i>C. posadasii</i> berbeda dalam beberapa karakteristik seperti toleransinya terhadap	

	panas dan garam, tetapi tidak ada perbedaan dalam patogenisitasnya. Bisa menular ke manusia lewat sistem pernapasan (inhalasi), dan bisa berkembang pada pasien dengan immunokompromis medis.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria diagnosis 3. Pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari <i>Coccidioidomycosis</i> , Valley Fever, <i>San Joaquin Valley Fever</i> , <i>Desert Rheumatism</i> , <i>Posadas-Wernicke Disease</i> , <i>Coccidioidal Granuloma</i>
8. ICD-10	B38.9 <i>Coccidioidomycosis</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Mucormycosis</i> - Ulserasi pada <i>orofacial granuloma</i> - <i>Squamous cell carcinoma</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Histopatologi - Kultur jamur - ELISA test - PCR
11. Tata Laksana	- Pemberian obat jamur dengan melihat kondisi sistemik pasien (dosis yang diberikan berbeda tergantung dari penyakit penyertanya), seperti flukonazol, itrakonazol, ketokonazol - Rawat bersama dengan spesialis lainnya (tergantung penyakit sistemik penyerta)
12. KIE	1. Menjelaskan mengenai penyakit yang diderita pasien beserta diagnosisnya 2. Menjelaskan penyebab dan kemungkinan faktor pemicu dari kondisi keluhan utama pasien yang ada di rongga mulut 3. Menjelaskan berbagai kemungkinan yang memperberat keluhan pasien 4. Edukasi mengenai oral <i>hygiene</i>
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> V72.62 <i>Laboratory examination ordered as part of a routine general medical examination</i>
14. Prognosis	Baik sampai sedang, tergantung keterlibatan sistemik

15. Keberhasilan Perawatan	- Hilangnya keluhan subyektif dan perbaikan kondisi klinis - Kondisi sistemik terkontrol
16. Daftar Pustaka	1. Rodriguez RA and Konia T. 2005. Coccidioidomycosis of the Tongue. Arch Pathol Lab Med.; 129. 2. CFSPH. 2010. Coccidioidomycosis. www.cfsph.iastate.edu 3. Ampel, Neil M. 2015. The Treatment of Coccidioidomycosis. Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo.; 57(Suppl 19): 51-56. 4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquout JE. 2008. Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd ed. Elsevier. Hal: 230







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI *CONDYLOMA ACUMINATA*

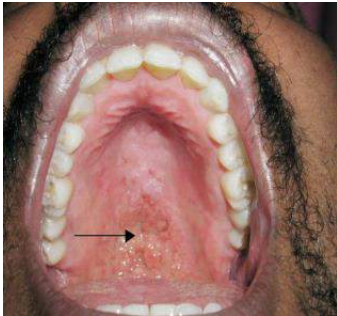
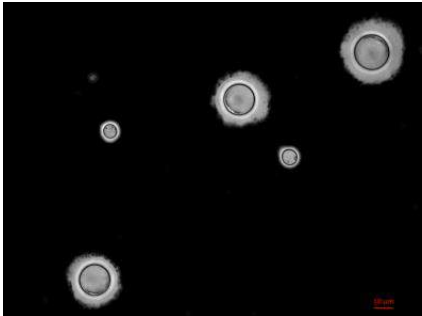
0055/PPK IPM/1/2020

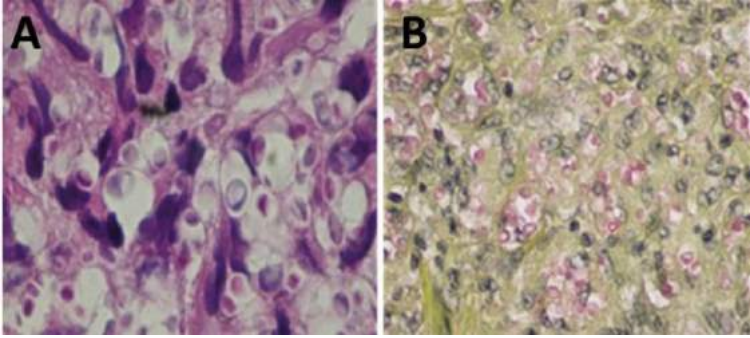
1. Pengertian (Definisi)	Proliferasi epitel jinak yang paling sering terjadi pada membran mukosa area genital dan anal.
2. Anamnesis	Massa/pembesaran jaringan berbentuk seperti bunga kol, tidak sakit
3. Gejala Klinis	- Nodul putih atau merah muda <i>multiple</i> yang berproliferasi dan bergabung menjadi pembesaran jaringan yang lunak tidak bertangkai. - Kontur permukaan seperti bunga kol - Sangat jarang pada rongga mulut - Sering ditemukan pada mukosa labial, palatum lunak dan frenulum lingualis - Terjadi pada dewasa, terutama dekade ke-3-4, jarang pada anak.
4. Gambaran Klinis	
5. Patofisiologi	- Dikaitkan dengan infeksi <i>Human Papilloma Virus</i>, tipe 6, 11, serta tipe 16 dan 18 - Infeksi dapat terjadi melalui perilaku seksual – oral seks, ataupun dari benda-benda yang terkontaminasi virus
6. Kriteria Diagnosis	Nodul putih atau merah muda, <i>multiple</i> , berproliferasi dan bergabung menjadi pembesaran jaringan yang lunak, tidak bertangkai, kontur permukaan seperti bunga kol, ditemukan

	pada mukosa labial, palatum lunak dan frenulum lingualis
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari <i>Condyloma acuminata</i>
8. ICD-10	A64 <i>Unspecified sexually transmitted disease</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Squamous papilloma</i> - <i>Multifocal epithelial hyperplasia</i> - <i>Proliferative squamous cell carcinoma</i> - <i>Verruciform xanthoma</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan histopatologi
11. Tata Laksana	Konsultasi dan rujukan medik ke Dokter Gigi Spesialis terkait (Sp.BMM)
12. KIE	1. Penjelasan kondisi yang dialami pasien, diagnosis, dan kemungkinan penyebab atau predisposisi 2. Penjelasan tata laksana yang akan dilakukan pada kunjungan tersebut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi hilang setelah terapi, tidak rekuren.
16. Daftar Pustaka	1. Betz SJ. 2019. HPV-Related Papillary Lesions of the Oral Mucosa: A Review. <i>Head and Neck Pathology</i>.13:80–90 2. Farah C, Balasubramaniam R, McCullough MJ. 2019. <i>Contemporary Oral Medicine - a comprehensive approach to clinical practice</i>. Australia: Springer. 3. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine</i>. 12th Ed. Philadelphia: People Medical Publishing. 4. Kumaraswamy KL, Vidhya M. 2011. Human papilloma virus and oral infections: An update. <i>Journal of Cancer Research and Therapeutics</i> - April-June. Volume 7 - Issue 2 5. Scully C. 2013. <i>Oral and Maxillofacial Medicine - the basis of diagnosis and treatment</i>. 3rd Ed. Edinburg: Elsevier.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI <i>CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS</i>		0056/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Merupakan infeksi fungal pada individu kompromis imun berat yang terutama menginfeksi paru dan sistem saraf pusat (SSP), serta terkadang dapat ditemukan pada kulit dan rongga mulut.	
2. Anamnesis	- Adanya sariawan dengan/tanpa sakit dan dengan/tanpa ulserasi di kulit - Dapat muncul tanpa penyebab spesifik, dengan atau tanpa demam - Adanya penyakit yang menyebabkan kompromis imun (HIV, Diabetes tidak terkontrol, dll)	
3. Gejala Klinis	- Lesi dapat berupa nodul granulasi, pembengkakan atau ulserasi yang dapat ditemukan di gingiva, palatum durum dan molle, faring, mukosa oral, pilar tonsil, serta soket paska pencabutan gigi. - Lesi oral ditemukan pada kondisi <i>Cryptococcus disseminata</i> (sudah tersebar) - Mayoritas lesi oral ditemukan pada pasien dengan infeksi HIV dengan supresi imun berat (CD4 <100 sel/dL)	
4. Gambaran Klinis	  Pemeriksaan langsung <i>Cryptococcus neoformans</i> menggunakan tinta India	

	 (A) Gambaran histopatologi dengan pewarnaan H&E (B) Gambaran histopatologi dengan pewarnaan <i>mucicarmine</i>
5. Patofisiologi	- Aspirasi spora fungus yang ada di kotoran burung merpati, dan menginfeksi paru menyebabkan <i>Cryptococcus pulmonary</i>. - Melalui penyebaran secara hematogen, <i>Cryptococcus</i> dapat mencapai sistem saraf pusat (SSP) dan menyebabkan meningitis. - Lesi oral dan kutan sebagai bentuk primer sangat jarang ditemukan - Lesi oral dan kutan pada umumnya merupakan bentuk sekunder akibat diseminasi dari <i>Cryptococcus pulmonary</i>
6. Kriteria Diagnosis	1. Lesi dapat berupa nodul granulasi, pembengkakan atau ulserasi yang dapat ditemukan di gingiva, palatum durum dan molle, faring, mukosa oral, pilar tonsil, serta soket paska pencabutan gigi. 2. Terdapat bentuk primer infeksi <i>Cryptococcus</i> di paru atau SSP 3. Pemeriksaan langsung dengan tinta India memberikan gambaran fungal berkapsul. Bila tidak ditemukan gambaran tersebut namun sangat dicurigai sebagai infeksi <i>Cryptococcus neoformans</i>, bisa dilanjutkan dengan pemeriksaan <i>Latex Agglutination test</i> (LAT) atau LFA (<i>Lateral Flow Antigen</i>) CrAg menggunakan sampel cairan serebrospinal. 4. Pemeriksaan LAT atau LFA CrAg pada sampel cairan serebrospinal memberikan hasil positif adanya fungal berkapsul (<i>Cryptococcus</i>) 5. Apabila dilakukan biopsi lesi oral, pemeriksaan histopatologi memberikan gambaran organisme <i>Cryptococcus</i>

7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari <i>Cryptococcus Neoformans</i>
8. ICD-10	B45.7 <i>Disseminated cryptococcos</i>
9. Diagnosis Banding	- Infeksi viral (Herpes Simpleks/ Herpes Zoster) atau fungal lain (Histoplasmosis) - Keganasan - Ulkus traumatik kronis - Autoimun
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan langsung dari sampel darah, sputum atau <i>brochoalveolar lavage</i> (BAL) menggunakan tinta india untuk menemukan fungal berkapsul - Pemeriksaan mikroskopik dari cairan serebrospinal untuk menemukan capsular antigen dengan tehnik <i>Latex Agglutination Test</i> (LAT). - Pada area dengan sumber daya terbatas (<i>resource-limited area</i>), sebagai pengganti LAT dapat menggunakan pemeriksaan <i>lateral flow antigen</i> (LFA) untuk mendeteksi <i>cryptococcal antigen</i> (CrAg). - Pemeriksaan histopatologi dari biopsi lesi mukokutan dengan pewarnaan <i>hematoxylin-eosin</i> (HE) memberikan gambaran jaringan granulomatosa kronis dengan sel peradangan, sementara dengan pewarnaan <i>Mucicarmine</i> memberikan gambaran organisme <i>cryptococcus</i> yang memiliki area bening disekitarnya yang mengitari kapsul tebal dan mucin. Mucin menyerap warna merah dari Mucicarmine. Ukuran organisme bervariasi (hal ini yang membedakan dengan histoplasmosis yang memiliki ukuran seragam dan kecil).
11. Tata Laksana	- Identifikasi penyebab dan penegakkan diagnosis - Rawat bersama dokter Sp.PD untuk terapi induksi selama 2 minggu pertama dengan menggunakan kombinasi <i>Amphotericine B</i> dan <i>Flucytosine</i>. Apabila tidak tersedia Flucytosine, dapat diberikan kombinasi Amphotericine B dan Flukonazol. - Maintenance menggunakan Flukonazol
12. KIE	1. Penjelasan bahwa penyakit ini tidak menular dan bukan merupakan keganasan. 2. Edukasi untuk menjaga <i>oral hygiene</i>
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>

14. Prognosis	Buruk, apabila tidak atau terlambat mendapatkan terapi
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang
16. Daftar Pustaka	1. Samaranayake L, Huber MA, Redding SW. 2008. Infectious Diseases. In Burket's Oral Medicine. 11th ed. BC Decker Inc. Hamilton. Page 495-496 2. Manfredi M, Polonelli L, Giovati L, Alnuaimi A, McCullough M.J. 2019. Oral and Maxillofacial Fungal Infections. In book: Contemporary Oral Medicine: A Comprehensive Approach to Clinical Practice. Springer Nature Switzerland AG. Switzerland. Page 958-960 3. Mehrabi M, Bagheri S, Leonard MK, Periacante VJ. 2005. Mucocutaneous manifestation of Cryptococcal infection: Report of a case and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg.; 63:1543-1549 4. Latta R, Napoli C, Borghi E, and Montagna MT. 2009. Rare mycoses of the oral cavity: a literature epidemiologic review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.;108:647-655 5. Kumari S, Verma RK, PrasadSingh D, Ramakant Yadav R. 2016. Comparison of Antigen Detection and Nested PCR in CSF Samples of HIV Positive and Negative Patients with Suspected Cryptococcal meningitis in a Tertiary Care Hospital. Journal of Clinical and Diagnostic Research.;10(4): DC12-DC15 6. Beardsley J, Thanh LT, Day J. 2015. A Model CNS Fungal Infection: Cryptococcal Meningitis. Curr Clin Micro Rpt.; 2: 96–113



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI DERMATITIS HERPETIFORMIS

0057/PPK IPM/1/2020

1. Pengertian (Definisi)	Penyakit vesikulobulosa kulit/mukosa mulut yang ditandai dengan pruritus yang hebat, berulang, lesi polimorfisme (dua atau lebih bentuk lesi), diperkirakan terkait autoimun.
2. Anamnesis	- Sering pada orang dewasa muda dan paruh baya - Pria lebih sering daripada wanita - Berulang (eksaserbasi dan remisi)
3. Gejala Klinis	Intra oral : - Dalam rongga mulut, dermatitis herpetiformis jarang terjadi, - Vesikel dan bula multipel yang pecah, meninggalkan ulkus nonspesifik superfisial dengan dasar fibrinous dengan tepi eritematosa. - Lesi mungkin melibatkan mukosa yang berkeratin dan tidak berkeratin Ekstra oral (kulit) : - Lesi kulit berupa papular, eritematosa, vesikuler, dan sering kali sangat gatal. - Lesi biasanya simetris - Menyebar ke permukaan ekstensor, terutama siku, bahu, sakrum, dan bokong. - Sering melibatkan kulit kepala dan wajah. - Lesi biasanya berkumpul (herpetiform)
4. Gambaran Klinis	 

	
5. Patofisiologi	Penyakit ini berhubungan dengan endapan IgA granular di papila dermis yang mengendap dengan transglutaminase epidermis, yang merupakan enzim yang biasanya tidak ada di daerah papila kulit normal. Serum IgA pada penderita dermatitis herpetiformis juga mengikat transglutaminase epidermal. Dermatitis herpetiformis sering dikaitkan dengan enteropati sensitif gluten, penyakit <i>celiac</i>, yang ditandai dengan autoantibodi tipe IgA yang erat terkait dengan enzim transglutaminase di jaringan. Secara luas bisa diterima bahwa dermatitis herpetiformis adalah manifestasi kulit dari penyakit <i>celiac</i> dan mempengaruhi sekitar 25% pasien dengan penyakit <i>celiac</i>. Baik dermatitis herpetiformis dan penyakit <i>celiac</i> terkait erat dengan lokus HLA kelas II di kromosom 6, dengan 90% pasien memiliki HLA DQ2, dan hampir semua sisanya HLA DQ8. Diet bebas gluten sangat penting dalam pengobatan kedua kondisi tersebut.
6. Kriteria Diagnosis	Intra oral : Vesikel dan bula multipel yang pecah, meninggalkan ulkus nonspesifik superfisial dengan dasar fibrinous dengan tepi eritematosa. Ektra oral (Kulit) : 1. Lesi papular, eritematosa, vesikuler, simetris, herpetiform dan sering sangat gatal. 2. Menyebar ke permukaan ekstensor, terutama siku, bahu, sakrum, dan bokong. 3. Sering melibatkan kulit kepala dan wajah.
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari Dermatitis herpetiformis, <i>Duhring's disease</i>
8. ICD-10	<i>L13.0 Dermatitis herpetiformis</i>

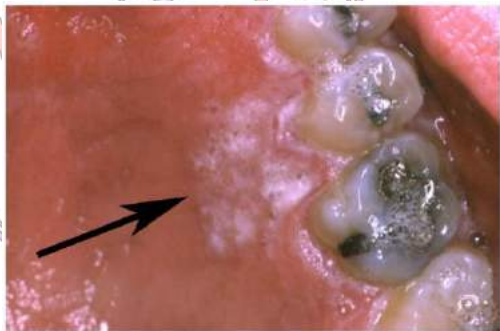
9. Diagnosis Banding	- <i>Oral Lichen Planus</i> - Stomatitis Aftosa Rekuren - <i>Bullous Pemphigoid</i> - <i>Mucous Membrane Pemphigoid</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan darah lengkap - Sitologi - Pemeriksaan Histopatologi - <i>Imunofluoresence</i>
11. Tata Laksana	Terapi farmakologis : - untuk rongga mulut bisa menggunakan antiseptik 0,05% obat kumur <i>chlorhexidine</i> , - oles 0,025% salep glukokortikoid 3x sehari selama 14 hari. - <i>dapsone, sulfoxone, and sulfapyridine.</i> Terapi non farmakologis : diet gluten / makan makanan yang tidak mengandung gluten. Makanan yang mengandung gluten adalah makanan yang berasal atau terbuat dari biji-bijian. Berikut ini adalah beberapa contoh makanan yang mengandung gluten, yaitu : - Jelai/sereal - Gandum - Beberapa jenis bir - Kue, wafer - Sereal - Pasta - Saus, bumbu salad, kecap - Roti - Oat yang tidak diberi label <i>gluten-free</i> - Vitamin atau obat yang mengandung gluten
12. KIE	1. Informasi mengenai kondisi penyakit ke pasien 2. Informasi terkait rujukan (internis, spesialis kulit) 3. Instruksi ke pasien untuk memantau kondisi <i>oral hygiene</i> dan instruksi diet <i>gluten free</i>
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 27.2 <i>Diagnostic procedure</i>
14. Prognosis	Baik

15. Keberhasilan Perawatan	Lesi di rongga mulut sembuh, tidak berulang.
16. Daftar Pustaka	1. Anokhina AV, Elena NS, Guzel RR. 2019. Clinical Case of Isolated Lesion of Oral Mucosa by Dermatitis Herpetiformis. <i>BioNanoScience</i>. https://doi.org/10.1007/s12668-019-00699-9 2. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine</i>. 12th Ed. Philadelphia: People Medical Publishing. 3. Regezi J, Sciubba J, Jordan R. 2012. <i>Oral Pathology : Clinical Pathology Correlation</i>. Missouri USA : Elsevier Sanders. p. 18-19





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI EPIDERMOLISIS BULOSA		0058/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Kelainan genetik autosomal dominan atau resesif yang bermanifestasi di kulit dan mukosa berupa bulosa yang mudah pecah dan menimbulkan lesi ulserasi yang luas	
2. Anamnesis	Pasien mengeluhkan mulutnya melepuh dan muncul sariawan yang luas	
3. Gejala Klinis	- Lesi primer: Bulosa pada mukosa dan kulit, - Lesi sekunder: Ulser luas dangkal & sikatrik pada intra oral dan perioral	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	- Kelainan genetik autosomal dominan atau resesif. - Epidermolisis bulosa merupakan penyakit pada subepitel atau subepidermal, berkaitan dengan defek genetik di sel basal hemidesmosom, dan penjangkaran bagian filamen jaringan konektif pada mukosa, sehingga karena kohesi dari jaringan tersebut goyah timbul blister bahkan pada trauma minor.	
6. Kriteria Diagnosis	Memenuhi kriteria klinis dan anamnesis	
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari Epidermolisis Bulosa	
8. ICD-10	S00.522 <i>Blister non-thermal of oral cavity</i>	

9. Diagnosis Banding	Lesi <i>Pemphigous</i> dan <i>Pemphigoid</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksanan darah rutin untuk melihat kadar trombosit - Histopatologi
11. Tata Laksana	- Medikasi 1. Obat kumur anestetikum sebelum makan 2. Obat kumur antiseptik setelah makan 3. <i>Corticosteroid Short Acting</i> - Rujuk Sp.KK atau Sp.PD (KAI)
12. KIE	1. Menjelaskan mengenai penyakit yang diderita pasien beserta diagnosisnya 2. Menjelaskan kemungkinan faktor pemicu dari kondisi keluhan utama pasien yang ada di rongga mulut 3. Menjelaskan berbagai kemungkinan yang memperberat keluhan pasien 4. Edukasi mengenai <i>oral hygiene</i>
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.2 <i>Diagnostic procedure</i>
14. Prognosis	Sedang
15. Keberhasilan Perawatan	Hilangnya keluhan subyektif dan perbaikan kondisi klinis
16. Daftar Pustaka	1. Michael A.O Lewis, Richard C.K. Jordan. 2012. Oral Medicine: A Colour Handbook, 2nd ed. Manson Publishing Ltd, USA 2. Wright JT. 2010. Oral Manifestations in the Epidermolysis Bullosa Spectrum. Dermatol Clin.; 28(1): 159–164



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI <i>GONORRHEA</i>		0059/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) yang disebabkan oleh bakteri <i>Neisseria gonorrhoeae</i>. Bakteri tersebut menginfeksi membrane mukus dari genital, seperti endoserviks, uterus dan tuba falopii serta uretra. Lesi oral dapat ditemukan pada infeksi ini.	
2. Anamnesis	- Aktif secara seksual dalam 1 minggu terakhir (oral seks). - Lesi dalam rongga mulut dapat berupa eritema, ulser yang disertai pseudomembran. - Adanya keluhan sariawan yang berulang dan sakit tenggorokan serta munculnya benjolan di leher (pembengkakan kelenjar getah bening). - Selain itu juga ada keluhan daerah genital, sering keluar nanah secara spontan. Keluhan pada laki-laki adanya nyeri saat buang air kecil, bengkak inguinal (lipatan paha) dan nyeri pada salah satu testis, ujung penis merah dan bengkak serta keluar nanah. Keluhan pada wanita adalah sering buang air kecil, nyeri saat buang air kecil atau saat berhubungan intim, keluar darah pada vagina dan keputihan.	
3. Gejala Klinis	Manifestasi klinik dari gonorrhea dapat berupa gejala simptomatik maupun asimtomatik. Lesi oral yang tidak spesifik jarang ditemukan pada infeksi gonorrhea. Pada pria yang asimtomatik hanya 10% kasus, sedangkan pada wanita asimtomatik 80% kasus. - Ekstra oral pada genital: Manifestasi klinis dari IMS sangat beragam antara lain ulkus, uretritis, <i>warts</i>, servisititis. - Intra oral jarang ditemukan: Lokasi lesi rongga mulut dapat terjadi pada mukosa bukal, labial, lidah, dasar mulut, gingiva dan palatum lunak. Lesi dapat berupa ulser, diameter bervariasi, bentuk bulat sampai oval, dangkal, dengan tepi yang eritema, terdapat fibrin putih keabu-abuan pada	

	dasarnya, adanya atrofi papilla lidah, kadang keluar nanah pada gingiva, juga disertai artitis pada rahang.
4. Gambaran Klinis	
5. Patofisiologi	Bakteri <i>Neisseria gonorrhoeae</i> adalah bakteri Gram negatif berbentuk diplokokus dan merupakan patogen yang eksklusif pada manusia. <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ditularkan melalui kontak seksual yang melibatkan mukosa (vaginal, oral, dan anal) atau melalui penularan vertikal dari ibu ke janin saat melahirkan. Bakteri ini terutama mengenai epitel kolumnar atau kuboidal manusia. Hampir semua selaput lendir dapat terinfeksi oleh mikroorganisme ini. Virulensi <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ditentukan dari reseptor yang disebut <i>hair like pili</i> yang memudahkan infeksi awal pada permukaan mukosa genital. Pili ini akan membuat bakteri dapat bertahan dari aliran hidrodinamik pada uretra (saat berkemih) dan berkontribusi terhadap resistensi antibiotik. Disamping adanya pili, porin merupakan protein yang menginisiasi proses endositosis dan invasi lebih lanjut dari bakteri sehingga menimbulkan bakteremia. Reseptor lain yang berperan dalam perlekatan bakteri ke mukosa adalah opa (<i>Opacity-associated Protein</i>) berperan penting pada penempelan ke sel epitel. Dalam waktu 24-48 jam gonokokus berpenetrasi masuk ke dalam sel melalui ruang subepitelial. Respon dari <i>host</i> ditandai dengan invasi pada neutrofil, diikuti dengan pengelupasan epitel, pembentukan mikroabses submukosa, dan pembentukan pus.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis
7. Diagnosis Kerja	<i>Aphthous like ulcer</i> terkait infeksi <i>gonorrhea</i>
8. ICD-10	A54.8 <i>Other gonococcal infection</i> A54.9 <i>Gonococcal infection, unspecified</i>

9. Diagnosis Banding	- Stomatitis aftosa - <i>Erythema multiforme</i> - <i>Oral lichen planus</i> - <i>Primary herpetic gingivostomatitis</i> - <i>Acute necrotizing ulcerative gingivitis</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan penunjang dilakukan oleh dokter spesialis kulit dan kelamin
11. Tata Laksana	- Rujukan medik ke dokter spesialis kulit dan kelamin untuk diagnosis dan terapi lesi secara sistemik. - Terapi simtomatik yang digunakan secara berkumur buang: 1. Klorheksidin 0,12% – 0,2% 2. Povidone iodine 1%
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik, tergantung keberhasilan terapi kondisi sistemik
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine</i> (12th Edition). Philadelphia (USA) : People Medical Publishing. 2. Scully. 2013. <i>Oral & Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment</i> (3rd Edition). London : Elsevier Ltd 3. Roett MA, Mayor MT, Uduhiri KA. 2013. <i>Diagnosis and Management of Genital Ulcers</i>. <i>Indian Journal of Clinical Practice</i>.;24(6):507-15





**PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATALAKSANA KASUS
ILMU PENYAKIT MULUT
2020**

MANIFESTASI ORAL DARI GRAFT VERSUS HOST DISEASE		0060/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Penyakit imunologi multisistem yang kompleks dan merupakan komplikasi utama bagi pasien yang sudah menjalani transplantasi <i>hematopoietic</i> alogenik sumsum tulang atau transplantasi <i>stem cell</i> perifer, termasuk juga transplantasi organ solid dan transfusi darah	
2. Anamnesis	- Pasien merasakan sariawan, rasa terbakar pada mukosa mulut dan terasa kering. - Riwayat transplantasi organ atau transfusi darah	
3. Gejala Klinis	- Perubahan kulit menyertai munculnya keluhan di mulut menyerupai skleroderma, keratokonjungtivitis, gangguan gastrointestinal, penurunan produksi air mata, saliva, lesi oral. - Intraoral: ulserasi difus bersifat atipia, lesi menyerupai likenoid, perdarahan mulut, xerostomia, infeksi (virus, bakteri, jamur). - Kondisi akut dapat nampak sebagai eritema ireguler non spesifik, atrofi mukosa, erosi pada lidah, mukosa mulut dan bibir; <i>cheilitis</i>, hiposalivasi, stomatitis herpetika, infeksi <i>cytomegalovirus</i>, purpura, ataupun perdarahan - Kondisi kronis: <i>atypical striae</i> (anyaman garis putih/plak mirip lichen planus), ulserasi, hiposalivasi, atrofi kelenjar saliva, gangguan pengecapan, infeksi kandida, <i>hairy leukoplakia</i>, <i>sklerodermatous syndrome</i>, <i>ciclosporin – induced gingival swelling</i>	

4. Gambaran Klinis



Gambaran retikular pada palatum keras pasien GVHD



Gambaran retikular dan ulser pada dorsal lidah pasien GVHD



Ulserasi tidak beraturan pada pasien leukemia setelah transplantasi

5. Patofisiologi	- Etiologi: respon terhadap benda asing yang ditransplantasikan atau ditransfusikan ke tubuh - Faktor predisposisi antara lain transplantasi <i>hematopoietic</i> alogenik sumsum tulang, transplantasi <i>stem cell</i> perifer, transplantasi organ solid dan transfusi darah. - Merupakan penyakit yang terkait dengan sistem imun yang terjadi secara kronis. Sejumlah mekanisme imunologi seperti adanya aktivitas berlebihan dari sel limfosit T, tidak adanya <i>recipient/donor tolerance-promoting cells</i>, sekresi dari sitokin proinflammatory dan pembentukan fibrosis, aktivasi sel limfosit B dan produksi autoantibody serta rusaknya <i>tissue cytolytic</i>. Hingga saat ini, belum ada pustaka yang menjelaskan kapan timbulnya GvHD oral sejak dilakukan transplantasi.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinik 3. Pemeriksaan penunjang (bila diperlukan)
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari <i>Graft versus host disease</i>
8. ICD-10	D89.813 <i>Graft versi host disease</i> , T86.0 <i>Bone-marrow transplant rejection</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Lichen planus</i> - Penyakit bulosa kronis - Sindrom Sjogren - Lupus eritematosus sistemik - Skleroderma - Mukositis akibat radiasi - Mukositis terkait neutropenia
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan histopatologi
11. Tata Laksana	- Rujukan medik ke dokter spesialis alergi dan imunologi - Untuk lesi oral yang menimbulkan keluhan, dapat diberikan kortikosteroid topikal (contoh triamcinolon acetonid), anestetikum (contoh <i>Benzydamine HCl</i>), <i>covering agent</i> (contoh asam hialuronat), antiseptik (contoh povidon iodine, klorheksidin) - Untuk gangguan sekresi saliva, dapat diberikan <i>saliva substitute</i>

12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Buruk dan dapat menyebabkan kematian jika tidak segera ditangani
15. Keberhasilan Perawatan	Remisi lesi secara klinis
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine</i> (12th Edition). Philadelphia (USA) : People Medical Publishing. 2. Farah C. 2019. <i>Contemporary Oral Medicine</i>. Springer





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI HISTOPLASMOSIS		0061/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Infeksi oportunistik jamur <i>Histoplasma capsulatum</i> yang umum dialami oleh seseorang dengan immunodefisiensi seperti pasien dengan HIV positif.	
2. Anamnesis	Adanya luka atau bercak pada mulut disertai atau tanpa demam dengan riwayat tinggal di daerah endemik atau yang merupakan habitat dari jamur histoplasmosis, mempunyai riwayat penyakit immunodefisiensi, memiliki binatang peliharaan dengan riwayat histoplasmosis seperti unggas, anjing dan kucing.	
3. Gejala Klinis	Gambaran klinis oral bervariasi, dapat berupa ulkus, nodul, plak, atau indurasi menyerupai lesi granulomatus yang mayoritas terletak pada lidah, mukosa bukal, laring, gingiva dan bibir, sakit/nyeri, dapat fokal atau <i>multifocal</i> . <i>Flu like syndrome</i> diikuti limfadenopati, gangguan saluran nafas (batuk, sesak nafas, hingga batuk darah, kelainan paru), hepatosplenomegali, pansitopenia, gambaran foto thoraks menyerupai TBC, sering disertai juga dengan artritis atau artralgia, eritema nodosum, keratokonjungtivitis, pericarditis, kelainan gastrointestinal, kelainan sistem saraf pusat dalam bentuk meningitis, dan lesi kulit.	
4. Gambaran Klinis		

5. Patofisiologi	Mikrokonidia <i>H. capsulatum</i> (dan, terkadang, makrokonidia dan element hifa kecil) terinhalasi hingga paru-paru, dan mencapai ruang alveoli paru kemudian bertransformasi menjadi <i>yeast</i> , sehingga terjadi infeksi paru primer. Kemudian menyebar ke organ tubuh lain seperti hati, limpa, nodus limfatikus dan sumsum tulang belakang, serta lidah, membran mukosa rongga mulut dan adrenal.
6. Kriteria Diagnosis	Rasa nyeri/sakit pada lesi/luka pada mukosa mulut dengan riwayat tinggal di daerah-daerah endemik dan daerah-daerah yang merupakan habitat dari jamur histoplasmosis, dan mengalami gejala-gejala klinis histoplasmosis sistemik dan hasil pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari Histoplasmosis
8. ICD-10	B39.9 <i>Histoplasmosis, unspecified</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Wegener's granulomatosis</i> - Tuberkulosis - Stomatitis Aftosa Mayor - Sarkoidosis atau <i>deep fungal mycosis</i> lainnya
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan histopatologi - Pemeriksaan mikroskopis dengan staining HE, PAS, methanamin perak. - Kultur jamur - Pemeriksaan serologi - Pemeriksaan histologi - Tes urine: terdapat antigen terhadap histoplasmosis di urine.
11. Tata Laksana	- <i>Induction</i> (tahap awal): 1. Amfotericin B 0,4-0,5 mg/kg selama 10 minggu dengan meningkatkan dosis hingga 50 mg/kg. 2. Juga dapat diberikan Ketoconazole 400 mg/day 1-2 kali sehari atau Itraconazole 200 mg 1-2 kali sehari. - <i>Maintenance</i>: Ketoconazole 400 mg kali sehari atau Itraconazole 200 mg 2 kali sehari hingga sistem imun membaik
12. KIE	1. Edukasi bahwa penyakit ini menular dari hewan peliharaan, terutama pada orang yang mengalami imunodefisiensi

	2. Edukasi gaya hidup sehat 3. Edukasi menghindari faktor risiko.
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	- Buruk pada pasien dengan <i>immunocompromised</i> - Baik untuk penyakit paru-paru akut pada pasien yang imunokompeten, tidak berkembang ke organ lain
15. Keberhasilan Perawatan	- Perbaikan klinis: rasa nyeri rongga mulut dan lesi hilang, tidak terjadi komplikasi - Hasil kultur jamur negatif
16. Daftar Pustaka	1. Anaissie EJ, McGinnis MR, Pfaller MA. 2009. <i>Clinical Mycology</i>, 2nd ed. Churchill Livingstone Elsevier, Edinburg. 2. Brazão-Silva MT, Mancusi GW, Bazzoun FV, Ishisaki GY, Marcucci M. 2013. A gingival manifestation of histoplasmosis leading diagnosis. <i>Contemp Clin Dent</i>, 4(1): 97-101. 3. Ghom AG. 2010. <i>Textbook of oral medicine</i>, 2nd ed. Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd., New Delhi. 4. Greenberg MS, Glick M, Ship JA. 2008. <i>Burket's oral medicine</i>, 11th ed. BC Decker Inc., Hamilton. 5. Majumdar S, Rajyalakshmi B, Uppala D, Ramya AS. 2015. Oral histoplasmosis. <i>J Oral Maxillofac Pathol</i>, 6(2): 639 – 642. 6. Scully C. 2010. <i>Medical problems in dentistry</i>, 6th ed. Churchill Livingstone, USA, pp. 496-497. 7. Telles DR, Karki N. 2017. Oral fungal infections: diagnosis and management. <i>Dent Clin N Am</i>, 61(2): 319–349.





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI *IMMUNE THROMBOCYTOPENIC PURPURA*

0062/PPK IPM/1/2020

1. Pengertian (Definisi)

Kelainan perdarahan yang ditandai oleh penurunan trombosit (<100.000/uL) akibat kelainan imun.

Berdasarkan klasifikasi:

- Definisi **ITP primer** adalah keadaan trombositopenia yang tidak diketahui penyebabnya.
- Definisi **ITP sekunder** adalah keadaan trombositopenia yang disebabkan oleh penyakit primer. Penyakit primer yang sering berhubungan dengan ITP, antara lain, penyakit autoimun (terutama sindrom antibodi antifosfolipid), infeksi virus (termasuk Hepatitis C dan *human immunodeficiency virus/HIV*), serta obat-obat tertentu.

Terminologi:

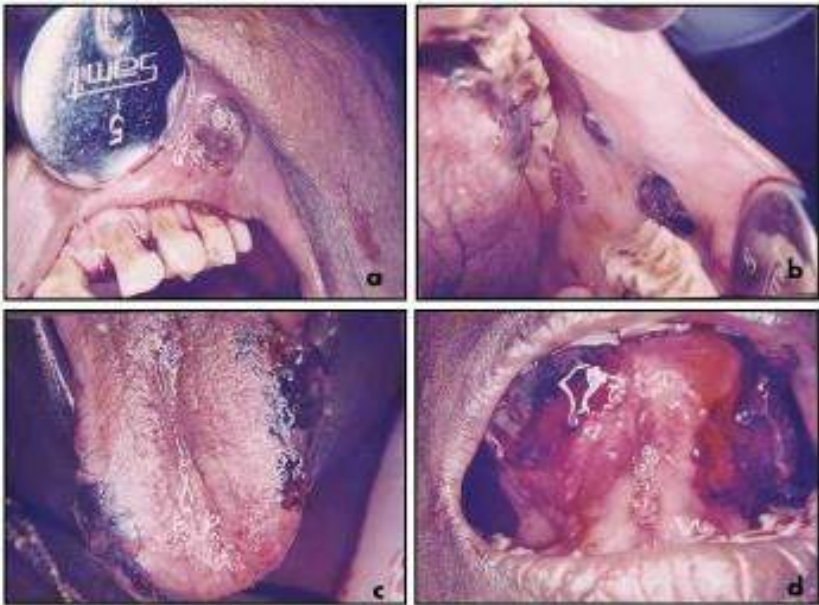
<i>Immune thrombocytopenia</i>	Menggantikan terminologi lama <i>Idiopathic thrombocytopenia purpura</i>
<i>Newly diagnosed ITP</i>	Menggantikan terminologi ITP akut (jumlah trombosit < 100.000/uL yang berlangsung hingga 3 bulan)
ITP persisten	ITP (jumlah trombosit <100.000/uL) yang berlangsung 3-12 bulan
ITP kronik	ITP yang berlangsung >12 bulan

2. Anamnesis

Perdarahan spontan atau diawali trauma, dan lesi perdarahan submukosa (purpura, hematoma, peteki, ekimosis) intraoral dan kulit (ekstremitas), pencernaan dan saluran kemih.

3. Gejala Klinis

- Tidak ada predileksi usia maupun gender yang pasti, tetapi diketahui lebih sering terjadi pada kelompok perempuan usia muda.
- ITP bersifat akut dan *self limiting* (2-6 minggu) pada anak, sedangkan pada usia dewasa ITP bersifat persisten dan ditandai eksaserbasi penyakit yang berulang.
- Pemeriksaan fisik: perdarahan intraoral (mukosa bukal,

	ventral dan lateral lidah, gusi, area antara palatum durum dan molle), serta perdarahan pada kulit akibat trombositopenia. - Trombositopenia berat ($5000/\mu\text{L}$) ditandai perdarahan intracranial. Hitung trombosit $< 10.000/\mu\text{L}$ ditandai oleh perdarahan mukosa atau kulit, epistaksis, hematuria, dan pada kondisi trombosit $> 30.000/\mu\text{L}$ dapat ditandai atau tidak dengan kondisi mudah memar. - Gambaran darah tepi menunjukkan jumlah trombosit rendah tanpa sel <i>blast</i>.
4. Gambaran Klinis	
5. Patofisiologi	Disregulasi imun ITP (autoimun) menyebabkan menurunnya jumlah megakariosit di sumsum tulang dan trombosit di darah tepi
6. Kriteria Diagnosis	Diagnosis ITP ditegakkan setelah penyebab trombositopenia lain dapat disingkirkan. Beberapa infeksi perlu disingkirkan seperti HIV, Hepatitis C, <i>Helicobacter Pylori</i>, dan infeksi CMV. Kecurigaan ke arah keganasan dan pengaruh obat seperti valproat, heparin juga harus disingkirkan. Pemeriksaan antibodi antifosfolipid dan <i>lupus anticoagulant</i> harus diperiksa bila gejala ITP menjadi persisten/kronik.
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari <i>Immune Thrombocytopenic Purpura</i>
8. ICD-10	D 69.3 <i>Immune Thrombocytopenic Purpura</i>

9. Diagnosis Banding	- Leukemia - Anemia aplastik
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan sumsum tulang dilakukan bila ITP tidak memberikan respons dalam waktu 3 bulan (mengarah ke ITP persisten).
11. Tata Laksana	Bekerjasama dengan dokter Sp.PD / hematologi untuk tata laksana sistemik seperti : - Tranfusi darah dan trombosit - Pemberian terapi steroids - Terapi IV Ig - <i>Splenectomy</i> - <i>Rituximab</i> - <i>Anti-D</i> - <i>Thrombopoietin-like agents.</i>
12. KIE	Restriksi aktivitas motorik, penghindaran prosedur khusus (contoh pencabutan gigi), menghindari obat tertentu yang dapat memperberat perdarahan (contoh aspirin)
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i> V72.62 <i>Laboratory examination ordered as part of a routine general medical examination</i>
14. Prognosis	Baik jika tidak disertai dengan penyakit penyerta
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang
16. Daftar Pustaka	1. Napeñas JJ, Patton LL. 2015. Bleeding and clotting disorders. In: Burket's Oral Medicine. 12 ed. Shelton: People's Medical Publishing house. p.472-473. 2. Sari TT. 2018. Immune Thrombocytopenic Purpura. Sari Pediatri.;20(1):58-64 3. Satoskar S, Saluja TS, Dessai SR, Shenoy A. 2016. Oral Manifestations of Immune Thrombocytopenic Purpura: A Diagnosis of Exclusion. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences.;15(4):65-67.





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI LEUKEMIA		0063/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Manifestasi oral dari leukemia yang merupakan neoplasma darah akibat mutasi sel punca hematopoiesis yaitu mieloid atau limfoid.	
2. Anamnesis	- Terdapat perdarahan gusi spontan, - Pembesaran gusi, - Sariawan pada mulut, - Disertai gejala sistemik seperti: wajah pucat, gejala prodromal, demam, kehilangan berat badan, lemas, mudah lelah.	
3. Gejala Klinis	- Leukemia diklasifikasikan berdasarkan perjalanan penyakit yaitu leukemia akut dan leukemia kronis - Mukosa tampak pucat dan tipis - Hiperplasia gingiva, mukosa dan perdarahan gingiva - Bisa tampak krusta hitam kemerahan - Infeksi bakteri dan jamur yang memberikan gambaran <i>necrotizing stomatitis</i> - Nyeri ringan – berat	
4. Gambaran Klinis	Manifestasi oral yang sering ditemukan: pembesaran gingiva, perdarahan gingiva, atau <i>Necrotizing Ulcerative Stomatitis</i>/Ulkus Neutropenia.  Pembesaran gusi	

	 Perdarahan Gusi  Ulkus Neutropenia
5. Patofisiologi	- Proliferasi sel leukemia (leukosit yang imatur) menekan jumlah eritrosit dan trombosit sehingga terjadi anemia dan trombositopenia, gambaran klinis yang muncul berupa mukosa yang pucat dan mudah berdarah - Invasi sel leukemia pada jaringan periodontal menyebabkan pembesaran gingival dan kehilangan tulang alveolar - Invasi sel leukemia ke dalam mukosa mulut dapat menyebabkan terjadinya leukostasis dan iskemia jaringan, selain itu rendahnya daya fagositosis sel leukemia memicu terjadinya lesi ulserasi nekrotik (<i>Necrotizing ulcerative stomatitis</i>), dapat disertai infeksi atau tidak - Berdasarkan sub tipe terdiri atas leukemia mielositik akut (AML), leukemia mielositik kronis (CML), leukemia limfoblastik akut (ALL), dan leukemia limfoblastik kronis (CLL). - Proses perjalanan penyakit dan usia dapat membantu mengidentifikasi pasien AML/CML pada stadium awal penyakit. - CML merupakan jenis leukemia yang berasal dari gangguan sel punca mieloid pada tahap awal, sehingga terjadi proliferasi abnormal sel mieloid secara cepat serta mengambil alih fungsi dan mensupresi sel-sel punca

	hematopoiesis normal di sumsum tulang. CML terjadi pada usia dewasa dan bersifat kronis, pasien ini bersifat imunokompromis akibat keganasan itu sendiri, atau efek samping terapi, sehingga rentan terhadap infeksi patogen - Keadaan patologis tersebut dapat bermanifestasi klinis non-spesifik di rongga mulut saat terjadinya penyakit atau akibat efek samping terapi
6. Kriteria Diagnosis	Pembesaran gingiva, perdarahan spontan, dan ulserasi yang berkaitan dengan Leukemia (konfirmasi diagnosis dengan pemeriksaan darah perifer lengkap).
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi oral dari leukemia
8. ICD-10	- Perdarahan gingiva: K06.8 (<i>other specified disorders of gingiva and edentulous alveolar ridge</i>) - Pembesaran gingiva: K06.1 (<i>gingival enlargement</i>) - Stomatitis: K12.1 (<i>other forms of stomatitis</i>) - <i>Necrotizing ulcerative stomatitis</i>: A69.0 (<i>Necrotizing ulcerative stomatitis</i>)
9. Diagnosis Banding	Lihat PPK perdarahan gingiva, pembesaran gingiva, stomatitis, NUS.
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan laboratorium (hematologi lengkap, morfologi darah tepi, faal hati, faal ginjal).
11. Tata Laksana	- Rawat bersama dengan departemen IPD hematologi. - Perdarahan gingiva diatasi dengan kompres tekan <i>hemostatic agent topical</i>, atau adrenalin, atau asam tranexamate, atau Vitamin K atau dapat juga diberikan secara per oral. - Pembesaran gingiva, Stomatitis, dan <i>Necrotizing ulcerative stomatitis</i>: menjaga kebersihan rongga mulut dan <i>oral debridement</i> dengan H₂O₂ 3% / Klorheksidin 0,2%. - Antibiotik: Kombinasi Amoksisilin 3x500 mg dan Metronidazole 3x500 mg/hari per oral, selama 5-7 hari dan diobservasi.
12. KIE	1. Menjaga kebersihan rongga mulut 2. Pola hidup sehat
13. ICD-9	Untuk pemeriksaan lab: V72.62 (<i>Laboratory examination ordered as part of a routine general medical examination</i>).

	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Buruk
15. Keberhasilan Perawatan	Gejala klinis manifestasi oral membaik.
16. Daftar Pustaka	1. Chowdhri K, Tandon S, Lamba AK, Faraz F. 2018. Leukemic gingival enlargement: A case report and review of literature. <i>J Oral Maxillofac Pathol</i>, 22(Suppl 1): S77–S81. 2. Deliverska EG, Krasteva A. 2013. Oral signs of leukemia and dental management – literature data and case report. <i>J of IMAB</i>, 19(4): 388-391. 3. Lim H-C, Kim C-S. 2014. Oral signs of acute leukemia for early detection. <i>J Periodontal Implant Sci</i>, 44(6): 293-299. 4. Menezes L, Rao JR. 2012. Acute myelomonocytic leukemia presenting with gingival enlargement as the only clinical manifestation. <i>J Indian Soc Periodontol</i>, 16(4): 597–601. 5. Vučićević Boras V, Vidović Juras D, Aurer I, Kinda S, Mikulić M. 2019. Gingival ulcerations in a patient with acute myeloid leukemia: a case report and literature review. <i>Acta Clin Croat</i>, 58(3): 556–560. https://doi.org/10.20471/acc.2019.58.03.23



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI LUPUS ERITEMATOUS (DISKOID DAN SISTEMIK)		0064/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	- Kelainan autoimun yang melibatkan imun kompleks baik alami ataupun adaptif. Faktor predisposisi melibatkan genetik, faktor lingkungan, hormonal, dan obat-obatan. - <i>Systemic Lupus Erythematosus</i> (SLE), meliputi kulit, rongga mulut dan sistem organ multipel. - <i>Discoid Lupus Erythematosus</i> (DLE), predominan meliputi kulit dan rongga mulut.	
2. Anamnesis	Penderita mengeluh terdapat sariawan pada rongga mulut dan bibir, keletihan, demam, nyeri kepala, nyeri dada, nyeri persendian termasuk nyeri rahang, ruam kemerahan pada pipi dan hidung berpola seperti kupu-kupu, rambut rontok, perdarahan yang tidak biasa, bisa terdapat penurunan berat badan.	
3. Gejala Klinis	Ekstra Oral: - Keadaan akut: gambaran eritema pada daerah malar dan batang hidung serta lipatan hidung yang dikenal dengan <i>butterfly rash</i> - Keadaan kronis: dapat mempengaruhi muka dan kulit kepala sampai dengan 80% - Pada keadaan akut dan kronis terjadi papulosquamous (psoriasiform), erupsi polisiklik pada tungkai dan lengan, alopesia, urtikaria, dan vaskulitis kutan Intra Oral: Lesi rongga mulut bisa menjadi tanda awal adanya kelainan ini, sekitar 5-25% (SLE) dan 20% (DLE) kasus memiliki tampilan klinis lesi pada rongga mulut, dan bisa tanpa didahului oleh gejala pada kulit. - SLE: lesi ulserasi, lesi eritematous, dapat ditemui pada palatum, gingiva, mukosa bukal dan orofaring. - DLE: papula putih, sentral eritema dengan zona tepi membentuk <i>striae</i> dan telangiektasia perifer, dapat	

	ditemui pada mukosa labial, mukosa bukal, dan batas vermillion bibir.
4. Gambaran Klinis	 (Oral SLE)  (Oral DLE)
5. Patofisiologi	Aktivasi autoantigen terhadap sel limfosit B dan sel limfosit T CD4 yang autoreaktif dalam organ limfoid sekunder, menyebabkan produksi autoantibodi patogenik yang bekerja bersama sitokin inflamasi, menyebabkan kerusakan jaringan pada kondisi lupus. Predisposisi genetik sangat mendukung timbulnya aktivasi sistem imun yang tidak terkendali ini.
6. Kriteria Diagnosis	Ekstra Oral: - eritema pada daerah malar dan batang hidung serta lipatan hidung yang dikenal dengan <i>butterfly rash</i> - papulosquamous (psoriasiform), erupsi polisiklik pada tungkai dan lengan, alopesia, urtikaria, dan vaskulitis kutan Intra Oral: - SLE: lesi ulserasi, lesi eritematous, pada palatum, gingiva, mukosa bukal dan orofaring. - DLE: papula putih, sentral eritema dengan zona tepi membentuk <i>striae</i> dan telangiektasia perifer, pada mukosa labial, mukosa bukal, dan batas vermillion bibir.

7. Diagnosis Kerja	<i>Systemic lupus erythematosus</i> <i>Discoid lupus erythematosus</i>
8. ICD-10	M32.0 <i>Drug-induced systemic lupus erythematosus</i> M32.1 <i>Systemic lupus erythematosus with organ or system involvement</i> M32.8 <i>Other forms of systemic lupus erythematosus</i> M32.9 <i>Systemic lupus erythematosus, unspecified</i> L93.0 <i>Discoid lupus erythematosus</i> L93.1 <i>Subacute cutaneous lupus erythematosus</i> L93.2 <i>Other local lupus erythematosus</i>
9. Diagnosis Banding	SLE: <i>Behcet's syndrome, Crohn's disease</i> DLE: <i>Oral lichen planus</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan imunologi meliputi ANA profile, antibodi Anti dsDNA - Pemeriksaan histopatologi (jika diperlukan) - Pemeriksaan darah lengkap, urin lengkap (jika diduga ada keterlibatan sistemik)
11. Tata Laksana	- Kortikosteroid topikal <i>triamcinolone acetonide 0,1% in orabase</i> - Anestesi / analgesik: Obat kumur <i>Benzydamine hydrochloride 0,15%</i> - Antiseptik: 1. Obat kumur <i>Klorheksidin glukonat 0,2%</i> 2. Obat kumur <i>Povidone iodine 1%</i> - Rujukan medik ke dokter spesialis penyakit dalam untuk evaluasi keterlibatan organ lain. - Rujukan medik ke dokter spesialis kulit dan kelamin untuk <i>discoid lupus eritematosus</i>
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>

14. Prognosis	SLE: buruk, jika kondisi sistemik tidak terkontrol. DLE: baik
15. Keberhasilan Perawatan	Terjadi perbaikan pada lesi dan berkurangnya keluhan subyektif.
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. Burket's Oral Medicine. 12th Ed. Philadelphia: People Medical Publishing. 2. Little and Falace. 2012. Dental Management of the Medically Compromised Patient. 8th Ed. London : Elsevier Ltd 3. Patton L. 2012. The ADA Practical Guide to Patients with Medical Conditions. Iowa USA : Willey Blackwell 4. Ranginwala, et al. 2012. Oral Discoid Lupus Erythematosus: A Study of twenty one cases. Journal of Oral and Maxillofacial Pathology 5. Scully C. 2013. Oral and Maxillofacial Medicine - the basis of diagnosis and treatment. 3rd Ed. Edinburg: Elsevier.





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI MONONUKLEOSIS		0065/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Penyakit infeksi akut yang mempengaruhi jaringan limfoid tubuh, disebabkan oleh virus <i>Epstein-Barr</i> (EBV) yang merupakan salah satu jenis <i>Human Herpes Virus</i>. (Karcheva et al. 2008). Penyakit ini juga dikenal sebagai penyakit demam kelenjar (<i>Glandular fever</i>) atau <i>kissing disease</i> (Mohan, Harsh 2010) (Warnakulasuriya et al. 2014). Nama lain : <i>Pfeiffer's disease</i>	
2. Anamnesis	Demam, sakit kepala, mudah lelah, sakit tenggorokan, adanya pembengkakan kelenjar getah bening	
3. Gejala Klinis	Gejala prodromal 1-2 minggu, demam, limfadenopati, faringitis, kelelahan, myalgia, ruam kulit, edema tonsil dan eritema dengan eksudat keabu-abuan atau kehijauan, petekie palatal pada daerah posterior orofaring, <i>jaundice</i> , <i>hepatomegaly</i> , <i>splenomegaly</i> .	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	- Virus <i>Epstein-Barr</i> (EBV) dengan <i>double-stranded</i> DNA, memiliki kapsid icosahendral dan amplop yang mengandung glikoprotein. EBV relatif rapuh dan tidak bertahan lama di luar cairan inang manusia. Mekanisme utama infeksiya melalui paparan saliva yang terinfeksi dari individu tanpa gejala, seringkali sebagai akibat dari	

	ciuman. EBV juga bisa ditularkan melalui transfusi darah, produk darah, dan cara kontak melalui benda-benda yang terkontaminasi air ludah yang terinfeksi (Karcheva et al. 2008), seperti aerosol yang dihasilkan saat prosedur Kedokteran gigi. - Setelah paparan, EBV menginfeksi sel-sel epitel orofaring dan kelenjar ludah. Limfosit B dapat terinfeksi melalui paparan sel-sel tersebut atau secara langsung terinfeksi dalam <i>tonsilar crypts</i>. Sel-B yang terinfeksi memungkinkan masuknya virus ke dalam aliran darah, sehingga infeksi menyebar secara sistemik. - Infeksi mononukleosis dapat sembuh secara spontan dalam waktu 3-4 minggu.
6. Kriteria Diagnosis	1. Ulserasi pada palatum mole/fausea 2. Limfositosis 3. Limfosit atipikal pada smear perifer 4. Serologi EBV positif
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari Infeksi Mononukleosis
8. ICD-10	B27.0 <i>Infectious mononucleosis</i>
9. Diagnosis Banding	- Difteri - Epiglottitis - Peritonsil abses - Herpangina
10. Pemeriksaan Penunjang	- Darah lengkap - Serologi EBV
11. Tata Laksana	Terapi simptomatik - Istirahat - Analgesik - Antipiretik - Hidrasi adekuat - Kortikosteroid direkomendasikan pada pasien edema <i>waldeyer ring</i> parah yang berpotensi obstruksi jalan napas, anemia hemolitik autoimun, trombositopenia berat atau adanya keterlibatan jantung atau CNS yang signifikan.
12. KIE	1. Menjaga <i>oral hygiene</i> 2. Menghindari kontak erat dengan cairan tubuh terutama saliva

	3. Pembatasan aktivitas dan olahraga
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang
16. Daftar Pustaka	1. Bruch JM, Treister NS. 2010. Clinical Oral medicine and pathology. London: Humana Press. 2. Omori MS. 2019. Infectious mononucleosis (IM) in emergency medicine. Available at: https://emedicine.medscape.com/article/784513-overview#a3. 3. Karcheva, Milena et al .2008. Infectious Mononucleosis – Diagnostic Potentials. Journal of IMAB-Annual Proceeding (Scientific Papers) book 1 Vol 8. 4. Kofteridis, Diamantis P, AntonisValachis. 2012. Mononucleosis and Eptein Barr Virus Infection: Treatment and Medication. Dove Press Journal Vol4 : 23-28 5. Harsh M. 2010. Textbook of Pathology 6th .Jaypee Brothers Medical Publisher. New Delhi 6. Warnakulasuriya, Samandan WM Tilakaratne. 2014. Oral Medicine and Pathology: A Guide to Diagnosis and Management. Jaypee Brothers Medical Publisher. New Delhi

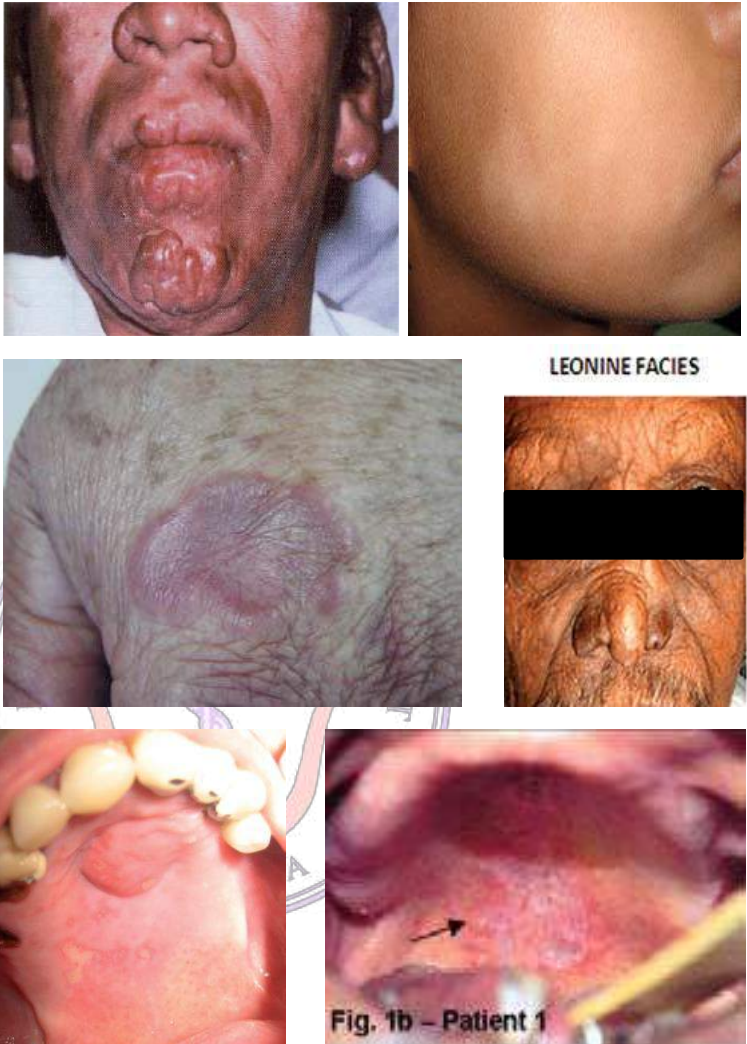




**PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATALAKSANA KASUS
ILMU PENYAKIT MULUT
2020**

MANIFESTASI ORAL DARI <i>MORBUS HANSEN / LEPROSY / HANSEN'S DISEASE / KUSTHA ROGA</i>		0066/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Penyakit infeksi kronis multisistem menular yang disebabkan oleh <i>Mycobacterium leprae</i> . <i>Leprosy</i> terutama menyerang kulit dan saraf perifer, namun dilaporkan juga adanya keterlibatan organ dalam dan mukosa.	
2. Anamnesis	- Riwayat kontak langsung dengan penderita lepra/kusta - Adanya tanda dan gejala di kulit seperti perubahan warna kulit dan baal pada anggota tubuh/area wajah - Adanya anggota tubuh / wajah yang berubah bentuk atau terlepas pada kondisi lanjut tanpa disertai rasa sakit. - Kadang dapat ditemukan sariawan yang tidak sakit	
3. Gejala Klinis	<i>Tuberculoid leprosy</i> Ekstra Oral: - Hipopigmentasi lesi kulit yang berbatas jelas. - Rasa anestesi pada daerah - Tidak berkeringat <i>Lepromatous leprosy</i> Ekstra Oral: - Hipopigmentasi lesi kulit yang berbatas jelas dan semakin tebal. - Rasa anestesi pada daerah - Wajah sering terkena dan menyebabkan perubahan wajah <i>leonine facies</i> (wajah seperti singa) - Kehilangan rambut di alis dan mata - Tidak berkeringat - Penurunan sensoris suhu, sakit dan perabaan. - Dapat berawal di ekstremitas dan menyebar ke anggota tubuh lain - Karakteristiknya: <i>colaps of the bridge of the nose</i>	

	- Gejala hidung berupa hilangnya kemampuan indera penghidu, dan perdarahan. Intra Oral: - Keterlibatan rongga mulut pada <i>leprosy</i> berkisar antara 19-60% dan paling banyak ditemukan pada varian <i>lepromatous leprosy</i> - Lokasi paling banyak terdapat pada palatum keras, palatum lunak, mukosa labial, gingiva rahang atas lidah, bibir, gingiva bukal rahang atas, gingiva labial rahang bawah, dan mukosa bukal. - Jaringan lunak yang terkena awalnya nampak sebagai papul sesil yang padat, membesar berwarna kekuningan hingga merah, yang akan mengalami ulserasi dan nekrosis. - Infeksi yang berlanjut dapat menimbulkan jaringan parut yang signifikan dan kehilangan jaringan. Dapat terjadi kehilangan uvula dan juga kekakuan/fiksasi dari palatum lunak. - Infeksi pada bibir dapat menimbulkan macrochelia. - Pada <i>lepromatous leprosy</i>, infiltrasi bakteri secara langsung saat proses inflamasi, dapat merusak tulang alveolar di bawah area jaringan lunak yang terlibat. - Seringkali infeksi menciptakan pola unik pada destruksi wajah, yang diistilahkan <i>facies leprosa</i> yang menunjukkan triad lesi: atrofi anterior nasal spine, atrofi linggir (mukosa tidak bergigi) alveolar maksila, dan perubahan inflamatorik pada endonasal. Keterlibatan maksila anterior dapat menimbulkan erosi tulang alveolar secara signifikan yang mengakibatkan kegoyangan sampai kehilangan gigi. - Pada anak-anak, keterlibatan maksila dapat mempengaruhi perkembangan gigi dan menimbulkan hipoplasia enamel dan akar gigi yang pendek serta mengerucut. - Infeksi pulpa gigi dapat mengakibatkan resorpsi internal atau nekrosis pulpa. Gigi dengan keterlibatan pulpa dapat mengalami diskolorasi mahkota, yang terkait dengan kerusakan intravascular karena infeksi. - Keterlibatan granulomatus pada rongga nasal dapat mengerosi jaringan palatal dan mengakibatkan perforasi. - Nervus fasial dan trigeminal dapat terkena proses infeksi. Dapat terjadi paralisis fasial secara unilateral maupun bilateral. Defisit sensorik dapat mengenai
--	--

	cabang manapun dari nervus trigeminal, tapi divisi maksilaris paling sering terkena. - Ada hubungan antara episode rekurensi <i>leprosy</i> dengan manifestasi oral.
4. Gambaran Klinis	 LEONINE FACIES Fig. 1b - Patient 1
5. Patofisiologi	Organisme tersebut memiliki infektivitas yang rendah dan paparan jarang menimbulkan penyakit klinis. Rute transmisi secara pasti belum diketahui, namun ditemukannya banyak organisme tersebut pada sekresi nasal, menunjukkan bahwa lokasi awal infeksi dapat terjadi pada mukosa nasal atau orofaringeal. Lebih dari 80% kasus terjadi pada tujuh negara ini: Brazil, India, Indonesia, Madagascar, Myanmar, Nepal dan Nigeria. Terdapat beberapa gambaran klinis yang terkait dengan

	reaksi imun: - <i>Tuberculoid leprosy (paucibacillary; TL)</i> - <i>Lepromatous leprosy (multibacillary; LL)</i> - Reaksi <i>leprosy</i> merupakan episode inflamasi imun akut terhadap <i>Mycobacterium leprae</i>. <i>M. leprae</i> terutama menginfeksi makrofag dan sel Schwann. - Regulasi sitokin inflamasi dan kemokin dapat menimbulkan proliferasi T helper 1 (Th1) atau T helper 2 (Th2) yang akan memunculkan respon imun selular atau humoral terhadap <i>M. leprae</i>. Hal inilah yang akan menentukan evolusi penyakit ke arah tuberculoid atau lepromatous. - Manifestasi klinis lebih tergantung pada respon imun selular host terhadap <i>M. leprae</i> dibandingkan penetrasi bacilli dan kemampuan multiplikasi. - Pada bentuk TL, Periode inkubasi panjang dengan rata-rata 2-5 tahun untuk tipe tuberculoid. Penyakit akan terbatas karena adanya respon imun selular yang tinggi terhadap <i>M. leprae</i>. Pasien menunjukkan lesi kulit tunggal atau sedikit lesi asimetrik yang memiliki ciri plak eritematus dengan tepi yang meninggi dan pusat hipokromik. - Pada bentuk LL, Penyakit aktif berproses melalui tahap invasi, proliferasi, ulserasi dan resolusi dengan fibrosis. Periode inkubasi rata-rata 8-12 tahun untuk varian lepromatous. <i>M. leprae</i> bermultiplikasi dan menyebar melalui darah karena tidak adanya respon imun selular terhadap bacillus. Antibodi diproduksi namun tidak mencegah proliferasi bakteri. Lesi kulit cenderung multipel dan simetris, berupa area hipokromik eritematus atau bercak coklat terang tanpa batas tegas. Pada tahap lanjut wajah pasien memiliki bentuk khas <i>leonine facies</i> dan kehilangan bulu mata (madarosis). - Lesi intraoral nampak berupa daerah yang anestesi, perforasi tulang alveolar disertai kegoyangan atau kehilangan gigi, gigi mengalami hipoplasia enamel, dan defisit sensorik pada wajah.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis 3. Pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari <i>Morbus Hansen</i> , <i>Hansen's Disease</i> , <i>Leprosy</i> , <i>Kustha roga</i>

8. ICD-10	A30.9 <i>Leprosy, unspecified</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Sarcoidosis</i> - <i>Lupus erythematosus</i> - <i>Drug eruption</i> - <i>Scleroderma</i> - Sifilis sekunder dan tersier - <i>Neurofibromatosis</i> - <i>Limfoma</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan histopatologik
11. Tata Laksana	- Rujukan medik ke dokter spesialis kulit dan kelamin untuk kondisi sistemik - Obat kumur antiseptik dapat diberikan untuk mengurangi risiko infeksi sekunder. - Edukasi pasien bahwa penyakit mudah menular dan dapat menyebabkan cacat fisik.
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik jika terapi dilakukan pada tahap awal, namun dapat menjadi buruk jika terlambat ditangani.
15. Keberhasilan Perawatan	Kerusakan jaringan rongga mulut tidak berlanjut.
16. Daftar Pustaka	1. Neville BW, Damm DD, Allen MA, Chi AC. 2016. Oral & Maxillofacial Pathology 4th Edition. Missouri. USA: Elsevier Health Sciences 2. Taheri JB, Mortazavi H, Moshfeghi M, Bakhshi M, Bakhtiari S, Azari-Marhabi S, Alirezaei S. 2012. Oro-facial manifestations of 100 leprosy patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. Sep 1;17 (5):e728-32. 3. Babu AB, A Ravikiran, Y Samatha, S Abhisek, Nayyar S,

	Arif M, Buduru K. 2015. Oral manifestations of patients with leprosy: A disease actually infectious but not always, still a stigma in society. Egyptian Journal of Dermatology and Venereology. 35:37-44 4. Motta ACF, Komesu MC, Silva CHL, Arruda D, Simão JCL, Zenha EMR, Furini RB, Foss NT. 2008. Leprosy-specific oral lesions: A report of three cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. Aug 1;13(8):E479-82. 5. Lastória JC, Morgado de Abreu MAM. 2014. Leprosy: review of the epidemiological, clinical, and etiopathogenic aspects – Part 1. An Bras Dermatol.;89(2):205-18
--	---





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI <i>MUCORMYCOSIS</i>		0067/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Penyakit infeksi yang disebabkan oleh jamur <i>saprophytic</i> dari kelas <i>Zygomycetes</i>. Jamur ini normalnya ditemukan di tanah, sayuran atau buah - buahan yang telah membusuk, bersifat oportunistik, tidak patogen pada individu yang sehat dan menginfeksi individu yang berada pada kondisi <i>immuno-compromised</i>. Nama lain : <i>Zygomycosis</i>, <i>Phycormycosis</i>.	
2. Anamnesis	Adanya sariawan yang didahului oleh pembengkakan pada hidung, nyeri, pembengkakan wajah, sakit kepala, gangguan penglihatan, paralisis wajah.	
3. Gejala Klinis	Gejala - gejala <i>mucormycosis</i> tergantung pada daerah mana jamur tersebut berkembang. - <i>Mucormycosis rhino</i> - orbital – cerebral: gejala awal penyakit dapat berupa rasa sakit pada daerah sinus, hidung tersumbat, demam, pembengkakan pada jaringan lunak serta sakit kepala - <i>Mucormycosis paru</i>: demam dan batuk yang disertai <i>pleuritic chest pain</i> dan <i>dyspnoea</i>. - <i>Mucormycosis cutaneus</i> (kulit): blister atau ulser dan dapat menyebabkan daerah yang terkena menjadi berwarna hitam, sakit, pembengkakan disekitar area luka kemerahan, dan pembengkakan tersebut terasa hangat. - <i>Mucormycosis Gastrointestinal</i>: dapat disertai gejala berupa demam <i>neutrophenic</i>, <i>thypilitisn</i>, dan <i>hematochezia</i>. - Pada rongga mulut: ulser tunggal pada palatum, berukuran besar, dalam, dan menyebabkan hilangnya jaringan tulang di bawahnya. Ulser dapat ditemukan pada gingiva, bibir dan alveolar ridge, disertai rasa nyeri. Tanda lain dapat ditemukan pembengkakan intraoral dari prosessus alveolaris maksilaris, pada palatum atau	

	keduanya. Jika kondisi ini tidak mendapatkan perawatan, ulserasi dapat meluas. Ulserasi tersebut umumnya tampak kehitaman dan mengalami nekrosis. Jika tidak mendapatkan perawatan, maka dapat terjadi kerusakan organ/mukosa yang parah.
4. Gambaran Klinis	 lesi: <i>Black eschar</i>
5. Patofisiologi	- <i>Mucormycosis</i> disebabkan oleh jamur dari kelas <i>Zygomycetes</i>, dimana dari kelas ini yang paling sering menginfeksi adalah <i>Rhizopus arrhizus</i>, kelas ini terdiri atas ordo <i>Mucorales</i> (darimana kata <i>mucormycosis</i> berasal). - Spora masuk ke dalam tubuh melalui traktus respiratorius, trauma pada kulit, atau melalui rute perkutaneus seperti transmisi spora melalui jarum atau keteter dan makanan yang terkontaminasi. - Penyakit ini bisa dalam bentuk rhino-orbital-cerebral, bentuk <i>pulmonary</i>, bentuk kutaneus atau subkutaneus, bentuk gastrointestinal ataupun bentuk-bentuk lain dari penyebarluasan penyakit. - Penyakit pada Rhino-orbital-cerebral didefinisikan sebagai infeksi yang berasal dari sinus paranasal, yang terjadi setelah calon penderita menghirup spora jamur selanjutnya secara berurutan akan menuju ke hidung, rongga sinus serta mata. Jamur menyerang pembuluh darah dan memungkinkan terjadinya penyebaran secara hematogenous yang menyebabkan kerusakan berupa thrombosis dan iskemia. Jamur tersebut juga dapat menyebar hingga ke otak sehingga dapat menyebabkan kematian.
6. Kriteria Diagnosis	Ulserasi pada palatum berwarna kehitaman, melibatkan jaringan tulang dibawah ulser.
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari <i>Mucormycosis</i>

8. ICD-10	B46.5 <i>Mucormycosis, unspecified</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Necrotizing Ulcerative Stomatitis</i> - Sarkoma Kaposi - Hemangioma - <i>Squamous cell carcinoma</i> - <i>Necrotizing sialometaplasia</i> - Infeksi kronis granulomatous (tuberkulosis, sifilis tersier)
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan fungal direk tanpa pewarnaan (ditemukan hifa, atau dengan pewarnaan PAS dan MSS dari jaringan) - Kultur jamur dengan <i>Saboroud's agar</i> - <i>CT Scan</i> untuk melihat keterlibatan/perluasan lesi ke tulang - PCR
11. Tata Laksana	- Rawat bersama dengan departemen IPD untuk perbaikan kondisi sistemik, pemberian anti fungal sistemik (<i>Amphotericin B</i> 1-5 mg/kgBB/hari, <i>Posaconazole</i> 300 mg/hari, 800 mg/hari), menjaga keseimbangan cairan pasien, suplemen nutrisi - <i>Oral debridement</i> - Pembuatan obturator jika terdapat defek pada palatum.
12. KIE	1. Menjaga kebersihan lingkungan 2. Menjaga oral hygiene 3. Diet TKTP
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Buruk
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang
16. Daftar Pustaka	1. Binder, U et al. 2014. <i>Mucormycosis-from the Pathogen to the Disease</i>. Clinical Microbiology and Infection. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. 2014 : 20 (Suppl, 6) : 60 - 66. Ghom, A.G., 2010. <i>Textbook of Oral Medicine</i> 2nd ed., New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers. p.777 - 778. 2. Glick, M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine</i> 15th ed., USA:

	People's Medical Publishing House. p, 549. 3. Nilesh, K. and Vande, A. V. 2018. 'Mucormycosis of maxilla following tooth extraction in immunocompetent patients : Reports and review', 10(3). doi: 10.4317/jced.53655. 4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot J. 2002. <i>Oral & maxillofacial Pathology</i> (2nd ed.). Philadelphia: W.B. saunders Co. 5. Petrikkos et al. 2012. <i>Epidemiology and Clinical Manifestations of Mucormycosis</i>. CID 2012: 54 (Suppl 1). 6. Quan, C & Spelbellberg, B .2010. Mucormycosis, Pseudallescheriasis, and Other Uncommon Mold Infections. Proceedings of the American Thoracic Society Vol.7. 7. Regezy et al. 2012. <i>Oral Pathology : Clinical Pathologic Correlation</i>. United States of America: Elsevier Saunders. p.36 - 37. 8. Sung Lee et al. 2014. Mucormycosis : A Case Report and Review of Literature. Journal of Oral Medicine and Pain. Vol. 39 No. 1, March 2014. 9. Nallapu V et al. 2015. Rhinocerebral mucormycosis: A report of two cases. J of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology. Volume : 27, Issue : 1, Page : 147-151.
--	--



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI NERVUS INTERMEDIUS NEURALGIA		0068/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Neuropati perifer wajah yang bersifat akut yang berkaitan dengan lesi vesikular kemerahan pada kulit liang telinga, aurikel, dan atau membrana mukosa orofaring. Kelainan ini berkaitan dengan <i>rash</i> pada mukosa dan kulit yang ada hubungannya dengan infeksi ganglion genikulata oleh virus Herpes Nama lain: <i>Geniculate Neuralgia</i> (GN), <i>Herpes Zoster Oticus</i>, atau <i>Ramsay hunt</i>.	
2. Anamnesis	Pasien mengeluhkan nyeri pada telinga dalam yang muncul tiba-tiba. Nyeri kadang diikuti dengan keluarnya air mata, gangguan pendengaran, gangguan pengecapan, mual, muntah dan vertigo. Nyeri timbul spontan atau setelah mendapat stimulus pada dinding posterior pada liang telinga luar	
3. Gejala Klinis	1. Pasien merasakan baal atau kaku satu sisi wajah /paresis saraf fasial unilateral 2. Terdapat lesi berupa vesikel berkelompok unilateral atau <i>eschar</i> pada aurikulum (konka), meatus akustikus eksternus, kulit di belakang aurikulum dan membrana timpani. Kadang didapatkan pada rongga mulut, leher dan bahu. 3. Tanda pada rongga mulut tidak ada keterangan	
4. Gambaran Klinis		

5. Patofisiologi	Paresis Nervus Intermedius timbul akibat reaktivasi virus Zoster yang menetap pada ganglion genikulatum, dan disebut ganglionitis.
6. Kriteria Diagnosis	1. Nyeri paroksismal unilateral pada area yang merupakan distribusi nervus intermedius. 2. Nyeri dengan karakteristik: a. Menetap dari beberapa detik hingga beberapa menit, dengan intensitas yang parah b. Menusuk, tajam dan perih c. Nyeri semakin parah bila terjadi stimulasi pada area <i>posterior auditory canal</i> dan atau periauricular 3. Berbeda dengan diagnosis lain pada ICHD-3
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari Nervus Intermedius Neuralgia
8. ICD-10	B02.2 <i>Zoster with other nervous system involvement</i> G53.0 <i>Postzoster neuralgia</i>
9. Diagnosis Banding	Otitis media, otitis interna, tumor pada liang telinga, tulang temporal atau nasofaring, trigeminal neuralgia, <i>glossopharyngeal neuralgia</i> , <i>Jacobson's neuralgia</i> .
10. Pemeriksaan Penunjang	- MRI pada area inervasi nervus intermedius - Pemeriksaan darah dan tes kulit untuk VVZ - Pemeriksaan pendengaran - Elektromiografi
11. Tata Laksana	- Pemberian kortikosteroid oral dan asiklovir - Terapi simptomatis dengan pemberian Karbamazepin - Kasus yang tidak sembuh dengan terapi konservatif bisa dengan tindakan operasi (dekompresi mikrovaskular atau pemotongan nervus intermedius)
12. KIE	1. Menghindari stres 2. Menjaga kebersihan telinga dan tidak mengorek-ngorek telinga
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i>
14. Prognosis	Sedang tergantung rekurensi
15. Keberhasilan Perawatan	- Keluhan subjektif berkurang - Terjadi penyembuhan bila terapi diberikan 3 hari sebelum timbul gejala.

	- 70 – 75% kasus mengalami penyembuhan total setelah diberikan steroid dan antiviral.
16. Daftar Pustaka	1. Inoue T, et al.2017. Nervus intermedius neuralgia treated with decompression: a case report and review of the literature., NMC Case Report Journal; 4(3): 75-78. 2. International Headache Society. 2018. International classification of headache disorders, 3rd ed (ICHD-3)., London: Sage Publications. 3. Maharyati R, Ekorini HM. 2012. Sindroma Ramsay hunt (laporan kasus)., Jurnal THT-KL: 5(3):159-69. 4. Satyanegara, et al. 2018. Ilmu bedah saraf, 4th ed., Jakarta : Gramedia Pustaka Utama. 5. Danil Kim et al. 2008. Ramsay Hunt Syndrome Presenting as simple Otitis Externa in CJEM. Department of Medicine University of Toronto.p.247-250







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI PARANEOPLASTIC PEMPHIGUS		0069/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Penyakit inflamasi mukosa oral atau multipel organ, dengan lesi berupa vesikulobulosa / lepuhan, sangat sakit, disebabkan oleh autoimun, yang fatal, terkait dengan keganasan.	
2. Anamnesis	Terdapat sariawan yang luas dan sakit, mengganggu fungsi mulut dan pengunyahan, memiliki riwayat keganasan.	
3. Gejala Klinis	- Ulserasi (penuh pada mukosa oral) atau stomatitis berat, bentuk bermacam-macam, disertai lesi kulit dan keterlibatan paru. - Kadang ditemukan krusta hemoragik pada bibir, <i>flaccid blisters</i>, sampai erupsi lichenoid yang luas. - Malignansi yang sering menyertai seperti: Limfoma Hodgkins dan non Hodgkins, <i>chronic lymphocytic leukemia</i>, Karsinoma, <i>Thymoma</i>, Sarkoma, dan <i>chronic lymphocytic lymphoma</i>, <i>Castelman's disease</i> (pada anak dan remaja). - Simtom diklasifikasikan ke beberapa grup, sesuai dengan tipe kelainan yang ditemukan: 1. <i>Pemphigus-like</i>: vesikel superfisial dan lunak/lembek (<i>flaccid</i>), erosi, krusta, dan eritema. 2. <i>Bullous pemphigoid-like</i>: papula eritematosa bersisik, yang mungkin berhubungan atau tidak berhubungan dengan vesikel yang meregang. 3. <i>Erythema multiform-like</i>: polimorfik (bentuk bermacam-macam), terutama eritematosa yang mengelupas dengan erosi dan kadang-kadang bahkan dengan ulserasi yang sulit sembuh. 4. <i>Graft-versus-Host disease</i>: papula bersisik merah kehitaman yang menyebar. 5. <i>Lichen planus-like</i>: papula bersisik pipih kecil dan keterlibatan membran mukosa yang intens.	

4. Gambaran Klinis	 Manifestasi <i>Oral Paraneoplastic pemphigus</i>: Lesi erosi yang masif di mukosa oral.
5. Patofisiologi	- Etiopatogenesis belum sepenuhnya diketahui, namun pada <i>Paraneoplastic Pemphigus</i>, sebagian besar pasien memiliki autoantibodi terhadap <i>periplakins</i> dan <i>envoplakins</i>. - Target protein autoantibodi di <i>paraneoplastic pemphigus</i> adalah: 1. <i>Desmoglein types 1</i> (160 kD) and 3 (130 kD) - <i>Desmosome, extracellular</i> (Dsg1, Dsg3) 2. <i>Desmoplakin 1</i> (250 kD) and 2 (210 kD) – <i>Desmosome, intracellular</i> 3. <i>Bullous pemphigoid antigen 1</i> (230 kD) – <i>Hemidesmosome/ lamina lucida</i> (BP230) 4. <i>Envoplakin</i> (210 kD) – <i>Desmosome, intracellular</i> 5. <i>Epiplakin</i> (>700 kD) - <i>Desmosome, intracellular</i> 6. <i>Periplakin</i> (190 kD) – <i>Desmosome, intracellular</i> 7. <i>Alpha-2-macroglobulin-like-1 antigen</i> (170 kD) (A2ML1) - <i>protease inhibitor</i> - Lesi kulit dan mukosa diduga disebabkan oleh respons autoimun yang dihasilkan oleh antibodi terhadap antigen epitel. Autoantibodi tumor memproduksi dan melepaskan sitokin (seperti interleukin-6) yang mendukung diferensiasi sel B dan mendorong perkembangan cabang humoral dari sistem kekebalan. - <i>Paraneoplastic Pemphigus</i> sering kali menjadi petanda neoplasma jinak dan ganas.
6. Kriteria Diagnosis	- Kriteria Mayor: 1. polimorfous lesi mukokutan 2. riwayat malignansi/keganasan 3. serum antibodi dengan pola spesifik <i>imunoprecipitation</i>

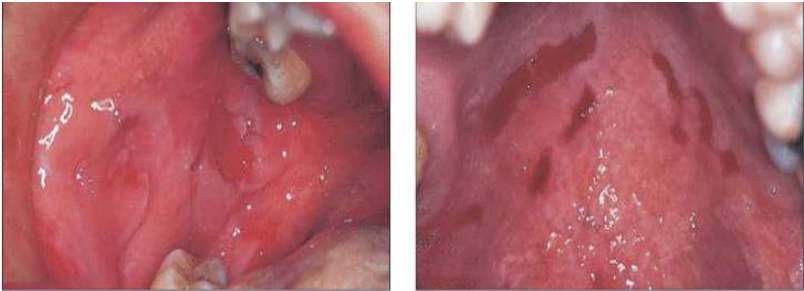
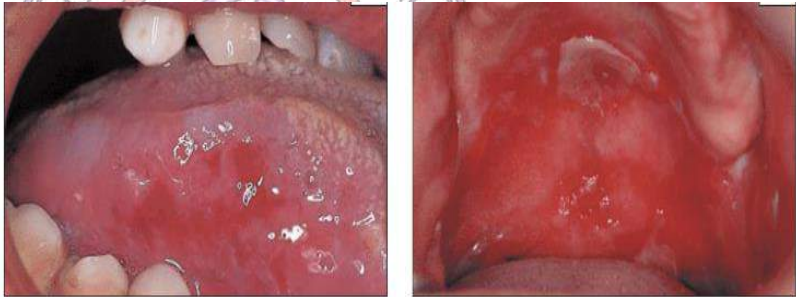
	- Kriteria Minor: 1. akantolisis suprabasal 2. DIF dan IF - Klinis: Stomatitis berat, disertai lesi kulit, dan keterlibatan paru - Menurut Anhalt et al.: 1. Gambaran klinis khas, dan hasil pemeriksaan histopatologik. 2. Deteksi <i>circulating autoantibodies</i> (<i>direct/indirect immunofluorescence</i>, DIF/IIF), melalui jaringan yang dibiopsi. Hasil deteksi <i>circulating autoantibodies</i> (<i>direct/indirect immunofluorescence</i>, DIF/IIF), melalui jaringan yang dibiopsi memperlihatkan pengikatan membran antarsel dan basal, terdapat antibodi serum terikat pada epitel, gangguan limfoproliferatif, dan adanya anti-dsg, desmoplakin I, dan II, envoplakin, periplakin, antigen pemfigoid bulosa 1, dan antibodi plektin.
7. Diagnosis Kerja	<i>Paraneoplastic Pemphigus</i>
8. ICD-10	L10.81 <i>Paraneoplastic pemphigus</i>
9. Diagnosis Banding	- Eritema multiformis - <i>Stevens-Johnson syndrome</i> - Pemfigus Vulgaris - <i>Lichen Planus</i> tipe bulosa - <i>Pemphigus-like</i> - <i>Mucous Membrane Pemphigoid</i> - <i>Graft-versus-Host Disease</i> - Infeksi virus herpes simpleks
10. Pemeriksaan Penunjang	- <i>Direct/indirect immunofluorescence</i>, DIF/IIF - Jika tidak ada riwayat keganasan perlu dilakukan pemeriksaan ekstensif: pemeriksaan darah lengkap, <i>lactate dehydrogenase</i>; <i>CT scan</i> dada-abdomen-pelvis.
11. Tata Laksana	- Rawat bersama dengan Spesialis Penyakit Dalam, atau yang berkompeten (<i>inter-professional collaboration</i>). Kehilangan jaringan epidermal yang parah dan luas dapat mengakibatkan dehidrasi berat, <i>protein depletion</i>, dan peningkatan risiko infeksi. Pasien kadang memerlukan terapi intensif dan diberikan tatalaksana seperti pasien dengan luka bakar.

	- Simtomatik: kortikosteroid dosis tinggi (Prednison 0,5-1 mg/kgBB/hari). - <i>Sparing agent for steroid</i>: azathioprine, cyclosporin. - Suportif: istirahat cukup, hidrasi, diet lunak tinggi kalori protein.
12. KIE	1. Memberi penjelasan tentang penyakit: tidak menular, namun perlu diwaspadai terkait keganasan. 2. Memberi penjelasan tentang rencana perawatan keseluruhan. 3. <i>Home care</i>: meningkatkan kebersihan rongga mulut, menjalankan gaya hidup sehat seperti banyak makan bergizi seimbang, buah dan sayur, serta minum air putih 2 liter per hari untuk menghindari dehidrasi, juga istirahat yang cukup. 4. Hal-hal yang dihindari/dikurangi: stres, kebiasaan buruk.
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Buruk
15. Keberhasilan Perawatan	Perbaikan tanda dan gejala klinis, serta tidak terjadi komplikasi.
16. Daftar Pustaka	1. Glick M, Ship JA. 2015. Burket's oral medicine, 12th ed. People's Medical Publishing, Philadelphia (USA). 2. Kapius RH, Ufkes NA, Thiers BH, 2020. <i>Paraneoplastic pemphigus</i>. https://www.statpearls.com/kb/viewarticle/26887 3. Wieczorek M, Czernik A. 2016. Paraneoplastic pemphigus: a short review. Clin Cosmet Investig Dermatol, 9: 291–295.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI MONONUKLEOSIS		0070/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Penyakit autoimun kronis yang mengancam jiwa dengan karakteristik bula intraepitelial pada permukaan mukokutaneus.	
2. Anamnesis	- Timbul benjolan berisi air, mudah pecah dan membentuk luka lepuhan, sakit, dapat berdarah dan membentuk krusta / keropeng bila muncul di ekstra oral. - Lesi mulut sukar / lama sembuh dibandingkan lesi di kulit. - Ada riwayat terkait faktor predisposisi.	
3. Gejala Klinis	Lesi klasik berupa bula berdinding tipis timbul pada kulit dan mukosa. <i>Nikolsky's sign</i> positif yaitu terbentuk bula dengan adanya tekanan. - Lesi kulit diawali dengan bula lalu pecah dan membentuk krusta. - Lesi oral: 1. Dapat menjadi manifestasi awal dari PV 2. Lesi vesikulobulosa, mudah ruptur, dan terbentuk bula yang baru dan ulserasi. 3. Bentuk erosi, dasar kemerahan dan iregular dengan tepi keputihan yang kemudian membentuk membran kekuningan. 4. Lesi terutama pada palatum lunak dan bagian posterior palatum keras, mukosa bukal, bibir, gingiva. 5. Lesi pada gingiva berupa gingivitis deskuatematif atau erosi yang parah; terutama pada <i>attached</i> gingiva 6. Lesi oral dapat disertai lesi esofagus. 7. Lesi pada bibir akan terbentuk krusta Pada kasus berat dapat melibatkan konjungtiva, faring, laring, dengan lesi kulit yang ekstensif.	

4. Gambaran Klinis	 Lesi bula pada gingiva regio 13  Erosi yang meluas pada mukosa bukal dan palatum  Bula pada lateral lidah dan palatum  Erosi pada kulit leher
5. Patofisiologi	Autoantibodi (IgG dan C3) menyerang langsung <i>desmosome</i>, yaitu struktur kompleks protein yang melekatkan intersel lapisan sel epitel skuamosa. Antigen utamanya adalah

	<i>desmoglein-3</i> (Dsg-3), dimana intersel epitel oral umumnya mengandung unsur tersebut. Faktor predisposisi: - Latar belakang genetik dan terkait HLA dengan DRB1*0402 dan DQB1*0302,1503 - Kebanyakan kasus idiopatik, ada beberapa pemicu: 1. Obat-obatan (<i>captopril</i>, penisilamin, kelompok obat mengandung sulfhidril, rifampisin, diklofenak) 2. Radiasi 3. Pembedahan 4. Makanan tertentu seperti bawang putih 5. Stres psikologik Umumnya terjadi pada wanita diusia pertengahan dan pasien lansia.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis 3. Memenuhi kriteria pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	<i>Pemphigus vulgaris</i>
8. ICD-10	L10.0 <i>Pemphigus vulgaris</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Mucous membrane pemphigoid</i> - <i>Erythema multiforme</i> mayor (sindroma Steven Johnson) - <i>Toxic epidermal necrolysis</i> - <i>Pyostomatitis vegetans</i> - <i>Paraneoplastic pemphigus</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan histopatologi - Pemeriksaan imunofloresen
11. Tata Laksana	- Pada lesi oral 1. Diberikan kortikosteroid topikal, aplikasikan pada lesi setiap 6 jam per hari 2. Potensi sedang: a. Krim <i>Triamcinolone acetonide</i> 0,1% atau b. Krim <i>Flusinolone</i> 0,025% 3. Potensi tinggi: Krim, gel, atau ointment <i>Flucinonide</i> 0,005% 4. Potensi sangat tinggi: a. Krim <i>Betametasone dipropionate</i> 0,5% atau

	b. Krim <i>Clobetasol proprionate</i> 0,05% atau c. Kumur <i>prednisolone</i> 5mg - Pemberian kortikosteroid topikal yang potensi sangat tinggi selama lebih 1 bulan, maka diberikan antijamur. - Rujukan medik ke dokter spesialis kulit dan kelamin jika ada keterlibatan lesi di kulit
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Sedang, (lesi oral memiliki rekurensi tinggi)
15. Keberhasilan Perawatan	Remisi lesi oral, keluhan sakit berkurang, dan hilang
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine (12th Edition)</i>. Philadelphia (USA) : People Medical Publishing. 2. Scully. 2013. <i>Oral & Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment (3rd Edition)</i>. London : Elsevier Ltd 3. Farah CS, et al. 2019. <i>Contemporary Oral Medicine A Comprehensive Approach to Clinical practice</i>. Australia : Springer 4. Laskaris, G. 2005. <i>Pocket atlas of oral diseases (2nd edition)</i>. Stuttgart : Georg Thieme Verlag.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI PENYAKIT ADDISON		0071/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Penyakit autoimun yang disebabkan akibat kerusakan kelenjar korteks adrenal. Kerusakan korteks adrenal menyebabkan kurangnya produksi hormon steroid (mineralkortikoid dan glukokortikoid)	
2. Anamnesis	Keluhan utama: - Rasa kelelahan yang terus menerus dan semakin memburuk - Kehilangan nafsu makan - Lesu/lemah yang menyeluruh di seluruh tubuh - Hipotensi - Berat badan turun secara drastis - Perubahan warna pada kulit, seperti warna tembaga/<i>bronzing</i>. Perubahan warna semakin terlihat jelas bila sering terpapar sinar matahari. - Dapat disertai rasa sakit yang menusuk pada punggung bagian bawah, perut dan kaki - Mual - Diare	
3. Gejala Klinis	Kulit: Hiperpigmentasi yang meluas di seluruh bagian tubuh Intra oral : Hiperpigmentasi di rongga mulut (95%)	
4. Gambaran Klinis		

	 <i>Addison's disease</i>
5. Patofisiologi	Penyakit Addison / <i>Addison's disease</i> dapat dipicu oleh: - kondisi autoimun - infeksi mikroorganisme yang paling sering adalah <i>M. tuberculosis</i> - Gangguan neuropsikiatrik, stress psikologi Faktor-faktor pemicu diatas dapat merangsang aktivitas melanogenesis dari hormon adrenokortikotropik. Kadar yang rendah dari kortisol menstimulasi kelenjar pitutari untuk memproduksi hormon adrenokortikotropik / ACTH sebagai respon terhadap insufisiensi kortisol, dan juga produksi berlebih dari <i>melanocyte stimulating hormone</i> / MSH sehingga terjadi hiperpigmentasi pada kulit dan mukosa.
6. Kriteria Diagnosis	Hiperpigmentasi yang meluas di seluruh bagian tubuh dan di rongga mulut
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari Penyakit Addison
8. ICD-10	E27.1 <i>Primary adrenocortical insufficiency</i>
9. Diagnosis Banding	- Sindroma Peutz Jegher's - Pigmentasi karena obat-obatan - <i>Heavy Metal Toxicosis</i> - <i>Smoker's melanosis</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Sesuai arahan dokter spesialis yang terkait (Sp.PD-KEMD)
11. Tata Laksana	- Terapi farmakologis Hidrokortison, Prednisolon 1. Bekerjasama dengan dokter spesialis yang terkait (Sp.PD-KEMD) 2. Hidrokortison, metil prednisolon - Terapi non-farmakologis

	Kontrol infeksi
12. KIE	1. Menjelaskan mengenai penyakit yang diderita pasien beserta diagnosisnya 2. Menjelaskan kemungkinan faktor pemicu dari kondisi keluhan utama pasien yang ada di rongga mulut 3. Menjelaskan berbagai kemungkinan yang memperberat keluhan pasien 4. Edukasi mengenai <i>oral hygiene</i>
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 39.31 <i>Dental Examination</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	- Penetapan diagnosis penyakit secara tepat - Pengendalian faktor pemicu
16. Daftar Pustaka	1. Coleman GC, Nelson JF. 1993. Principle of Oral Diagnosis. Missouri (USA): Mosby-Year Book 2. Glick M. 2015. Burket's Oral Medicine. 12th Ed. Philadelphia : People Medical Publishing. 3. Sarkar SB, Sarkar S, Ghosh, S and Bandyopadhyay S. 2012. Addison's Disease. Contemporary Clinical Dentistry. 3(4).pp.484-486. https://doi.org/10.4103/0976-237X.107450





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI PENYAKIT *CELIAC / COELIAC DISEASE / GLUTEN ENTEROPATHY / NON-TROPICAL SPRUE*

0072/PPK
IPM/1/2020

1. Pengertian (Definisi)	Penyakit kronik, multisistem, <i>immune-mediated</i> pada usus halus yang dipicu oleh diet gluten, terutama gliadin (protein gluten spesifik pada grup prolamin), dengan faktor predisposisi genetik. Gluten ditemukan dalam gandum, gandum hitam (<i>rye</i>), dan jelai (<i>barley</i>).
2. Anamnesis	- Sariawan (ulser) pada mukosa mulut yang hilang timbul atau menetap - Terdapat keluhan di gastrointestinal (nyeri abdomen, kadang disertai diare dan sebagainya) - Riwayat anemia - Riwayat anggota keluarga yang menderita penyakit <i>celiac</i>.
3. Gejala Klinis	- Manifestasi di rongga mulut: 1. Hipoplasia enamel gigi 2. Ulser yang mirip dengan ulser pada stomatitis aftosa rekuren - Manifestasi klinis penyakit <i>celiac</i> meliputi: 1. Gejala klasik meliputi gejala gastrointestinal dan tanda malabsorpsi berupa: a. Diare kronik b. Nyeri perut c. Distensi abdomen (rasa kembung) d. Konstipasi e. Steatorea (feses nampak berminyak) f. Penurunan berat badan g. Gagal tumbuh (postur tubuh pendek) 2. Gejala non klasik meliputi gejala gastrointestinal dan atau gejala ekstraintestinal.

	Gejala ekstra intestinal (selain di rongga mulut): - Pubertas terlambat dan perawakan pendek - Fatig dan anemia defisiensi besi - Dermatitis herpetiformis (lesi yang simetris dan ruam yang gatal yang sering tidak disadari) - Osteoporosis 3. Dapat juga asimtomatik
4. Gambaran Klinis	 <i>Aphthous-like ulcer</i> terkait penyakit <i>celiac</i>
5. Patofisiologi	- Patofisiologi penyakit <i>celiac</i> meliputi faktor predisposisi yaitu: - Faktor genetik (yang paling berperan) Faktor utama yang berperan dalam genetik adalah molekul <i>class II major histocompatibility complex</i> HLA-DQ2 atau DQ8 genes, yang juga terdapat pada pasien diabetes melitus tipe 1, penyakit tiroid autoimun, dan kelainan sistemik autoimun lainnya - Faktor yang berperan dari lingkungan adalah konsumsi makanan yang mengandung gluten - Patofisiologi manifestasi oral: - Penyebab timbulnya ulser pada mukosa mulut belum diketahui, meskipun umumnya dikaitkan dengan defisiensi serum besi, asam folat dan vitamin B12 karena adanya malabsorpsi pada pasien penyakit <i>celiac</i> yang tidak diterapi. - Penyebab defek pada gigi juga belum jelas, diduga penyebab utama adalah kerusakan akibat <i>immune-mediated</i>, selain dapat juga disebabkan karena kekurangan nutrisi sehingga menyebabkan hipokalsemia dan kekurangan vitamin.
6. Kriteria Diagnosis	- Memenuhi kriteria anamnesis - Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis - Pemeriksaan penunjang

7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari Penyakit <i>Celiac / Celiac Disease / Coeliac Disease / Gluten Enteropathy / Non-tropical sprue</i>
8. ICD-10	K90.0 <i>Celiac disease</i>
9. Diagnosis Banding	- Stomatitis aftosa rekuren - Glositis terkait gangguan hematologik - Penyakit Crohn - Sindroma Behçet
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan darah lengkap
11. Tata Laksana	- Rujukan medik ke dokter spesialis penyakit dalam dan dokter gigi spesialis konservasi gigi (bila ada hipoplasia enamel gigi) - Tatalaksana lesi oral: 1. Obat-obatan yang digunakan: - Topikal (bila lesi oral terlokalisir) a. Kortikosteroid : <i>triamcinolone acetonide 0,1% in orabase</i> b. Anestesi / analgesik : Obat kumur <i>Benzydamine hydrochloride 0,15%</i> c. Antiseptik : Obat kumur Klorheksidin glukonat 0,2% Obat kumur Povidone iodine 1% 2. Observasi setiap 6 bulan
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Sedang, tergantung pada kepatuhan pasien menjalani pengobatan kondisi sistemik dan diet bebas gluten.
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang

16. Daftar Pustaka	1. Oktadiana H, Abdullah M, Renaldi K, Dya N. 2017. Diagnosis dan Tata Laksana Penyakit Celiac. <i>Jurnal Penyakit Dalam Indonesia</i>, 4(3): 157-65. 2. Farah C, Balasubramaniam R, McCullough MJ. 2019. <i>Contemporary Oral Medicine - A Comprehensive Approach to Clinical Practice</i>. Australia: Springer. 3. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine</i>. 12th Ed. Philadelphia: People Medical Publishing. 4. Ongole R, Praveen BN. 2013. <i>Textbook of Oral Medicine, Oral Diagnosis and Oral Radiology</i>. 2nd Ed. Chennai: Elsevier. 5. Silverman Jr. S, Eversole LR, Truelove EL. 2001. <i>Essentials of Oral Medicine</i>. London: BC Decker Inc.
--------------------	--

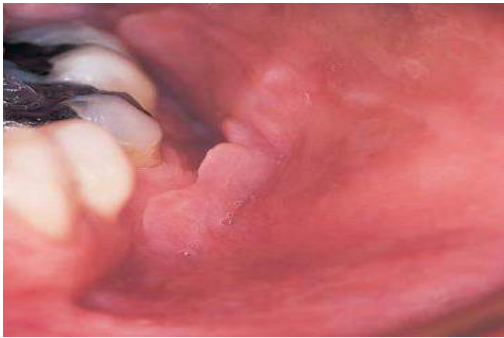
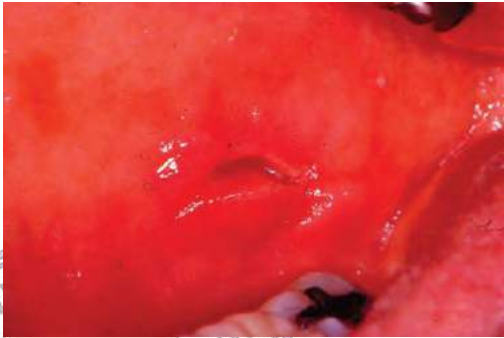




PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI PENYAKIT <i>CROHN / REGIONAL ENTERITIS</i>		0073/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Penyakit peradangan kronik granulomatosa non spesifik yang dapat terjadi pada semua bagian dari traktus gastrointestinal, mulai dari mulut hingga rektum (terutama terminal ileum maupun regio perianal), dengan etiologi yang belum diketahui.	
2. Anamnesis	- Sariawan (ulser) pada mukosa mulut yang tidak sembuh meskipun sudah diberikan terapi - Pembengkakan bibir yang tiba-tiba dan menetap - Mukosa pipi terasa <i>berjendol-jendol</i> (<i>cobblestone appearance</i>) - Adanya keluhan pada gastrointestinal (diare, nyeri perut) - Riwayat pernah menderita atau ada anggota keluarga yang menderita penyakit <i>Crohn</i> - Penurunan berat badan	
3. Gejala Klinis	- Gejala klinis pada rongga mulut: 1. Bervariasi, tetapi secara khas meliputi: a. Pembengkakan perioral difus, atau penebalan mukosa b. <i>Cobblestone appearance</i> (bentukan nodula pada mukosa bukal) sehingga mukosa bukal menebal, disertai dengan adanya fisura dan lipatan hiperplastik (<i>hyperplastic folds</i>) c. Kadang ditemukan <i>mucosal tags</i> pada vestibulum d. Gingiva dapat tampak eritema dan edema e. Terkadang juga sebagai ulser yang mirip dengan stomatitis aftosa rekuren (SAR) yang menetap f. Kadang ditemukan <i>pyostomatitis vegetans</i> g. Glositis akibat defisiensi zat besi, asam folat, vitamin B12 karena adanya malnutrisi 2. Lokasi tersering: bibir, gingiva, vestibulum dan mukosa bukal	

	3. Selain itu, lesi oral dapat digunakan sebagai marker keparahan dari gangguan pada traktus gastrointestinal. 4. 6-20% penderita <i>Crohn's disease</i> terdapat lesi oral. - Gejala klinis pada intrainestinal: 1. Nyeri dan spasme (<i>cramping</i>) abdomen 2. Diare diselingi fase konstipasi, terkadang obstruksi dan malabsorpsi 3. Perdarahan rektum dan anemia 4. Nyeri di anus 5. Nausea - Gejala klinis pada ekstraintestinal (selain di rongga mulut): 1. Fatig 2. Demam 3. Inflamasi pada mata 4. <i>Ankylosing spondylitis</i> 5. Arthritis 6. Lesi kulit 7. Berkurangnya berat badan
4. Gambaran Klinis	Pembengkakan Bibir <i>Cobblestone</i> pada mukosa bukal

	 <i>Mucosal tags pada vestibulum mandibular</i>  Ulser yang mirip dengan ulser pada SAR  Fisura pada mukosa bukal pada <i>Pyostomatitis vegetans</i>
5. Patofisiologi	- Etiologi tidak diketahui, meskipun dianggap muncul dari respon imun yang terganggu terhadap usus individu dengan predisposisi genetik, mikroba, dan lingkungan (diet, merokok, stres) menyebabkan terjadinya kaskade proses inflamasi pada mukosa usus. - Sitokin yang dilepaskan oleh makrofag sebagai respon terhadap berbagai stimulus antigenik akan berikatan dengan beberapa reseptor. Kemudian, sitokin mengubah limfosit menjadi sel limfosit T <i>helper</i>-1 (Th-1) yang diinduksi oleh Interleukin-12 (IL-12) menghasilkan sejumlah besar Interferon gamma yang berperan dalam patogenesis penyakit <i>Crohn</i>.

	- Karakteristik respon inflamasi yaitu menyebabkan inflamasi transmural yang dapat meluas ke seluruh lapisan dinding traktus gastrointestinal sehingga menyebabkan fibrosis, adhesi struktur dan fistula. Kadang-kadang terkait dengan pembentukan granuloma. - Inflamasi pada kolon dapat mengganggu absorpsi nutrisi esensial. Zat besi dan asam folat dapat diabsorpsi di duodenum, sedangkan vitamin B12 diabsorpsi di terminal ileum. Bila terdapat gangguan pada organ tersebut maka menyebabkan defisiensi yang terdeteksi pada darah perifer. Selain itu, rendahnya fungsi absorpsi pada usus halus menyebabkan kadar albumin menjadi rendah. - Secara genetik, adanya mutasi pada gen NOD2 (<i>Nucleotide-binding Oligomerization Domain Containing 2</i>) atau CARD15 (caspase recruitment domain-containing protein) menyebabkan rentan terjadinya penyakit <i>Crohn</i>. - Lesi oral dapat sebagai indikator awal akan adanya penyakit ini karena keterlibatan orofasial seringkali mendahului simptom pada abdominal. - Penyakit <i>Crohn</i> memiliki angka kekambuhan dan remisi yang signifikan, yang dapat menurunkan kualitas hidup pasien selama eksaserbasi penyakit sehingga menimbulkan stres psikologis.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis 3. Pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari Penyakit <i>Crohn</i> / <i>Crohn's disease</i> / <i>Regional Enteritis</i>
8. ICD-10	K50.9 <i>Crohn's disease, unspecified</i>
9. Diagnosis Banding	- Stomatitis aftosa rekuren - Glositis terkait gangguan hematologik - <i>Wegener's granulomatosis</i> - <i>Ulcerative colitis</i> - <i>Oral sarcoidosis</i> - <i>Orofacial granulomatosis</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan darah lengkap dan fungsi ginjal - Pemeriksaan histopatologi

11. Tata Laksana	- Rujukan medik ke dokter spesialis terkait - Tata laksana Lesi Oral: 1. Obat-obatan yang digunakan: a. Topikal (bila lesi oral terlokalisir) • Kortikosteriod • <i>triamcinolone acetonide</i> 0,1% in <i>orabase</i> • Anastesi/<i>analgesic</i> • Obat kumur <i>Benzydamine hydrochloride</i> 0,15% • Antiseptik - Obat kumur khlorheksidin glukonat 0,2% - Obat kumur povidone iodine 1% b. Anti mikotik (bila ditemukan infeksi candida) 2. Observasi setiap 6 bulan
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	- Baik, bila lesi di traktus gastrointestinal tertangani dengan baik. - Gejala klinis oral akan membaik bila respon pengobatan saluran pencernaan baik.
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang
16. Daftar Pustaka	1. Farah C, Balasubramaniam R, McCullough MJ. 2019. Contemporary Oral Medicine - A Comprehensive Approach to Clinical Practice. Australia: Springer. 2. Glick M. 2015. Burket's Oral Medicine. 12th Ed. Philadelphia: People Medical Publishing. 3. Zhang Y-Z, Li Y-Y. 2014. Inflammatory Bowel Disease: Pathogenesis. World J Gastroenterol., 20(1):91–9. 4. Ongole R, Praveen BN. 2013. Textbook of Oral Medicine, Oral Diagnosis and Oral Radiology. 2nd Ed. Chennai:

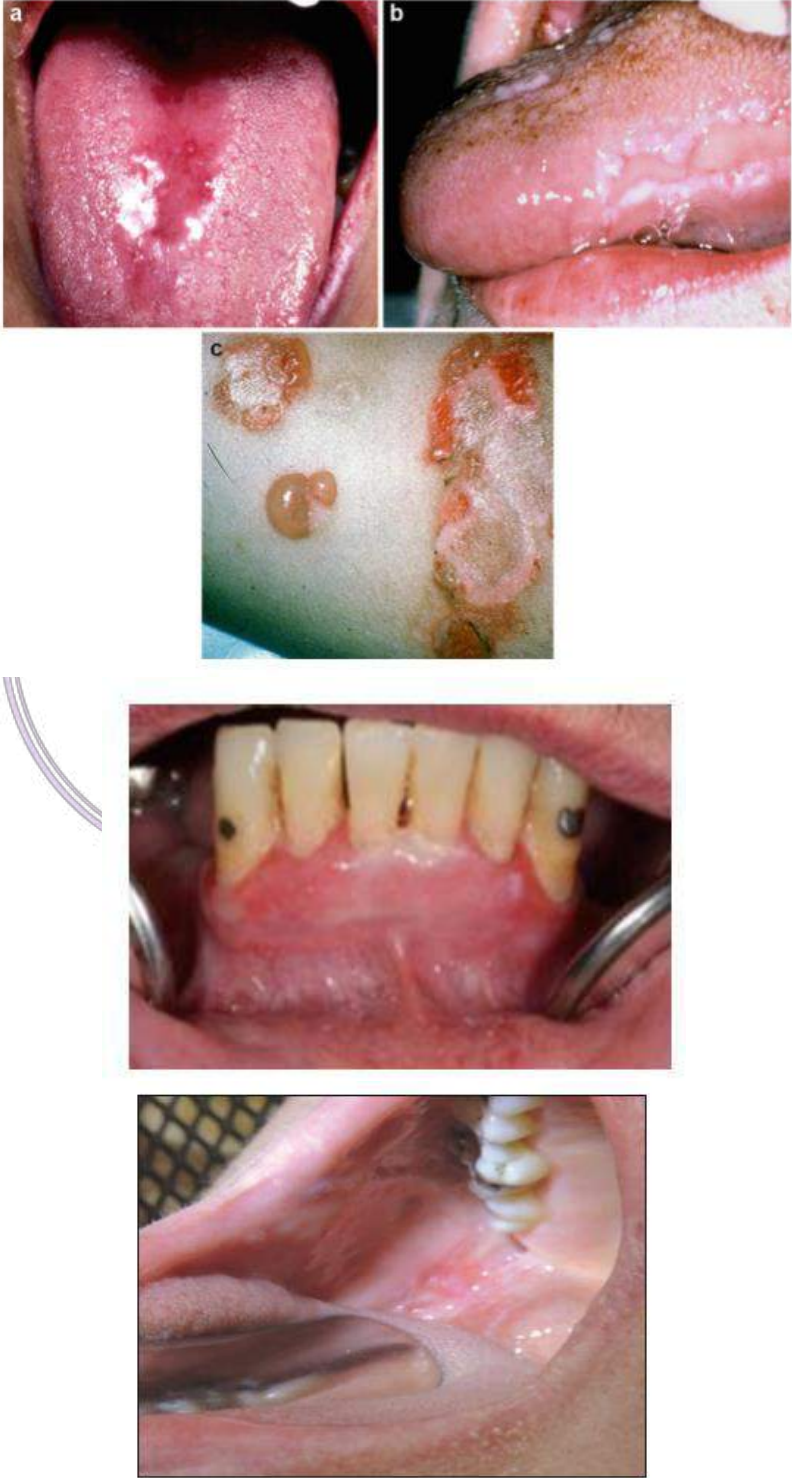
	Elsevier. 5. Lewis MAO, Jordan RCK. 2012. A Colour Handbook of Oral Medicine, 2nd Ed. London: Manson Publishing Ltd. 6. Silverman Jr. S, Eversole LR, Truelove EL. 2001. Essentials of Oral Medicine. London: BC Decker Inc. 7. Cawson RA, Odell EW, Porter S. 2002. Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine. 7th Ed. Edinburgh: Churchill Livingstone. 8. Sonis ST, Fazio RC, Fang LST. 2003. Oral Medicine Secrets. Philadelphia: Hanley & Belfus Inc.
--	--





**PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATALAKSANA KASUS
ILMU PENYAKIT MULUT
2020**

MANIFESTASI ORAL DARI PENYAKIT <i>LINEAR IgA / LINEAR IgA BULLOUS DISEASE</i>		0074/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Merupakan penyakit mukokutaneus yang ditandai oleh lepuhan (<i>blistering</i>) yang muncul spontan, mengenai subepitel dengan ciri khas ditemukan adanya deposit IgA dibandingkan IgG pada membran basal dan kadang-kadang ditemukan deposit IgM. Nama lain: <i>Linear IgA bullous disease</i>; <i>Linear IgA bullous dermatosis</i> (jika melibatkan kulit).	
2. Anamnesis	- Riwayat konsumsi obat-obatan - Sering muncul pada usia anak-anak atau setelah lanjut usia. Jika muncul pada usia > 60 tahun biasanya berkaitan dengan riwayat pengobatan sebelumnya. - Riwayat keganasan - Sariawan luas, setelah terapi biasanya timbul kembali - Dapat disertai dengan luka di kulit seperti benjolan berisi cairan, gatal, luka terbuka (erosi)	
3. Gejala Klinis	Ekstra Oral: Gambaran klinis terlihat bervariasi dan seringkali menyerupai penyakit <i>bullous pemphigoid</i> atau dermatitis herpetiformis. Kemunculan dapat terjadi pada kulit berupa plak disertai urtikaria, erosi atau lepuhan berbentuk lingkaran. Pada pasien anak-anak lesi lebih banyak muncul pada daerah perut ke bawah dan kulit anogenital, sedangkan pada pasien dewasa lebih banyak muncul pada wajah, permukaan ekstensi (tangan dan kaki). Intra Oral: Berbagai mukosa dapat terlibat dengan tipe lesi yang ditemukan berupa ulserasi dan lepuhan pada mukosa palatum, bukal dan lidah. Namun jarang ditemukan pada bibir dan gingiva. Kadangkala lesi yang ditemukan berbentuk	

	herpetiform dengan ciri khas melingkar dengan istilah “<i>string of pearls</i>” atau “<i>cluster of jewels</i>”. Lesi ini perlu dibedakan dengan lesi pada MMP, yang juga disertai kemunculan lepuhan, erosi dan ulserasi yang disertai adanya <i>desquamative gingivitis</i>.
4. Gambaran Klinis	

5. Patofisiologi	- Pada pasien anak-anak berusia < 10 tahun dan pada pasien berusia > 60 tahun yang biasanya terkait dengan riwayat pengobatan. - Penyakit ini secara umum jarang ditemukan pada pasien dewasa dan lebih banyak ditemukan pada pasien anak-anak. Penyakit ini disebabkan oleh IgA auto antibodi yang melawan 97kDa <i>collagen XVII</i> (BPAG2, BP180) <i>ectodomain</i> (LABD97). Patofisiologi berkaitan juga dengan HLA-B8, HLA-CW7, dan HLA-DR3. Ketiganya dilaporkan banyak muncul pada awal masa kehidupan. Penyakit ini dapat dipicu penggunaan obat-obatan seperti <i>Vancomycin</i>, <i>Amiodarone</i>, <i>NSAID</i>, <i>Captopril</i>, <i>Ceftriaxone</i>, dan <i>Metronidazole</i>. Terdapat juga temuan hubungan antara penyakit ini dengan <i>glutensensitive enteropathy</i>, <i>ulcerative colitis</i> dan <i>systemic lupus erythematosus</i>, <i>inflammatory bowel disease</i>, keganasan hematologik atau penyakit <i>connective tissue</i> seperti <i>dermatomyositis</i> dengan penyebab belum diketahui.
6. Kriteria Diagnosis	1. Anamnesis 2. Pemeriksaan klinis 3. Pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari <i>Linear IgA disease</i>
8. ICD-10	L13.8 <i>Other specified bullous disorder</i> L13.9 <i>Bullous disorder, unspecified</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Mucous membrane pemphigoid</i> - <i>Inflammatory bowel disease (IBD)</i> - <i>Bullous pemphigoid</i> - <i>Oral lichen planus</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan histopatologi
11. Tata Laksana	- Rujukan medik ke dokter spesialis kulit dan kelamin untuk terapi lesi di kulit. - Rujukan medik ke dokter yang memberikan obat sebagai agen penyebab lesi <i>linear IgA disease</i> - Terapi simptomatik dapat diberikan kortikosteroid topikal dapat membantu penyembuhan lesi oral.
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi

	3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i>
14. Prognosis	Sedang, tergantung dari faktor pemicu dan kondisi sistemik namun pada beberapa kasus menunjukkan remisi spontan.
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang.
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine (12th Edition)</i>. Philadelphia (USA) : People Medical Publishing. 2. Farah C. 2019. <i>Contemporary Oral Medicine</i>. Springer 3. Sheevam Shah, MD, Brooke Mohr, MD, and Palak Parekh, MD. 2017. Linear IgA bullous dermatosis mimicking oral lichen planus. <i>Proc (Bayl Univ Med Cent)</i>;30(3):360–361.





**PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATALAKSANA KASUS
ILMU PENYAKIT MULUT
2020**

MANIFESTASI ORAL DARI POST HERPETIC NEURALGIA		0075/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Sindroma nyeri neuropati yang muncul selama fase akut infeksi herpes zoster dan menetap sampai lebih dari 1 (satu) bulan sampai tahunan, atau muncul setelah fase akut selesai, di daerah wajah yang sama dengan lokasi infeksi herpes zoster, dan bersifat unilateral.	
2. Anamnesis	- Biasanya muncul pada usia > 60 tahun (0,3% pada usia < 44 tahun dan 9% pada usia > 75 tahun) - Pasien mengeluhkan nyeri neuropati pada daerah wajah, unilateral, pada daerah yang pernah terjadi infeksi herpes zoster. - Karakteristik nyeri yang dikeluhkan seperti rasa terbakar, berdenyut, menusuk, dan tajam, yang dapat berlangsung secara terus menerus - Nyeri dapat berlangsung selama beberapa bulan sampai beberapa tahun walaupun lesi pada kulit atau mukosa mulut sudah sembuh - Riwayat infeksi herpes zoster beberapa bulan atau beberapa tahun sebelumnya	
3. Gejala Klinis	- Gejala subyektif berupa rasa nyeri pada bagian wajah temporal yang dipersarafi oleh salah satu cabang saraf trigeminal (<i>ophthalmicus</i>, <i>maxilaris</i>, atau <i>mandibularis</i>), di mana sebelumnya pernah terkena infeksi herpes zoster - Rasa nyeri dapat menetap atau hilang-timbul tanpa stimulus - Beberapa pasien disertai dengan rasa gatal derajat ringan sampai sedang pada area yang terkena (<i>post herpetic itch</i>) - Rasa sakit dapat diukur dengan skala VAS (<i>Visual Analog Scale</i>), dapat mencapai 8 - Area yang terkena biasanya hipoestetik atau anestetik dengan jaringan parut berwarna merah/keunguan	

	- Pada daerah jaringan parut menunjukkan alodinia dan hyperalgesia
4. Gambaran Klinis	Secara objektif tidak ada gambaran klinis
5. Patofisiologi	- Etiologi: kerusakan saraf yang disebabkan oleh virus herpes zoster - Faktor predisposisi: usia lanjut - Kerusakan saraf ini dapat berupa jaringan parut pada ganglia sensoris, kerusakan saraf perifer dengan kerusakan myelin serabut saraf. - PHN tidak muncul pada keadaan infeksi akut.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis 3. Memenuhi kriteria pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari <i>Post Herpetic Neuralgia</i>
8. ICD-10	B02.22 <i>Postherpetic Trigeminal Neuralgia</i>
9. Diagnosis Banding	Trigeminal neuralgia, <i>atypical facial pain</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak ada
11. Tata Laksana	- Preventif: Pemberian steroid dan vitamin neurotropik khusus pasien lansia yang menderita herpes zoster - Kausatif 1. Obat-obatan antikonvulsan: Gabapentin, Carbamazepine, Phenytoin 2. Obat-obatan <i>Tricyclic anti-depressant: Amitriptyline</i> 3. Vitamin neurotropik dan analgesik 4. Rujukan ke Spesialis Saraf, spesialis Akupunktur
12. KIE	1. Rasa nyeri dapat menetap atau hilang-timbul 2. Pengobatan dapat dilakukan dalam jangka waktu panjang atau seumur hidup perlu kontrol berkala, dengan dosis obat <i>maintenance</i> 3. Untuk kasus berat dan disertai faktor sistemik, diperlukan rujukan

13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Keluhan subyektif (rasa nyeri) berkurang (terkendali) setelah mengkonsumsi obat
16. Daftar Pustaka	1. Farah C.S, Ballasubramaniam R, Mcculough M.J. Ed. 2019. Contemporary Oral Medicine A Comprehensive Approach to Clinical Practice. Spriger. Hal: 2030-2032. 2. Greenberg M, S. Glick M. Ship J, A. 2008. Burket's Oral Medicine 11th ed. BC Decker Inc. Ontario. Hal: 282-282







**PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATALAKSANA KASUS
ILMU PENYAKIT MULUT
2020**

MANIFESTASI ORAL DARI REFERRED PAIN		0076/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Rasa sakit pada oral, wajah, atau rahang yang berasal dari bagian tubuh lainnya seperti leher, jantung, paru-paru, esofagus, prosesus Styloid, mata, telinga, dan faring yang bersifat kronis	
2. Anamnesis	Pada anamnesis dapat ditemukan salah satu atau lebih gejala atau riwayat sakit pada bagian tubuh lainnya seperti di bawah ini: - Leher: penyakit servikal-vertebral, terutama servikal spondilosis, terkadang menyebabkan sakit pada daerah wajah - Jantung: pasien dengan angina, rasa sakit biasanya menyerang mandibula, diawali oleh berolah raga (saat udara dingin) dan segera berhenti dengan istirahat - Paru-paru: sakit pada oro-fasial yang berasal dari kanker paru-paru, dan sering salah didiagnosis sebagai sakit sendi temporomandibular - Esofagus: rasa sakit disertai liur yang berlebihan (sialorrhea) dapat disebabkan oleh luka (lesi) di esofagus - Prosesus Styloid (Stylalgia): <i>Eagle syndrome</i>, suatu kelainan yang jarang terjadi karena elongasi prosesus styloid, menyebabkan sakit saat mengunyah, menelan, atau menolehkan kepala - Mata: rasa sakit dari mata dapat berasal dari kelainan refraksi, neuritis retrobulbar (contoh: <i>multiple sclerosis</i>), atau glaukoma (meningkatnya tekanan intra-okular), dapat menyebar ke regio orbit atau frontal - Telinga: sakit pada telinga bagian tengah dapat menyebabkan sakit kepala. Sebaliknya, penyakit mulut tidak selalu menyebabkan sakit yang menyebar ke telinga, khususnya dari lesi pada bagian posterior lidah - Faring: karsinoma pada daerah faring dapat menyebabkan sakit pada wajah	

3. Gejala Klinis	- Rasa sakit pada daerah oral, wajah, atau rahang disertai dengan gejala/riwayat sakit pada bagian tubuh lainnya - Perlu dilakukan pemeriksaan penunjang seperti <i>CT scan</i> atau MRI dengan hasil ditemukan kelainan pada organ lain yang dapat menyebabkan rasa sakit pada daerah oral, wajah atau rahang - Dapat dilakukan anestesi lokal pada daerah sakit yang dikeluhkan di intra oral. Apabila rasa sakit persisten setelah dilakukan anestesi lokal, maka rasa sakit berasal dari bagian lain
4. Gambaran Klinis	Secara obyektif tidak ada gambaran klinis
5. Patofisiologi	- Etiologi: belum diketahui secara pasti. - Faktor predisposisi: kelainan pada bagian tubuh lainnya yang menimbulkan rasa sakit pada daerah oral, wajah atau rahang
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria gejala yang dilaporkan dan pemeriksaan fisik
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari <i>Referred pain</i>
8. ICD-10	R52 <i>Pain unspecified</i>
9. Diagnosis Banding	<i>Atypical facial pain, post herpetic neuralgia, temporomandibular joint pain</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	<i>CT Scan, MRI</i>
11. Tata Laksana	- Terapi Farmakologis: 1. Obat-obatan <i>analgesic non-steroid</i> 2. Obat-obatan antidepresi (psikogenik) 3. Obat-obatan antikonvulsan (<i>neurologic</i>) 4. Opioid (kanker) - Terapi non-farmakologis: Bekerjasama dengan bidang spesialisasi lainnya sesuai dengan asal rasa sakit
12. KIE	1. Menjelaskan bahwa penyakit ini cukup sering terjadi dan tidak berbahaya 2. Menjelaskan bahwa penyebabnya dapat berasal dari kelainan pada bagian tubuh lainnya

	3. Menjelaskan bahwa untuk perawatan perlu bekerjasama dengan bidang spesialisasi lain sesuai dengan asal rasa sakit
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Keluhan subyektif (rasa nyeri) berkurang (terkendali)/hilang setelah dirawat kelainan/penyakitnya
16. Daftar Pustaka	1. Scully. 2008. Oral Maxillofacial Medicine (The Basis of Diagnosis and Treatment. 2nd ed. Elsevier. London. Hal: 159 – 162 2. Murray G.M. 2009. Referred Pain. J Appl Oral Sci;17(6): 1





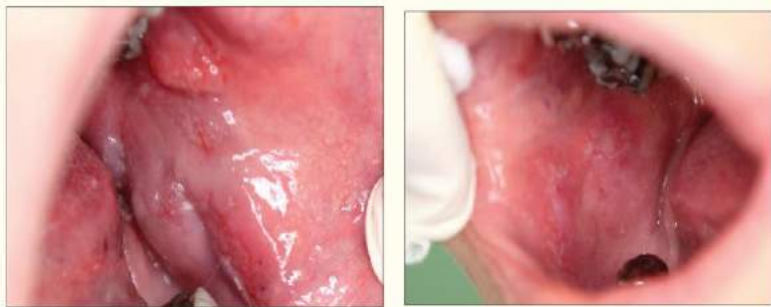


PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

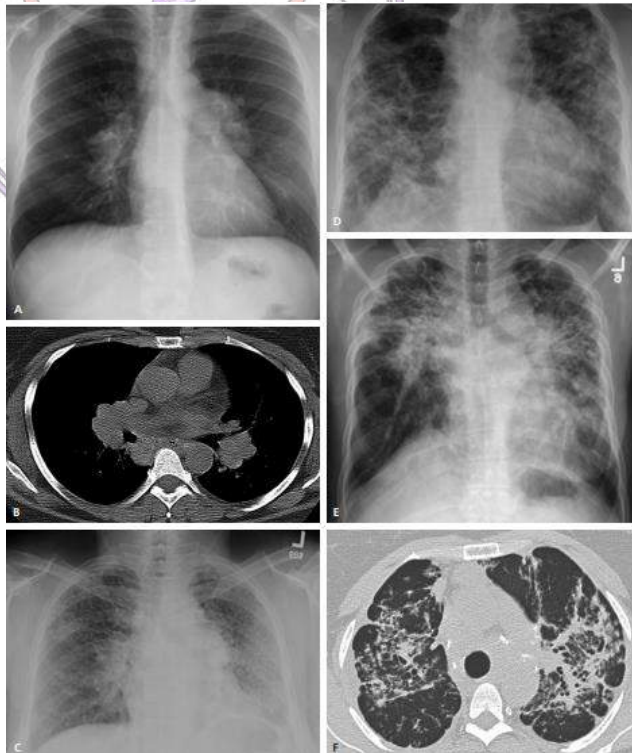
MANIFESTASI ORAL DARI <i>SARCOIDOSIS</i>		0077/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Merupakan penyakit granulomatous multisistem dengan etiologi multifaktorial, termasuk genetik, dengan predileksi pada paru-paru dan kelenjar getah bening rongga dada, meskipun dapat juga pada organ lain (Wu dan Schiff, 2004).	
2. Anamnesis	<i>Sarcoidosis</i> dapat dialami oleh pasien dewasa muda/ lansia yang mengeluhkan batuk tanpa sebab yang pasti, sesak nafas, dan gejala demam, penurunan berat badan, kelelahan. Dengan atau tanpa sariawan, atau terdapat mulut kering, atau gusi bengkak.	
3. Gejala Klinis	- Gejala konstitusional (demam, penurunan berat badan, kelelahan) - Gejala lain: sesak nafas, batuk kering, dan dada nyeri, poliartritis, uveitis, parotitis, dan kelumpuhan saraf fasialis - Dengan atau tanpa ulserasi, atau terdapat <i>xerostomia</i>. - Nodular pada palatum durum melibatkan <i>midline</i> palatum berwarna kemerahan asimtomatik - <i>Gingival enlargement</i>.	
4. Gambaran Klinis	Manifestasi Oral:   Nodular pada palatum durum melibatkan <i>midline</i> palatum berwarna kemerahan asimtomatik	



Gingival enlargement pada gingiva labial anterior melibatkan daerah interdental



Sarcoidosis tanpa gejala dapat menunjukkan limfadenopati hilar bilateral pada radiografi dada.



Keterangan:

Stadium *Sarcoidosis*

A. Stage I : bilateral hilar lymphadenopathy on chest

	<i>radiography.</i> B. <i>Stage I : bilateral hilar lymphadenopathy on computed tomography</i> C. <i>Stage II : bilateral hilar lymphadenopathy with interstitial lung disease on chest radiography</i> D. <i>Stage III : interstitial lung disease without bilateral hilar lymphadenopathy on chest radiography</i> E. <i>Stage IV: end-stage pulmonary fibrosis on chest radiography, which often does not regress</i> F. <i>Stage V : end-stage pulmonary fibrosis on computed tomography, which often does not regress</i>
5. Patofisiologi	Antigen dari faktor lingkungan/ mikroba (seperti <i>Mycobacterium tuberculosis</i>) dapat menyebabkan inflamasi yang membentuk granuloma <i>noncaseating</i> akibat penumpukan sel T dan makrofag yang teraktivasi yang kemudian mengeluarkan sitokin dan <i>tumour necrosis factor-α</i> pada individu dengan kerentanan genetik.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria klinis dan presentasi radiologi. 2. Memenuhi kriteria histopatologi sebagai granuloma <i>noncaseating</i>.
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari <i>Sarcoidosis</i>
8. ICD-10	D86.9 <i>Sarcoidosis of other sites</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Crohn's disease</i> - Limfoma - Limfomatoid Granulomatosis - CRYPTOCOCCOSIS - Histoplasmosis - Oral HIV - <i>Wegener Granulomatosis</i> - Eosinofilik Granulomatosis - Blastomycosis - <i>Drug Induce Hypersensitive</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Insisi Biopsi (Sp BM/Sp B/spesilais lain yang berkompeten) - Foto Thorax
11. Tata Laksana	- Manajemen <i>sarcoidosis</i> tergantung pada stadium penyakitnya. <i>Sarcoidosis</i> tanpa gejala/tahap awal tidak diindikasikan pengobatan khusus karena dapat remisi

	spontan. - <i>Sarcoidosis</i> tahap lanjut memerlukan rujukan kepada dokter spesialis yang berkompeten, diketahui manajemen <i>sarcoidosis</i> yaitu dengan pemberian kortikosteroid dapat diberikan selama 6-24 bulan. Diberikan pada pasien <i>sarcoidosis</i> progresif dan dengan manifestasi pada paru-paru, seperti prednison 20-40 mg/hari selama 4-6 minggu setelah stabil dilanjutkan dengan 5-10 mg/hari. Jika tidak memberikan respon dapat dilanjutkan minimal selama 12 bulan hingga ada perbaikan. - Evaluasi efek samping kortikosteroid (penambahan berat badan yang berlebihan, osteoporosis, diabetes mellitus, hipertensi, gastritis, miopati, oportunistik infeksi)
12. KIE	1. Edukasi terkait pemakaian kortikosteroid jangka panjang dan efek sampingnya 2. Edukasi tata laksana/ manajemen (Pemeriksaan penunjang, Rujukan)
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Prognosis dipengaruhi oleh stadium penyakitnya. Pada stadium awal, 50-90% remisi spontan, sedangkan pada stadium lanjut 10-30% menjadi progresif dan kronis.
15. Keberhasilan Perawatan	Remisi spontan/lesi hilang dan tidak progresif menjadi kronis.
16. Daftar Pustaka	1. Radochová V, Radocha J, Laco J, Slezák R. 2016. Oral manifestation of sarcoidosis: A case report and review of the literature. <i>Journal of Indian Society of Periodontology</i>, 20(6), 627–629. https://doi.org/10.4103/jisp.jisp_378_16 2. Wu JJ, Schiff KR. Sarcoidosis. 2004. <i>Am Fam Physician</i>.;70(2):312-322 3. Gupta D, Agarwal R, Aggarwal AN, Jindal SK. 2007. Molecular evidence for the role of mycobacteria in sarcoidosis: a meta-analysis. <i>Eur Respir J</i>.;30(3):508-516. 4. Koth LL, Solberg OD, Peng JC, Bhakta NR, Nguyen CP, Woodruff PG. 2011. Sarcoidosis blood transcriptome reflects lung inflammation and overlaps with tuberculosis. <i>Am J Respir Crit Care Med</i>.;184(10):1153-63.

	5. Maertzdorf J, Weiner J III, Mollenkopf HJ, et al. 2012. Common patterns and disease-related signatures in tuberculosis and sarcoidosis. <i>Proc Natl Acad Sci U S A</i>.;109(20):7853-7858. 6. Statement on sarcoidosis. Joint Statement of the American Thoracic Society (ATS), the European Respiratory Society (ERS) and the World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders (WASOG) adopted by the ATS Board of Directors and by the ERS Executive Committee, February 1999. <i>Am J Respir Crit Care Med</i>.1999;160(2):736-755. 7. Suresh L, Radfar L. 2005. Oral Sarcoidosis: a review of literature. <i>Oral Diseases</i>.;11:138–145. 8. Piattelli A, Favia GF, DiAlberti L. 1998. Oral ulceration as a presenting sign of unknown sarcoidosis mimicking a tumour: report of 2 cases. <i>Oral Oncol</i>.;34:427–430. 9. Armstrong C, Napier S, Linden GJ. 2004. Sarcoidosis with gingival involvement: A case report. <i>J Periodontol</i>.;75:608–612. 10. Müller-Quernheim J, Klenask K, Held M. 1999. Treatment of chronic sarcoidosis with azathioprine/prednisolone regimen. <i>Eur Respir J</i>.;14:1117–22.
--	---



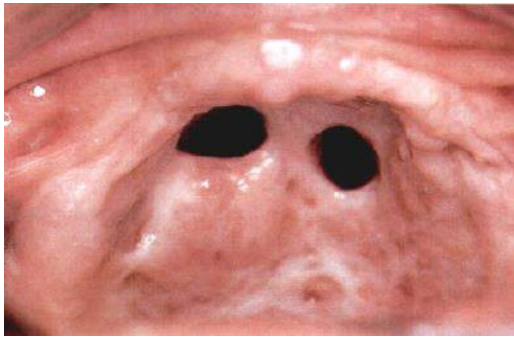


PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI SIFILIS		0078/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Merupakan penyakit menular seksual yang disebabkan oleh bakteri <i>Treponema pallidum</i> , dapat terjadi pada stadium 1 sampai 3 ataupun kongenital. Lesi sifilis dapat timbul pada area eksternal genital, anus dan rongga mulut (mukosa dan gigi).	
2. Anamnesis	- Riwayat seksual aktif. - Tanda dan gejala lesi akibat infeksi sifilis, tergantung dari stadium infeksi tersebut. - Pada stadium 1, dapat ditemukan sariawan yang tidak sakit dan menetap selama 2-3 minggu dan tidak memberikan respon terhadap pengobatan lokal. Lesi akan sembuh sendiri. - Pada stadium 2, diawali adanya rash pada kulit yang tidak gatal, berjumlah multipel. Pada pemeriksaan intra oral dapat ditemukan bercak putih yang dapat menimbulkan sakit. Lesi dapat sembuh sendiri dalam waktu 6-8 minggu. Pasien datang ingin memeriksakan sariawan yang pernah sembuh tanpa diobati, sariawan tidak sakit. Sariawan yang tidak sakit kemudian timbul lagi, bisa disertai demam, nyeri di area rahang, rambut rontok, berat badan menurun, sakit kepala, sakit tenggorokan, sakit pada otot dan kelemahan. Terdapat 'sariawan' di bagian tubuh lain terutama area kelamin. - Pada stadium 3, pasien merasakah gejala dari keterlibatan jaringan saraf dan/atau visceralis. Lesi oral dapat ditemukan berupa plak putih pada mukosa mulut atau perforasi palatum yang tidak sakit. - Stadium ini tidak selalu berurutan manifestasinya, tergantung kondisi sistemik imunokompromis.	
3. Gejala Klinis	Tiga tahap infeksi Sifilis: 1. Sifilis Primer Timbul <i>chancre</i>, lesi soliter tegas bulat dan granulomatus, yang berkembang pada titik inokulasi.	

	<i>Chancre</i> bisa bertahan selama 2-3 minggu setelah paparan. Lesi diawali dengan papula kecil dan membesar membentuk erosi atau ulserasi pada permukaan mukosa dan tertutup oleh krusta kekuningan hemoragik. Lesi tidak menimbulkan rasa nyeri, namun kelenjar getah bening regional dapat mengeras. Lesi mereda dalam 3-6 minggu tanpa perawatan, meninggalkan jaringan parut. Lesi umumnya ditemui pada area genital, rongga mulut (bibir, lidah), jari jemari, puting, dan anus. 2. Sifilis sekunder Manifestasi sifilis sekunder timbul 6 sampai 8 minggu setelah paparan awal. <i>Chancre</i> dapat masih terlihat atau sudah sembuh. 80% pasien memiliki tanda dan gejala penyerta yaitu demam, arthralgia, malaise, limfadenopati, dan rambut rontok. Dapat terjadi erupsi secara menyeluruh pada kulit dan membran mukosa, termasuk munculnya <i>condyloma lata</i> atau pertumbuhan lesi <i>wart-like</i> pada genital. Papula pada lesi ruam merah kecoklatan terdemarkasi dengan baik terlihat pada telapak tangan dan kaki tanpa disertai rasa gatal. Manifestasi oral sifilis sekunder termasuk faringitis, lesi papular, erosi kemerahan atau putih keabuan, erosi linear iregular, terkadang terdapat pembesaran kelenjar parotis (jarang terjadi). Lesi kulit dan mukosa sangat infeksius. Manifestasi klinis ini dapat hilang tanpa perawatan, namun infeksi berlanjut ke tahap laten atau tahap tertier. 3. Sifilis laten/Sifilis tertier Tahap laten terjadi pada 1/3 pasien yang tidak diterapi, umumnya selama beberapa tahun setelah onset penyakit. Tahap destruktif melibatkan area mukokutan, tulang, dan struktur visceralis. Sekitar 80% manifestasi sifilis laten terjadi pada jaringan vaskuler. Sifilis kardiovaskuler adalah manifestasi paling umum terjadi dan timbul sebagai aneurisma pada aorta terkait. Bentuk jinak dari sifilis laten adalah pembentukan <i>gumma</i>, yaitu lesi nodular terlokalisir, lesi lunak yang dapat melibatkan kulit, membran mukosa, tulang, jaringan saraf dan atau visceralis. <i>Gumma</i> dipertimbangkan sebagai hasil akhir dari reaksi <i>delayed</i> hipersensitifitas penyakit ini. <i>Gumma</i> tidak infeksius, namun sangat destruktif. Lesi oral terdiri dari <i>glossitis interstitial</i> dan <i>gumma</i>. Lidah dapat terlihat berlobul dan berfisur dengan papila
--	---

	yang atrofi, menghasilkan gambaran licin dengan permukaan yang berkerut. Dapat terlihat ada leukoplakia. Gumma adalah lesi oral yang jarang terlihat, umumnya timbul pada lidah dan palatum, dapat terjadi perforasi ke rongga nasal atau sinus maksilaris. Infeksi sifilis dapat ditularkan dari seorang ibu kepada janin, menghasilkan sifilis kongenital. Dapat terlihat ruam wajah pada anak usia 0-2 tahun. Sifilis kongenital tahap akhir pada usia lebih dari 2 tahun, dapat terlihat <i>Hutchinson's incisor</i>, gigi geraham berbentuk mulberry (<i>mulberry molar</i>), defek palatum, dan pembengkakan sendi. Pada setiap tahap sifilis, dapat terjadi neurosifilis dengan gejala gangguan pendengaran, kesulitan koordinasi otot pergerakan, disfungsi kognitif, bahkan kegilaan.
4. Gambaran Klinis	<i>Oral chancre</i> <i>Mucous patch pada sifilis sekunder</i>

	 <i>Gumma (Palatum)</i>  <i>Hutchinson's Incisor</i>
5. Patofisiologi	Bakteri <i>Treponema pallidum</i> menginvasi epitel mukosa melalui permukaan yang abrasi. Dalam beberapa jam kemudian, bakteri menyebar ke area limfatik dan pembuluh darah, menghasilkan insemi-nasi awal dari penyakit. Respon awal terhadap invasi bakteri yaitu endartritis dan periarteritis. Risiko transmisi hanya ada pada tahap sifilis primer dan sekunder, namun tidak pada sifilis laten. Umumnya pasien dapat sangat infeksius dalam 2 tahun pertama sejak penyakit berjangkit.
6. Kriteria Diagnosis	- Sifilis Primer Timbul <i>chancre</i>, lesi soliter tegas bulat dan granulomatus, berkembang pada titik inokulasi. Lesi diawali papula kecil, membesar, membentuk erosi atau ulserasi pada permukaan mukosa dan tertutup oleh krusta kekuningan hemoragik. Lesi tidak nyeri, namun kelenjar getah bening regional dapat mengeras. Lesi ditemui pada area genital, rongga mulut (bibir, lidah), jari jemari, puting, dan anus. - Sifilis sekunder <i>Chancre</i> masih terlihat atau sudah sembuh. 80% pasien memiliki tanda dan gejala penyerta yaitu demam, arthralgia, malaise, limfadenopati, dan rambut rontok.

	Dapat terjadi erupsi secara menyeluruh pada kulit dan membran mukosa, termasuk munculnya <i>condyloma</i> lata atau pertumbuhan lesi <i>wart-like</i> pada genital. Papula pada lesi ruam merah kecoklatan terdemarkasi dengan baik terlihat pada telapak tangan dan kaki tanpa disertai rasa gatal. Manifestasi oral yaitu faringitis, lesi papular, erosi kemerahan atau putih keabuan, erosi linear iregular, terkadang terdapat pembesaran kelenjar parotis (jarang terjadi). - Sifilis laten/Sifilis tertier Tahap destruktif melibatkan area mukokutan, tulang, dan struktur <i>visceralis</i>. Sifilis kardiovaskuler adalah manifestasi paling umum terjadi dan timbul sebagai aneurisma pada aorta terkait. Lesi oral yaitu glossitis interstitial dan <i>gumma</i>. Lidah terlihat berlobul, berfisur dengan papila yang atrofi, menghasilkan gambaran licin dengan permukaan yang berkerut. Dapat terlihat leukoplakia. <i>Gumma</i> adalah lesi nodular terlokalisir, lesi lunak yang melibatkan kulit, membran mukosa, tulang, jaringan saraf dan atau <i>visceralis</i>. Terdapat pada lidah dan palatum, terjadi perforasi ke rongga nasal atau sinus maksilaris.
7. Diagnosis Kerja	Stadium 1: <i>Oral chancre</i> Stadium 2: <i>Mucous patch</i> Stadium 3: <i>Gumma</i>, sifilis leukoplakia Sifilis kongenital: <i>hutchinson teeth, mulberry molar</i>
8. ICD-10	A51.2 <i>Primary syphilis of other site</i> A 51.3 <i>Secondary syphilis of skin and mucous membranes</i> A 53.0 <i>Latent syphilis, unspecified as early or late</i> A 53.9 <i>Syphilis, unspecified</i> A50.0 <i>Early congenital syphilis, symptomatic</i> A50.2 <i>Early congenital syphilis, unspecified</i>
9. Diagnosis Banding	Sifilis merupakan lesi granulomatus yang dapat menyerupai berbagai jenis lesi, maka gambaran untuk diagnosis bandingnya tergantung dari gambaran klinis lesi tersebut, antara lain: - Leukoplakia - <i>Lichen planus</i> - Karsinoma sel skuamosa

	- Ulkus eosinofilik - Stomatitis aftosa rekuren
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan serologi (VDRL dan TPHA)
11. Tata Laksana	- Rujukan medik ke dokter spesialis terkait tergantung dari organ yang terlibat - Observasi lesi oral, jika ada keluhan sakit, diberikan anestetikum gel. Perbaikan lesi tergantung dari kondisi sistemik.
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik, tergantung dari kondisi sistemik. Buruk jika sudah terbentuk gumma atau kerusakan tulang alveolar pada stadium 3.
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang. Infeksi tidak berlanjut kepada tahap selanjutnya.
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine</i>. 12th Ed. Philadelphia: People Medical Publishing. 2. Little and Falace. 2012. <i>Dental Management of the Medically Compromised Patient</i>. 8th Ed.. London : Elsevier Ltd 3. Scully C. 2013. <i>Oral and Maxillofacial Medicine - the basis of diagnosis and treatment</i>. 3rd Ed. Edinburg: Elsevier.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI SINDROMA <i>BEHÇET</i>		0079/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Penyakit inflamasi yang etiologinya tidak diketahui dengan karakteristik ulserasi oral dan genital, lesi uveitis dan dermis, serta umumnya mengalami pola remisi dan eksaserbasi. Dapat mempengaruhi sistem lain seperti sistem vaskular, gastrointestinal dan neurologis, serta keterlibatan okuler dan arthritis.	
2. Anamnesis	- Keluhan ulserasi rekuren rongga mulut - Dapat disertai keluhan ulserasi rekuren genital, gangguan penglihatan, dan lesi kulit. - Riwayat sakit tenggorokan berulang, tonsillitis, myalgia, dan <i>migratory arthralgia</i>, tanpa arthritis yang jelas, tapi dapat juga meliputi: malaise, anoreksia, kehilangan berat badan, kelemahan badan menyeluruh, sakit kepala, penurunan atau peningkatan temperatur, limfadenopati, nyeri <i>region substernal</i> dan temporal.	
3. Gejala Klinis	- Ulserasi oral aftosa yang nyeri, berukuran 2-10 mm - Ulserasi genital yang menyerupai ulser oral - Penurunan penglihatan terkait uveitis, keratitis, perdarahan vitreus atau oklusi arteri retinal - Temuan kulit: lesi nodular, lesi menyerupai eritema nodosum - Arthritis dan arthralgia - Vaskulitis yang menimbulkan inflamasi dan oklusi arteri dan vena - Umum pada usia dekade ke-3 atau ke-4, namun dapat terjadi pada usia lebih dari 50 tahun ataupun pada masa kanak-kanak. - Bisa terjadi pada laki-laki atau perempuan, namun perjalanan lebih berat pada laki-laki. - Gejala okular, lesi vaskular dan lesi pustular lebih berat pada laki-laki, namun ulser genital dan eritema nodosum umum pada perempuan.	

4. Gambaran Klinis																	
5. Patofisiologi	- <i>Behçet disease</i> merupakan vaskulitis terkait imun, yang tidak terbukti sebagai infeksi, menular atau disebarkan secara seksual, dianggap sebagai penyakit autoinflamasi yang dipicu oleh faktor eksogen pada individu yang rentan secara genetik. Penyakit ini juga dikaitkan dengan fungsi sel T dan B, agen infeksi dan mekanisme yang terlibat dalam trombofilia. - Mekanisme belum dapat ditentukan, penelitian menunjukkan formasi thrombin berlebihan dan potensi peran gangguan kinetik fibrinolitik dalam pembentukan kondisi hiperkoagulasi / protrombotik pada <i>Behçet disease</i>.																
6. Kriteria Diagnosis	Berdasarkan <i>International Criteria for Behçet Disease</i> Sistem skor poin, jika skor ≥ 4 menunjukkan diagnosis Behçet <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tanda/Gejala</th><th>Poin</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aftosa oral</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Aftosa genital</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Lesi okuler</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Lesi kulit</td><td>1</td></tr> <tr> <td>Manifestasi Neurologis</td><td>1</td></tr> <tr> <td>Manifestasi Vaskular</td><td>1</td></tr> <tr> <td>Tes Pathergi positif*</td><td>1</td></tr> </tbody> </table> *Tes Pathergi merupakan pilihan dan sistem scoring utama tidak meliputi tes pathergi, namun jika dilakukan tes pathergi maka hasil positif akan menambahkan 1 poin tambahan.	Tanda/Gejala	Poin	Aftosa oral	2	Aftosa genital	2	Lesi okuler	2	Lesi kulit	1	Manifestasi Neurologis	1	Manifestasi Vaskular	1	Tes Pathergi positif*	1
Tanda/Gejala	Poin																
Aftosa oral	2																
Aftosa genital	2																
Lesi okuler	2																
Lesi kulit	1																
Manifestasi Neurologis	1																
Manifestasi Vaskular	1																
Tes Pathergi positif*	1																
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari Sindroma <i>Behçet</i>																
8. ICD-10	M35.2 <i>Behçet's disease</i>																
9. Diagnosis Banding	Stomatitis Aftosa Rekuren, Infeksi Herpes Simpleks, <i>Systemic Lupus Erythematosus</i> , <i>Benign Aphthous Stomatitis</i> , <i>Crohn's disease</i> , <i>Reiter's Syndrome</i> , <i>Pemphigoid</i> , <i>AIDS</i> , <i>Lichen Planus</i> .																

10. Pemeriksaan Penunjang	- Tes pathergi - Pemeriksaan Histopatologi untuk menyingkirkan diagnosis banding - ANA test/Anti ds-DNA
11. Tata Laksana	- Tujuan terapi: mengontrol manifestasi klinis, menurunkan inflamasi, menekan sistem imun, dan mencegah kerusakan organ sekunder. - Pilihan terapi bervariasi tergantung organ yang terlibat, keparahan penyakit, usia dan jenis kelamin pasien, serta lamanya penyakit. - Terapi topikal: anti inflamasi steroid/non steroid, antimikrobia - Konsultasi dan rujukan medik ke dokter spesialis yang terkait.
12. KIE	1. Penjelasan kondisi yang dialami pasien, diagnosis, dan kemungkinan penyebab atau predisposisi 2. Instruksi penggunaan obat 3. Edukasi pola diet dan hidrasi 4. Penjelasan tata laksana yang akan dilakukan pada kunjungan tersebut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Sedang
15. Keberhasilan Perawatan	- Berkurangnya keluhan subyektif - Gambaran klinis ulserasi aftosa menyembuh (jumlah/ukuran berkurang) - Berkurangnya rekurensi ulserasi
16. Daftar Pustaka	1. Bulur I, Onder M. 2017. Behçet disease: New Aspects. <i>Clinics in Dermatology</i>. 35:421-34. 2. Mendoza-Pinto C, Garcia-Carrasco M, Jimenez-Hernandez, M, et al. 2010. Etiopathogenesis of Behcet's Disease. <i>Autoimmunity Reviews</i>. 9:241-5. 3. Scully C. 2013. <i>Oral and Maxillofacial Medicine - the basis of diagnosis and treatment</i>. 3rd Ed. Edinburg: Elsevier.





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI SINDROMA PEUTZ – JEGHERS		0080/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Kelainan genetik yang ditandai dengan poliposis usus dan pigmentasi pada kulit dan mukosa	
2. Anamnesis	- Nyeri perut - Perdarahan dan obstruksi pada usus - Diare - Riwayat keluarga (autosomal dominan) - Pigmentasi pada kulit dan mukosa memiliki pola distribusi yang khas, hanya pada daerah tertentu - Pigmentasi dapat terjadi setelah kelahiran, masa bayi atau masa kanak-kanak	
3. Gejala Klinis	- Pigmentasi berlebih yang berupa <i>ephelides</i> multiple - Lesi intra oral dapat terjadi pada mukosa bukal dan labial, palatum durum, gingiva, jarang terjadi pada lidah - Lesi ekstra oral meliputi kulit wajah di sekitar mulut, bibir, hidung, mata, tangan, kaki, dan daerah genital. Lesi dapat bertambah ukuran dan derajat pewarnaannya apabila terpapar sinar matahari	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	Diduga merupakan kelainan bawaan autosomal dominan. Gen bermutasi yang bertanggung jawab untuk ini adalah LKB1 (STK11), terletak pada kromosom 19p 13.3. Gen ini tampaknya mengontrol pertumbuhan dan diferensiasi di	

	saluran gastrointestinal (GI), seperti yang ditunjukkan oleh perkembangan hamartoma. Gen yang sama juga diekspresikan dalam jaringan, menyebabkan timbulnya gambaran bitnik-bintik yang abnormal / <i>freckling</i>
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan fisik
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari Sindroma Peutz – Jeghers
8. ICD-10	Q85.8 <i>Peutz-Jeghers Syndrome</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Racial pigmentation</i> - <i>Dyskeratosis congenital</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Sesuai rujukan
11. Tata Laksana	- Rujukan kepada Spesialis Penyakit Dalam - Kontrol infeksi
12. KIE	1. Menjelaskan mengenai penyakit yang diderita pasien beserta diagnosisnya 2. Menjelaskan kemungkinan faktor pemicu dari kondisi keluhan utama pasien yang ada di rongga mulut 3. Menjelaskan berbagai kemungkinan yang memperberat keluhan pasien 4. Edukasi mengenai oral profilaksis
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Penetapan diagnosis penyakit secara tepat
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine (12th Edition)</i>. Philadelphia (USA) : People Medical Publishing. 2. Coleman GC, Nelson JF. 1993. <i>Principle of oral diagnosis</i>. Missouri (USA): Mosby-Year Book 3. Ananda D, Kannan N, Patil R, Sarath V, Gadagi JS. 2012. Diagnostic significance of Peutz-Jeghers syndrome: A case report with oral physician's perspective. Clin Cancer Investig J;1:74-6



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI SINDROMA *PERIODIC FEVER, APHTHOUS STOMATITIS, PHARYNGITIS, ADENITIS (PFAPA)*

0081/PPK IPM/1/2020

1. Pengertian (Definisi)	Merupakan penyakit <i>autoinflammatory</i> pada anak-anak yang ditandai dengan episode demam rekuren disertai dengan satu atau lebih gejala yang berkaitan dengan PFAPA (<i>periodic fever, aphthous, pharyngitis</i> , dan adenitis).
2. Anamnesis	Demam, dan nyeri telan, rasa dingin, dan malaise. Kadang disertai sakit kepala, dakit perut, dan arthralgia.
3. Gejala Klinis	Demam tinggi tiba-tiba ($39-40^{\circ}\text{C}$) selama 4-6 hari dan sembuh spontan. Biasanya rekuren dalam waktu 4-8 minggu. Terdapat satu atau lebih gejala berikut: <i>pharyngitis</i> , <i>tonsilitis</i> , dan <i>adenitis servical bilateral</i> . <i>Aphthous stomatitis</i> biasanya dalam bentuk ulserasi <i>aphthous</i> minor dan dijumpai pada 70-80% anak. Mulai muncul sebelum anak berusia 5 tahun.
4. Gambaran Klinis	
5. Patofisiologi	Etiologinya belum jelas namun khas dengan adanya disfungsi sitokin. Demam disertai <i>aphthous stomatitis</i> dan/atau faringitis tanpa adanya tanda infeksi respiratori
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan fisik 3. Eksklusi demam periodic dan siklik neutropenia 4. Pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari <i>PFAPA syndrome</i>

8. ICD-10	M04.8 <i>Other autoinflammatory syndromes</i>
9. Diagnosis Banding	<i>Aphthous ulcer, Behcet's disease, Cyclic neutropenia</i> , Infeksi Herpes, Leukemia
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan menurut penyebab yang dicurigai
11. Tata Laksana	- Rawat bersama dengan spesialis yang berkaitan - Terapi oral 1. Obat kumur 2. <i>Analgesic</i> topikal 3. <i>Covering agent</i> - Antipiretik bisa dikombinasikan dengan NSAID
12. KIE	Penyakit sistemik yang mendasari, terapi simptomatis
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> V72.62 <i>Laboratory examination ordered as part of a routine general medical examination</i>
14. Prognosis	Sedang
15. Keberhasilan Perawatan	Keluhan subyektif sudah berkurang
16. Daftar Pustaka	1. Camile SF, Ramesh B, Michael JM. 2019. Contemporary Oral Medicine: A Comprehensive Approach to Clinical Practice. Switzerland: Springer 2. Laskaris G. 2006. Pocket Atlas of Oral Diseases. Thieme, New York. 3. Ali NS, Sartodi-Valinotti JC, Bruce AJ. 2016. Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis, and Adenitis (PFAPA) syndrome. Clinics in Dermatology.;34: 482-486. 4. Costagliola G, Malorino G, Consolini R. 2019 Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis, and Cervical Adenitis Syndrome (PFAPA): A clinical challenge for Primary Care Physicians and Rheumatologist. Frontiers in Pediatrics.;5(7):277. doi:10.3389/fped/2019.00277

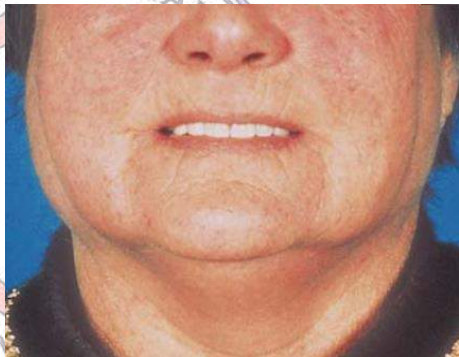


PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI SINDROMA SJOGREN		0082/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Sindroma Sjogren atau disebut juga sindroma Gougerot-Sjogren merupakan penyakit autoimun yang menyebabkan kerusakan dari kelenjar saliva, lakrimal dan kelenjar eksokrin lainnya, sehingga bermanifestasi klinis sebagai mulut kering (<i>xerostomia</i>) dan mata kering (<i>xerophthalmia</i>)	
2. Anamnesis	Riwayat anggota keluarga yang juga menderita sindroma Sjogren. - Tahap awal dapat berlangsung 8-10 tahun hingga penyakit bermanifestasi seluruhnya. Tahap ini menunjukkan manifestasi klinis yang tidak spesifik, seperti: 1. lemas (<i>fatigue</i>), 2. sakit sendi (<i>arthralgia</i>), 3. fenomena Reynaud. - Tahap lanjut, manifestasi klinis berupa: 1. mulut kering (<i>xerostomia</i>), 2. rasa terbakar, 3. kesulitan makan makanan kering (seperti biskuit atau roti kering), 4. geligi tiruan menjadi tidak cekat, kesulitan saat bicara, 5. kesulitan menelan makanan, 6. gangguan pengecapan, 7. bau mulut (<i>halitosis</i>), 8. karies, 9. infeksi jamur (<i>candidiasis</i>), 10. pembengkakan kelenjar saliva di daerah angulus mandibula di pipi (<i>sialadenitis</i>).	

	- Keluhan lain adalah gangguan pada mata antara lain 1. rasa seperti ada kerikil di mata, 2. mata perih, 3. mata gatal, 4. mata kering, 5. tidak tahan terhadap cahaya, 6. mata dapat nampak merah akibat infeksi pada konjungtiva dan dapat timbul krusta lunak pada sudut mata (keratokonjungtivitis sika), 7. kelenjar lakrimal dapat nampak membengkak (benjolan di bawah mata).																					
3. Gejala Klinis	Sindroma Sjogren dibagi menjadi 2 yaitu 1. Sindroma Sjogren primer. <i>Xerostomia</i> dan <i>xerophtalmia</i> tanpa disertai dengan penyakit jaringan ikat (autoimun lain). Jarang ditemukan di populasi. 2. Sindroma Sjogren sekunder. <i>Xerostomia</i> dan <i>xerophtalmia</i> disertai penyakit autoimun lain, biasanya sirhosis bilier primer, rematoid artritis, lupus eritematosus sistemik, polimiositis, skleroderma, <i>mixed connective tissue disease</i> <table><tr><td></td><td>SS primer</td><td>SS sekunder</td></tr><tr><td>Penyakit jaringan ikat</td><td>-</td><td>+</td></tr><tr><td>Keterlibatan oral</td><td>Lebih berat</td><td>Jarang</td></tr><tr><td>Keterlibatan okular</td><td>Lebih sering</td><td>Jarang</td></tr><tr><td>Sialadenitis rekuren</td><td>Lebih sering</td><td>Jarang</td></tr><tr><td>Limfoma</td><td>Lebih sering</td><td>Jarang</td></tr><tr><td>Serum autoantibodi</td><td>SS-B</td><td>SS-A</td></tr></table> <i>Xerostomia</i> dan <i>xerophtalmia</i> merupakan gejala karakteristik dari sindroma Sjogren. Gejala lain yang menyertai bermacam-macam tergantung jenis organ yang terlibat. Pemeriksaan penunjang sangat diperlukan untuk mendiagnosis sindroma Sjogren. Gejala intraoral lain yang menyertai: - <i>xerostomia</i> - kaca mulut mudah menempel pada mukosa oral - ada ditemukan sisa makanan - tidak ada <i>pool</i> saliva - tidak ditemukan saliva keluar dari duktus kelenjar saat ditekan		SS primer	SS sekunder	Penyakit jaringan ikat	-	+	Keterlibatan oral	Lebih berat	Jarang	Keterlibatan okular	Lebih sering	Jarang	Sialadenitis rekuren	Lebih sering	Jarang	Limfoma	Lebih sering	Jarang	Serum autoantibodi	SS-B	SS-A
	SS primer	SS sekunder																				
Penyakit jaringan ikat	-	+																				
Keterlibatan oral	Lebih berat	Jarang																				
Keterlibatan okular	Lebih sering	Jarang																				
Sialadenitis rekuren	Lebih sering	Jarang																				
Limfoma	Lebih sering	Jarang																				
Serum autoantibodi	SS-B	SS-A																				

	- bau mulut - gangguan pengecap - kandidiasis - karies gigi Gejala pada ekstra oral antara lain - <i>Xerophthalmia</i> - pembengkakan ekstraoral area angulus mandibula - fenomena <i>reynaud</i> - artralgia - mialgia - <i>fatigue</i> - ulser atau <i>rash</i> pada kulit - <i>dispnea</i>, - kering pada vagina, - mudah terbentuk hematoma atau perdarahan, - gangguan neurologik. Diagnostik kriteria menurut <i>American-European</i> untuk sindroma Sjogren adalah sindroma Sjogren didiagnosis jika 4 dari 6 kriteria dibawah ini positif (terutama jika hasil pemeriksaan histopatologi dan serologi positif) atau jika ada gejala okular atau oral ditambah 2 dari 4 kriteria: 1. Gejala okular Sedikitnya 1 dari 3 - Mata kering menetap selama >3 bulan - Sensasi rekuren adanya pasir atau kerikil di mata - Penggunaan obat tetes mata >3 kali per hari 2. Gejala oral Sedikitnya 1 dari 3 - Rasa mulut kering menetap >3 bulan - Pembengkakan kelenjar saliva rekuren atau menetap pada pasien dewasa - Peningkatan frekuensi asupan air untuk membantu penelanan makanan kering 3. Tanda okular Sedikitnya 1 dari 2 - Tes <i>Schirmer</i> <5 mm dalam 5 menit - Skor <i>Rose-Bengal</i> >4 pada skoring <i>van Bijsterveld</i> 4. Histopatologi Skor fokus >1 pada kelenjar saliva labial 5. Keterlibatan kelenjar saliva Sedikitnya 1 dari dibawah ini - Laju alir saliva tidak stimulasi <1,5 mL dalam 15 menit
--	---

	- Sialografi: sialectasis difus - <i>Scintigraphy</i>: penurunan konsentrasi/ekskresi 6. Autoantibodi serum Sedikitnya satu dari dibawah ini - SS-A (Ro) - SS-B (La)
4. Gambaran Klinis	 Pembengkakan unilateral pada area angulus mandibula pada pasien leukemia yang juga menderita sindroma Sjogren.  Pembengkakan bilateral pada area angulus mandibula pada pasien sindrom Sjogren.
5. Patofisiologi	Sindroma Sjogren merupakan penyakit <i>epithelitis</i> autoimun (eksokrinopati) Etiologi: genetik Prediposisi: infeksi virus (virus Epstein-Barr, virus hepatitis C, retrovirus (HIV, <i>human T lymphotropic virus</i>/HTLV-1)), sindroma IgG4, GVHD Patogenesis dari sindroma Sjogren ini sangat kompleks. Pada manusia, sindroma yang mirip sindroma Sjogren dapat dipicu dengan adanya infeksi virus HTLV-1. Virus ini akan menginduksi ekspresi <i>B cell activating factor</i> (BAFF) oleh sel epitel kelenjar saliva melalui TLR (<i>toll like receptor</i>) dan IFN (interferon) dalam jalur independen maupun dependen.

	Pada tahap awal nampak hipergammaglobulinemia dan produksi autoantibodi terutama SS-A (Ro) dan SS-B (La) pada SS-1. Sedangkan SS-2 antibodinya adalah SS-B (La) dan dsDNA. Penurunan fungsi kelenjar saliva akibat adanya infiltrasi limfositik periduktus pada kelenjar submandibula saja, selanjutnya deposit antibodi yang dapat ditemukan di kelenjar saliva submandibula dan parotis. Dengan adanya deposit terus menerus sel limfosit T dan B serta sel plasma, maka terjadi kerusakan asinar glandular eksokrin yang diikuti dengan penyakit paru interstitial dan gangguan ginjal ringan. Pada binatang uji coba, infeksi EBV dan/atau defisiensi estrogen dapat memicu respon sistem imun yang menyebabkan autoimun epitelitis.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis 3. Memenuhi kriteria pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari Sindroma Sjogren atau <i>Sicca syndrome</i> atau sindroma Gougerot-Sjogren
8. ICD-10	Jika sindroma Sjogren hanya melibatkan kelenjar saliva, lakrimal dan mukosa membran lainnya M35.00 <i>Sicca syndrome, unspecified</i> Jika sindroma Sjogren melibatkan gangguan ginjal N25.89 <i>Other disorders resulting from impaired renal tubular function</i> Jika sindroma Sjogren melibatkan gangguan paru M35.02 <i>Sicca syndrome with lung involvement</i> Jika sindroma Sjogren melibatkan nefropati M35.04 <i>Sicca syndrome with tubulo-interstitial nephropathy</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Mixed tumor</i> pada kelenjar parotis - <i>Mumps</i> - <i>Xerostomia</i> terkait radiasi daerah leher dan kepala - Sarkoidosis - <i>Xerostomia</i> terkait obat antikolinergik
10. Pemeriksaan Penunjang	- Laju alir saliva (pemeriksaan non spesifik) - Pemeriksaan autoantibodi dalam darah (ANA profil, SS-A,-SS-B, dsDNA)

	- Pemeriksaan infeksi virus (virus hepatitis C, HIV, HTLV-1, EBV) - Pemeriksaan histopatologi (pemeriksaan spesifik) - Ultrasonografi (pemeriksaan non spesifik) - Sialografi (pemeriksaan non spesifik, bila tersedia) - Sialometri (pemeriksaan non spesifik, bila tersedia)
11. Tata Laksana	- Edukasi dan instruksi tentang: 1. Pasien disarankan untuk sering minum air, menggunakan pelembab bibir, makan makanan lunak yang memiliki kandungan air tinggi, 2. Pasien disarankan agar bernapas lewat hidung (tidak melalui mulut), menghindari obat yang dapat menyebabkan hiposalivasi (antidepresan trisilik), alkohol (baik dalam obat kumur), merokok, kafein, makanan kering, makanan pedas, pasta gigi yang mengandung <i>sodium lauryl sulfate</i> 3. Penggunaan saliva <i>substitute</i> 4. Peningkatan mengunyah permen karet tanpa gula, penggunaan obat kolinergik (pilocarpin atau cevimeline) 5. Tetap menjaga higiene oral untuk menghindari risiko karies yang meningkat - Rujukan medik ke dokter spesialis terkait sehubungan dengan organ yang terlibat.
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Buruk, karena belum ada modalitas terapi utama yang dapat digunakan.
15. Keberhasilan Perawatan	Keberhasilan perawatan ditentukan frekuensi lesi oral dan tingkat kerusakan jaringan keras gigi (karies gigi dan jaringan periodontal) yang dapat timbul akibat xerostomia tersebut.

16. Daftar Pustaka	1. Scully C. 2013.Oral & Maxillofacial medicine the basis of diagnosis and treatment. 3rd Ed. Edinburg: Elsevier. 2. Farah C, Balasubramaniam R, McCullough MJ. 2019. Contemporary oral medicine - a comprehensive approach to clinical practice. Australia: Springer. 3. Lewis MAO, Jordan RCK. 2012. A colour handbook oral medicine. 2nd Ed. UK: Manson Publishing.
--------------------	--

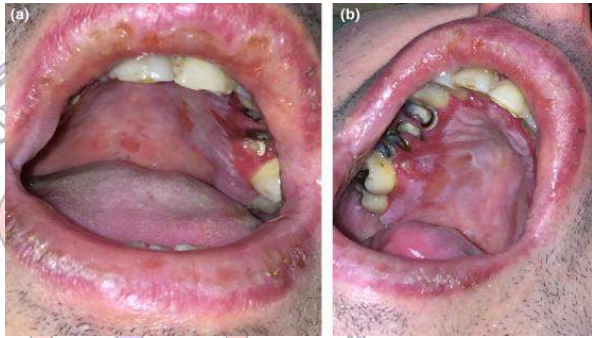






PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI SINDROMA STEVEN-JOHNSON		0083/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Suatu kelainan yang disebabkan reaksi hipersensitivitas, yang dapat terjadi di daerah mukokutaneus dan penyebarannya meluas hingga kurang dari 10% luas permukaan tubuh/ <i>body surface area</i> (BSA) dengan tingkat mortalitas kurang dari 10%.	
2. Anamnesis	Keluhan utama: Intra Oral : - Luka pada mulut dan bibir disertai perdarahan yang sifatnya akut. - Ada riwayat pemakaian obat-obatan baru yang belum pernah dikonsumsi. Ekstra Oral : - Pasien dapat mengalami gejala prodromal seperti demam, malaise, nyeri sendi, sakit kepala dan dapat disertai batuk. - Pada umumnya pasien mengeluhkan ruam yang terasa panas seperti pada kulitnya, dimulai secara simetris di area wajah dan batang tubuh bagian atas, dan dapat meluas ke bagian tubuh yang lain.	
3. Gejala Klinis	- Lesi kulit ditandai sebagai berikut: 1. Ruam dapat berawal sebagai makula yang berkembang menjadi papula, vesikel, bula, plak urtikaria, atau eritema konfluen. 2. Lesi yang khas memiliki gambaran lesi target (patognomonik) 3. Berbeda dengan lesi khas <i>erythema multiforme</i>, lesi ini hanya memiliki 2 zona warna. 4. Inti lesi dapat berupa vesikel, purpura, atau area nekrosis dan dikelilingi oleh makula eritema 5. Lesi dapat menjadi bulosa dan kemudian pecah, meninggalkan kulit gundul; kulit menjadi rentan terhadap infeksi sekunder.	

	6. Lesi urtikaria biasanya tidak pruritus. 7. Infeksi mungkin bertanggung jawab atas jaringan parut yang berhubungan dengan morbiditas. 8. Meskipun lesi dapat terjadi di mana saja, telapak tangan, telapak kaki, dorsum tangan, dan permukaan ekstensor adalah lokasi paling sering terkena. 9. Ruam dapat terbatas pada satu area tubuh saja, paling sering pada batang tubuh - Ekstra oral: Erosi meluas pada bibir, disertai krusta merah kehitaman - Mukosa Eritema, oedem, <i>sloughing</i>, vesikel/bula, ulser, nekrosis
4. Gambaran Klinis	
5. Patofisiologi	Patogenesis terkait dengan reaksi hipersensitifitas yang tertunda (<i>delayed</i>). Presentasi antigen dan produksi <i>tumor necrosis factor</i> (TNF) - alpha oleh jaringan lokal menghasilkan dendrocytes dalam perekrutan dan penambahan proliferasi T-limfosit dan meningkatkan sitotoksitas dari sel-sel efektor imun lainnya. "Molekul efektor pembunuh" telah diidentifikasi yang mungkin berperan dalam aktivasi limfosit sitotoksik. Limfosit CD8 + teraktivasi, pada gilirannya, dapat menginduksi apoptosis sel epidermis melalui beberapa mekanisme, yang meliputi pelepasan granzyme B dan perforin. - Etiologi: 1. Infeksi 2. Obat-obatan 3. Keganasan 4. <i>Idiopathic</i> - Pemicu

	1. Infeksi virus a. <i>Herpes simplex virus</i> (HSV) b. AIDS c. <i>Coxsackie</i> d. Influenza e. Hepatitis f. <i>Mumps</i> 2. Infeksi bakteri a. Group A <i>beta-hemolytic streptococci</i> b. <i>Diphtheria</i> c. <i>Brucellosis</i> d. <i>Lymphogranuloma venereum</i> e. <i>Mycobacteria</i> f. <i>Mycoplasma pneumoniae</i> g. <i>Rickettsia</i> h. <i>Tularemia</i> i. <i>Typhoid</i> 3. Infeksi jamur: a. <i>Coccidioidomycosis</i> b. <i>Dermatophytosis</i> c. <i>Histoplasmosis</i> 4. Obat-obatan: Antibiotik, analgesik, obat batuk dan pilek, NSAID, antikonvulsan, obat antigout. - Genetik
6. Kriteria Diagnosis	Lesi kulit ditandai sebagai berikut: - Ruam dapat berawal sebagai makula yang berkembang menjadi papula, vesikel, bula, plak urtikaria, atau eritema konfluen, memiliki gambaran lesi target (patognomonik). - Lesi dapat menjadi bulosa dan kemudian pecah, meninggalkan kulit gundul (kulit rentan terhadap infeksi sekunder). - Lesi urtikaria biasanya tidak pruritus. - Lesi terjadi di telapak tangan, telapak kaki, dorsum tangan dan permukaan ekstensor. - Ruam dapat terbatas pada satu area tubuh saja, paling sering pada batang tubuh. Ekstra oral: Erosi meluas pada bibir, disertai krusta merah kehitaman. Mukosa: Eritema, oedem, sloughing, vesikel/bula, ulser, nekrosis.

7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari Sindroma Steven-Johnson
8. ICD-10	L51.1 <i>Steven Johnson Syndrome</i>
9. Diagnosis Banding	- EM Mayor - Stomatitis Alergika Kontakta - <i>Herpes Associated Erythema Multiforme</i> (HAEM) - TEN
10. Pemeriksaan Penunjang	- Tidak diperlukan jika gambaran klinis jelas - Pemeriksaan hematologi sesuai indikasi (Darah Perifer Lengkap)
11. Tata Laksana	- Terapi Farmakologi: 1. perawatan suportif: 2. kortikosteroid topikal 3. obat kumur antiseptik 4. multivitamin - Terapi Non-Farmakologi - Pemberian Komunikasi Informasi Edukasi - Bekerjasama dengan dokter spesialis yang terkait
12. KIE	1. Menjelaskan mengenai penyakit yang diderita pasien beserta diagnosisnya 2. Menjelaskan bahwa faktor pemicu kondisi keluhan utama pasien 3. Menjelaskan berbagai kemungkinan yang memperberat keluhan pasien 4. Melakukan edukasi pada pasien untuk mengeliminasi faktor etiologi 5. Melakukan edukasi pada pasien terkait kondisi saat ini 6. Diet lunak tinggi kalori tinggi protein 7. Meningkatkan hidrasi 8. Istirahat yang cukup 9. Hindari stres (psikologis maupun fisik) 10. Pola makan seimbang, disarankan diet berkonsultasi dengan ahli gizi 11. Menjelaskan penatalaksanaan yang akan dilakukan pada kunjungan tersebut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 39.31 <i>Dental Examination</i> 24.99 <i>Other (other dental operation)</i>
14. Prognosis	Baik

15. Keberhasilan Perawatan	- Hilangnya rasa nyeri - Kesembuhan lesi klinis - Faktor penyebab teridentifikasi dan dikendalikan
16. Daftar Pustaka	1. French, L.E. 2006. Toxic epidermal necrolysis and Stevens Johnson syndrome: our current understanding. <i>Allergol Int.</i> Mar. 55(1).pp.9-16 2. Glick, M. 2015. Burket's Oral Medicine. 12th Ed. Philadelphia: People Medical Publishing. 3. Scully, C. 2013. Oral and Maxillofacial Medicine - the basis of diagnosis and treatment. 3rd Ed. Edinburg: Elsevier.







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI TUBERKULOSIS		0084/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Ulkus pada mukosa mulut yang disebabkan karena infeksi <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , yang biasanya menyerang organ paru ataupun organ lainnya.	
2. Anamnesis	- Merasakan ada sariawan yang timbul tiba-tiba tanpa dipicu faktor trauma, yang terasa sakit ringan hingga berat. - Ada riwayat penyakit tuberkulosis - Kadang dapat disertai dengan demam, anoreksia, malaise, batuk, berkeringat malam hari, berat badan turun, sakit dada	
3. Gejala Klinis	Secara umum: demam, anoreksia, malaise, batuk, berkeringat malam hari, berat badan turun, sakit dada, dan limfadenopati. Intraoral: ulser tidak beraturan, tepi bergaung, kadang disertai rasa sakit, indurasi, dikelilingi daerah inflamasi, dan ulser ditutupi pseudomembran putih keabu-abuan yang merupakan jaringan granulasi dan debri. Lokasi lesi biasanya pada dorsum lidah, tetapi dapat pula ditemukan di gingiva, posterior rongga mulut, bibir, atau mukosa bukal.	
4. Gambaran Klinis	 Ulser tuberkulosis pada ujung lidah	

	 Ulser tuberkulosis pada vestibulum
5. Patofisiologi	Manifestasi oral TB tidak umum terjadi, hanya 0.1-5% total kasus TB 2 jenis infeksi Oral TB: 1. Infeksi primer terjadi karena inokulasi <i>mycobacterium tuberculosis</i> melalui sputum yang terinfeksi atau melalui aliran darah, inokulasi langsung melibatkan gingiva, soket gigi dan <i>buccal fold</i> 2. Infeksi sekunder pada jaringan mukosa terjadi karena hematogeneus, penyebaran limfatik atau autoinokulasi oleh infeksi sputum Pasien yang mempunyai lesi tuberkulosis oral sering mempunyai riwayat trauma sebelumnya, regio mukosa yang terkena iritasi atau inflamasi akan membentuk ulser yang menjadi tempat masuk bakteri <i>Mycobacterium tuberculosis</i>.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis 3. Memenuhi kriteria pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	Ulkus tuberkulosis
8. ICD-10	A18.8 <i>Tuberculosis of another specified organ</i>
9. Diagnosis Banding	- Ulkus dekubitalis - Karsinoma sel skuamosa - Sifilis stadium 1 (chancre) - Ulkus eosinofilik
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan histopatologi Pemeriksaan radiografik (panoramik) jika lesi ditemukan pada mukosa jaringan lunak yang menutupi tulang alveolar

11. Tata Laksana	- Pengobatan lokal : 1. Debridemen menggunakan oral H₂O₂ 1,5-3% pada ulkus 2. <i>Covering agent</i>: Asam hialuronat gel topikal 3 kali per hari 3. Antiseptik: Klorheksidin 0,12-2% 10 mL 3 kali per hari secara kumur buang atau <i>povidon iodine</i> 1% 10mL 3 kali per hari secara kumur buang - Rujukan medik ke dokter spesialis paru dan spesialis terkait lainnya.
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik jika kondisi sistemik dapat ditangani
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine (12th Edition)</i>. Philadelphia (USA) : Pepople Medical Publishing. 2. Scully. 2013. <i>Oral &Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment (3rd Edition)</i>. London : Elsevier Ltd 3. Field A, Longman L. 2004. Tyldesley's Oral Medicine. Oxford. (5).p 41-2. 4. George L. 2005. Treatment of Oral Disease: A Concise Textbook. Stuttgart: Thieme. P 84-5. 5. Cawson RA, Odell EW. 2002. Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine. London: Churchill Livingstone. (7).p 257-8.





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI WEGENER GRANULOMATOSIS		0085/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Kelainan idiopatik malignan granulomatosis terkompensasi terkait autoimun yang jarang dijumpai, yang menyerang traktus respiratorius kemudian dapat meluas ke paru-paru, ginjal, mata, kulit, otot, sendi dan rongga mulut.	
2. Anamnesis	- Infeksi saluran pernapasan atas dan bawah - Kadang disertai riwayat gangguan ginjal kronik - Pembengkakan gingiva yang progresif dan tidak nyeri, dengan karakteristik <i>strawberry-like appearance</i>. Pembengkakan ini meluas seiring waktu - Kadang disertai kegoyangan gigi. Ada riwayat pencabutan gigi yang goyang dan soket gigi yang sulit sembuh - Dapat disertai sariawan (ulser) yang tidak sembuh meskipun sudah diberi perawatan - Riwayat anggota keluarga yang didiagnosis menderita penyakit yang sama	
3. Gejala Klinis	Tanda dan gejala dapat terjadi tiba-tiba atau selama beberapa bulan, yang biasanya melibatkan area saluran pernapasan, seperti tenggorokan, sinus atau paru-paru. Namun, kondisi tersebut sering memburuk dengan cepat, yang mempengaruhi pembuluh darah dan organ-organ, seperti ginjal. Gejala Klinis: - Manifestasi Oral: 1. Pembengkakan gingiva yang progresif dan tidak nyeri, dengan karakteristik <i>strawberry-like appearance</i> atau strawberry gingivitis berupa hiperplastik granular dan lesi pada gingiva berupa <i>petechiae</i> yang banyak. Lesi diawali pada papila interdental kemudian meluas ke gingival lainnya. 2. Terdapat kehilangan tulang alveolar periodontal	

	sehingga gigi goyang kemudian harus diekstraksi 3. Soket pasca ekstraksi yang tidak menyembuh 4. Pada tahap lanjut (setelah ada keterlibatan ginjal), dapat timbul oral ulser yang tidak spesifik 5. Dapat timbul ulser nekrotik pada palatum - <i>Classical triad:</i> 1. <i>Necrotizing granulomatous inflammation</i> melibatkan traktus respiratorius atas, bawah atau keduanya 2. <i>Necrotizing glomerulonephritis</i> 3. <i>Systemic vasculitis</i> melibatkan pembuluh darah ukuran kecil hingga sedang (kapiler, venule, arteriol, maupun arteri)
4. Gambaran Klinis	 Wegener granulomatosis yang ditandai adanya ulser pada lidah  Hemorragik dan hiperplasia gingiva menyerupai gambaran strawberi (Neville, 2019)
5. Patofisiologi	Etiologi: respon imun abnormal terhadap antigen yang terhirup. Faktor predisposisi yang diduga berperan penting adalah faktor genetik dan paparan antigen yang terdapat pada lingkungan seperti silika dan lingkungan (terutama <i>Staphylococcus aureus</i>).

	Patofisiologi: - Peran faktor genetik ini kemungkinan berhubungan dengan alel HLA, selain peran gen lainnya - Adanya <i>granulomatous vasculitis</i> pada traktus respiratorius atas dan paru-paru kemungkinan menunjukkan bahwa penyakit ini terdapat <i>cell-mediated reaction</i> melalui inhalasi antigen dari bakteri, virus atau lingkungan. - <i>Chronic nasal carriage</i> dari <i>S. aureus</i> dikaitkan dengan pembentukan awal dan <i>relaps</i> dari melalui beberapa mekanisme molekuler sel limfosit B dan T serta netrofil.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis 3. Pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	Manifestasi Oral dari <i>Wegener granulomatosis</i>
8. ICD-10	M31.3 <i>Wegener granulomatosis</i>
9. Diagnosis Banding	- Gingivitis - Sifilis (<i>gumma</i>) - <i>Gingival enlargement</i> - <i>Behcet's disease</i> - Leukemia - <i>Scarlet's fever</i> pada anak-anak - <i>Kawasaki disease</i> pada anak-anak
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan histopatologi - Pemeriksaan darah lengkap - ANCA (pemeriksaan spesifik)
11. Tata Laksana	- Konsultasi dan rujukan medik ke dokter gigi spesialis yang terkait (bedah mulut atau periodonsia) untuk perbaikan estetik dari gingiva setelah kondisi sistemik mengalami penyembuhan. - Terapi simptomatik dengan pemberian kortikosteroid topikal - Pemberian antiseptik oral dengan klorheksidin atau povidone iodine
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan

	5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik hingga buruk, tergantung kondisi sistemik. Rekurensi dapat terjadi.
15. Keberhasilan Perawatan	Tanda dan gejala klinis berkurang keparahannya.
16. Daftar Pustaka	1. American College of Rheumatology, 2009. Atlanta. www.rheumatology.org 2. Corwin E. 2008. Buku saku patofisiologi. Edisi 3. EGC. Jakarta. hal 412 3. Glick M. 2015. Burket's Oral Medicine. 12 th Ed. Philadelphia: People Medical Publishing. 4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. 2019. Color atlas of oral and maxillofacial diseases. 1 st Ed. Philadelphia: Elsevier. 5. Neville BW, Damm DD, Allen CA, Bouquot JE. 2009. Oral and Maxillofacial Pathology. 2 nd Ed. St Louis: Saunders Elsevier. 6. Prenggono D. 2006. Polisitemia vera. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid II. Edisi IV. Penerbit IPD FKUI. hal. 702-705



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MEDIAN RHOMBOID GLOSSITIS		0086/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Adanya area lidah yang mengalami depapilasi dan eritema pada area median posterior dorsum lidah, pada anterior sulkus terminalis dan biasanya berbentuk oval atau rhomboid (jajaran genjang).	
2. Anamnesis	Adanya keluhan rasa perih, sensasi rasa terbakar atau khawatir adanya bercak merah atau perubahan tampilan pada permukaan punggung lidah belakang.	
3. Gejala Klinis	- Lesi eritematus berbatas tegas berada di tengah (<i>midline</i>) atau 1/3 posterior dorsum lidah (anterior foramen <i>caecum</i> atau papila sirkumvalata). - Lesi berbentuk oval/rhomboid. Area kemerahan berasal dari atrofi papila filiformis dan permukaannya dapat tampak halus hingga berlobus-lobus. - MRG ditemukan pada daerah anterior <i>papilla circumvallate</i>. MRG kadang ditemukan pada lidah anak – anak namun paling sering kondisi ini didapati pada usia dewasa seiring dengan pertumbuhan anatomis tubuh manusia - Biasanya disertai dengan infeksi <i>C. albicans</i>. - Beberapa pasien dapat mengalami lesi eritema pada <i>midline</i> palatum tepat di atas lesi pada lidahnya, biasanya disebabkan oleh terjadinya kontak berulang antara lesi pada lidah dengan palatum (<i>kissing lesion</i>) - Pada umumnya asimtomatik.	
4. Gambaran Klinis		

5. Patofisiologi	- Etiologi pasti masih belum dapat dipastikan, namun diduga kuat disebabkan oleh gangguan perkembangan dan infeksi <i>Candida</i> sp. - Kebiasaan merokok dan penggunaan gigi tiruan dianggap sebagai faktor predisposisi terkuat pada MRG. - Gangguan perkembangan diawali selama fase embriogenesis, dengan gagalnya <i>tuberculum impar</i> menutup sempurna. - Terjebaknya <i>tuberculum impar</i> pada masa fusi lateral lidah kiri dan kanan pada masa pertumbuhan dan perkembangan. - Adanya keterkaitan infeksi <i>Candida</i> sp. pada area bebas papil yang rentan terhadap penetrasi mikroorganisme. Hal ini dibuktikan berdasarkan gambaran histopatologis yang menunjukkan adanya kehilangan papila dengan derajat parakeratosis yang bervariasi, elongasi <i>rete ridges</i> disertai percabangan (<i>branch</i>) dan anastomosis, proliferasi limfositik, serta adanya penetrasi hifa ke bagian atas epitelium pada pewarnaan <i>Periodic acid-schiff</i> (PAS)
6. Kriteria Diagnosis	Diagnosis ditegakkan secara klinis berupa adanya area depapilasi disertai eritematus pada 1/3 posterior <i>midline</i> lidah.
7. Diagnosis Kerja	<i>Median Rhomboid Glossitis</i>
8. ICD-10	K 14.2 <i>Median Rhomboid Glossitis</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Chemical burns</i> - <i>Syphilis patches</i> - <i>Geographic tongue</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	<i>Swab/scrap</i> dari lesi untuk pemeriksaan mikologi secara langsung (pewarnaan KOH/PAS) dan kultur jamur dengan melakukan biakan menggunakan <i>Saboroud dextrose agar</i> (SDA).
11. Tata Laksana	- Observasi - Hilangkan faktor predisposisi - Pemberian anti jamur topikal golongan <i>polyene</i>: <i>Nystatin oral suspension</i> 100.000 U/mL, 4 x 4–6 mL selama 7–14 hari [<i>sangat direkomendasikan, kualitas bukti sedang</i>] - Pemberian anti jamur sistemik:

	1. <i>Fluconazole</i> 1 x 100–200 mg sehari, selama 7–14 hari [<i>sangat direkomendasikan, kualitas bukti tinggi</i>] 2. <i>Itrakonazole</i> 1 x 200 mg selama 28 hari (<i>rekomendasi kuat, kualitas bukti sedang</i>) 3. <i>Ketokonazol</i> 2 x 200-400 mg sehari bersamaan dengan makanan selama 2 minggu - Meningkatkan kebersihan rongga mulut
12. KIE	1. Penjelasan kepada pasien tentang kondisi yang dimiliki, serta faktor predisposisi yang harus dihindari (merokok dan <i>denture</i> yang kebersihannya buruk) 2. Penjelasan tentang cara pemakaian obat yang benar
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Perbaikan klinis (asimtomatis)
16. Daftar Pustaka	1. Bihari M, Srivastava R, Jyoti B, Mehrotra V, Gupta M, Pradhan S. 2014. Case Report Median rhomboid glossitis with palatal 'kissing lesion'-A case report. <i>Bangladesh Journal of Dental Research and Education</i>; 4: 94–97. 2. Ghom et al. 2014. <i>Text book of Oral Medicine</i> (3rd ed.). New Delhi: JaypeeBrothers Medical Publishers. 3. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine</i>. (L. H.Mehta, Ed.) (12th ed.). Hamilton: BC Decker. 197 4. Langlais PR, Miller SC, Gehrig JS. 2013. <i>Atlas Berwarna Lesi Mulut Yang Sering Ditemukan</i> (4th ed.). Jakarta: EGC. 5. Laskaris G. 2013. <i>Color Atlas of Oral Diseases in Children and Adolescents</i>. 6. Purkait SK. 2011. <i>Essential of Oral Pathology</i>. (R. Paul, J. G. Ray, & T. K. Pal, Eds.) (3rd Ed). New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd. 7. Scully C. 2013. <i>Oral and Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis And Treatment</i> (3rd ed.). London: Elseiver Ltd 8. Goregen M, Miloglu O, Buyukkurt MC, Caglayan F, Ayse Esin Aktas AE. 2011. Median Rhomboid Glossitis: A Clinical and Microbial Study. <i>European Journal of Dentistry</i>.; 5: 367-372

	9. Bruch J.M and Treister N.S. 2010. Clinical of Oral Medicine and Pathology. Humana Press. New York. Page 21 10. Bojan A, Christy W, Kurian K, Elangovan S. 2012. A Study to determine the Association between Tobacco Smoking Habit and Oral Candidal Infection in Median Rhomboid Glossitis by Cytologic and Histopathologic Methods. J Indian Aca Oral Med Radiol;24(2):106-112 11. Panta P, Erugula SR. 2015. Median Rhomboid Glossitis-developmental or candidal. Pan Afr Med J.; 21: 221. 12. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, et al. 2016. Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis : 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. <i>Clin Infect Dis</i>.;62:1-50
--	--





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MELANOMA MALIGNA ORAL		0087/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Neoplasma maligna yang berasal dari transformasi melanosit atau dari lesi makula <i>melanotic</i>	
2. Anamnesis	- Pada kondisi awal nampak berupa bercak berwarna coklat kehitaman yang semakin membesar ukurannya seiring dengan waktu - Pada kondisi lanjut, bercak akan semakin menonjol dan meluas disertai eritema dan/atau ulserasi sehingga menjadi sakit - Jika bercak tersebut dekat dengan gigi, maka pasien dapat mengeluhkan adanya kegoyangan gigi pada area tersebut - Pasien dapat juga merasakan adanya anastesi / parastesi / kebas pada regio bercak tersebut	
3. Gejala Klinis	Melanoma maligna memiliki karakteristik ABCDE, yaitu A – (<i>asymmetry</i>) asimetri B – (<i>border</i>) iregularitas tepi lesi C – (<i>color</i>) ada lebih dari 2 warna D – (<i>diameter</i>) ukuran lebih dari 6 mm E – (<i>evolving</i>) ukuran, bentuk atau warna lesi berubah - Pemeriksaan ekstra oral: 1. Palpasi kelenjar limfe servikal dapat teraba akibat metastasis pada awal kemunculan. 2. Dapat melibatkan paru-paru dan liver. - Pemeriksaan intra oral: 1. Lesi berbentuk makula, plak atau nodula 2. Awalnya lesi tampak tidak ada yang berbeda, asimtomatik 3. Palpasi lesi lembut disertai dengan eritema dan/atau ulserasi 4. Kegoyangan gigi dan gigi eksfoliasi 5. Resorpsi akar	

	6. Kehilangan tulang. 7. Pigmentasi mukosa dengan batas difus yang saling berdekatan harus dicurigai sebagai melanoma maligna dibandingkan pigmentasi mukosa dengan batas difus yang tidak berdekatan (seperti pada gambar) 8. Mukosa yang sering terkena adalah palatum, gingiva rahang atas, mukosa tidak bergigi (edentulus). 9. Dapat disertai anestesi / parestesi
4. Gambaran Klinis	 Gambaran oral melanoma maligna pada mukosa labial bawah dan gingiva rahang atas Oral melanoma maligna terlihat lebih gelap pada sisi mukosa gingiva kanan. Pasien juga memiliki area pigmetasi lainnya
5. Patofisiologi	Keganasan ini dapat berkembang sendirinya dari melanosit atau dari lesi makula <i>melanotic</i> .

	- Etiologi 1. Oral melanoma maligna tidak diketahui 2. Melanoma maligna pada kulit yaitu akibat radiasi ultraviolet terutama UVA (320–400nm) dan UVB (290–320 nm <i>wave length</i>) menginduksi transformasi menjadi keganasan. 3. Beberapa melanoma nevi menjadi risiko berkembangnya melanoma maligna, dengan lebih dari 50 kasus nevi meningkat resiko keganasan sekitar 4-5 kali. - Oral melanoma maligna jarang terjadi, hanya sekitar 0.26% dari semua kasus kanker mulut di dunia - Ras kulit gelap memiliki insidensi angka kematian yang tinggi - Lebih sering ditemukan pada laki-laki diusia diatas 50 tahun dengan puncak usia diagnosis antara 65 dan 79 tahun.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis 3. Memenuhi kriteria pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	Melanoma Maligna Oral
8. ICD-10	C.06.9 Malignant neoplasm of mouth, <i>unspecified</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Nevi pigmentosum</i> - <i>Blue nevus</i> - Tato amalgam - Sarkoma kaposi - <i>Post-inflammatory pigmentation</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan radiografi (panoramik) Bila lesi terletak pada mukosa yang menutupi tulang alveolar, maka tulang alveolar dapat menunjukkan tanda kerusakan tulang yang ireguler atau <i>moth-eaten</i> - Pemeriksaan histopatologi (dilakukan saat radikal eksisi oleh dokter spesialis bedah onkologi)
11. Tata Laksana	Rujukan medik ke dokter spesialis bedah onkologi untuk dilakukan tatalaksana lebih lanjut.
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya

	4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Sangat buruk 1. 5 tahun <i>survival rate</i> a. Antara 5 % dan 50% dengan rata-rata 10-25% b. Kurang dari 10% pasien dengan metastasis 2. 10 tahun <i>survival rate</i> Dilaporkan 0% 3. Prognosis bertambah buruk bila lambat terdeteksi, eksisi bedah yang kompleks dan penyakit bawaan yang agresif.
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine</i>. 12th Ed. Philadelphia : People Medical Publishing. 2. Farah CS, et al. 2019. <i>Contemporary Oral Medicine A Comprehensive Approach to Clinical practice</i>. Australia : Springer 3. Lewis MAO, Ricard CKJ. 2012. <i>A Colour Handbook Oral Medicine</i> 2nd ed. London: Manson Publishing 4. Laskaris G. 2005. <i>Pocket atlas of oral diseases</i> (2nd edition. Stuttgart : Georg Thieme Verlag.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MIKROGLOSIA		0088/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Kondisi anomali pada lidah yang memiliki ukuran sangat kecil/relatif lebih kecil terhadap lengkung rahang. Kelainan bawaan ini terjadi akibat gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada masa janin.	
2. Anamnesis	Ada ketidak-nyamanan pasien terkait estetik, kesulitan bicara, mengunyah, dan menelan.	
3. Gejala Klinis	- Secara klinis ukuran lidah lebih kecil dari ukuran normal, bentuk muka kecil, rahang bawah retrusi. - Kadang disertai/tanpa keluhan subyektif. - Pada kasus yang berat menimbulkan gangguan bicara, menelan dan bernapas	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	Etiologi belum jelas, diperkirakan karena terjadi gangguan pertumbuhan dan perkembangan <i>dentofacial</i> pada masa janin. Berbagai defisiensi perkembangan lengkung <i>visceral</i> antara minggu ke-4 dan ke-7 janin mengakibatkan lidah tidak berkembang. Klasifikasi terbagi atas: - <i>Congenital</i> 1. Merupakan bagian dari <i>Pierre Robin syndrome</i> 2. Gangguan perkembangan 3. <i>Hemifacial atrophy</i>	

	- <i>Acquired</i> Paska bedah kanker lidah
6. Kriteria Diagnosis	- Anamnesis - Gambaran klinis
7. Diagnosis Kerja	<i>Microglosia</i>
8. ICD-10	Q38.3 <i>Other congenital malformations of tongue</i>
9. Diagnosis Banding	Semua sindroma/gangguan perkembangan yang berkaitan dengan <i>Microglosia</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak diperlukan pemeriksaan penunjang
11. Tata Laksana	- Tergantung pada keluhan subyektif - Latihan mengunyah, menelan - Konsul Spesialis Ortodonti - Konsul dan rujuk terapi wicara pada klinik tumbuh kembang
12. KIE	1. Edukasi mengenai kelainan <i>microglosia</i> 2. Menjaga <i>oral hygiene</i>
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i>
14. Prognosis	Sedang
15. Keberhasilan Perawatan	Keluhan subyektif berkurang
16. Daftar Pustaka	1. Laskaris G. 2017. Color Atlas of Oral Diseases. Diagnosis and Treatment Thieme 2. Nepram SS, Jain P, Huidrom RD. 2015. Isolated Microglossia: A case report. J Med Soc.; 29 :180-181



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

CHEEK BITING / MORSICATIO BUCCARUM / MORSICATIO LABIARUM / MORSICATIO LINGUARUM		0089/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Trauma mekanik kronis pada epitel superfisial yang menimbulkan tampilan klinis mukosa berupa fragmen putih kasar pada permukaan yang eritematus yang terbatas pada mukosa bukal dekat garis oklusal. Dapat pula ditemukan pada permukaan mukosa bibir bawah (<i>Morsicatio Labiarum</i>) atau lateral lidah (<i>Morsicatio Linguarum</i>). Nama lain: <i>Cheek biting</i>, <i>Morsicatio Buccarum</i>	
2. Anamnesis	Tidak ada keluhan, umumnya merupakan temuan saat pemeriksaan rongga mulut, terdapat riwayat terkait gangguan kecemasan disertai kebiasaan parafungsional, seperti <i>bruxism</i> dan kebiasaan menggigit/mengunyah pipi.	
3. Gejala Klinis	Plak putih yang disertai adanya daerah erosi, terkadang ada epitel mukosa yang dapat dilepas tanpa menyebabkan rasa sakit. Ukuran bervariasi tergantung dari luas mukosa yang berkontak dengan <i>cusp</i> gigi. Lesi ini dapat ditemukan bilateral pada kondisi kecemasan. Jika terjadi di mukosa bukal maka diagnosisnya <i>Morsicatio Buccarum</i>, sedangkan jika terjadi pada mukosa labial maka diagnosisnya <i>Morsicatio Labiarum</i> dan jika pada lidah maka <i>Morsicatio Linguarum</i>.	
4. Gambaran Klinis		

5. Patofisiologi	Etiologi: trauma mekanik kronis Faktor prediposisi: perilaku parafungsional, seperti kebiasaan mengunyah/menggigit pipi atau <i>bruxism</i> yang dilakukan berulang secara tidak sadar. Dalam kasus yang melibatkan kerusakan jaringan yang lebih luas, perlu diduga adanya keterlibatan <i>habitual chewing</i> dan gangguan kejiwaan.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis
7. Diagnosis Kerja	<i>Cheek Biting / Morsicatio Buccarum / Morsicatio Labiarum / Morsicatio Linguarum</i>
8. ICD-10	Jika lesi di mukosa bukal dan bibir: K13.1 <i>Cheek and lip biting</i> Jika lesi di lingual: K13.6 <i>Irritative hyperplasia of oral mucosa</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Frictional keratosis</i> - Linea alba bukalis - Leukoedema - <i>Oral lichen planus erosive type</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak diperlukan
11. Tata Laksana	- Observasi setiap 6 bulan - Jika diperlukan : 1. Rujukan medik ke dokter spesialis kedokteran jiwa atau psikolog untuk tatalaksana kecemasan 2. Rujukan medik ke dokter gigi spesialis periodonsia atau prostodonsia untuk terapi bruksism.
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>

14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang
16. Daftar Pustaka	1. Gandolfo S, Scully C, Carrozzo M. 2006. Oral Medicine. St. Louis: Churchill Livingstone, p 56. 2. Glick M. 2015. Burket's Oral Medicine. 12th Ed. In: Red and white lesions of the oral mucosa. Philadelphia: People Medical Publishing. 101-3.







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MUCOUS MEMBRANE PEMPHIGOID		0090/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Suatu penyakit autoimun subepitel kronis terutama menyerang membran mukosa, yang ditandai dengan bula, ulserasi pada mukosa rongga mulut dan atrofi atau jaringan parut pada beberapa organ.	
2. Anamnesis	Adanya keluhan berupa benjolan berisi air, mudah pecah saat makan atau berbicara sehingga menyebabkan luka pada rongga mulut. Ada gangguan penglihatan dan kadang ada keterlibatan di genital.	
3. Gejala Klinis	- Ekstra oral: 1. Lesi okular terdiri dari konjungtivitis, <i>symblepharon</i>, entropion, trichiasis, rasa kering dan opasitas kornea yang dapat menyebabkan kebutaan 2. Lesi dapat melibatkan mukosa genital, laring, esofagus, dan 20-30% pada kulit. - Intra Oral: 1. Lesi oral berupa vesikel atau bula intak pada gingiva atau permukaan mukosa lainnya, mudah pecah. 2. Penekanan pada bula dapat menyebabkan bula menyebar (<i>Nikolsky's sign</i>) 3. Ulser atau erosi iregular persisten akibat bula yang pecah dan khas ditutupi oleh fibrin kekuningan dan dikelilingi eritema menyerupai lichen planus erosiva 4. Gingivitis deskuamatif dengan karakteristik gingiva eritematus dan lunak, distribusinya tidak merata. 5. Rekurensi mengakibatkan atrofi epitel atau terbentuknya jaringan parut. 6. Lesi oral jarang menyebabkan jaringan parut.	

4. Gambaran Klinis	
5. Patofisiologi	Reaksi autoimun ini mengenai membrane basal yang menghubungkan antara lapisan dermis dan epidermis (BP180 dan laminin 5). IgG yang merusak BP180 dan laminin 5 pada lamina lucida membran basal sehingga menyebabkan pembentukan bula yang mudah pecah, selanjutnya terbentuk ulserasi pada mukosa rongga mulut.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan fisik sesuai dengan gejala klinis 3. Memenuhi pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	<i>Mucous membrane pemphigoid</i>
8. ICD-10	L12.1 <i>Cicatricial pemphigoid</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Pemphigoid bulosa</i> - <i>Pemfigus vulgaris</i> - <i>Lichen planus erosiva</i> - <i>Toxic epidermal necrolysis</i> - <i>Erythema multiforme</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan histopatologi - Imunofluoresen direk (bila tersedia) - Pemeriksaan serologi (ANA <i>profile</i>, antiDSDNA, ana IF)
11. Tata Laksana	Tergantung pada keparahan gejala dan daerah yang terlibat: - Kortikosteroid topikal yang <i>medium potency</i>: contoh triamcinolon acetonide setiap 6 jam per hari - Kortikosteroid topikal yang <i>high potency</i>: contoh klobetasol propionate cream setiap 8 jam per hari - Rujukan medik ke dokter spesialis penyakit dalam atau dokter spesialis kulit dan kelamin atau dokter spesialis mata jika ditemukan keterlibatan pada sistemik.

	- Jika ditemukan adanya infeksi jamur, maka dapat diberikan anti jamur.
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Kesembuhan pada lesi secara klinis
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine (12th Edition)</i>. Philadelphia (USA) : Pepople Medical Publishing. 2. Scully. 2013. <i>Oral &Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment (3rd Edition)</i>. London : Elsevier Ltd 3. Laskaris G. 2005. <i>Pocket atlas of oral diseases (2nd edition)</i>. Stuttgart : Georg Thieme Verlag.





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MUKOSITIS TERKAIT RADIOTERAPI/KEMOTERAPI		0091/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Reaksi peradangan yang terjadi pada mukosa mulut akibat agen kemoterapi/radioterapi atau kombinasi.	
2. Anamnesis	Mulut terasa kering (<i>xerostomia</i>), rasa terbakar, terasa tidak nyaman dalam rongga mulut bahkan disertai sariawan pada mukosa mulut. Riwayat sedang menjalani kemoterapi atau radioterapi atau kombinasi.	
3. Gejala Klinis	Tanda awal berupa eritema, yang berlanjut menjadi lesi erosi dan ulserasi. Ulserasi biasanya disertai pseudomembran fibrinous. Pada mukositis oral yang terinduksi radiasi yaitu regio kepala dan leher. Mukosa yang terkena radiasi paling umum terjadi pada mukosa non keratin yaitu lateral dan ventral lidah, serta mukosa bukal dan palatum lunak. Beberapa infeksi oportunistik seperti infeksi virus HSV dan kandidiasis dapat tampil <i>superimposed</i> dengan mukositis oral. <i>Grading system</i> mukositis oral menurut WHO: <i>Grade 0</i>: belum terdapat gejala klinis <i>Grade 1</i> (ringan): terdapat eritema dan nyeri rongga mulut <i>Grade 2</i> (sedang): terdapat eritema, ulserasi, masih bisa makan makanan padat <i>Grade 3</i> (berat): ulserasi, hanya bisa diet cair <i>Grade 4</i> (<i>life-threatening</i>): tidak bisa makan melalui mulut	

4. Gambaran Klinis	
5. Patofisiologi	Fase awal yaitu fase inisiasi kerusakan jaringan. Radikal bebas dari agen kemoterapi dan atau radioterapi menginduksi kerusakan pada level seluler yang menyebabkan kematian sel basal epitel. Fase berikutnya adalah <i>upregulasi</i> peradangan melalui sinyal-sinyal transmisi yang diaktifasi kembali oleh radikal bebas dari permukaan seluler ke dalam sel, menghasilkan sitokin pro inflamatori, kematian jaringan dan sel. Pengaktifan sitokin proinflamatori seperti TNF-α yang dihasilkan oleh makrofag menyebabkan kerusakan sel mukosa yang berlanjut menjadi ulserasi dan peradangan. Selain itu terdapat infiltrasi sel peradangan yang signifikan pada ulserasi mukosa, sebagai bagian dari metabolit mikroflora rongga mulut yang berkolonisasi. Fase penyembuhan terjadi dengan adanya proliferasi sel dan re-epitelisasi pada ulkus, yang mengembalikan integritas epitel.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria gejala dan gambaran klinis
7. Diagnosis Kerja	Mukositis terkait radioterapi/kemoterapi
8. ICD-10	K.12.30 <i>Oral mucositis (ulcerative)</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Erythema multiforme</i> - <i>Erosive lichen planus</i> - <i>Primary herpetic gingivostomatitis</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak perlu dilakukan

11. Tata Laksana	Kontrol nyeri, boleh salah satu atau kombinasi: - Kumur buang larutan saline 10 mL sesering mungkin - Mengulum kepingan es batu sesering mungkin - Obat kumur, digunakan 30 menit sebelum makan: 1. Anestetik topikal, kumur buang: a. Kumur buang 2% <i>viscous lidocaine mouthwash</i> setiap 6-8 jam per hari (2 mL lidokain (1 ampul) larutkan ke dalam 100 mL akuades steril) b. Benzydamine HCl 10 mL 6-8 jam per hari 2. <i>Covering agent</i> yang memiliki antiinflamasi: a. Asam hialuronat 10 mL 6-8 jam per hari, kumur buang b. <i>Sucralfate</i> 1 sendok teh 6-8 jam per hari, kumur telan - Analgesik sistemik. Penunjang nutrisi: - Rawat kolaborasi bersama spesialis gizi/ahli nutrisi Dekontaminasi rongga mulut: - Meningkatkan <i>oral hygiene</i>; menyikat gigi dengan sikat gigi lembut, atau - Berkumur menggunakan obat kumur tanpa medikasi (saline) dan atau antiseptik topikal povidon iodine 1% 10mL 6-8 jam per hari Terapi paliatif untuk mulut kering: - Intake asupan air ditingkatkan, dan/atau - Mengunyah permen karet bebas gula atau makanan yang dapat merangsang pembentukan saliva - Berkumur air sesering mungkin - Penggunaan <i>saliva substitute</i> - Jika dibutuhkan, penggunaan agen kolinergik (merangsang produksi saliva) - Berkumur menggunakan larutan baking soda atau garam (1/2 sendok baking soda atau garam dicampur 1 gelas air hangat) beberapa kali untuk menghidrasi, membersihkan, dan sebagai buffer rongga mulut - Hindari obat kumur yang mengandung alkohol - Pasta gigi yang tidak mengandung <i>sodium lauryl sulfate</i> - Pelembab bibir (lanolin, vaselin/petroleum jelly) dioleskan setiap 5 jam per hari
-------------------------	--

	Tata laksana perdarahan rongga mulut: - Penggunaan agen hemostatik topikal (<i>fibrin glue</i> atau <i>gelatin sponge</i>) - Pasien dengan trombosit dibawah 20.000 membutuhkan transfusi platelet.
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 89.31 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Sedang (tergantung durasi, jenis dan dosis radiokemoterapi serta <i>grade</i> mukositis)
15. Keberhasilan Perawatan	- Terjadi perbaikan pada lesi dan berkurangnya keluhan subjektif. - Perbaikan lesi membutuhkan waktu sekitar 2-4 minggu.
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. Burket's Oral Medicine.12th Ed . Philadelphia : People Medical Publishing 2. Scully. 2013. Oral & Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment 3rd Ed. London : Elsevier Ltd 3. Patton L. 2012. The ADA Practical Guide to Patients with Medical Conditions. Iowa USA : Willey Blackwell



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

NECROTIZING SIALOMETAPLASIA		0092/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Reaksi inflamasi jinak dari jaringan kelenjar saliva minor yang mirip karsinoma sel skuamosa atau karsinoma <i>mucoepidermoid</i> . Sebagian besar ditemukan di mukosa palatum keras posterior. Dua pertiga dari kasus lesi unilateral. Lokasi lain termasuk palatum mole, bibir, daerah retromolar, lidah, lipatan mukosa, tonsil fossa, parotis, sublingual, submandibular, rongga hidung, sinus maksilaris, dan laring.	
2. Anamnesis	- Sariawan / bengkak dan sakit pada palatum - Gejala prodromal mirip flu sebelum munculnya lesi - Sulit / sakit menelan - Mual (jarang) - Dengan / tanpa riwayat trauma lokal	
3. Gejala Klinis	- Tampak nodula / ulser / eritematosa (merah) - Ulkus yang dalam dan berbatas jelas yang berwarna kuning keabu-abuan - Biasanya ada rasa sakit ringan	
4. Gambaran Klinis		

	
5. Patofisiologi	Patogenesis tidak diketahui dengan pasti, tetapi diyakini kemunculan lesi ini terkait dengan adanya reaksi fisikokimia atau biologis pada pembuluh darah yang mengakibatkan iskemik dan mengakibatkan nekrosis, peradangan, dan metaplasia pada saluran tersebut. Patogenesis <i>Necrotizing Sialometaplasia</i> terbagi menjadi lima tahap histologis: infark, sekuestrasi, ulserasi, tahap reparatif, dan tahap penyembuhan.
6. Kriteria Diagnosis	Ulkus ireguler, lunak, tepi kemerahan, dan tampak jaringan nekrotik pada palatum
7. Diagnosis Kerja	<i>Necrotizing Sialometaplasia</i>
8. ICD-10	K11.8 <i>Other diseases of salivary glands</i>

9. Diagnosis Banding	- Karsinoma sel skuamosa rongga mulut - Ulser trauma kronik /<i>eosinophilic ulcer</i> - Gumma (Sifilis stadium 3)
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan histopatologi - CT-scan - MRI
11. Tata Laksana	- Tidak memerlukan tindakan pembedahan - Dapat menggunakan golongan NSAID (<i>non-steroid anti inflammation drugs</i>) - Klorheksidin glukonat / <i>Benzydamine</i> HCl 3x 10 ml sehari - Simtomatis: Analgetik dan antipiretik - Gunakan pelindung akrilik pada area lesi dan dilapisi dengan silikon untuk melindungi tulang yang terpapar dari residu makanan selama makan dan untuk mengurangi rasa sakit saat menelan - Kontrol setiap minggu dilakukan selama 8 minggu atau sesuai dengan kondisi - Dapat diberikan multivitamin untuk mempercepat proses penyembuhan - Selama perawatan berlangsung lakukan diet TKTP
12. KIE	1. Hindari faktor penyebab seperti konsumsi alkohol, merokok 2. Pola hidup sehat 3. Makanan bergizi 4. Buat gigi tiruan baru jika sudah tidak adekuat 5. Kontrol rutin untuk mengantisipasi keganasan
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Keadaan klinis membaik dan tidak sakit, biasanya setelah minggu pertama rasa sakit saat menelan teratasi.
16. Daftar Pustaka	1. Carlson DL. 2009. Necrotizing sialometaplasia: A practical approach to the diagnosis. <i>Arch Pathol Lab Med</i>, 133(5):692–698. 2. Daudia A, Murty GE. 2002. First case of full-thickness palatal necrotizing sialometaplasia. <i>J Laryngol Otol</i>,

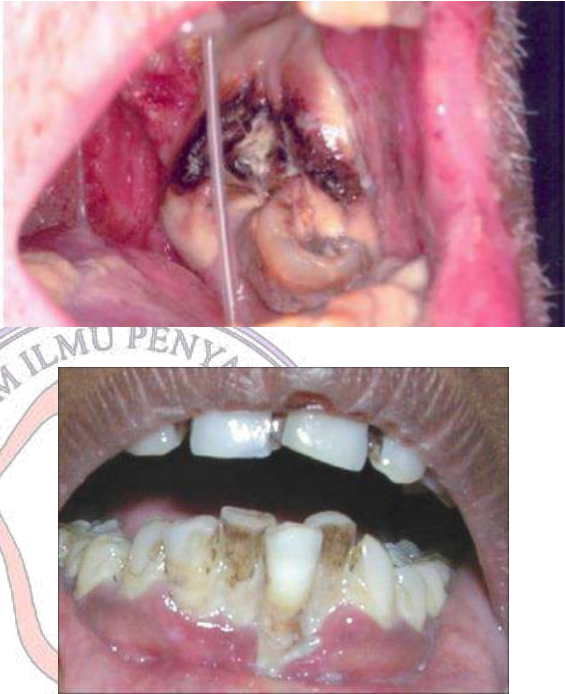
	116(3):219–220. 3. Kaplan I, Alterman M, Kleinman S, Reiser V, Shuster A, Dagan Y, Shlomi B. 2012. The clinical, histologic, and treatment spectrum in necrotizing sialometaplasia. <i>Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol</i>, 114(5): 577–585. 4. Kimura Y, Matsuzaka K, Matsuoka K, Muramatsu T, Yokoyama Y, Inoue T. 2011. A case report of necrotizing sialometaplasia with immunohistological findings and a review of the literature. <i>Oral Medicine & Pathology</i>, 15(3): 87–90. 5. Krishna S, Ramnarayan BK. 2011. Necrotizing sialometaplasia of palate: a case report. <i>Imaging Sci Dent</i>, 41(1):35–38. 6. Regezi JA, Sciubba J, Jordan RCK. 2012. <i>Oral pathology: clinical pathologic correlations</i>, 6th ed. Elsevier Saunders, St. Louis. pp. 191. 7. Senapati S, Samal SC, Kumar R, Patra S. 2016. Necrotizing sialometaplasia: manifestation of a localized unclassified vasculitis. <i>Indian J Pathol Microbiol</i>, 59(2): 232–234.
--	--





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

NECROTIZING ULCERATIVE STOMATITIS		0093/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	<i>Necrotizing ulcerative stomatitis</i> (NUS) dapat dianggap sebagai NUG atau NUP, yang secara kolektif dapat dikelompokkan sebagai <i>necrotizing gingivostomatitis</i>. Perbedaannya di NUS, hanya melibatkan jaringan lunak mulut kecuali gingiva. Untuk <i>necrotizing gingivostomatitis</i> ini, disebabkan karena infeksi bakteri anaerob, tidak menular, berhubungan dengan proliferasi dari bakteri <i>Borrelia vincentii</i>, <i>Fusobacterium</i>, dan <i>Prevotella</i>.	
2. Anamnesis	Gusi mudah berdarah, sakit, mulut terasa logam besi (<i>metallic taste</i>), malodor, demam, malaise, terdapat defisiensi nutrisi kronik.	
3. Gejala Klinis	- Ekstra Oral : 1. Limfadenopati - Intra Oral : 1. <i>Necrotizing Ulcerative Stomatitis</i> a. Kemerahan sepanjang tepi gingiva yang meluas ke gingiva cekat dan mukosa alveolar b. Terjadi ulserasi pada papila interdental sampai marginal gingiva c. Tertutup jaringan nekrotik, mudah berdarah dan sakit d. Nyeri hebat e. Perdarahan 2. <i>Necrotizing Ulcerative Gingivitis</i> a. Kemerahan sepanjang tepi gingiva yang meluas ke gingiva cekat dan mukosa alveolar b. Terjadi ulserasi pada papila interdental sampai marginal gingiva c. Tertutup jaringan nekrotik, mudah berdarah dan sakit d. Bau mulut busuk yang menyengat	

	3. <i>Necrotizing Ulcerative Periodontitis</i> - Ulserasi dan nekrosis pada jaringan gusi dan periodontal yang progresif. - Hilangnya perlekatan jaringan penyangga gigi dan tulang alveolar dengan cepat - Nyeri hebat - Perdarahan - Bau mulut busuk yang menyengat
4. Gambaran Klinis	
5. Patofisiologi	- Hingga saat ini mikroorganisme yang teridentifikasi sebagai penyebabnya adalah <i>Bacteriodes melaninogenicus</i>, <i>Borrelia vincentii</i>, <i>Fusobacterium nucleatum</i>, dan <i>Prevotella intermedia</i>. - Faktor predisposisi sering terkait dengan imunokompromis seperti infeksi HIV-AIDS (Infeksi oportunistik bakteri <i>fusospirochetal</i>), leukemia dan lain-lain. Selain itu, dapat diperparah dengan kebersihan mulut yang buruk, stres, malnutrisi berat, sanitasi buruk, konsumsi alkohol, dan merokok. - Dapat timbul bersama atau merupakan perluasan dari NUG dan NUP. - Dapat berkembang menjadi Noma ketika lesi nekrotik telah melibatkan seluruh lapisan otot bukal/labial sehingga menyebabkan perforasi.

6. Kriteria Diagnosis	- Kemerahan sepanjang tepi gingiva yang meluas ke gingiva cekat dan mukosa alveolar, ulserasi pada papila interdental sampai marginal gingiva, nyeri hebat, perdarahan - Pemeriksaan penunjang (kultur bakteri) bila diperlukan
7. Diagnosis Kerja	<i>Necrotizing Ulcerative Stomatitis</i>
8. ICD-10	A69.0 <i>Necrotizing ulcerative stomatitis</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Deep fungal infection</i> - Stomatitis aftosa rekuren - Ulkus eosinofilik - Noma - <i>Non-Hodgkin's Lymphoma</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Kultur bakteri (bila diperlukan) - Pemeriksaan darah lengkap - Pemeriksaan penyangkutan kondisi sistemik yang diduga terlibat
11. Tata Laksana	- Melakukan <i>debridement</i> untuk menghilangkan jaringan nekrotik dan mikroba penyebab menggunakan larutan H₂O₂ 1,5-3%. - Antibiotik: Metronidazole (Penisilin jika hamil), 500 mg/8 jam/hari, selama 1 minggu (dapat dikombinasikan dengan antibiotik golongan lain jika diperlukan) - Antiseptik: Klorheksidin 0,1-0,2% 10mL 6-8 jam per hari kumur buang. - Simptomatik: analgesik, antipiretik - Suportif: hidrasi, diet lunak tinggi kalori-protein, istirahat, multivitamin. - Rujukan medik ke dokter spesialis terkait jika ditemukan adanya penyakit sistemik yang melatarbelakangi. - Jika kondisi akut telah mereda dapat dilakukan skeling dan <i>root planning</i> untuk meningkatkan kebersihan mulut.
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut

13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i> 86.28 <i>Non-excisional debridement of wound, infection, or burn</i>
14. Prognosis	Baik, jika segera dilakukan kontrol infeksi dan suportif.
15. Keberhasilan Perawatan	Remisi lesi, keluhan nyeri berkurang hingga menghilang.
16. Daftar Pustaka	1. American Dental Association. 2020. Oral Health Topics Human Immunodeficiency Virus (HIV). https://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/hiv. 2. Farah CS, Balasubramniam R, McCullough MJ. 2019. Contemporary Oral Medicine: A Clinical Approach to Clinical Practice. Australia: Springer. pp. 516, 906. 3. Gandolfo S, Scully C, Carrozzo M. 2006. Oral Medicine. St. Louis: Churchill Livingstone. pp. 116. 4. Hill JD, Reznik D. 2008. Oropharyngeal disease. In: AIDS therapy. Philadelphia: Churchill Livingstone. pp. 1157-67. 5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019. <i>Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana HIV</i>. Indonesia: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. http:// siha.depkes.go.id/ portal /files_upload /PNPK_HIV_Kop_Garuda __1_.pdf. 6. Lewis MAO, Jordan RCK. 2012. A Colour Handbook Oral Medicine. 2nd Ed. London: Manson Publishing, pp.38. 7. Rezki S, Sasanti H. 2017. Necrotizing ulcerative stomatitis terkait HIV/AIDS: Gambaran Klinis dan Tatalaksana. <i>Cakradonya Dent J</i>. 9(2).pp.127-34. 8. Sharma G, Oberoi S, Vohra P, Nagpal A. 2015. Oral Manifestations of HIV/AIDS in Asia : Systematic Review and Future Research Guidelines. 7(3). doi:10.4317/jced.52127.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

ORAL HAIRY LEUKOPLAKIA		0094/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Bercak putih yang permukaannya <i>corrugated/hairy</i> di lateral lidah yang tidak hilang pada saat dikerok/diseka.	
2. Anamnesis	Pasien mengeluhkan bercak putih pada tepi lidah	
3. Gejala Klinis	- Asimtomatik - Kadang nyeri ringan - Perubahan rasa pengecap - Lapisan bercak putih keratolitik yang tidak dapat dikerok pada lateral lidah - Permukaan lesinya <i>corrugated/hairy</i> vertikal	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	- Infeksi oportunistik <i>Epstein Barr Virus</i> (EBV) pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA). - EBV menginfeksi sel B dan menjadi laten pada bagian membran protein sehingga meningkatkan regulasi pada faktor transkripsi untuk aktivasi limfosit, mengakibatkan mutasi immunoglobulin sel B terjadi proliferasi sel B yang berlebihan, kemudian terjadi hiperkeratosis pada permukaan epitel lateral lidah mengakibatkan penebalan berwarna putih.	
6. Kriteria Diagnosis	Memenuhi kriteria klinis dan anamnesis	
7. Diagnosis Kerja	<i>Oral Hairy Leukoplakia</i>	

8. ICD-10	K13.3 <i>Oral Hairy Leukoplakia</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Oral lichen planus plaque type</i> - <i>Oral lichenoid reactions</i> - <i>Frictional keratosis</i> - <i>White sponge nevus</i> - <i>Leukoplakia</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Serial <i>Rapid</i> tes HIV (R1, R2, R3). HIV positif apabila ketiga <i>rapid</i> tes hasilnya reaktif - Histopatologi
11. Tata Laksana	- Konseling pemeriksaan <i>rapid</i> tes HIV - Medikasi: ARV
12. KIE	1. Konseling pencegahan positif (tidak tertular, tidak menularkan, peningkatan kualitas hidup) 2. Hubungkan dengan layanan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan HIV/AIDS puskesmas atau rumah sakit terdekat.
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i>
14. Prognosis	Prognosis baik, apabila pasien patuh minum obat ARV
15. Keberhasilan Perawatan	Perbaikan kondisi klinis: lesi putih rongga mulut berkurang sampai hilang
16. Daftar Pustaka	1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019. <i>Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata laksana HIV</i>. Indonesia: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia:1-220. http://siha.depkes.go.id/portal/files_upload/PNPK_HIV_Kop_Garuda__1_.pdf. 2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. <i>Pedoman Pelaksanaan Konseling Dan Tes HIV</i>; 3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. <i>Program Pengendalian HIV AIDS Dan PIMS</i>. 1st ed. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; http://siha.depkes.go.id/portal/files_upload/4__Pedoman_Fasyankes_Primer_ok.pdf. 4. American Dental Association. 2000. Oral Health Topics Human Immunodeficiency Virus (HIV). American Dental Association. https://www.ada.org/en/member-

	center/oral-health-topics/hiv. 5. Sharma G, Oberoi S, Vohra P, Nagpal A. 2015. Oral manifestations of HIV / AIDS in Asia : Systematic review and future research guidelines.;7(3). doi:10.4317/jced.52127 6. Bhardwaj A, Foundation AH. 2007. <i>HIV & AIDS in Dental Practice - Hand Book for Dental Practitioners</i>. (Prabhu SR, Kohli A, Rao CB, eds.). The Dental Council of India. 7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. <i>Modul Pelatihan Identifikasi Lesi Rongga Mulut Dan Penatalaksanaan Kesehatan Gigi Dan Mulut Pada Odha Bagi Tenaga Kesehatan Gigi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan</i>. http://pdgi.or.id/wp-content/uploads/2015/04/ODHA.pdf.
--	--







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

OROFACIAL GRANULOMATOSIS		0095/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Gangguan inflamasi granulomatosa kronik <i>non-necrotizing</i> pada mukosa oral ditandai oleh pembesaran jaringan lunak yang menetap atau berulang, ulserasi mulut, dan berbagai variasi gambaran orofasial. Tanpa diikuti gangguan granulomatosa sistemik <i>Crohn's disease</i> atau sarkoidosis. Tanpa penyebab yang jelas.	
2. Anamnesis	Ada pembengkakan jaringan intra oral atau bibir, adanya ulserasi mulut, rasa nyeri sehingga sulit makan, gangguan pengecap, riwayat paralisis wajah atau <i>paresthesia</i> , riwayat hiposalivasi, riwayat alergi.	
3. Gejala Klinis	Biasanya terjadi pada usia dewasa muda, dapat terjadi pula pada usia anak, utamanya di bibir dan mukosa oral, yaitu adanya edema dan tampilan <i>cobblestoning</i> . Ulser linear dan lesi gingiva lebih jarang terjadi dibanding pada <i>Crohn's disease</i> .	
4. Gambaran Klinis		

	
5. Patofisiologi	Idiopatik namun dapat tampak sebagai reaksi imun abnormal pada berbagai agen pencetus atau alergi makanan dan bahan makanan seperti <i>cinnamon</i>, <i>benzoate</i>, <i>phenol</i>, serta bahan kedokteran gigi: kobalt, amalgam. Faktor genetik atau infeksi (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>, <i>M. paratuberculosis</i>, <i>Saccharomyces cerevisiae</i> and <i>Borrelia burgdorferi</i>) juga diduga terlibat. Melibatkan reaksi hipersensitivitas tipe 1 dan 4.
6. Kriteria Diagnosis	1. Berdasarkan gambaran klinis: biasanya pembengkakan pada salah satu atau kedua bibir, tidak nyeri saat palpasi, menetap. Lesi intraoral berupa edema, ulser, dan papul. Lidah dapat memiliki tampilan fisur, edema, <i>paresthesia</i>, erosi, dan perubahan pengecapan. Gingiva dapat membengkak, kemerahan, nyeri, atau memiliki erosi. Mukosa bukal tampak berpenampilan seperti <i>cobblestoning</i> atau pembesaran submukosa terlokalisir. Pada sulkus dapat terjadi lipatan jaringan hiperplastik dengan ulserasi yang memanjang pada dasarnya. Pada palatum dapat tampak papula atau jaringan hiperplastik. 2. Evaluasi histopatologis (Hasil: granulomatosa non-caseosa multipel disertai sel raksasa multinukleat).
7. Diagnosis Kerja	<i>Orofacial granulomatosis, cheilitis granulomatosa (of Miescher cheilitis)</i>
8. ICD-10	K13.4 <i>Granuloma and granuloma-like lesion of oral mucosa</i>

9. Diagnosis Banding	Manifestasi <i>oral of Chron's disease, Melkersson-Rosenthal syndrome, sarcoidosis, cheilitis granulomatosa, Wegener's granulomatosis, gra-nulomatous infections such as tuberculosis, leprosy and leishmaniasis deep fungal infections, amyloidosis, and foreign body reactions.</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Biopsi - Rujukan ke spesialis yang berkompetensi untuk pemeriksaan kondisi sistemik (<i>Crohn's disease</i> dan TB)
11. Tata Laksana	- Identifikasi dan menghindari faktor pencetus (pola diet) - Eliminasi fokus infeksi - Kortikosteroid dosis tinggi (prednison 50 mg per hari selama 1 minggu, lalu <i>tapering off</i> 10 mg per minggu) - Kortikosteroid topikal 0,1 ml (40 mg/ml) per tiga hari selama tiga minggu - Kortikosteoid intralesi atau obat immunosupresif (<i>tacrolimus, ciclosporin, dapsone, dll</i>) - Antibiotik (metronidazole) - <i>Imunomodulator</i> (5 mg/kg infliximab, atau adalimumab dosis awal 80 mg dilanjutkan 40 mg setiap 2 minggu selama 6 bulan) - <i>Clofazimine</i> 100 mg, 4 kali dalam seminggu selama 3-11 bulan - Thalidomide dosis rendah. - Obat lainnya (<i>sparing agent of steroid</i>): <i>Hydroxychloroquine, methotrexate, azathioprine, metronidazole, minocycline, dapsone, dan danazol.</i>
12. KIE	Kontrol faktor pencetus dan predisposisi (misalnya: menghindari jenis makanan tertentu).
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik sampai sedang.
15. Keberhasilan Perawatan	Perbaikan klinis.
16. Daftar Pustaka	1. Odell E. 2017. <i>Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine</i>, 9th ed. Elsevier. Hal 453-454. 2. Neville B, Damm DD, Allen C, Chi A. 2015. <i>Oral and Maxillofacial Pathology</i>, 4th ed. Elsevier. Hal 312-315. 3. Rangdhoi RV, et al. 2014. <i>Idiopathic Orofacial</i>

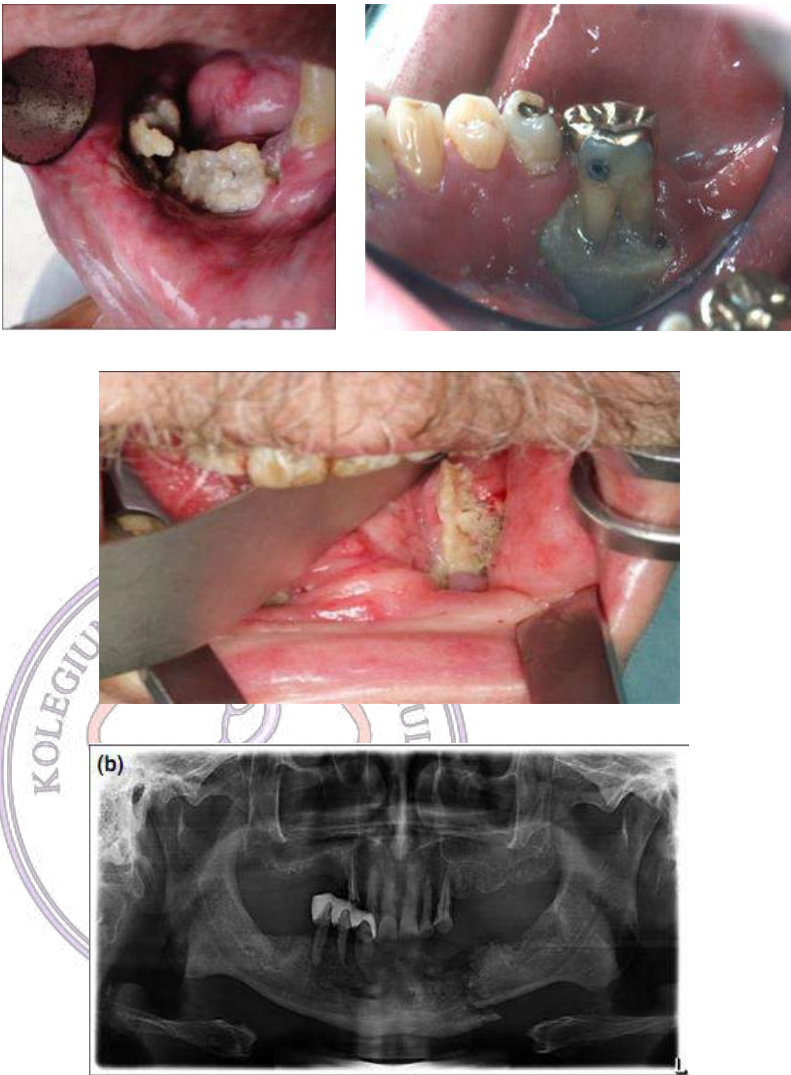
	Granulomatosis – A Diagnostic and Treatment Challenge. Journal of Clinical and Diagnostic Research; 8(11): ZD07-ZD10. 4. Afsar FS, Duran HD, Yilmaz G, Ermete M. 2017. Clinicopathological diagnosis of orofacial granulomatosis. Indian Dermatol Online J.;8(1):32-34. doi:10.4103/2229-5178.198768 5. Badshah MB, Walayat S, Ahmed U, Dhillon S, Yong S, Kane S and Thievanayagam S. 2017. Treatment of orofacial granulomatosis: A case report. Journal of Medical Case Reports.;11(300);1-4 6. Javadzadeh A, Pakfetrat A, Falaki F, Seyyedi SA. 2012. Approach to Orofacial Granulomatosis and Review of Literature. Journal of Islamic Dental Association of Iran.;24(3):111-121.
--	--





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

OSTEORADIONEKROSIS ORAL		0096/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Merupakan nekrosis daerah tulang yang terekspos ke jaringan lunak akibat radiasi dan gagal untuk sembuh dalam jangka waktu 3 bulan tanpa persistensi atau rekurensi tumor. Menurut Notani dkk. terbagi atas 3 tingkatan berdasarkan perluasan lesi osteoradionekrosis: - <i>Grade I</i>: terbatas pada tulang alveolar - <i>Grade II</i>: pada tulang alveolar dan/atau mandibula di atas level kanalis mandibularis - <i>Grade III</i>: perluasan ke mandibula hingga level kanalis mandibularis, disertai adanya fistula dan fraktur patologis	
2. Anamnesis	- Kerusakan jaringan karena radiasi biasanya di atas dosis 60 Gray - Inflamasi dan mikrovaskular trombosis yang menyebabkan nekrosis tulang dan jaringan - Luka yang tidak sembuh akibat hipoksia jaringan, hiposelularitas dan hipovaskularisasi	
3. Gejala Klinis	- Osteoradionekrosis dominan pada pasien di atas 55 tahun. - Predominan pada mandibula dengan perbandingan terhadap maksilla rasio 24:1 - Pasien <i>post</i> radioterapi dan atau kemoterapi > 3bulan - <i>Post</i> ekstraksi gigi - <i>Radiation-induced mucositis, xerostomia</i> atau menurunnya respon imun lokal - Nyeri - Ulserasi dan nekrosis mukosa - Terlihat tulang yang nekrotik (<i>sequester</i>) pada permukaan - Supurasi - Kadang terjadi <i>dysaesthesia</i> atau <i>anaesthesia (sensory disturbance)</i> - Kesulitan dalam membuka mulut, mengunyah, dan berbicara	

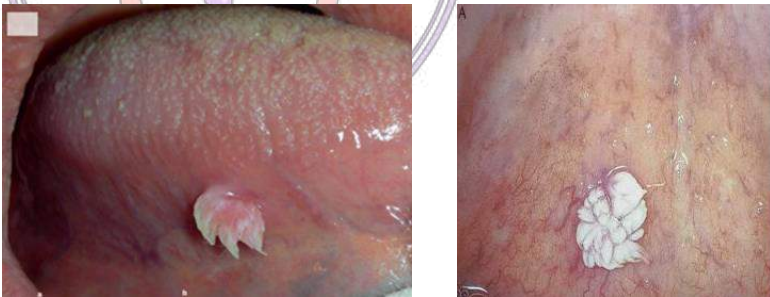
	- Dapat menyebabkan fraktur patologis, fistula intra/ekstra oral, dan infeksi lokal dan atau sistemik
4. Gambaran Klinis	
5. Patofisiologi	Radiasi menginduksi proses fibroatrofi yang menyebabkan proliferasi <i>fibroblast</i> mengalami penipisan sel total dan penurunan kemampuan <i>fibroblast</i> untuk memproduksi dan mensekresikan kolagen pada jaringan di sekitarnya. Tulang yang rusak menjadi nekrosis sebagai akibat dari pembuluh darah di periosteum yang rusak dan menjadi <i>sequester</i>. Bakteri dan jamur flora normal rongga mulut dapat menimbulkan infeksi dan memperburuk keadaan lokal dengan memperbesar nekrosis dan infeksi.
6. Kriteria Diagnosis	Pada posterior mandibula, terdapat fistula, post radiasi, mukosa terekspos disertai kerusakan tulang adalah ciri khas <i>Osteoradionekrosis</i> (ORN)

7. Diagnosis Kerja	<i>Osteoradionekrosis</i>
8. ICD-10	M87.88 K10.2 <i>Inflammatory conditions of jaws</i>
9. Diagnosis Banding	<i>Facial space infection, Radiation osteomyelitis</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Panoramic radiografi - CT scan - Histopatologi
11. Tata Laksana	- Antibiotika: 1. <i>Drug of choice</i>: Penisilin 500 mg 4x/hari 2. Alergi penisilin: Eritromisin 500 mg 4x/hari - Irigasi ringan dengan larutan <i>saline</i> atau <i>Chlorhexidine</i> pada tepi jaringan lunak untuk membersihkan debris dan mengurangi inflamasi - Pengobatan suportif : diet cair/lunak TKTP - Penutupan tulang yang terexpose dengan <i>pack</i> - Rujuk ke Spesialis Bedah Mulut dan Maksilofasial
12. KIE	1. Menggunakan obat secara teratur 2. Menjalani prosedur operasi dengan kooperatif 3. Menjaga <i>oral hygiene</i> dan kebersihan area <i>post operasi</i>
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 86.28 <i>Nonexcisional debridement of wound, infection or burn</i>
14. Prognosis	Baik tergantung pada tingkat kerusakan dan prosedur post operasi.
15. Keberhasilan Perawatan	Secara estetik baik, kembalinya fungsi stomatognati, tidak ada infeksi sekunder
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine (12th Edition)</i>. Philadelphia (USA) : Pepople Medical Publishing.p.216 2. Ghom AG. 2010. <i>Texbook of Oral Medicine</i>. 2nd ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers.p. 318, 346, 347, 350, 414 3. Laskin DM, Abubaker AO. 2007. <i>Decision Making in Oral and maxillofacial surgery</i>, London, Quintessence Publishing Co.p.226-229





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

PAPILOMA TERKAIT INFEKSI HPV (ORAL WARTS)		0097/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Tumor jinak rongga mulut yang disebabkan oleh virus <i>Human papilloma</i> (HPV).	
2. Anamnesis	Munculnya kutil seperti bunga kol pada lidah, bibir atau langit-langit rongga mulut, mukosa bukal, gingiva, timbul spontan tanpa disertai rasa sakit, dapat berkaitan dengan riwayat kontak terhadap lesi primer (contoh melalui hubungan seksual orogenital).	
3. Gejala Klinis	Bentuk pertumbuhan eksofitik seperti kutil atau kembang kol dengan permukaan putih atau merah muda, umumnya pada lokasi ventral lidah, frenulum, palatum atau mukosa bibir. Dapat juga ditemukan lesi genital.	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	HPV akan masuk melalui mukosa yang mengalami mikroabrasi epitel akibat trauma mekanik. Selanjutnya virus akan masuk melalui endositosis sehingga genom episomal masuk ke dalam nukleus dan mengalami transkripsi gen virus. Epitel yang terinfeksi akan mengalami diferensiasi dari sel basal menjadi sel keratinosit. Sel keratinosit akan mengalami deskuamasi dari bagian terluar epitel, kemudian sel yang mengandung banyak virus, yang siap untuk menginfeksi <i>host</i> selanjutnya.	
6. Kriteria Diagnosis	Bentuk pertumbuhan eksofitik, seperti kutil atau kembang kol dengan permukaan putih atau merah muda.	

	Lokasi di ventral lidah, frenulum, palatum atau mukosa bibir. Dapat ditemukan lesi genital.
7. Diagnosis Kerja	Papilloma terkait infeksi HPV atau <i>oral warts</i>
8. ICD-10	D10.30 <i>Benign neoplasm of unspecified part of mouth</i>
9. Diagnosis Banding	Kondiloma akuminata, <i>verruca vulgaris</i> , oral karsinoma sel skuamosa.
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan histopatologi
11. Tata Laksana	Bekerjasama dengan dokter/dokter gigi spesialis yang terkait untuk eksisi lesi.
12. KIE	1. Menjelaskan mengenai penyakit yang diderita pasien beserta diagnosisnya 2. Menjelaskan kemungkinan faktor pemicu dari kondisi keluhan utama pasien yang ada di rongga mulut 3. Menjelaskan berbagai kemungkinan yang memperberat keluhan pasien 4. Edukasi mengenai oral higiene 5. Edukasi transmisi virus HPV
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Hilangnya lesi secara klinis
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. Burket's Oral Medicine. 12th Ed. Philadelphia: People Medical Publishing. 2. Robinson, et al. 2018. Soames' and Southam's, Oral Pathology. 5th Ed. Oxford University Press. 3. Betz SJ. 2019. HPV-Related Papillary Lesions of the Oral Mucosa: A Review. Head Neck Pathol.; 13(1): 80–90. doi: 10.1007/s12105-019-01003-7.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

PAROTITIS/MUMPS		0098/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Infeksi virus akut yang disebabkan oleh <i>paramyxovirus</i> RNA yang terjadi pada kelenjar saliva parotis, dapat juga terjadi pada kelenjar liur submandibularis atau sublingualis. Nama lain: <i>Parotitis Epidemica</i>, Gondongan, Viral Sialadenitis.	
2. Anamnesis	Pembengkakan dan sakit di pipi/bawah telinga, disertai demam, sakit kepala, nyeri otot.	
3. Gejala Klinis	- Masa inkubasi 2-3 minggu, terjadi pembesaran dan inflamasi kelenjar saliva (tanpa eritema, indurasi, dan fluktuasi), nyeri preaurikuler, demam, malaise, sakit kepala, mialgia - Melibatkan kelenjar saliva parotis, kadang submandibula - Pembesaran kelenjar sering terjadi bilateral, atau pada mulanya unilateral kemudian menjadi bilateral (pada 25% kasus), nyeri pada palpasi, setelah 24 – 48 jam	
4. Gambaran Klinis	   Kiri: Lokasi yang khas, terdapat pembengkakan berhubungan dengan mumps karena virus. Kanan: Lokasi yang juga biasanya terdapat mumps dan pembengkakan kadang berhubungan dengan abses molar RB.	
5. Patofisiologi	- Disebabkan oleh <i>Paramyxovirus</i> yang ditransimisi melalui kontak langsung droplet saliva. - Pada anak-anak sering terjadi secara epidemik. - Penyakit ini bersifat <i>self limiting disease</i> pada individu	

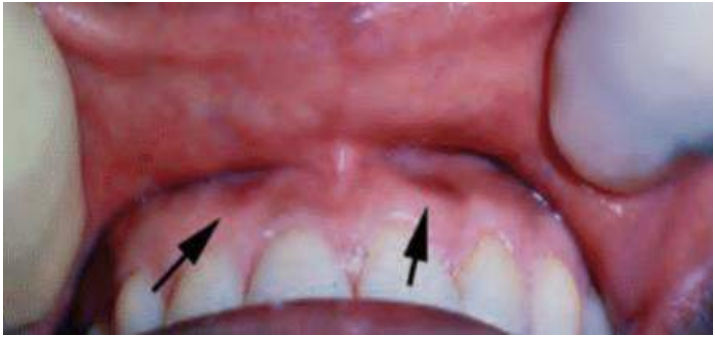
	imunokompeten. - Dapat terjadi komplikasi (<i>orchitis, oophoritis, pancreatitis, arthritis, mastitis, nefritis, pericarditis, or meningitis</i>), kondisi kompromis medis.
6. Kriteria Diagnosis	Ada pembesaran kelenjar saliva terutama kelenjar parotis, sakit preaurikular, disertai demam, malaise, sakit kepala, dan myalgia.
7. Diagnosis Kerja	<i>Parotitis, Mumps, Parotitis Epidemica, Gondongan, Viral Sialadenitis</i>
8. ICD-10	B26.9 <i>Mumps without complication</i>
9. Diagnosis Banding	- Abses perimandibula - <i>Bacterial Sialadenitis</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak diperlukan karena tampilan klinis dan riwayat penyakit menjadi karakteristik khas
11. Tata Laksana	- Simtomatik: analgesik, antipiretik. - Suportif: multivitamin, istirahat cukup, hidrasi, diet lunak tinggi kalori protein. - Dapat dilakukan kompres hangat, pijat pada kelenjar parotis, dan jika diperlukan pada kasus berat dimana aliran saliva kurang menggunakan <i>sialagogues</i> dari bahan alam (misal asam citrus) untuk meningkatkan laju aliran saliva. - Rujuk kepada dokter spesialis lain yang kompeten, jika kondisi tidak mengalami perbaikan atau terdapat komplikasi dalam 7 hari.
12. KIE	1. Memberi penjelasan tentang penyakit: merupakan penyakit menular yang disebabkan virus, dan dipengaruhi oleh penurunan imun tubuh. Penting untuk menghindari kontak dengan orang yang belum terinfeksi karena mudah menular melalui air ludah. 2. Memberi penjelasan tentang rencana perawatan keseluruhan, termasuk konsumsi obat secara teratur, atau jika diperlukan seperti pada kondisi demam dengan antipiretik. 3. <i>Home care</i>: meningkatkan kebersihan rongga mulut, menjalankan pola hidup sehat seperti banyak makan bergizi seimbang, buah dan sayur, serta minum air putih 2 liter per hari untuk menghindari dehidrasi, juga

	istirahat yang cukup. 4. Hal-hal yang dihindari/dikurangi: kontak erat dengan orang lain sampai penyakit sembuh, stres, kebiasaan buruk seperti merokok.
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik jika tidak disertai komplikasi.
15. Keberhasilan Perawatan	Perbaikan tanda dan gejala klinis, serta tidak terjadi komplikasi.
16. Daftar Pustaka	1. Fisher J, Monette DL, Patel KR, Kelley BP, Kennedy M. 2020. COVID-19 associated parotitis: a case report. <i>Am J Emerg Med</i>, S0735-6757(20)30549-0. 2. Glick M, Ship JA. 2015. <i>Burket's oral medicine</i>, 12th ed. People's Medical Publishing, Philadelphia (USA), pp. 243. 3. Hviid A, Rubin S, Mühlemann K. 2008. Mumps. <i>Lancet</i>, 371(9616): 932–944. 4. Odell EW. 2017. <i>Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine</i>, 9th ed. Elsevier, Edinburg, pp. 344.





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

PIGMENTASI FISIOLOGIS		099/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Suatu lesi pigmentasi di mukosa rongga mulut yang timbul secara fisiologis.	
2. Anamnesis	Pasien menyadari/merasakan ada perubahan warna (dari samar menjadi lebih gelap) di sepanjang mukosa gingiva dan kadang mukosa bukal secara bilateral dan tidak bertambah warnanya seiring dengan usia. Pasien merasakan ini sejak usia anak-anak. Riwayat anggota keluarga yang juga memiliki pigmentasi mukosa mulut.	
3. Gejala Klinis	Pigmentasi berwarna lebih gelap (coklat, abu-abu, biru kehitaman) dimana gingiva merupakan daerah yang paling sering terkena. Lesi sering tampak berupa pita berwarna gelap yang melebar dengan tepi berbatas jelas dan melengkung yang memisahkan daerah <i>gingiva attached</i>. Lesi dapat berupa bercak atau makula dan bersifat simetris atau asimetris.	
4. Gambaran Klinis	 Gambaran pigmentasi fisiologis pada gingiva maksila	

	 Gambaran pigmentasi fisiologis pada gingiva anak Afrika-Amerika
5. Patofisiologi	Etiologi: genetik Pigmentasi fisiologis ditemukan pada ras kulit hitam, Asia, dan Amerika Selatan. Pigmentasi ini ditemukan pada anak-anak dan menghilang pada usia dewasa. Pigmentasi fisiologis disebabkan oleh karena peningkatan pigmen melanin pada lapisan sel basal dan lamina propria tanpa peningkatan melanosit.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis 3. Pemeriksaan penunjang (bila diperlukan)
7. Diagnosis Kerja	Pigmentasi fisiologis
8. ICD-10	K13.7 <i>Other and unspecified lesions of oral mucosa</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Idiopathic pigmentation</i> - Pigmentasi terkait penggunaan obat-obatan - <i>Smoking induced pigmentation (smoker melanosis)</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan histopatologik
11. Tata Laksana	- Rujukan medik ke dokter gigi spesialis periodonsia untuk terapi dari lesi pigmentasi pada gingiva. - Untuk lesi pigmentasi pada mukosa selain gingiva, rujukan medik ke Dokter Gigi Spesialis Bedah Mulut dan Maksilofasial.
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 2. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 3. Edukasi gizi dan pola makan 4. Edukasi gaya hidup sehat

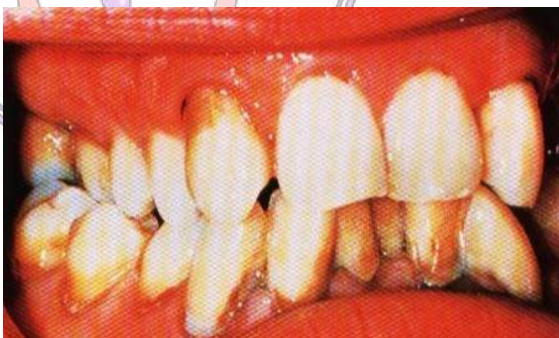
	5. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik, namun dapat rekuren kembali.
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. Burket's Oral Medicine. 12th Ed. Philadelphia (USA) : People Medical Publishing. 2. Scully. 2013. Oral &Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment (3rd Edition). London : Elsevier Ltd 3. DeLong & Bukhart. 2008. General and Oral Pathology for the Dental Hygienist 4. Laskaris G. 2006. Pocket atlas of oral disease (2nd Edition). New York : Thieme Stuttgart







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

PIGMENTASI ORAL TERKAIT LOGAM BERAT		0100/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Suatu lesi pigmentasi di mukosa rongga mulut oleh karena paparan senyawa logam berat.	
2. Anamnesis	Pasien tidak menyadari perubahan warna di mukosa rongga mulutnya. Riwayat kontak dengan logam berat baik di lingkungan rumah atau pekerjaan. Dapat disertai keluhan keracunan lain seperti diare, nausea dan lain-lain.	
3. Gejala Klinis	Pigmentasi ditemukan di sepanjang <i>marginal gingiva</i> . Garis metalik pada umumnya berwarna abu-abu hingga hitam. Terdapat gejala keracunan, adanya perubahan tingkah laku, gangguan neurologis, gangguan pencernaan, dan sialorea dihubungkan dengan <i>heavy metal poisoning</i> .	
4. Gambaran Klinis	 Makula <i>lead line</i> sepanjang tepi gingiva anterior  Makula hitam pada papila gingiva akibat deposit <i>bismuth</i>	

5. Patofisiologi	Senyawa logam berat seperti merkuri, timah, perak, arsen, emas, <i>bismuth</i> masuk secara tertelan atau terhirup atau luka pada kulit. Senyawa ini akan mengalami ekstrasvasi dari pembuluh darah lalu terdeposit ke jaringan gingiva.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan fisik 3. Pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	Pigmentasi oral terkait logam berat
8. ICD-10	L81.8 <i>disorders of pigmentation, unspecified</i>
9. Diagnosis Banding	- Amalgam <i>tattoo</i> - Pigmentasi fisiologis - <i>Smoker melanosis</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan darah lengkap
11. Tata Laksana	Rujukan medik ke dokter spesialis penyakit dalam untuk terapi kondisi keracunan logam berat. Pada higiene oral buruk dapat diberikan pemberian antiseptik
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Buruk tergantung keparahan keracunan logam berat
15. Keberhasilan Perawatan	Pigmentasi akan hilang seiring dengan penurunan kadar logam berat secara sistemik
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine</i>. 12th Ed. Philadelphia (USA) : People Medical Publishing. 2. Scully. 2013. <i>Oral &Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment</i> (3rd Edition). London : Elsevier

	Ltd 3. DeLong & Bukhart. 2008. General and Oral Pathology for the Dental Hygienist 4. Laskaris, G. 2006. Pocket atlas of oral disease (2nd Edition). New York: Thieme Stuttgart
--	--







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

PIGMENTASI ORAL TERKAIT OBAT-OBATAN		0101/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Suatu lesi pigmentasi yang dikarakteristikan dengan adanya peningkatan pigmen melanin di mukosa rongga mulut oleh karena efek pemakaian obat.	
2. Anamnesis	Pasien menyadari ada perubahan warna di mukosa rongga mulutnya, kadang disertai dengan perubahan warna di kulit. Riwayat penggunaan obat dalam jangka waktu panjang.	
3. Gejala Klinis	Ekstra oral: Hiperpigmentasi pada sklera, kuku, dan kulit, dan bibir Intra oral: pigmentasi berwarna lebih gelap pada daerah gingiva, palatum, dan vestibulum. Permukaan lesi bersifat datar. Palpasi tidak ditemukan <i>blanching</i>.	
4. Gambaran Klinis	 Pigmentasi Pemakaian Minosiklin  Pigmentsi Pemakaian <i>chlorpromazine</i>	

5. Patofisiologi	Pigmentasi pada jaringan lunak dihubungkan dengan penggunaan obat-obatan secara jangka panjang. Perubahan warna terjadi karena akumulasi metabolit obat-obatan pada jaringan lunak yang memicu melanogenesis. Pigmentasi pada dorsal lidah dapat disebabkan deposit dari obat secara topikal. Penggunaan obat-obatan yang dihubungkan dengan pigmentasi: - Antimalaria <i>Quinacrine, chloroquine, hidroxy-chloroquine, quinine</i> - Antibiotik <i>Tetracycline, minocycline</i> - Anti jamur <i>Ketoconazole</i> - Obat kontrasepsi oral Pil KB - Antipsikotik <i>Chlorpromazine</i> (phenothiazines), Quinidine, <i>amiodarone</i> - Antiaritmia <i>Busulfan, bleomycin, cyclophosph-</i> - Agen kemoterapi <i>amide, doxorubicin, 5-fluorouracil</i> - Obat-obatan lain <i>Zidovudine (AZT), clofazimine, carotene, khlorhexidine.</i>
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis 3. Pemeriksaan penunjang (jika diperlukan)
7. Diagnosis Kerja	Pigmentasi oral terkait obat-obatan
8. ICD-10	L81.8 <i>Disorders of pigmentation, unspecified</i>
9. Diagnosis Banding	- Makula melanotik - Keracunan logam berat (<i>bismuth</i>) - Penyakit Addison - <i>Peutz jegher syndrome</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan histopatologi (untuk diagnosis banding)

11. Tata Laksana	- Observasi setiap 6-12 bulan selama penggunaan obat - Rujukan medik ke dokter yang memberikan obat untuk dapat memodifikasi obat yang dikonsumsi.
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 89.32 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik jika pemberian obat-obatan dihentikan/diganti dan pigmentasi tidak menetap
15. Keberhasilan Perawatan	Pigmentasi menghilang dalam beberapa bulan setelah obat dihentikan
16. Daftar Pustaka	1. Glick M, Ship JA. 2015. <i>Burket's Oral Medicine 12th ed.</i> People ' S Medical Publishing, Philadelphia (USA) 2. Scully. 2013. <i>Oral & Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment (3rd Edition)</i>. London : Elsevier Ltd 3. DeLong & Bukhart. 2008. <i>General and Oral Pathology for the Dental Hygienist</i>





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

PYOSTOMATITIS VEGETANS		0102/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Inflamasi <i>purulent</i> pada rongga mulut yang mengalami ulserasi dan kemudian supurasi. Lesi ini biasanya dihubungkan dengan <i>Crohn's disease</i> dan <i>Ulcerative Colitis</i> .	
2. Anamnesis	Keluhan lentingan kecil, banyak dan berisi cairan nanah disertai sakit dan terdapat gejala lain seperti diare pada malam hari, konstipasi, rasa nyeri dan kram pada perut serta demam.	
3. Gejala Klinis	Pustula putih kekuningan pada mukosa yang kemerahan yang dapat pecah membentuk ulser, multipel, diameter 2-5mm, batas jelas, sakit, meninggalkan gambaran seperti <i>snail track</i> . Lokasi pada gingiva labial, palatum keras dan lunak, mukosa labial dan mukosa bukal. Lidah dan dasar mulut jarang terjadi.	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	Mikroba intestinal yang melepaskan komponen bakteri ke dalam epitel menjadi antigen menyebabkan terjadinya respon imun. Sitokin yang dilepaskan oleh makrofag oleh karena adanya rangsangan antigen berikatan dengan reseptor yang berbeda dan memproduksi autokrin, parakrin, dan endokrin. Sitokin menyebabkan limfosit T menjadi aktif. Respon imun ini mengganggu mukosa dan menyebabkan terjadinya proses inflamasi kronik. Dikaitkan dengan genetik, stres, adanya gangguan respon imun dan adanya perubahan respon	

	terhadap mikroorganisme usus. Karakteristik HPA menunjukkan adanya <i>intraepithelial abscess</i> disertai eosinophil dalam jumlah yang banyak
6. Kriteria Diagnosis	1. <i>Snail track</i> 2. <i>Pustule</i> 3. Gangguan pencernaan (<i>Inflammatory Bowel Disease</i>)
7. Diagnosis Kerja	<i>Pyostomatitis Vegetans</i>
8. ICD-10	K 12.30 <i>Oral mucosistis (ulcerative unspecified)</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Stomatitis herpetiform</i> - <i>Herpes virus</i> - <i>Deep fungal mycosis</i> - <i>Pemphigus vulgaris</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Endoskopi, HPA.
11. Tata Laksana	- Topikal dan oral kortikosteroid - Topikal antiseptik - Konsultasi kepada spesialis penyakit dalam untuk gangguan pencernaan
12. KIE	1. Menjaga kebersihan rongga mulut 2. Menjaga pola makan dan kendalikan stres
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Sedang
15. Keberhasilan Perawatan	Perbaikan klinis dalam mulut dan penyakit sistemiknya
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine</i>. (L. H.Mehta, Ed.) (12th ed.). Hamilton: BC Decker. 398 2. Langlais PR, Miller SC, Gehrig JS. 2013. <i>Atlas Berwarna Lesi Mulut Yang Sering Ditemukan</i> (4th ed.). Jakarta: EGC. 3. Laskaris G. 2013. <i>Color Atlas of Oral Diseases in Children and Adolescents</i>. 4. Scully C. 2013. <i>Oral and Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis And Treatment</i> (3rd ed.). London: Elseiver

	Ltd. 5. Rowe WA. 2015 Inflammatory bowel disease. [Online]. http://emedicine.medscape.com/article/179037-overview 6. Bamias G, Nyce MR, De La Rue SA, Cominell P. 2005. New concepts in the pathophysiology of inflammatory bowel disease [Online]. Available at www.annals.org
--	--

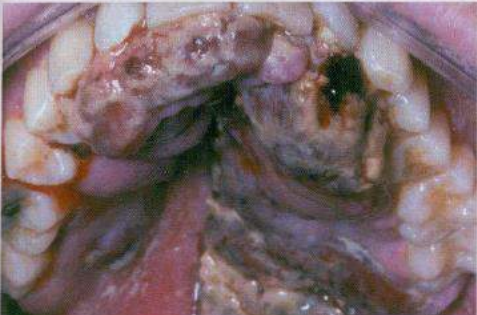






PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

SARKOMA KAPOSI ORAL		0103/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Suatu kelainan neoplasma multifokal yang berasal dari sel endotel vaskular. Lesi berupa makula atau nodula berwarna merah, kebiru-biruan atau ungu. Biasanya berhubungan erat dengan penderita imunokompromis seperti infeksi HIV/AIDS.	
2. Anamnesis	- Adanya perubahan warna pada rongga mulut, kadang membentuk suatu benjolan yang tidak sakit. - Umumnya terkait riwayat infeksi HIV atau riwayat imunosupresi lain (donor organ dengan obat-obatan imunosupresif, dan lain-lain) atau keganasan darah	
3. Gejala Klinis	- Pada tahap awal terdapat gambaran klinis makula berwarna merah ungu, yang selanjutnya membentuk nodula di daerah makula tersebut. Nodul dapat berwarna kebiruan atau ungu di palatum, gingiva, dan dorsum lidah - Diawali dengan lesi soliter pada mukosa mulut dan dapat bertambah jumlahnya - Jika terdapat pada palatum atau gingiva, neoplasma dapat menginfiltrasi tulang alveolar dan menyebabkan kegoyangan gigi - Lesi nampak <i>blanching</i> saat ditekan. - Jika sudah mencapai tahap lanjut, maka dapat ditemukan adanya nyeri, perdarahan dan nekrosis.	
4. Gambaran Klinis	 Lesi awal Sarkoma Kaposi Oral menyerupai makula biru di palatum yang kemudian akan membesar	

	 Sarkoma Kaposi Oral pada gingiva  Sarkoma Kaposi Oral pada palatum  Sarkoma Kaposi Oral lanjut berupa pembesaran jaringan merah kebiruan dengan nekrosis yang menyebar
5. Patofisiologi	- Etiologinya akibat infeksi <i>Human Herpesvirus</i> tipe 6 dan 8 (HHV-6 dan 8). - Faktor predipsisinya seringkali ditemukan pada infeksi HIV dan kondisi imunokompromis lainnya - Merupakan salah satu lesi khas pada infeksi HIV yang terkait peningkatan <i>viral load</i> HIV. - Lesi oral ditemui pada 50% pasien dan merupakan lokasi awal keterlibatan penyakit pada 25% pasien. - Lesi Sarkoma Kaposi bukanlah merupakan transformasi sel neoplastik namun timbul dari proliferasi berlebihan dari sel spindel yang bercampur dengan sel endotelial, fibroblas dan sel inflamatorik ditambah dengan pembentukan pembuluh darah baru (neoangiogenesis).

	Sel spindle tersebut menunjukkan karakteristik seperti sel endotelial dan otot polos dari pembuluh darah.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan fisik 3. Pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	Sarkoma Kaposi Oral
8. ICD-10	C46.1 <i>Kaposi sarkoma of soft tissue</i> C46.2 <i>Kaposi sarkoma of palatum</i> C46.7 <i>Kaposi sarkoma of other sites</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>AIDS associated thrombocytopenic purpura and bacillary angiomatosis</i> - Hemangioma - Limfoma - Purpura/ekimosis
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan penyanging HIV - Pemeriksaan darah lengkap untuk eksklusi kelainan darah - Pemeriksaan histopatologi
11. Tata Laksana	- Rujukan medik ke dokter spesialis penyakit dalam untuk kondisi sistemik - Rujukan medik ke dokter spesialis bedah onkologi untuk lesi sarkoma kaposi oral.
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Buruk
15. Keberhasilan Perawatan	Tergantung dari kondisi sistemik

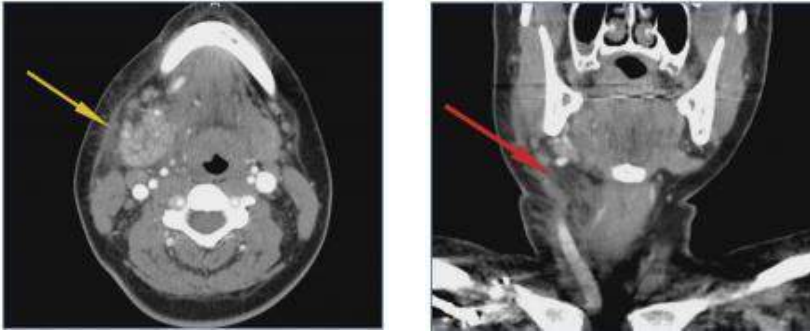
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. Burket's Oral Medicine, 12th ed. People Medical Publishing, Philadelphia (USA) 2. Scully. 2013. Oral & Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment, 3rd ed. Elsevier Ltd, London 3. Patton L. 2012. The ADA Practical Guide to Patients with Medical Conditions. Willey Blackwell, Iowa USA 4. Neville BW, Damm DD, Allen MA, Chi AC. 2016. Oral & Maxillofacial Pathology, 4th ed. Missouri. Elsevier Health Sciences, USA 5. Odell EW. 2017. Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine, 9th ed. Elsevier, Vancouver 6. Fatahzadeh M, Schwart, RA. 2013. Oral Kaposi's sarcoma: a review and update. International Journal of Dermatology. 52, 666–672
--------------------	--





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

SIALADENITIS BAKTERIAL		0104/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Infeksi bakteri pada salah satu kelenjar saliva (unilateral) yaitu kelenjar submandibularis atau kelenjar parotis. Infeksi dapat terjadi karena tersumbat batu kelenjar saliva. Penyakit ini dapat dikelompokkan menjadi dua jenis, yaitu sialadenitis akut (jangka pendek) dan sialadenitis kronis (jangka panjang). Penyakit ini dapat terjadi pada orang dewasa, maupun bayi yang berusia satu minggu pun dapat terkena penyakit ini.	
2. Anamnesis	Demam, menggigil, dan nyeri serta bengkak unilateral	
3. Gejala Klinis	- Bengkak, nyeri, kemerahan, dan nyeri tekan pada salah satu kelenjar saliva - Kelenjar bisa terasa keras/lunak dengan batas difus - Pada kondisi lanjut dapat terjadi eritema dan edema pada kulit di atasnya - Pus/nanah/batu dapat keluar dari saluran kelenjar saliva dengan menekan kelenjar yang terkena	
4. Gambaran Klinis		

	
5. Patofisiologi	Sialadenitis bakterial akut terjadi akibat adanya bakteri <i>Staphylococcus aureus</i> dan berbagai bakteri Strain <i>streptococcus</i>. Sedangkan pada sialadentitis bakterial kronis lebih mungkin disebabkan oleh penyumbatan dibandingkan dengan infeksi. Penyumbatan tersebut terjadi akibat adanya campuran garam, protein dan kalsium karbonat yang mengkristal dan menjadi batu saliva. Jika terus bertambah parah akan menyebabkan penurunan aliran saliva dan peradangan kronis dan dapat meluas pada kelenjar saliva lain, yaitu parotis.
6. Kriteria Diagnosis	Gejala sialadenitis bakterial akut dapat meliputi: - Demam / menggigil - Nyeri dan pembengkakan pada kelenjar yang terkena. - Terdapat benjolan lunak di atas kelenjar yang terkena dan terlihat kemerahan - Jika area kelenjar tersebut digosok atau ditekan dapat mengeluarkan pus (abses) / batu pada daerah duktusnya Gejala sialadenitis bakterial kronis dapat meliputi: - Nyeri pada bagian kelenjar yang terkena saat makan - Bisa terjadi pembengkakan namun bisa mengempis - Nyeri saat ditekan
7. Diagnosis Kerja	Sialadenitis Bakterial
8. ICD-10	K11.20 <i>Sialoadenitis, unspecified</i> K11.23 <i>Chronic Sialoadenitis</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Mumps</i> - <i>Sialolithiasis</i> - <i>Sjögren's syndrome</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pada sialadentitis bakterial akut dapat dilakukan dengan memeriksakan sampel pus dari kelenjar yang

	terkena. Sampel tersebut bisa dikirim ke laboratorium untuk mengetahui penyebab infeksi - Sialadentitis bakterial kronis didiagnosis dengan cara yang mirip dengan sialadentitis bakterial akut, dengan pemeriksaan lainnya seperti Foto <i>Rontgen</i> (Antero-Posterior/oklusal), <i>CT-scan</i>, <i>USG</i>, dan <i>MRI</i> dapat membantu mengidentifikasi penyebabnya
11. Tata Laksana	- Perawatan awal adalah dengan antibiotik: seperti Amoksisilin 500mg + asam klavulanat 125mg 3x1 selama 5-7 hari, atau golongan Sefalosporin generasi pertama seperti Klindamisin 150mg /300mg 3x1 selama 5-7 hari, atau Vankomisin dapat digunakan jika terjadi resisten terhadap obat-obatan tersebut - Kompres hangat, pijatan kelenjar - Menjaga kebersihan rongga mulut - Jika terdapat abses lakukan drainase - Parotidektomi superfisial atau eksisi kelenjar submandibular diindikasikan untuk pasien dengan sialadenitis kronis atau rekuren dengan merujuk ke dokter gigi spesialis bedah mulut dan maksilofasial atau bidang lainnya yg berkompeten - Pada fase akut dan pasien tidak dapat konsumsi obat secara per oral dapat dilakukan rawat bersama dokter spesialis penyakit dalam untuk pemberian antibiotik secara Intra Vena (I.V): Ampicillin 3x500mg/hari atau Ceftriaxone 2x1g/hari, selama 5 hari, dan dapat dilanjutkan dengan pemberian per oral jika sudah sakit sudah mereda; juga pemberian larutan saline (ringer laktat) secara intra vena (I.V) dosis 15-20 tetes/menit untuk menjaga keadaan umum pasien tetap baik. - Simtomatik dapat diberikan bila perlu, secara per oral atau I.V seperti Ketorolac maksimal pemakaian 3 hari dengan memperhatikan fungsi hati & ginjal serta riwayat gastritis, atau Paracetamol 3x500mg/hari atau sesuai dengan BB penderita. Jika terdapat riwayat gastritis dapat diberikan Ranitidine. - Hidrasi: cukup air mineral, tambahkan seperti jus lemon, permen, atau zat lain yang memicu aliran saliva. - Suportif: multivitamin per oral/IV (untuk mengatasi defisiensi yang ada dan untuk meningkatkan daya tahan tubuh) - Diet TKTP.

12. KIE	- Pola makan bergizi - Pola hidup sehat - Waspada terhadap kekambuhan yang akan terjadi
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik jika tidak terjadi kekambuhan / rekurensi
15. Keberhasilan Perawatan	Gejala klinis membaik
16. Daftar Pustaka	1. Farah CS, Balasubramaniam R, McCullough MJ. 2019. Contemporary Oral Medicine. Springer, Switzerland, pp. 1218 2. Lucerna L, Espinosa J. 2017. Acute Submandibular Sialadenitis. Emerg Med, 49(3):131-134. DOI 10.12788/emed.2017.0015. 3. Ryan RF, Padmakumar B. 2015. Neonatal suppurative sialadenitis: an important clinical diagnosis. BMJ Case Rep, pii:bcr2014208535. doi:10.1136/bcr-2014-208535. 4. Chandak R, Degwekar S, Chandak M, Rawlani S. 2012. Acute submandibular sialadenitis—a case report. Case Rep Dent, 2012:615375. doi:10.1155/2012/615375. 5. Wilson KF, Meier JD, Ward PD. 2014. Salivary gland disorders. Am Fam Physician, 89(11):882-888. 6. Alyas F, Lewis K, Williams M, Moody AB, Wong KT, Ahuja AT, et al. 2005. Diseases of the submandibular gland as demonstrated using high resolution ultrasound. Br J Radiol, 78(928):362-369. doi:10.1259/bjr/93120352. 7. Maier H, Tisch M. 2010. Bakterielle Infektionen der grossen Kopfspeicheldrüsen [Bacterial sialadenitis]. HNO, 58(3): 229–236. https://doi.org/10.1007/s00106-009-2078-x.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

SIALOLITHIASIS		0105/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Peradangan pada kelenjar saliva yang disebabkan adanya pembentukan kalkulus (batu) di dalam saluran kelenjar saliva mayor. Nama Lain: <i>Salivary Duct Stone, Salivary Calculi</i>	
2. Anamnesis	- Nyeri pada waktu makan dan setelah makan - Pembengkakan pada daerah sekitar kelenjar saliva yang biasanya terjadi setelah makan	
3. Gejala Klinis	- Palpasi bimanual di dasar mulut dari arah posterior ke arah anterior sering didapatkan batu pada duktus dan pembesaran duktus kelenjar air liur dapat teraba lunak. - Sering dijumpai <i>secret suppurative</i> dari orifisium duktus di dasar mulut.	
4. Gambaran Klinis	 	

5. Patofisiologi	Pembentukan kalkulus dari debris organik disertai adanya infeksi (adanya substansi dari bakteri di rongga mulut yang migrasi ke dalam duktus kelenjar saliva dan terjadi kalsifikasi) atau karena adanya sumbatan sehingga terjadi ikatan antara kalsium dan fosfat anorganik yang menyebabkan penumpukan bahan organik dalam saluran utama kelenjar saliva. Hal ini dikarenakan sifat saliva yang dihasilkan banyak mengandung mucin, bahan organik, enzim fosfatase, kalsium fosfat, pH alkali serta karbondioksida yang rendah juga karena bentuk anatomi <i>wharton's duct</i> yang panjang dan berkelok dengan posisi orifisium lebih tinggi dari duktus dan ukuran duktus yang lebih kecil dari lumen nya.
6. Kriteria Diagnosis	Adanya pembengkakan dan rasa nyeri di atas batu yang terletak di duktus utama dalam rongga mulut.
7. Diagnosis Kerja	<i>Sialolithiasis</i>
8. ICD-10	K11.8 <i>other diseases of salivary glands</i>
9. Diagnosis Banding	- Mumps - <i>Sialadenitis bacterial</i> akut
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan radiologis oklusal dan panoramik - Sialografi - Ultrasonografi - Xeroradiografi - Scintigrafi - Tomografi komputer
11. Tata Laksana	- Batu kecil dapat di keluarkan dengan cara pemijatan di daerah batu ke arah <i>orifice</i> duktus. - Batu yang besar dilakukan pembedahan (<i>Sialithectomy</i>) di rujuk ke Spesialis yang berkompeten
12. KIE	Menjaga <i>oral hygiene</i>
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i> 27.92 <i>Incision of mouth, unspecified structure</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang

16. Daftar Pustaka	1. Ongole R, Praveen BN. 2013. Textbook of Oral Medicine, Oral Diagnosis and Oral Radiology (2nd ed.). New Delhi: Elsevier/Saunders. p. 280 - 281. ISBN 978-81-312-3091-6 2. Bruch JM, Treister NS. 2010. Clinical Oral Medicine and Pathology. New York: Springer. p. 105 – 106. ISBN 978-1-60327-520-0 3. Greenberg MS, Glick M, Ship JA. 2008. Burket's Oral Medicine (11th ed.). Hamilton, Ontario: BC Decker Inc. p. 201 – 202. ISBN 978-1-55009-345-2
--------------------	---







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

SIALORRHEA / PTYALISM		0106/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Merupakan sekresi saliva yang berlebihan atau hipersalivasi, akibat gangguan neuromuskular, obat-obatan, maupun keracunan logam berat.	
2. Anamnesis	- Keluhan air liur berlebihan, inkoordinasi otot mulut - Riwayat penggunaan obat-obatan, adanya penyakit saraf, dan keracunan logam berat - Riwayat adanya <i>pool</i> saliva di tempat tidur	
3. Gejala Klinis	Kadang dapat terjadi iritasi perioral dan ulser non spesifik yang disertai area eritema pada kulit sekitar bibir, yang dapat ditumpangi oleh infeksi bakteri dan jamur. Pada anak-anak dengan keterbelakangan mental, terjadi aliran saliva yang tidak terkontrol sehingga menyebabkan luka basah (<i>macerated sore</i>) disekitar mulut, dagu, dan leher yang dapat menyebabkan infeksi sekunder. Pada keadaan berat dapat terjadi penyumbatan jalan napas secara parsial atau total bahkan pneumonia.	
4. Gambaran Klinis		

5. Patofisiologi	Kondisi-kondisi yang dapat menyebabkan <i>sialorrhea</i>: - Penggunaan obat-obatan (<i>pilocarpine, cevimeline, lithium, bethanechol, physostigmine, clozapine, risperidone, nitrazepam</i>) - Penyakit saraf (<i>Parkinson, Wilson's disease, Amyotrophic lateral sclerosis, Down Syndrome, Fragile X Syndrome, Autisme, Cerebral palsy</i>) - Keracunan logam berat (<i>besi, timbal, arsen, merkuri, thalium</i>) Disamping itu, dapat pula disebabkan adanya produksi saliva yang berlebihan atau ketidakmampuan untuk menahan saliva dalam mulut oleh karena gangguan neuromuskuler pada lidah dan jaringan lunak, serta gangguan pada mekanisme penelanan.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan fisik 3. Pemeriksaan penunjang (bila diperlukan)
7. Diagnosis Kerja	<i>Sialorrhea / ptyalism</i>
8. ICD-10	K11.7 <i>Disturbances of salivary secretion</i>
9. Diagnosis Banding	Tumor otak yang memicu sekresi saliva berlebihan
10. Pemeriksaan Penunjang	- Laju alir saliva (pemeriksaan non spesifik) - Sialometri (pemeriksaan non spesifik, bila tersedia) - Pemeriksaan penunjang lainnya yang terkait dengan organ diluar rongga mulut, dilakukan oleh dokter spesialis terkait.
11. Tata Laksana	- Rujukan medik ke dokter spesialis terkait kondisi yang diduga sebagai etiologi dari <i>ptyalism</i> tersebut - Peningkatan higiene mulut secara terus menerus (menyikat gigi, berkumur antiseptik, menyeka saliva yang keluar dari mulut, penggunaan petroleum <i>jelly</i> secara topikal untuk mengurangi risiko timbulnya erosi).
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut

13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Buruk karena belum ada modalitas terapi utama untuk kondisi <i>ptyalism</i> ini.
15. Keberhasilan Perawatan	Gejala klinis berupa hipersalivasi menjadi berkurang.
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine (12th Edition)</i>. Philadelphia (USA) : Pepople Medical Publishing. 2. Scully. 2013. <i>Oral &Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment (3rd Edition)</i>. London : Elsevier Ltd 3. DeLong & Bukhart. 2008. <i>General and Oral Pathology for the Dental Hygienist</i> 4. Miranda-Rius J, Brunet-Llobet L, Lahor-Soler E, Farre M. 2015. Salivary Secretory Disorders, Inducing Drugs, and Clinical Management, <i>Int,J.Med.Sci.</i>, 12(10):811-824







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

SMOKER'S MELANOSIS		0107/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Lesi pada mukosa mulut yang disebabkan oleh sintesis melanin berlebih oleh melanosit yang diaktifasi oleh bahan-bahan dalam rokok.	
2. Anamnesis	Adanya kebiasaan merokok jangka panjang.	
3. Gejala Klinis	Terdapat makula kecoklatan, asimetris, datar tidak beraturan pada daerah permukaan <i>facial gingiva</i> .	
4. Gambaran Klinis	  	
5. Patofisiologi	Terjadi peningkatan produksi melanin yang dirangsang oleh panas tembakau yang mengandung <i>polycyclic amine (PCA)</i> dan <i>benzopyrene</i> .	
6. Kriteria Diagnosis	Makula, hitam atau abu-abu, ada riwayat merokok jangka panjang.	
7. Diagnosis Kerja	<i>Smoker's melanosis</i>	
8. ICD-10	L81.4 <i>Other melanine hyperpigmentation</i>	

9. Diagnosis Banding	- Pigmentasi fisiologis - Melanosis karena obat-obatan - <i>Addison's disease</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Tidak perlu pemeriksaan penunjang, - Pemeriksaan histopatologik dengan melakukan rujukan medik ke dokter gigi spesialis bedah mulut dan maksilofasial atau yang berkompeten.
11. Tata Laksana	- Observasi. - Bila diperlukan bisa dihilangkan dengan kauterisasi/pembedahan dengan merujuk ke Spesialis Periodonsia, atau Bedah Mulut dan Maksilofasial, atau yang berkompeten lainnya.
12. KIE	1. Diberikan pengetahuan bahwa tidak ganas, tidak berbahaya, tidak menular, 2. Diinstruksikan untuk menghentikan merokok, 3. Menjaga kebersihan rongga mulut dan pola hidup sehat.
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Tidak ada perubahan progresif, tidak sakit.
16. Daftar Pustaka	1. Bruch JM, Treister NS. 2010. Clinical of oral medicine and pathology. Humana Press, New York, pp. 72. 2. Glick M, Ship JA. 2015. Burket's oral medicine, 12th ed. People's Medical Publishing, Philadelphia (USA), pp. 134. 3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. 2016. Oral and Maxillofacial Pathology, 4th ed. Elsevier, Edinburg, pp. 316-317. 4. Stoopler ET, Alawi F. 2019. Pigmented Lesions of the Oral Mucosa. In book: Farah, C.S., Balasubramaniam, R., McCullough, M.J., eds. Contemporary Oral Medicine. Springer, Switzerland, pp. 1191. 5. Solomon ON, Winfunke-Savage K, Ayanbadejo P, Jeboda SO. 2007. Smoker's melanosis in a nigerian population: a preliminary study. J Contemp Dent Pract, 8(5):1-9.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

STOMATITIS AFTOSA REKUREN		0108/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Kelainan mukosa oral yang umum, dikarakteristikan dengan adanya ulser berbentuk oval atau bulat, berukuran kecil, berjumlah multipel, rekuren, memiliki halo eritema, berbatas tepi yang jelas, dasar ulser kuning atau abu, mulai muncul di masa kanak-kanak atau remaja.	
2. Anamnesis	- Ada keluhan erosi atau ulser bulat atau oval, nyeri, pada mukosa tidak cekat. - Ulser bertahan selama beberapa minggu - Ulser ulang-kambuh. - Pasien dapat merasa gejala prodromal seperti kemerahan, pembengkakan, sensasi terbakar, gatal. - Lokasi ulang kambul ulser di rongga mulut. - Gejala atau lesi di bagian tubuh lainnya. - Riwayat ulser berulang di keluarga. - Riwayat demam.	
3. Gejala Klinis	Didahului oleh gejala prodromal lokal berupa nyeri atau rasa terbakar selama 24-48 jam lalu muncul ulserasi oval atau bulat, berbatas jelas dengan tepi yang jelas, dasar dangkal berwarna kuning keabuan, ada <i>halo erythema</i> , lokasi mukosa nonkeratin dengan ukuran dan jumlah bervariasi. Rasa nyeri bertahan selama tiga sampai empat hari kemudian mulai terjadi epitelialisasi. Ulser dapat terjadi ulang kambuh dalam beberapa hari atau beberapa bulan, tidak ada lesi di bagian tubuh lainnya. Ulser tidak disertai dengan demam.	
4. Gambaran Klinis	 SAR Minor	

	 SAR Mayor  SAR herpetiform
5. Patofisiologi	Penyebab dan patogenesis tidak diketahui secara pasti. Secara umum, ulserasi terjadi disebabkan oleh aksi limfosit dan monosit sitotoksik pada epitelium oral, namun hal yang memicu respon ini belum diketahui. Diduga penyebab mungkin merupakan kombinasi predisposisi trauma, genetik, hormonal, mekanisme imun, stress dan faktor lingkungan (makanan, SLS), kebiasaan merokok. Terdapat banyak hipotesis mengenai pathogenesis SAR, meliputi: - Berkurangnya fungsi fagosit secara kronis dari neutrophil saliva dan darah perifer. - Faktor genetik - Aktivasi respon imun dimediasi sel - Reaksi terhadap <i>heat-shock</i> protein Pada tahap preulserasi, terjadi infiltrasi sel <i>mononuclear</i> (limfositik) pada epitelium yang menyebabkan edema, kemudian diikuti dengan vakuolisasi keratinosit dan <i>vasculitis</i> lokal. Hal ini menimbulkan pembengkakan lokal (pembentukan papul) yang kemudian menjadi ulser dan diinfiltrasi oleh neutrophil, limfosit, dan sel plasma sebelum terjadi penyembuhan dan regenerasi epitelium.

6. Kriteria Diagnosis	Ada 3 tipe SAR: 1. SAR minor (<i>Mikulicz aphthae</i>) 2. SAR mayor (<i>Sutton's disease</i> atau <i>peradenitis mucosa necrotica recurrens</i>) 3. SAR herpetiform (<i>herpes-like</i>) <table><tr><th></th><th>Minor Aphthae</th><th>Major Aphthae</th><th>Herpetiform Aphthae</th></tr><tr><td>Size</td><td><0.5 cm</td><td>>0.5 cm</td><td><0.5 cm</td></tr><tr><td>Shape</td><td>Oval</td><td>Ragged oval, crateriform</td><td>Oval</td></tr><tr><td>Number</td><td>1-5</td><td>1-10</td><td>10-100</td></tr><tr><td>Location</td><td>Nonkeratinized mucosa</td><td>Nonkeratinized mucosa</td><td>Any intraoral site</td></tr><tr><td>Treatment</td><td>Topical corticosteroids, tetracycline mouth rinse</td><td>Topical/systemic/intralesional corticosteroids, immunosuppressives</td><td>Topical/systemic corticosteroids, tetracycline mouth rinse</td></tr></table> - Tidak ada ulser selain di rongga mulut. - Bila lokasi ulser rongga mulut berulang di lokasi yang sama, pertimbangkan diagnosis <i>recurrent</i> intraoral herpes. - Riwayat ulang kambuh ulser dimulai sejak anak-anak atau remaja. Bila timbul tiba-tiba di usia dewasa, pertimbangkan penyakit sistemik lainnya.		Minor Aphthae	Major Aphthae	Herpetiform Aphthae	Size	<0.5 cm	>0.5 cm	<0.5 cm	Shape	Oval	Ragged oval, crateriform	Oval	Number	1-5	1-10	10-100	Location	Nonkeratinized mucosa	Nonkeratinized mucosa	Any intraoral site	Treatment	Topical corticosteroids, tetracycline mouth rinse	Topical/systemic/intralesional corticosteroids, immunosuppressives	Topical/systemic corticosteroids, tetracycline mouth rinse
	Minor Aphthae	Major Aphthae	Herpetiform Aphthae																						
Size	<0.5 cm	>0.5 cm	<0.5 cm																						
Shape	Oval	Ragged oval, crateriform	Oval																						
Number	1-5	1-10	10-100																						
Location	Nonkeratinized mucosa	Nonkeratinized mucosa	Any intraoral site																						
Treatment	Topical corticosteroids, tetracycline mouth rinse	Topical/systemic/intralesional corticosteroids, immunosuppressives	Topical/systemic corticosteroids, tetracycline mouth rinse																						
7. Diagnosis Kerja	Stomatitis aftosa rekuren, <i>recurrent aphtous ulcer</i>																								
8. ICD-10	K12.0 (Stomatitis Aftosa Rekuren)																								
9. Diagnosis Banding	- Herpes intraoral rekuren - <i>Behcet syndrome</i> - Herpangina - <i>Hand-foot-mouth disease</i> - PFAPA (<i>Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis, Adenitis Syndrome</i>) - Manifestasi oral penyakit sistemik (<i>Anemia, GIT diseases</i>) - KSS (untuk jenis SAR mayor) - <i>Eosinophilic Ulcer</i> - <i>Sweet syndrome</i> - <i>MAGIC syndrome</i>																								

	- <i>Cyclic neutropenia</i> - Infeksi HIV
10. Pemeriksaan Penunjang	Biasanya tidak dilakukan karena penegakan diagnosis dapat dilakukan dari riwayat penyakit dan gambaran klinis. Namun bila diperlukan, dapat dilakukan DPL (pemeriksaan darah lengkap) dan pemeriksaan kandingan folat eritrosit, serum <i>Ferritin</i> (atau ekuivalennya), vitamin B12, biopsi, rujukan ke dokter spesialis yang berkompetensi. Utamanya adalah membedakan penyakit ini dengan penyakit lain seperti <i>Behcet disease</i>, infeksi HIV, PFAPA atau penyakit sistemik lainnya.
11. Tata Laksana	- Obat topikal: 1. Kortikosteroid topical (<i>triamcinolone in orabase</i>, atau obat kumur steroid) 2. Antiinflamasi (<i>Benzydamine HCl, chlorhexidine, chlorine dioxide, triclosan, tetracycline, povidone iodine</i>) 3. <i>Steroid topical, covering agent</i>, anti inflamasi topikal, anestetik topikal, diberikan 2-4 kali sehari 4. Injeksi kortikosteroid intralesi - Obat sistemik 1. Kortikosteroid (<i>prednisone</i> 50 mg per hari selama 5 hari pada kasus <i>recalcitrant</i>) 2. Obat imunosupresif lainnya (<i>levamisole</i> 100-150 mg per hari selama 2-3 bulan, <i>azathioprine, thalidomide, cyclosporine, dapsone, colchicine</i> 1,5 mg per hari selama 2 bulan, dll) - Obat lainnya (sukralfat) - <i>Low level laser therapy</i> - Menghilangkan atau mengurangi faktor predisposisi - Mengontrol faktor sistemik - Pemberian suplemen atau multivitamin (<i>zinc, multivitamin</i>)
12. KIE	1. Penyakit tidak berbahaya (bukan malignansi) 2. Tidak dapat disembuhkan namun dapat dikontrol 3. <i>Self limiting diseases</i> dalam 2-4 minggu 4. Edukasi pola hidup sehat 5. Jaga <i>oral hygiene</i> 6. Hindari faktor predisposisi untuk menurunkan rekurensi 7. Menghindari pasta gigi yang mengandung deterjen
13. ICD-9	89.31 <i>Dental examination</i>

	27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Perbaikan klinis (rasa nyeri berkurang atau hilang, frekuensi rekurensi menurun, durasi bebas lesi memanjang, ulser sembuh lebih cepat)
16. Daftar Pustaka	1. Preeti L, Magesh K, Rajkumar K, Karthik R. 2011. Recurrent aphthous stomatitis. <i>J Oral Maxillofac Pathol.</i>;15(3):252-6. 2. Edgar NR, Saleh D, Miller RA. 2017. Recurrent Aphthous Stomatitis: A Review. <i>J Clin Aesthet Dermatol.</i>;10(3):26-36 full-text. 3. Chattopadhyay A, Shetty KV. 2011. Recurrent aphthous stomatitis. <i>Otolaryngol Clin North Am.</i>;44(1):79-88 4. Messadi DV, Younai F. 2010. Aphthous ulcers. <i>Dermatol Ther.</i>;23(3):281-90 5. Odell EW. 2017. Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine, 9th ed. Elsevier. Hal 256-259 6. Regezzi, Joseph A. 2016. Oral Pathology 7th ed. Hal 38-42. 7. Scully C. 2006. Clinical practice. Aphthous ulceration. <i>N Engl J Med.</i> 13;355(2):165-72 8. Scully C, Gorsky M, Lozada-Nur F. 2003. The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis: a consensus approach. <i>J Am Dent Assoc.</i>;134(2):200-207. 9. Porter SR, Scully C, Pedersen A. 1998. Recurrent aphthous stomatitis. <i>Crit Rev Oral Biol Med.</i>;9(3):306-321. 10. Scully C, Porter S. 2008. Oral mucosal disease: recurrent aphthous stomatitis. <i>Br J Oral Maxillofac Surg.</i>;46(3):198-206.





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

STOMATITIS KONTAK / <i>FIXED DRUG ERUPTION</i>		0109/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Reaksi hipersensitifitas kontak terhadap komponen material dari kontak / alergen atau akibat iritasi dari kerusakan langsung terhadap mukosa akibat substansi yang mengiritasi mukosa. Pada kasus <i>fixed drug eruption</i>, lesi berulang karena pemakaian obat atau bahan tertentu yang selalu menimbulkan lesi di tempat yang sama. Lesi mukosa dapat ditemukan bersama lesi kulit atau tanpa disertai lesi kulit.	
2. Anamnesis	Terdapat riwayat yang terkait dan lamanya terpapar dengan alergen atau bahan iritasi. Ada sariawan yang sakit, diawali dengan rasa panas dan tampak kemerahan kemudian membentuk lepuhan yang mudah pecah setelah mengkonsumsi / menggunakan suatu bahan / alat tertentu pada rongga mulut. Pada kasus <i>fixed drug eruption</i> ada riwayat sudah pernah mengalami hal yang sama sebelumnya dengan penyebab yang sama dan muncul di lokasi keluhan yang sama pula.	
3. Gejala Klinis	- Lesi bervariasi dari eritema sampai ulserasi - Kontak alergi / hipersensitif kontak muncul pada area rongga mulut yang terpapar dengan alergen. 1. Amalgam, permen, permen karet dapat bermanifestasi berupa makula merah dan/atau putih atau area retikuler dengan batas tidak jelas, dapat disertai ulserasi. Biasanya nyeri atau sensitif 2. Deskuamasi gingivitis - Iritasi kontak yang ringan: pasien merasakan atau menemukan perubahan warna atau tekstur mukosa, asimtomatik 1. <i>Smokeless tobacco</i> bermanifestasi sebagai plak putih, dengan permukaan yang berkerut	

	2. Akibat obat kumur bermanifestasi sebagai lesi plak putih non spesifik, meluas dengan batas difus dan ditemukan keratosis reaktif. - Iritasi kontak dengan alergen yang lebih bersifat kaustik seperti lesi berubah jenisnya (eritema sampai ulser) bergantung pada lamanya kontak beberapa menit hingga jam. - Aspirin dan <i>methylmethacrylate</i> bermanifestasi berupa bercak eritema kemudian berubah menjadi putih keabuan pada sisi mukosa yang terpapar bahan alergen lalu membentuk edema dan koagulasi epitel kemudian ulserasi yang sakit. - Pada kasus <i>fixed drug eruption</i> lesi dapat berlokasi di mulut atau dapat pula berkaitan dengan lesi di mukokutan. 1. Diawali dengan sensasi terbakar, dapat disertai demam, diare, anoreksia, malaise, keluhan abdominal 2. Sekitar 30 menit hingga 48 jam (rata-rata 2 jam) setelah terpapar alergen, muncul lesi makula. 3. Awalnya lesi makula soliter, namun dengan berulangnya paparan obat, lesi akan menjadi multipel 4. Batas lesi jelas, berbentuk oval atau bulat, disertai edematus. 5. Adanya makula warna merah muda sampai merah tua hingga coklat dan ukurannya lebih dari 10 cm 6. Adanya hiperpigmentasi postinflamasi dapat menetap hingga beberapa bulan (sekitar 3 bulan) 7. Beberapa lesi FDE muncul di sisi yang biasa terjadi pada lesi infeksi HSV atau herpes zoster 8. Lokasi yang sering yaitu lidah, mukosa bukal, palatum
4. Gambaran Klinis	Eritema pada gingiva akibat hipersensitif terhadap kayu manis



Perubahan translusen pada ventral lidah akibat riwayat berkumur 10% *carbamide peroxide* selama 10-15 tahun.



Erosi bilateral dengan *intermixed striae* pada mukosa labial bawah akibat penggunaan obat Simvastatin

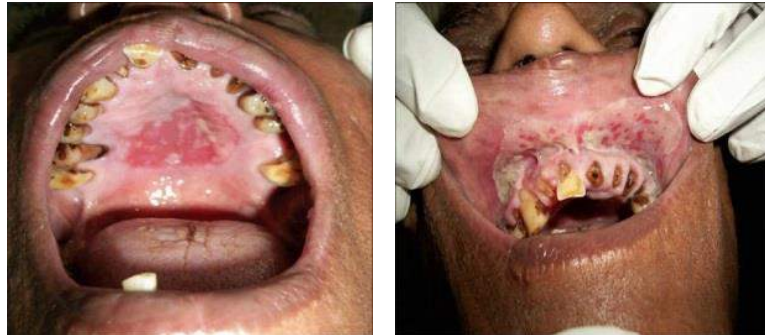


Mukosa bukal bawah terdapat eritematus dengan deskuamasi epitel yang superfisial akibat alergi kontak dengan pasta gigi



Ventral lidah dekstra terdapat erosi ireguler yang meluas akibat penggunaan obat Oxaprozin (obat anti inflamasi non

steroid)



Fixed Drug Eruption akibat konsumsi ornidazole



Fixed Drug Eruption akibat dari konsumsi Ibuprofen

5. Patofisiologi

Dibagi menjadi 2 tipe:

1. Stomatitis akibat alergi kontak atau hipersensitif kontak,
 - a. yaitu reaksi hipersensitif kontak terhadap komponen material dari kontak / alergen
 - b. merupakan suatu reaksi hipersensitif tipe IV, yaitu respon imun yang dimediasi oleh sel dimana reaksi antigen terhadap limfosit T.

Etiologi:

- permen, permen karet, *peppermint*, kayu manis, perasa makanan, merkuri, antimikroba topikal, minyak *essential*

	2. Stomatitis akibat iritasi kontak - yaitu kerusakan langsung terhadap mukosa akibat substansi yang mengiritasi mukosa - muncul akibat terpaparnya mukosa oral terhadap iritan kimia lokal atau kontak yang lama / kronis dengan iritan - sering terjadi pada orang dewasa Etiologi: - tembakau, aspirin, pasta gigi, obat kumur, material dental <i>polymethylmethacrylate</i> <i>Fixed Drug Eruption</i> - Patogenesis pasti dari FDE tidak diketahui - Keterlibatan sel limfosit T CD8+ mungkin berperan dalam hipersensitivitas yang dimediasi oleh sel tersebut - Diperkirakan bahwa reseptor sel limfosit T-$\alpha\beta$ dan sel limfosit T CD8+ di epidermis, yang bertanggung jawab atas kerusakan pada epidermis (sitotoksik) sehingga dihasilkan interferon-γ dan berinteraksi dengan sel inflamasi lainnya. - Sel limfosit T ini dapat tetap berada di epidermis selama bertahun-tahun dan diaktifkan kembali setelah paparan baru terhadap obat yang sama, berpotensi melalui peningkatan regulasi <i>tumor necrosis factor-α-dependent</i> dari ekspresi adhesi molekul-1 interseluler pada keratinosit. - Obat pemicu paling sering dijumpai dari kelompok antibiotik (tetrasiklin, penisilin, metronidazol, quinolone, dll), anti inflamasi non steroid (aspirin, ibuprofen dan paracetamol), analgesik, dan anti konvulsan.
6. Kriteria Diagnosis	- Memenuhi kriteria anamnesis - Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis - Memenuhi kriteria pemeriksaan penunjang (bila diperlukan)
7. Diagnosis Kerja	Stomatitis kontak / stomatitis kontak alergika / iritasi kontak / <i>fixed drug eruption</i>
8. ICD-10	K12.1 <i>Other forms of stomatitis</i>
9. Diagnosis Banding	- Infeksi jamur - Reaksi likenoid - Eritroleukoplakia

	- <i>Fixed Food Eruption</i> - Stomatitis medikamentosa - <i>Eritema multiforme</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan darah lengkap, IgE total, LED - Pemeriksaan reaksi alergi (<i>skin test, patch test, prick test</i>) (bila memungkinkan)
11. Tata Laksana	- Identifikasi alergen penyebab, melalui instruksi mencatat makanan atau obat-obatan yang dikonsumsi setiap hari dan sariawan timbul di tempat yang menetap tersebut - Rujukan medis ke dokter yang memberikan obat yang diduga sebagai alergen (bila memungkinkan obat tersebut diganti) - Eliminasi penyebab alergi 1. Restorasi amalgam dapat diganti dengan bahan restorasi lainnya (komposit atau semen ionomer kaca) 2. Gigi tiruan dengan polymethylmethacrylate dapat diganti dengan gigi tiruan berbahan lainnya (<i>flexible partial denture</i> atau <i>nylon denture</i>) - Terapi simptomatik 1. Kortikosteroid topikal a. <i>Triamcinolon acetonide</i> 1% atau <i>fluocinonide</i> 0,05% krim atau <i>Betametason dipropionate</i> 0,05% b. Oles pada lesi setiap 12 jam sehari c. Pemakaian hingga faktor etiologi dapat dihilangkan atau diperbaiki 2. Anestesi topikal benzokain
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik Lesi remisi dalam beberapa hari hingga minggu, setelah mengeliminasi faktor etiologi

15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang
16. Daftar Pustaka	1. Lewis MAO, Ricard CKJ. 2012. <i>A Color Handbook Oral Medicine</i> 2nd ed. USA: Manson Publishing. 2. Neville BW, Damm DD, Allen MA, Chi AC. 2016. <i>Oral & Maxillofacial Pathology</i> 4th Edition. Missouri. USA: Elsevier Health Sciences. 3. Gunasekaran V, Ganapathy D, 2016. Undesirable Drug Reactions in Orofacial Region. <i>J. Pharm. Sci. & Res.</i>, 8(7): 665-7. 4. Odell EW. 2017. <i>Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine</i>, 9th edition. Vancouver: Elsevier. 5. Farah CS, et al. 2019. <i>Contemporary Oral Medicine. A Comprehensive Approach to Clinical Practice</i>. Australia : Springer. 6. Srivastava R., Manorama Bihari, Jyoti, Bhuvan, Ahmed Saad. 2015. Fixed drug eruptions with intraoral presentation. <i>Indian J Dent.</i>; 6(2): 103–106 7. RA. Sai Pawan PharmD, V. H. T. Swamy MBBS, S. N. Mothi MBBS, DCH, MD (Paed), Y. Yashaswini BPharm, PharmD. 2020. Ibuprofen-induced intra-oral fixed drug eruption. <i>Journal of Pharmacy Practice and Research</i>; 50, 61–64





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

STOMATITIS MEDIKAMENTOSA		0110/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Suatu peradangan pada mukosa mulut akibat reaksi hipersensitivitas terhadap pemakaian obat secara sistemik, yang ditandai dengan ulserasi, daerah erosi hingga berdarah. Dapat disertai adanya keluhan kulit. Namun pada umumnya terbatas pada rongga mulut.	
2. Anamnesis	Terdapat luka/sariawan pada rongga mulut, dapat disertai daerah kemerahan dan berdarah. Dapat berupa benjolan isi cairan (lepuhan) yang mudah pecah. Riwayat penggunaan obat-obatan yang diminum atau disuntikkan.	
3. Gejala Klinis	- Jenis lesi pada mukosa bervariasi - Umumnya ditemukan berupa erosi atau ulserasi multipel disertai dengan daerah eritem. - Dapat juga berupa lesi vesikulobulosa menyerupai pemfigus dan lupus. - Pada reaksi alergi tipe cepat (stomatitis anafilaktik) dapat disertai urtikaria maupun keluhan reaksi anafilaktik lainnya seperti gangguan pernafasan dan muntah.	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	Etiologi: reaksi hipersensitivitas Predisposisi: Obat-obatan sistemik Lesi oral merupakan akibat dari reaksi radang hipersensitivitas akibat penggunaan obat-obatan sistemik dengan dosis	

	normal. Reaksi ini tidak berkaitan dengan fungsi farmakologis atau toksisitas obat yang dikonsumsi. Reaksi ini jarang terjadi. Patogenesis sebagian besar bersifat imunologis di mana respons imun dipicu oleh komponen antigenik pada molekul obat yang mengarah ke respons hipersensitivitas. Reaksi tergantung pada beberapa faktor seperti imunogenisitas obat, frekuensi paparan, rute pemberian dan reaktivitas sistem imun individu. Kadang-kadang reaksi ini terjadi melalui mekanisme non imunologis di mana tidak ada peran respon imun dan obat, yang secara langsung mempengaruhi sel <i>mast</i> dan pelepasan mediator radang.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria gejala klinis 3. Pemeriksaan penunjang (bila diperlukan)
7. Diagnosis Kerja	Stomatitis medikamentosa
8. ICD-10	K.12.1 <i>Other forms of stomatitis</i>
9. Diagnosis Banding	- Eritema multiformis - Sindrom Steven Johnson - Stomatitis venenata - <i>Pemphigus vulgaris</i> - <i>Mucous membrane pemphigoid</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan darah lengkap - Pemeriksaan histopatologi
11. Tata Laksana	- Hentikan obat-obatan yang sedang dikonsumsi - Terapi simptomatik: 1. Asam hyaluronat gel/kumur/<i>spray</i> 2. <i>Benzydamine mouthwash</i> 3. Klorheksidin / <i>povidone iodine</i> - Terapi kausatif: Kortikosteroid topikal atau sistemik yang disesuaikan dengan keparahan klinis lesi. - Rujukan medik ke dokter spesialis kulit dan kelamin apabila ditemukan lesi pada kulit
12. KIE	1. Hentikan penggunaan obat 2. Informasi mengenai kondisi rongga mulut 3. Edukasi mengenai penyebab adanya keluhan pada rongga mulut 4. Informasi rencana perawatan

	5. Edukasi gizi dan pola makan 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut 7. Tata cara penggunaan obat-obatan dan keperluan rujukan
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik apabila tanpa komplikasi sistemik (lesi kulit). Umumnya dapat sembuh 10-14 hari setelah penghentian penggunaan obat.
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi secara klinis hilang
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine (12th Edition)</i> . Philadelphia (USA) : People Medical Publishing. 2. Scully. 2013. <i>Oral & Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment (3rd Edition)</i> . London : Elsevier Ltd 3. Neville, Damm, Allen, Bouquot. 2002. <i>Oral and Maxillofacial Pathology (2nd Edition)</i> . Philadelphia (USA): W.B. Saunders Company





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

STOMATITIS NIKOTINA		0111/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Keratososis yang terjadi akibat kebiasaan merokok. Lesi ini sering ditemukan pada perokok berat yang menggunakan pipa atau cerutu. Nama lain: <i>smoker's palate</i> .	
2. Anamnesis	Adanya kebiasaan merokok jangka panjang.	
3. Gejala Klinis	Terdapat multipel nodul, berwarna putih keabu-abuan, disertai dengan eritema pada bagian tengah, di area palatum durum.	
4. Gambaran Klinis	 	
5. Patofisiologi	Proliferasi keratin yang dirangsang oleh panas dari rokok yang menyebabkan peradangan dan dilatasi orifis duktus kelenjar saliva minor di palatum.	
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria gejala klinis	
7. Diagnosis Kerja	Stomatitis nikotina	
8. ICD-10	K13.24 <i>Leukokeratosis nicotina palati</i>	
9. Diagnosis Banding	- <i>Reverse smoker's palate</i> - Leukoplakia	
10. Pemeriksaan Penunjang	- Tidak perlu pemeriksaan penunjang - Pemeriksaan histopatologi dengan melakukan	

	rujukan medik ke dokter gigi spesialis bedah mulut dan maksilofasial atau yang berkompeten, jika ada perubahan progresif.
11. Tata Laksana	- Observasi - Bila diperlukan bisa dihilangkan dengan kauterisasi/pembedahan dengan merujuk ke Spesialis Periodonsia, atau Bedah Mulut dan Maksilofasial, atau yang berkompeten lainnya. - Pemberian anti inflamasi topikal sebagai perawatan simptomatis
12. KIE	1. Diberikan pengetahuan bahwa tidak ganas, tidak berbahaya, tidak menular 2. Diinstruksikan untuk menghentikan merokok 3. Menjaga kebersihan rongga mulut dan pola hidup sehat.
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik dengan berhentinya kebiasaan merokok
15. Keberhasilan Perawatan	Terjadi perbaikan klinis.
16. Daftar Pustaka	1. Bruch JM, Treister NS. 2010. Clinical of oral medicine and pathology. Humana Press, New York, pp. 46. 2. Glick M, Ship JA. 2015. Burket's oral medicine, 12th ed. People's Medical Publishing, Philadelphia (USA). 3. Rossie KM, Guggenheimer J. 1990. Thermally induced nicotine stomatitis: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 70(5): 597-599. 4. Jessri M, Mawardi H, Farah CS, Woo SB. 2019. White and Red Lesions of the Oral Mucosa. In book: Farah, C.S., Balasubramaniam, R., McCullough, M.J., eds. Contemporary Oral Medicine. Springer, Switzerland, pp. 1218. 5. Mirbod SM, Ahing SI. 2000. Tobacco-associated lesions of the oral cavity: Part I. Nonmalignant lesions. J Can Dent Assoc, 66(5): 252-256. 6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. 2016. Oral and Maxillofacial Pathology, 4th ed. Elsevier, Edinburg.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

STOMATITIS UREMIK		0112/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Merupakan kelainan pada mukosa rongga mulut yang berkaitan dengan tingginya ureum dalam saliva pada pasien dengan gagal ginjal kronik	
2. Anamnesis	Pasien mengeluh nyeri pada lidah dan rongga mulut, gangguan rasa pada lidah seperti bahan metal, dan lidah terasa baal/ menebal. Pasien juga mengeluh plak putih dan sariawan di lidah dan seluruh bagian dalam rongga mulut. Pasien memiliki riwayat gagal ginjal kronik.	
3. Gejala Klinis	Manifestasi stomatitis uremia dapat bermacam macam: - Ulserasi superfisial yang sakit ditutupi pseudomembran nekrotik berwarna coklat pada punggung lidah, mukosa bukal dan mukosa labial, gingiva dan dasar mulut. - Plak hiperkeratotik putih multipel yang sakit. - Bau mulut seperti amoniak - Lidah terasa tebal dan baal - <i>Erythematous diffuse</i> ditutupi pseudomembrane abu abu tebal - Perdarahan lokal, ptekie, ekimosis pada mukosa bukal labial, palatum mole, pinggiran lidah serta gingival - Penurunan jumlah saliva menyebabkan xerostomia, rasa terbakar, rasa tidak nyaman dan sulit menelan - Kadang terdapat infeksi candida berupa plak putih homogen dan infeksi bakteri lainnya. Ada 4 tipe Stomatitis uremia: - Tipe pseudomembran - Tipe ulseratif - Tipe hemorrhagik - Tipe hiperkeratotik	

4. Gambaran Klinis	 Tipe Pseudomembra  Tipe Ulseratif  Tipe Hiperkeratotik
5. Patofisiologi	Kegagalan fungsi ginjal pada pasien gagal ginjal kronik, menyebabkan tingginya ureum dalam darah, sehingga meningkatkan kadar urea dalam saliva yang memicu reaksi mukosa mulut terhadap amonia yang dihasilkan mikroflora bakteri dalam mulut yang memodifikasi urea saliva. Reaksi mukosa mulut ini dapat dianggap sebagai reaksi <i>chemical burn</i> akibat peningkatan kadar ammonia.
6. Kriteria Diagnosis	1. Pasien dengan gagal ginjal kronik, dengan level urea darah >300 mg/ml 2. Nyeri atau perih pada lidah dan rongga mulut, dengan bau mulut seperti ammonia. 3. Lesi berupa ulserasi <i>superficial</i> disertai <i>pseudomembrane</i> abu-abu atau kecoklatan pada lidah, kadang disertai plak putih hiperkeratotik pada lidah, mukosa bukal dan mukosa labial.
7. Diagnosis Kerja	Stomatitis Uremik
8. ICD-10	K.12.1 <i>Other forms of Stomatitis</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Oral hairy leukoplakia</i> - <i>Stomatitis Aphtosa</i>, Mukositis

10. Pemeriksaan Penunjang	- GFR < 60 ml/min/1,73 m - Level urea darah >300 mg/ml - Mikro/makro albuminuria - Pemeriksaan urin, terjadi persisten hematuria dan protein uria - Renal ultrasonografi - <i>Creatinin Clearance Test</i>
11. Tata Laksana	- Kolaborasi dengan Dokter SpPD, perawatan lesi harus dilakukan setelah dilakukan hemodialisis. - Koreksi <i>oral hygiene</i> - Pemberian anti jamur topikal, mikonazol oral gel (3-4x sehari) bila ditemukan infeksi candida - Kumur <i>Chlorhexidine</i> - Eliminasi fokus infeksi - Penggunaan saliva buatan pada pasien xerostomia
12. KIE	1. Menjaga <i>Oral hygiene</i> 2. Pengaturan pola makan dan konsumsi cairan 3. Penjelasan tentang penyakit dan manifestasinya dalam rongga mulut. 4. Penjelasan tentang tata laksana rongga mulut yang berkaitan dengan kondisi sistemik
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> V72.62 <i>Laboratory examination ordered as part of a routine general medical examination</i>
14. Prognosis	Sedang tergantung kondisi gagal ginjal
15. Keberhasilan Perawatan	- Keluhan subyektif berkurang - Perbaikan lesi rongga mulut - Pasien dengan gagal ginjal kronik akan merespon perawatan setelah 2-3 minggu pasca terapi
16. Daftar Pustaka	1. Roda, Soriano, Bagan cervero. 2. 008Dental Management in renal failure: Patient on dialysis. Journal Med Oral Pathol oral cir buccal.2008;13(7): E419-26 2. Leão JC, Gueiros LA, Segundo AV, Carvalho AA, Barrett W, Porter SR. 2005. Uremic stomatitis in chronic renal failure. Clinics;60:259–62 3. Laskaris G. 2006. Treatment of Oral Disease: A Concise Textbook. Stuttgart, Germany: Thieme; p. 12. 4. Neville, Damm, Allen, Bouquot. 2002. Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd ed. Philadelphia: Saunders;

	p. 735–6 5. McCreary CE, Flint SR, McCartan BE, Shields JA, Mabruk M, Toner ME. 1997. Uremic stomatitis mimicking oral hairy leukoplakia: Report of a case. <i>Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.</i>;83:350–3 6. Demetrios Z, et al. 2006. Ulcerative uremic stomatitis associated with untreated chronic renal failure: Report of a case and review of the literature. <i>Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod</i>;101:608-13
--	--





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

SUBMUKOSIS FIBROSIS		0113/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Penyakit kronis yang mengenai mukosa rongga mulut, faring dan dua pertiga esofagus bagian atas yang disebabkan oleh mengunyah pinang (<i>areca nut</i>).	
2. Anamnesis	- Penderita merasakan kaku pada mukosa rongga mulutnya dan keterbatasan membuka mulut. - Penderita memiliki riwayat kebiasaan mengunyah pinang, kapur, gambir, dan sirih.	
3. Gejala Klinis	- Awalnya nampak berupa <i>betel quid chewers mucosa</i>, berupa deposit bahan pinang pada mukosa mulut. Mukosa mulut nampak lebih putih keabu-abuan dan deposit tersebut mudah dihilangkan dari mukosa. - Tahap awal dari OSF berupa lesi eritematus, kadang dijumpai <i>petechiae</i>, pigmentasi dan vesikel. - Tahap lanjut OSF: 1. Mukosa tampak pucat (<i>marbling appearance</i>) 2. Tekstur mukosa kaku 3. Kesulitan dalam berbicara, keterbatasan pergerakan lidah dan keterbatasan membuka mulut (trismus) 4. Tidak dapat makan makanan panas dan pedas 5. Dapat ditemukan bersamaan dengan leukoplakia 6. Saat palpasi, terdapat <i>fibrous band</i> - Lokasi tersering: mukosa bukal dan palatum lunak	
4. Gambaran Klinis	 <i>Marbling appearance</i>	

5. Patofisiologi	Pinang (<i>areca nut</i>) mengandung alkaloid yaitu <i>arecoline</i> , <i>arecaidin</i> , <i>guvacine</i> dan <i>guvacoline</i> . <i>Arecoline</i> memodulasi <i>matrix metalloproteinases</i> , <i>lysyl oxidases</i> , dan kolagen yang mempengaruhi metabolisme kolagen yang menyebabkan peningkatan fibrosis. Peningkatan fibrosis dapat menyebabkan elastisitas mukosa mulut berkurang. Selain itu, terdapat faktor predisposisi yaitu faktor genetik dan defisiensi nutrisi.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria gejala dan gambaran klinis
7. Diagnosis Kerja	<i>Submukosis fibrosis</i>
8. ICD-10	K13.5 <i>Oral submucous fibrosis</i>
9. Diagnosis Banding	- Mukosa pada penderita anemia - <i>Oral Lichen Planus</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan histopatologik (jika diperlukan)
11. Tata Laksana	- Penghentian kebiasaan menginang - Pemberian steroid - Perbaikan nutrisi dan pemberian multivitamin - Rujukan medik ke dokter gigi spesialis Bedah Mulut dan Maksilofasial
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	- Lesi awal: prognosis baik - Lesi tahap lanjut: ireversibel dan berkembang menjadi keganasan
15. Keberhasilan Perawatan	Pengurangan gejala klinis (tidak terdapat keterbatasan membuka mulut)

16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine (12th Edition)</i>. Philadelphia (USA) : People Medical Publishing. 2. Scully. 2013. <i>Oral & Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment (3rd Edition)</i>. London : Elsevier Ltd. 3. Bruch JM, Treister NS. 2010. <i>Clinical Oral Medicine and Pathology</i>. New York: Humana Press. 4. DeLong & Bukhart. 2008. <i>General and Oral Pathology for the Dental Hygienist</i>
--------------------	--







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

AMALGAM TATOO		0114/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Pigmentasi yang berasal dari amalgam, terdiri dari perak, merkuri, timah, tembaga yang secara tidak sengaja masuk ke dalam lapisan mukosa mulut. Nama lain: pigmentasi amalgam.	
2. Anamnesis	Adanya bercak berwarna abu-abu kehitaman, tidak sakit pada rongga mulut, berdekatan atau terdapat riwayat memiliki tambalan amalgam.	
3. Gejala Klinis	Terdapat makula berwarna abu-abu kehitaman pada daerah sekitar gigi dengan restorasi atau riwayat penambalan amalgam; ukuran bervariasi; <i>margin diffuse</i> .	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	Amalgam berupa bubuk/restorasi masuk ke dalam mukosa dalam keadaan tidak utuh.	

6. Kriteria Diagnosis	Makula, hitam atau abu-abu, ada amalgam/riwayat amalgam.
7. Diagnosis Kerja	<i>Amalgam Tatoo</i> atau pigmentasi amalgam
8. ICD-10	L 81.8 <i>Other and specified disorder of pigmentation</i>
9. Diagnosis Banding	- Nevus - Melanoma
10. Pemeriksaan Penunjang	- Tidak perlu pemeriksaan penunjang, - Bila diperlukan dapat dilakukan ronsen foto untuk melihat fragmen amalgam, - Rujukan untuk melakukan biopsi jika ada kecurigaan ke arah melanoma.
11. Tata Laksana	- Observasi, - Restorasi amalgam diganti, - Bila diperlukan bisa dihilangkan dengan cauterisasi/pembedahan dengan merujuk ke Spesialis Periodonsia, atau Bedah Mulut dan Maksilofasial, atau yang berkompeten lainnya.
12. KIE	1. Diberikan pengetahuan bahwa tidak ganas, tidak berbahaya, tidak menular, 2. Diinstruksikan untuk mengganti restorasi amalgam, 3. Menjaga <i>oral hygiene</i> dan pola hidup sehat.
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Prognosis baik
15. Keberhasilan Perawatan	Lesi tidak ada perubahan, tidak sakit.
16. Daftar Pustaka	1. Cawson RA, Odell EW. 2008. Cawson's Essential Of Oral Pathology and Oral Medicine. 8th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier. P287-288 2. DeLong, Leslie, Burkhardt, Nancy W. 2008. General and Oral Pathology for Dental Hygienist. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. p.364-365 3. Ghom AG. 2010. Textbook Of Oral Medicine. 2nd ed. New Delhi : Jaypee Brothers Medical Publishers. P.508-509

- | | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none">4. Lakshmi P, Shabeenataj S. 2014. Pigmentation of Oral Mucosa: A Review. <i>Int.J. Pharm Tech Res.</i> 6(4),pp 1256-12585. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan R. 2012. <i>Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlation</i>. 6th ed. Missouri:Elsevier Saunders. p.1456. Stoopler E.T and Alawi F. 2019. Pigmented Lesions of the Oral Mucosa. In book: Farah C.S, Balasubramaniam R, McCullough M.J. <i>Contemporary Oral Medicine: A Comprehensive Approach to Clinical Practice</i>. Springer Nature Switzerland AG. Switzerland. Page 1200-12017. Neville B, Dam DD, Allen C, Chi A. 2015. <i>Oral and Maxillofacial Pathology</i>, 4th ed. USA: Saunders.8. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine</i>. LH.Mehta, Ed., 12th ed.. Hamilton: BC Decker. |
|--|--|







**PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATALAKSANA KASUS
ILMU PENYAKIT MULUT
2020**

**TEMPOROMANDIBULAR JOINT
DISORDER**

0115/PPK IPM/1/2020

**1. Pengertian
(Definisi)**

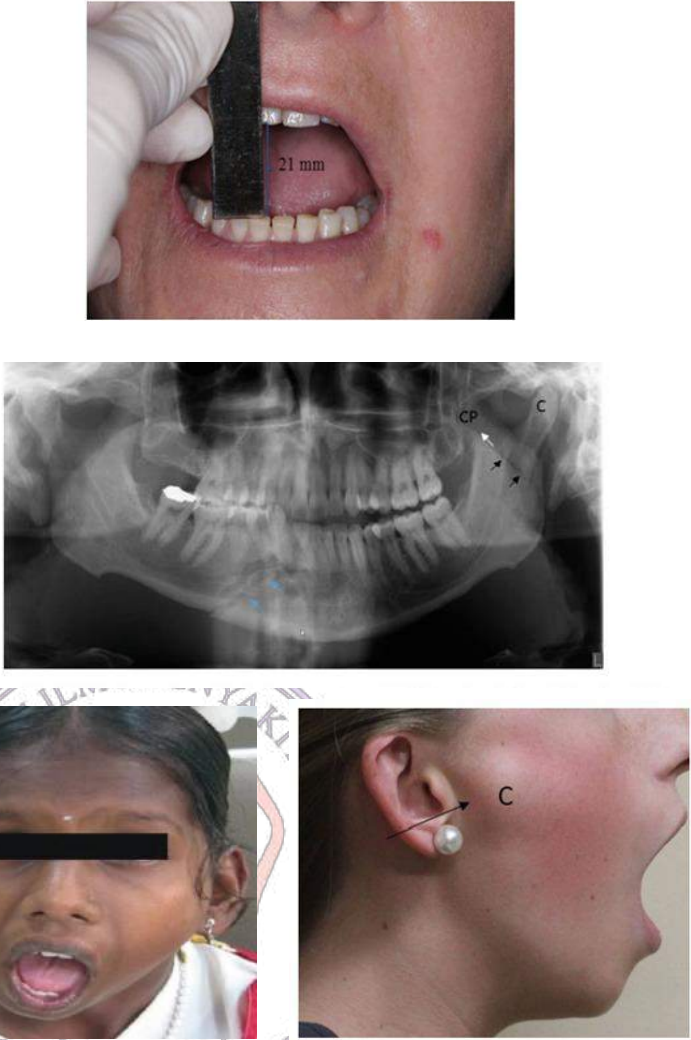
Merupakan gangguan sendi TMJ yang umumnya menimbulkan nyeri kraniofasial, melibatkan sendi TMJ, otot mastikatori, dan struktur muskuloskeletal leher dan kepala.

2. Anamnesis

- Adanya nyeri pada rahang
- Bunyi (*clicking*) saat membuka mulut
- Sendi (kondil) yang terlepas dari tempatnya, kadang menjadi kebiasaan (membuka mulut terlalu lebar dan mengunyah satu sisi) atau bahkan sulit untuk kembali menutup mulut.
- Kadang dapat disertai nyeri pada pundak dari sisi yang terlibat
- Rasa sakit dapat bermanifestasi menjadi sakit kepala (*cephalgia*), sakit di telinga (*otalgia*), bunyi berdenging (*tinnitus*), sakit di gigi (*odontalgia*)
- Pada kondisi kronik, cara berjalan pasien menjadi tidak seimbang
- Riwayat menggertakan gigi saat tidur malam (*bruksisme*)

3. Gejala Klinis

- Nyeri pada rahang terutama saat berfungsi
- Mandibula shifting saat membuka dan menutup mulut
- Bunyi (*clicking*) saat membuka mulut
- Sendi (kondil) yang terlepas dari tempatnya, kadang menjadi kebiasaan atau bahkan sulit untuk kembali menutup mulut.
- Kadang dapat disertai nyeri pada pundak dari sisi yang terlibat
- Rasa sakit dapat bermanifestasi menjadi *cephalgia*, *otalgia*, *tinnitus*, *odontalgia*
- Pada kondisi kronik, postur tubuh berubah dan cara berjalan pasien menjadi tidak seimbang. Kadang dapat ditemukan nyeri persisten dan gejala lainnya seperti fisik, perilaku, psikologi dan psikososial mirip pada pasien dengan sindrom nyeri kronis.

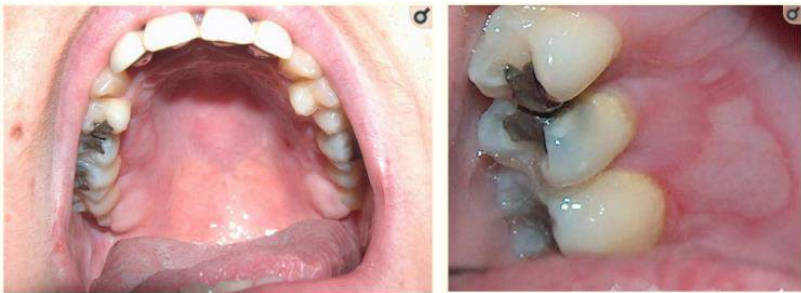
4. Gambaran Klinis	 Oklusi sebelah terbuka Dislokasi yang terlihat menonjol
5. Patofisiologi	Etiologi: Bersifat kompleks dan multifaktorial, diduga terkait kondisi dibawah ini: - <i>Muscular disorder:</i> 1. <i>Hyperactivity</i> (parafungsional), <i>spasm</i> dan trismus 2. <i>Myositis</i> (inflamasi) 3. Trauma 4. <i>Myofacial pain</i> dan <i>fibromialgia</i> 5. Atrofi atau hipertrofi - <i>Artrogenic disorder:</i> 1. <i>Disc replacement</i> atau internal <i>diarrangement</i> 2. <i>Hypomobility of the disc</i> (adhesi atau jaringan parut)

	3. Dislokasi dan subluksasi 4. Artritis 5. Infeksi 6. <i>Metabolic disease (gout syndrome, chondrocalcinosis)</i> 7. <i>Capsulitis</i> dan <i>synovitis</i> 8. <i>Ankylosis (fibrous, bony)</i> 9. Fraktur 10. <i>Condylar hyperplasia, hypoplasia, aplasia</i> 11. Neoplasia - Patogenesis kelainan muskular: Terjadi gangguan pada muskulus yang berperan dalam mastikasi sehingga menyebabkan sistem kerja TMJ terganggu. - Patogenesis kelainan artogenik: Terjadi gangguan langsung pada anatomi TMJ.
6. Kriteria Diagnosis	- Memenuhi kriteria anamnesis - Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis - Memenuhi kriteria pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	<i>Temporomandibular Joint Disorder</i>
8. ICD-10	K07.6 <i>Temporomandibular joint disorders</i>
9. Diagnosis Banding	- Odontalgia - Tinitus - <i>Cephalgia</i> - Trigeminal neuralgia - <i>Atipikal facial pain</i> - <i>Referred pain</i> dari organ lain
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan radiografik (spesifik ke sendi TMJ)
11. Tata Laksana	- Rujukan medik ke dokter atau dokter gigi spesialis yang terkait sehubungan dengan kebutuhan perawatan (penyakit dalam subspesialis rheumatologi, bedah neurologi, bedah tulang, rehabilitasi medik, prostodontia, bedah mulut dan maksilofasial, ortodontia) - Terapi simptomatik dengan pemberian <i>muscle relaxant</i>, antidepresan - Instruksi manajemen TMD terdiri dari kombinasi perawatan di rumah berupa kompres hangat daerah TMJ selama 15 menit setiap hari, diet makanan lunak.

12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik hingga sedang, tergantung dari faktor pencetus dan kepatuhan pasien dalam menjalankan terapi. Tingkat rekurensi tinggi.
15. Keberhasilan Perawatan	Remisi dari gejala klinis
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine (12th Edition)</i>. Philadelphia (USA) : Pepople Medical Publishing. p272-94 2. Scully. 2013. <i>Oral &Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment (3rd Edition)</i>. London : Elsevier Ltd.p97 3. Jerolimov V. 2009. <i>Temporomandibular disorders and orofacial pain</i>. Medical Sciences. 33ed. p.54-71. 4. Jung H. 2015. <i>Orthognathic surgery and temporomandibular joint symptoms</i>. Maxillofacia Plastic and reconstructive Surgery Available at: http://creativecommons.org. 5. Pedersen GW. 1996. <i>Buku Ajar Praktis Bedah Mulut</i>. Jakarta: EGC. p.293-309. 6. Scrivani SJ, Keith DA, Kaban LB. 2008. Medical Progress Temporomandibular Disorders, <i>N Engl J Med</i>, 359(25): 2693-2705.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

THERMAL BURN		0116/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Kerusakan epitel hingga lamina propria mukosa rongga mulut akibat adanya trauma termal. Nama Lain: <i>Pizza Burn</i> .	
2. Anamnesis	Sariawan yang nyeri di mulut muncul setelah adanya riwayat trauma termal seperti setelah mengonsumsi makanan tertentu dengan suhu di atas normal atau di bawah normal, atau setelah mukosa mulut terkena benda/alat yang panas.	
3. Gejala Klinis	- Lesi umumnya berbentuk ulkus atau erosi dangkal, dapat tunggal atau multipel sesuai dengan jumlah sumber trauma dan letak kontak trauma. - Gejala sariawan berupa nyeri tanpa diawali dengan adanya gejala prodromal. - Erosi kemerahan, atau ulkus berwarna putih, batas jelas/ireguler, bentuk oval atau sirkuler, dengan atau tanpa peninggian tepi, daerah tepi sekitar lesi kemerahan, margin eritema dan sakit.	
4. Gambaran Klinis	 Sumber: Kafas, P., & Stavrianos, C. (2008). <i>Thermal burn of palate caused by microwave heated cheese-pie: A case report</i>. Cases journal, 1(1), 191. https://doi.org/10.1186/1757-1626-1-191.	
5. Patofisiologi	Faktor penyebab eksternal (sumber trauma suhu ekstrim) menyebabkan diskontinuitas mukosa rongga mulut, sehingga	

	menstimulasi reaksi peradangan yang diikuti oleh terbentuknya jaringan nekrotik.
6. Kriteria Diagnosis	Terdapat lesi berupa ulkus, terdapat riwayat trauma suhu.
7. Diagnosis Kerja	<i>Thermal Burn</i>
8. ICD-10	T28.0XXA <i>Burn of mouth and pharynx, initial encounter</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Chemical burn</i> - <i>Stomatitis aphthosa</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak diperlukan pemeriksaan penunjang
11. Tata Laksana	Pemberian obat topikal anti inflamasi non steroid untuk meredakan rasa sakit dan mengurangi inflamasi.
12. KIE	1. Edukasi hindari faktor penyebab 2. Edukasi penggunaan obat 3. Edukasi gaya hidup sehat 4. Menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 93.57 <i>Application of wound dressing</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Perbaikan klinis dan rasa nyeri rongga mulut hilang, tidak terjadi komplikasi.
16. Daftar Pustaka	1. Glick M, Ship JA. 2015. <i>Burket's oral medicine</i>, 12th ed. People's Medical Publishing, Philadelphia (USA). 2. Kafas P, Stavrianos C. 2008. Thermal burn of palate caused by microwave heated cheese-pie: A case report. <i>Cases Journal</i>, 1: 191. https://doi.org/10.1186/1757-1626-1-191 3. Patton LL. 2012. <i>The ADA Practical Guide to Patients with Medical Conditions</i>. Willey-Blackwell, Iowa USA. 4. Scully C. 2013. <i>Oral & maxillofacial medicine the basis of diagnosis and treatment</i>, 3rd ed. Churchill Livingstone Elsevier, Edinburg.



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

TORUS MANDIBULARIS		0118/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Penonjolan/eksostosis (pertumbuhan tulang eksofitik) pada tulang mandibularis, pada bagian lingual, sering tampak bilateral/ jarang unilateral, dapat herediter dengan predileksi pada laki-laki.	
2. Anamnesis	Benjolan/ tonjolan pada rahang bawah yang ditemukan saat pemeriksaan rutin ke dokter gigi/ saat bercermin secara tidak sengaja dan tidak sakit.	
3. Gejala Klinis	Eksostosis/nodul pada tulang mandibula terutama sisi lingual, soliter atau multipel, tersebar atau mengumpul, palpasi keras, warna normal kecuali disertai peradangan, batas jelas, ukuran bervariasi. Asimtomatik, ukuran dapat bertambah seiring pertambahan usia terutama pada dekade kedua dan ketiga.	
4. Gambaran Klinis	Beberapa jenis Torus Mandibularis: - <i>Flat</i> Tori (dasar tori luas dengan permukaan halus) - <i>Spindle</i> Tori (puncak menonjol di tengah) - <i>Nodular</i> Tori (pertumbuhan tulang multipel dengan dasar masing-masing tori) - <i>Lobular</i> Tori (pertumbuhan tulang multipel dengan satu dasar yang sama)  	
5. Patofisiologi	Etiologi belum jelas disebut sebagai multifaktorial seperti faktor genetik (paling dominan) dan lingkungan (diet/ tidak adanya gigi/ tekanan oklusal).	

6. Kriteria Diagnosis	Nodul keras pada bagian lingual mandibular, asimtomatik
7. Diagnosis Kerja	Torus Mandibularis
8. ICD-10	M27.0 <i>Developmental disorder of jaws</i>
9. Diagnosis Banding	- Fibroma - Kista - Sindroma Gardner
10. Pemeriksaan Penunjang	Foto Panoramik
11. Tata Laksana	- Merupakan variasi normal, tidak memerlukan perawatan khusus kecuali menyebabkan gangguan fungsi normal rongga mulut seperti mengganggu posisi lidah dan bicara, menyebabkan trauma, ulserasi permukaan mukosa, periodontitis/ <i>cancer</i> fobia yaitu dengan tindakan bedah resesi (<i>grinding</i> permukaan torus) dilanjutkan dengan pemeriksaan histopatologi yang akan menunjukkan tulang kortikal yang padat dan tulang <i>lamellar</i>. - Antiseptik kumur
12. KIE	1. Edukasi terkait torus mandibular sebagai variasi normal 2. Edukasi untuk menjaga kebersihan mulut karena pada Torus Mandibularis terutama yang <i>multiple</i> sering menyebabkan retensi sisa makanan 3. Edukasi bahwa torus mandibularis tidak perlu mendapatkan terapi kecuali menyebabkan gangguan fungsi normal rongga mulut 4. Edukasi terkait torus dapat bertambah besar terutama pada dekade 2 dan 3 kemudian menurun/ berhenti pada lanjut usia
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Pasien mengerti bahwa kondisi merupakan varian normal.

16. Daftar Pustaka	1. Langlais RP, Miller CS, Nield-Gehrig JS. 2014. Atlas Berwarna: Lesi Mulut Yang Sering Ditemukan, Edisi 4, EGC, Jakarta 2. Sangwan A, Sharma K. 2011. Mandibular Tori- A Case Report and Review, International Jurnal of Contemporary Dentistry,2(5) 3. DeLong L, Burkhart NW. 2008. General and Oral Pathology for The Dental Hygienist, Lippincott Williams&Wilkins, Colombia
--------------------	---







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

TORUS PALATINUS		0118/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Pembesaran tulang yang bersifat jinak pada palatum durum, umumnya bilateral, sepanjang sutura median palatal dan dapat meluas ke lateral, melibatkan prosesus palatal maksila. Nama lain: <i>Exostosis, Tori</i> .	
2. Anamnesis	Terdapat tonjolan pada palatum, tidak sakit, namun jika memakai gigi tiruan menjadi tidak nyaman/lebih mengganggu. Terdapat faktor genetik/keturunan.	
3. Gejala Klinis	- Tonjolan tulang yang keras ditengah-tengah palatum, ukuran bervariasi, dapat bertambah besar sesuai dengan pertambahan usia. - Eksostosis tulang tampak sebagai pembesaran yang konsistensinya keras ditutupi oleh permukaan mukosa yang normal. - Terdiri dari 1 lobus atau lebih. - Sakit jika terdapat iritasi/peradangan dari gigi tiruan yang tidak stabil.	
4. Gambaran Klinis		
5. Patofisiologi	- Patofisiologi torus palatinus telah lama diperdebatkan, dengan argumentasi berpusat antara faktor genetika yang diturunkan secara autosomal dominan dan faktor lingkungan seperti daya tekan mastikasi yang berlebihan. - Torus ini dilapisi jaringan epitelium yang tipis, mudah	

	mengalami trauma menyebabkan ulser/ulkus, dan penyembuhan pada ulkus yang terjadi cenderung sangat lambat karena area tersebut minim vaskularisasinya.
6. Kriteria Diagnosis	Nodul keras pada <i>midline</i> palatum, ditutupi mukosa yang normal.
7. Diagnosis Kerja	Torus Palatinus
8. ICD-10	M27.0 <i>Developmental disorders of jaws</i>
9. Diagnosis Banding	- Osteoma - Palatal abses - Kista Palatal - <i>Fibrous dysplasia</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- Tidak diperlukan pemeriksaan penunjang - Untuk menyingkirkan diagnosis banding dapat dilakukan pemeriksaan radiografi berupa: postero-anterior atau CT-scan.
11. Tata Laksana	- Bila tidak ada keluhan maka tidak memerlukan perawatan. - Jika terjadi iritasi/peradangan dapat diberikan obat kumur antiseptik seperti: Klorheksidin glukonat 3x sehari, atau Benzidamine 3x sehari, atau antiinflamasi topikal seperti: <i>Triamcinolone acetonide</i> atau <i>Hyaluronic acid</i>. - Pembedahan diperlukan apabila torus ini mengganggu kenyamanan dalam rongga mulut dan apabila mengganggu dalam pembuatan protesa dengan merujuk ke dokter gigi spesialis bedah mulut dan maksilofasial atau bagian lain yang lebih berkompeten.
12. KIE	1. Menjaga kebersihan rongga mulut 2. Pola hidup sehat
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Perbaiki gejala klinis jika terjadi suatu iritasi/peradangan.

16. Daftar Pustaka	1. Borle RM, Arora A, Magarkar DS. 2014. Exodontia. In Book: Textbook of oral and maxillofacial surgery. Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd., New Delhi, pp. 262-263. 2. Gonzales J, Malave D, Holtzclaw D. 2018. Torus palatinus: a brief review of the literature and case report of removal. The JIACD, 10(1): 6-10. 3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. 2016. Oral and Maxillofacial Pathology, 4th ed. Elsevier, Edinburg, pp. 19-20 4. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. 2017. Oral pathology: clinical pathologic correlation, 7th ed. Elsevier, St. Louis, pp. 309.
--------------------	---







PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

MANIFESTASI ORAL DARI TRIGEMINAL NEURALGIA		0119/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Gangguan yang terjadi akibat kelainan dari nervus kranialis ke-5 yaitu nervus trigeminal dan dikenal juga sebagai <i>tic douloureux</i> , dapat dirasakan sebagai rasa tajam dan tertusuk pada pipi, bibir, dagu, hidung, dahi, maupun gusi pada salah satu sisi wajah (unilateral).	
2. Anamnesis	- Rasa nyeri satu sisi wajah, berlangsung dalam hitungan detik hingga 2 menit, frekuensi dapat sering. - Keluhan dirasakan selama mingguan hingga menahun - Nyeri berat dan akut berupa terasa perih, tajam, menusuk atau seperti tersetrum listrik, dapat menimbulkan keputusasaan pasien. - Nyeri terjadi rekuren dan dipicu kontak udara dingin, mastikasi, menelan, bicara, palpasi, menyikat gigi, mencuci muka, bercukur, dsb.	
3. Gejala Klinis	- Lebih sering pada perempuan (2:1), berusia lebih dari 50 tahun. - Terutama melibatkan cabang saraf kedua dan ketiga secara unilateral, jarang pada cabang pertama. - Pada fase akut dapat terjadi spasme otot pada area yang terlibat - Rasa nyeri bersifat paroksismal, terlokalisir pada wajah (<i>trigger zone</i>) - Pola nyeri berbeda antara satu individu dengan individu lainnya - Dapat terjadi periode remisi spontan yang berlangsung 6-8 bulan sebelum timbul episode nyeri berikutnya.	
4. Gambaran Klinis	Secara obyektif tidak tampak kelainan klinis	
5. Patofisiologi	- Etiologi: belum jelas. Diperkirakan adanya kompresi di	

	sekitar <i>trigeminal root</i> pada <i>fossa cranial posterior</i>, kemungkinan karena adanya arteriosklerosis pada arteri <i>cerebellar superior</i> sehingga menjadi kurang fleksibel dan menekan <i>trigeminal root</i>, mengakibatkan pelepasan neuron. - Faktor predisposisi: sentuhan, air, udara dingin, angin, bicara, menyikat gigi - Pasien kadang kesulitan atau terbatas pada saat membuka mulut karena gerakan memicu rasa nyeri. - Tes sensorik kuantitatif dapat memicu defisit sensorik ringan. - Patofisiologi dibagi menjadi mekanisme sentral dan mekanisme perifer. 1. Mekanisme perifer yang terjadi antara lain: a. peregangan atau kompresi nervus V b. malformasi <i>vascular</i> c. tumor dengan pertumbuhan yang lambat d. proses inflamasi pada nervus V. 2. Mekanisme sentral yang dikaitkan Trigeminal Neuralgia adalah <i>multiple sclerosis</i> dengan terjadinya demielinisasi meluas melibatkan saraf trigeminus. Biasanya tidak ada lesi yang spesifik pada nervus trigeminus yang ditemukan.
6. Kriteria Diagnosis	1. Anamnesis: riwayat dan gejala nyeri yang khas 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan fisik dan neurologi, terutama saraf kranial
7. Diagnosis Kerja	Trigeminal neuralgia
8. ICD-10	G50.0 <i>Trigeminal Neuralgia</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Post-herpetic neuralgia</i> - <i>Glossopharyngeal neuralgia</i> - <i>Idiopathic facial pain</i> - Kelainan dental - <i>Referred pain</i> - <i>Atypical facial pain</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	- MRI, CT (namun resolusi untuk saraf kranialis dan <i>brain stem</i> tidak sebaik hasil MRI) - Pemeriksaan darah: Laju endap darah, antibodi anti-RNP, serologi

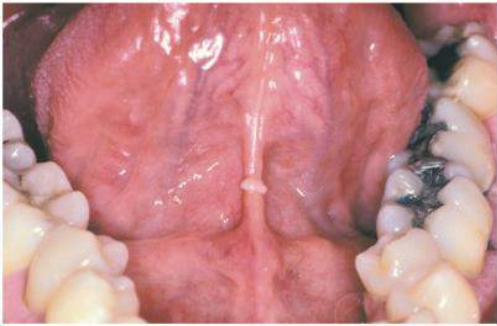
11. Tata Laksana	- Terapi Farmakologis: Pemberian antikonvulsan: <i>carbamazepine</i>, kombinasi <i>carbamazepine</i> dan <i>baclofen</i>, <i>clonazepam</i>, <i>gabapentin</i>, <i>lamotrigine</i>, <i>oxcarbazepine</i>, <i>phenytoin</i>, <i>pimozide</i>, <i>pregabalin</i>, <i>valproic acid</i> - Terapi non-farmakologis: 1. Prosedur Ganglion Gasseri 2. Dekompresi Mikrovaskuler
12. KIE	1. Menjelaskan mengenai penyakit yang diderita pasien beserta diagnosisnya 2. Menjelaskan kemungkinan faktor pemicu dari kondisi keluhan utama pasien yang ada di rongga mulut 3. Menjelaskan berbagai kemungkinan yang memperberat keluhan pasien 4. Edukasi mengenai oral hygiene
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 27.2 <i>Diagnostic procedure</i> V72.62 <i>Laboratory examination</i>
14. Prognosis	- Baik. jika sembuh dengan pemberian obat, namun kemungkinan rekuren tetap ada - Prognosis buruk bila timbul <i>sensory loss</i>, komplikasi, bahkan mortalitas setelah tindakan pembedahan - Terapi farmakologi memberikan hasil yang bervariasi pada masing masing individu. Dekompresi mikrovaskular umumnya memberikan hasil yang baik dan jarang relaps
15. Keberhasilan Perawatan	Hilangnya keluhan subyektif dan rekurensi berkurang
16. Daftar Pustaka	1. Bruch JM, Treister NS. 2010. <i>Clinical oral medicine and pathology</i>, 1st ed. Humana Press, London 2. Glick M. 2015. <i>Burket's oral medicine</i>, 12th ed. PMPH-USA, Philadelphia 3. Regezi JA. 2012. <i>Oral pathology clinical pathologic correlations</i>, 6th ed. J.J. Sciubba & R. C. K. Jordan. Elsevier Saunders, Missouri 4. Scully C. 2010. <i>Oral medicine and pathology at a glance</i>, 1st ed. Wiley Blackwell, Iowa





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

ULKUS TRAUMATIKUS KRONIK/ ULKUS EOSINOFILIK		0120/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Lesi ulserasi pada mukosa mulut yang disebabkan faktor mekanis/ fisik secara kronis. Nama lain: - <i>Eosinophilic ulcer</i> - <i>Eosinophilic granulomatosa ulcer/lesion</i> - Ulkus traumatik kronik - Traumatik granuloma	
2. Anamnesis	Adanya luka atau sariawan yang tidak sembuh-sembuh, pada mulanya tidak sakit, lama-lama menjadi terasa nyeri.	
3. Gejala Klinis	- Jenis lesi ulkus dalam, berbatas tegas, tepi ireguler dan meninggi, indurasi (+) - Ulser umumnya soliter, berhadapan dengan atau tanpa penyebab yang nyata - Bentuk ulser bulat/oval/elips/tidak beraturan - Dasar ulser berwarna putih kekuningan - Limfadenopati - Keparahan ulser tergantung pada faktor penyebabnya, atau lokasi, dan derajat infeksi sekunder yang terlibat - Penyembuhan lambat	
4. Gambaran Klinis		

	 Ulkus karena Cunnilingus  Ulkus karena Cunnilingus
5. Patofisiologi	Faktor penyebab trauma mekanis atau fisik termasuk maloklusi, gigi tajam, gigi tiruan yang tidak pas, <i>bracket</i>, tambalan <i>overhang</i>, <i>self-injury/ self-mutilation (factitial injury)</i> atau <i>cunnilingus</i> (stimulasi oral pada genital wanita, lesi ini dapat juga terjadi secara akut). Trauma pada mukosa menyebabkan kehilangan integritas permukaan epitel, kemudian lesi diinfiltrasi oleh reaksi inflamasi pseudoinvasif sehingga infiltrasi sel-sel inflamasi yang padat akan menyulitkan penyembuhan. Ulserasi selanjutnya menjadi hiperplastik dan menyebabkan permukaan meningkat/berindurasi.
6. Kriteria Diagnosis	Ulkus tidak sembuh-sembuh, dengan atau tanpa penyebab di dekatnya.
7. Diagnosis Kerja	<i>Traumatic ulcer kronis, Traumatic granuloma, Eosinophilic ulceration, Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia (TUGSE), Eosinophilic granuloma of the tongue.</i> Pada anak kecil disebut: <i>Riga Fede Disease</i>.
8. ICD-10	K13.41 <i>Eosinophilic granuloma of oral mucosa</i>

9. Diagnosis Banding	- Lesi sifilis primer - Ulser Tuberkulosis - <i>Squamous Cell Carcinoma</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan histopatologi
11. Tata Laksana	- Observasi, - Menghilangkan faktor penyebab jika ada, - Antiinflamasi steroid: Triamsinolon asetonid (topikal), - Klorheksidin glukonat untuk mencegah infeksi sekunder dan mempercepat penyembuhan, - Jika ulser menetap setelah pemberian obat, perlu dilakukan eksisi untuk menyingkirkan keganasan.
12. KIE	1. Kondisi yang tidak berbahaya dan tidak menular, 2. Harus menjaga kebersihan mulut, 3. Menghindari penyebab trauma, 4. Mengikuti terapi yang disarankan (farmakologi dan nonfarmakologi), 5. Menjelaskan kepada pasien jika lesi tidak berespon pada terapi, maka lesi tersebut harus dibiopsi.
13. ICD-9	89.31 <i>Dental Examination</i> 27.29 <i>Other diagnostic procedures on oral cavity</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Terdapat perbaikan klinis (ukuran mengecil dan frekwensi kekambuhan menurun).
16. Daftar Pustaka	1. Ghom AG. 2015. Textbook of Oral Medicine. New Delhi: Jaypee Brothers. Hal 337-338. 2. Koray M, Tosun T. 2019. Oral Mucosal Trauma and Injuries. In Book: Trauma in Dentistry. IntechOpen. P.1-15 3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. 2015. Oral and Maxillofacial Pathology, 4th ed. Elsevier. Hal 287-289. 4. Scully C, Hodgson T. 2008. Recurrent oral ulceration: aphthous-like ulcers in periodic syndromes. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod;106:845-852.



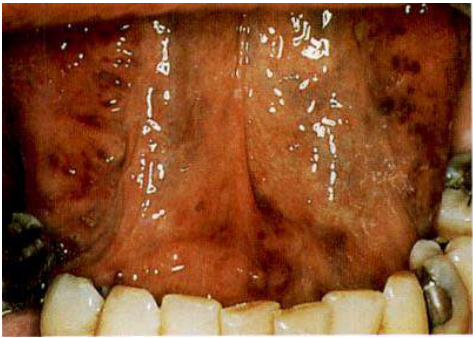


**PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATALAKSANA KASUS
ILMU PENYAKIT MULUT
2020**

***SUBLINGUAL VARICES/ LINGUAL
VARICOSITIES/ PHLEBECTASIA LINGUAE/
CAVIAR LESIONS***

0121/PPK IPM/1/2020

1. Pengertian (Definisi)	Varian normal yang umum ditemukan pada orang lanjut usia di mana terdapat pembuluh darah yang melebar berwarna merah keunguan pada ventral lidah.
2. Anamnesis	- Tidak ada keluhan sakit, atau temuan adanya benjolan. - Benjolan berwarna keunguan di bawah lidah, semakin terlihat di usia tua - Pasien dengan pengetahuan yang kurang tentang rongga mulut dapat berpikir hal tersebut abnormal dan menjadi cemas - Riwayat kardiovaskular - Riwayat merokok - Riwayat varikosititas di kaki
3. Gejala Klinis	- Adanya nodul yang berupa garis yang merupakan pembuluh kapiler darah yang melebar pada permukaan ventral lidah dan lateral lidah, terkadang muncul juga di bibir dan mukosa bukal. - Susmita et al (2006) melaporkan adanya kasus <i>palatal varicosities</i>. Hal ini biasanya terlihat pada orang tua dan asimtomatik, kecuali jika terdapat <i>thrombosis</i>. - Secara klinis, <i>thrombosis varix</i> timbul berupa nodul yang tegas, tidak nyeri berwarna biru keunguan yang dapat teraba seperti peluru dibawah permukaan mukosa.
4. Gambaran Klinis	

	
5. Patofisiologi	Etiologi: dilatasi pembuluh darah vena Faktor prediposisi: usia lanjut, penyakit kardiovaskular (hipertensi, trombosis), kebiasaan merokok, penurunan kadar vitamin C darah, dan sirosis hati. - Koscard et al (1970) melaporkan bahwa dukungan elastik terhadap kapiler secara signifikan berkurang dengan bertambahnya usia. Pengurangan pada dukungan elastik pada jaringan konektif yang menyokong pembuluh darah membuat dilatasi kapiler dan pembentukan <i>varicosities</i>. Diperkirakan juga hal ini terjadi karena vena yang terdilatasi dan terbelit/ terjalin secara abnormal (<i>varices</i>) karena tidak dilindungi oleh jaringan sekitarnya terhadap tekanan hidrostatis - Berdasarkan penelitian Eddy et al (1977), yang mempelajari peran vitamin C pada vegetarian, ternyata vegetarian memiliki level asam askorbat yang lebih tinggi di plasma dibandingkan lansia lain, dan memiliki insidens sublingual <i>petechiae</i> dan <i>varicosities</i> yang lebih rendah, - Secara mikroskopis, vena yang terdilatasi terlihat Bersama dengan otot polos dan jaringan <i>elastic</i>, Trombosis dapat terlihat sebagai zona konsentrik yang terdiri dari platelet dan eritrosit (garis Zahn). Thrombi yang lebih tua menunjukkan kalsifikasi distrofik dan/atau <i>phlebolith</i>. - Diperkirakan terjadi pada 10% pasien usia dekade 4 keatas. <i>Varicosities</i> makin meluas seiring dengan usia - Pada kasus yang dilaporkan Jassar et al (2000) terdapat vasises sublingual yang simtomatik pada pasien dengan hipertensi portal karena sirosis hati.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis

7. Diagnosis Kerja	<i>Sublingual varices/ lingual varicosities/ phlebectasia linguae/ caviar lesions</i>
8. ICD-10	I86.0 <i>Sublingual varices</i>
9. Diagnosis Banding	- <i>Petechiae</i>, ekimosis, purpura, hematoma - Hemangioma - Limfagioma - <i>Arteriovenous malformation</i> - Kista kelenjar liur minor - Sarkoma Kaposi
10. Pemeriksaan Penunjang	Tidak diperlukan
11. Tata Laksana	- Edukasi bahwa lesi ini adalah variasi normal dan tidak perlu dikhawatirkan - Observasi setiap 6 bulan - Rujukan medik ke dokter gigi spesialis bedah mulut dan maksilofasial
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Pasien mengerti bahwa lesi ini merupakan varian normal
16. Daftar Pustaka	1. Scully. 2013. Oral &Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment (3rd Edition). London : Elsevier Ltd 2. Ongole R, Praveen BN. 2013. Textbook of Oral Medicine, Oral Diagnosis and Oral Radiology 2nd edition. New Delhi: Elsevier 3. Odell, EW. 2017. Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine, 9th edition. Vancouver: Elsevier

- | | |
|--|---|
| | <ol style="list-style-type: none">4. Glick, M. 2015. Burket's Oral Medicine (12th Edition). Philadelphia (USA) : People Medical Publishing.5. Neville BW, Damm DD, Allen MA, Chi AC. 2016. Oral & Maxillofacial Pathology 4th Edition. Missouri. USA: Elsevier Health Sciences |
|--|---|





PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUS ILMU PENYAKIT MULUT 2020

WHITE SPONGE NEVUS		0122/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Suatu varian normal yang ditandai adanya plak putih pada mukosa mulut, tidak dapat diangkat dan tidak menimbulkan keluhan. Lesi semakin prominen seiring bertambahnya usia.	
2. Anamnesis	- Merupakan suatu temuan berupa bercak putih menyeluruh pada seluruh mukosa mulut, ada bagian yang tebal dan tipis. - Biasanya asimtomatik - Kebanyakan terjadi di mukosa bukal secara bilateral - Muncul sejak lahir atau usia anak-anak. - Riwayat ada anggota keluarga yang mengalami hal yang sama	
3. Gejala Klinis	- Terdapat perubahan warna menjadi putih pada mukosa oral, berupa plak simetris, tebal, bergaris dengan tekstur seperti beludru, batas difus, tidak dapat dikerok - biasanya pada mukosa bukal secara bilateral - Lokasi keterlibatan lain yang umum di rongga mulut adalah ventral lidah, mukosa labial, palatum lunak, mukosa alveolar, dan dasar mulut - Dapat muncul secara ekstra oral (mukosa nasal, esofagus, laring, dan anogenital) saat remaja - Asimtomatik - Tidak ada perubahan setelah dilakukan terapi baik farmakologik maupun eksisi	
4. Gambaran Klinis	 <i>White sponge nevus pada mukosa bukal</i>	

	 <i>White sponge nevus</i> pada lateral lidah
5. Patofisiologi	Kondisi genodermatosis yang diturunkan secara autosomal dominan karena mutasi gen keratin 4/KRT4 dan keratin 13/KRT13. Gen-gen tersebut secara khusus diekspresikan pada lapisan sel spinosa di epitel mukosa. Protein keratin 4 dihasilkan dari gen KRT4 dan protein keratin 13 dihasilkan dari gen KRT13, keduanya bekerja menghasilkan molekul yang disebut filamen intermediet, yang akan membentuk fleksibilitas jaringan. Mutasi gen KRT4 dan KRT13 akan mengganggu formasi protein keratin sehingga menjadi tidak tersusun sempurna. Hal ini menyebabkan produksi filamen intermediet secara asimetris, sehingga mudah terjadi injuri saat ada trauma mekanik, seperti saat makan atau menyikat gigi. Injuri pada filamen intermediet akan menyebabkan inflamasi dan menginduksi proliferasi dan pertumbuhan sel epitel secara abnormal, sehingga menyebabkan hiperkeratosis dan akantosis, yang akhirnya secara klinis nampak berupa <i>white sponge nevus</i>. Varian lain dari <i>white sponge nevus</i> adalah <i>hereditary benign intraepithelial dyskeratosis</i>. Lesi secara klinis sama di dalam rongga mulut, namun pada HBID ini juga ditemukan lesi di okular.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan fisik 3. Pemeriksaan penunjang (jika diperlukan)
7. Diagnosis Kerja	<i>White Sponge nevus /Cannon's Disease /Familial White Folded Dysplasia / hereditary leukokeratosis/ white gingivostomatitis/ exfoliative leukoedema</i>
8. ICD-10	Q38.6 <i>Other congenital malformations of mouth</i>

9. Diagnosis Banding	- Leukoedema - Leukoplakia - <i>Lichen planus</i> tipe plak - <i>Hereditary benign intraepithelial dyskeratosis</i>
10. Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan histopatologi
11. Tata Laksana	- Observasi - Rujukan medik ke dokter spesialis bedah mulut untuk dilakukan eksisi namun lesi dapat timbul rekuren
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik
15. Keberhasilan Perawatan	Remisi lesi secara klinis
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine</i>. 12th Ed Philadelphia (USA): People Medical Publishing. 2. Scully. 2013. <i>Oral & Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment</i> (3rd Edition). London : Elsevier Ltd 3. De Long. 2008. <i>General and Oral Pathology for the dental Hygienist</i>. Baltimore USA : Lippincot William & Wilkins. 4. Neville BW, Damm DD, Allen MA, Chi AC. 2016. <i>Oral & Maxillofacial Pathology</i> 4th Edition. Missouri. USA: Elsevier Health Sciences 5. Odell, EW. 2017. <i>Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine</i>, 9th edition. Vancouver: Elsevier 6. Supriya Sharma, Kanchan Srivastava, Priyanka Gaur, Shalini Gupta. 2018. <i>An Autosomal Genetic Disease: White Sponge Nevus</i>. <i>International Journal of Contemporary Medical Research</i>;5(7):G5-G7.

- | | |
|--|--|
| | <p>7. Hettiarachchi PVKS, Jayasinghe JCM, Siriwardena BSMS, Jayasinghe RD. 2018. White Sponge Nevus in the Oral Cavity: Case Report and a Review of Literature. Sri Lanka Dental Journal. 48(01) 41-45</p> |
|--|--|





**PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATALAKSANA KASUS
ILMU PENYAKIT MULUT
2020**

XEROSTOMIA/HIPOSALIVASI/ HIPOPTYALISM/ GANGGUAN SEKRESI SALIVA		0123/PPK IPM/1/2020
1. Pengertian (Definisi)	Keluhan subjektif mulut terasa kering. Hiposalivasi atau <i>hipoptyalism</i> merupakan hasil pemeriksaan objektif pada pasien dengan keluhan mulut kering berkaitan dengan penurunan laju alir saliva dan perubahan komposisi saliva.	
2. Anamnesis	- Pasien merasakan gejala subjektif mulut kering saja. - Riwayat terkait faktor prediposisi - Riwayat halitosis, dan sulit menelan - Jika menggunakan geligi tiruan, maka geligi tiruan terasa menjadi kurang cekat - Riwayat perubahan rasa pengecapan - Kadang disertai dengan rasa panas/terbakar	
3. Gejala Klinis	<i>Xerostomia</i> - Merupakan gejala subjektif, maka perlu dilakukan pemeriksaan klinis lebih lanjut Hiposalivasi - Bibir menempel, kaca mulut lengket di mukosa mulut, mukosa nampak kering - Karakteristik lidah berlobul, kemerahan, depapilasi sebagian atau penuh, perubahan/kehilangan rasa - Saliva berbuih - Debris mudah menempel pada gigi - Sulit menelan (perlu bantuan cairan untuk menelan makanan kering) - Tidak ada <i>pool</i> saliva di dasar mulut - Kadang disertai halitosis - Higiene oral buruk - Kadang disertai dengan rasa panas atau terbakar	

4. Gambaran Klinis	
5. Patofisiologi	<i>Xerostomia</i> dapat terjadi secara kronik dan disebabkan oleh berbagai faktor baik fisiologis maupun patologis baik lokal maupun sistemik. Pada sebagian besar kasus terjadi karena akibat hipofungsi kelenjar saliva yang di induksi obat-obatan dan kondisi sistemik seperti pada <i>Sjogren syndrome</i> dan diabetes melitus serta pada radiasi kepala dan leher.
6. Kriteria Diagnosis	1. Memenuhi kriteria anamnesis 2. Memenuhi kriteria pemeriksaan klinis 3. Memenuhi pemeriksaan penunjang
7. Diagnosis Kerja	Hiposalivasi/ <i>hipoptyalism</i>
8. ICD-10	K11.7 <i>Disturbance of salivary secretion</i>
9. Diagnosis Banding	Hiposalivasi pada geriatri (fisiologis) dan saat berpuasa
10. Pemeriksaan Penunjang	- Pemeriksaan laju alir saliva stimulasi dan non stimulasi - Pemeriksaan laboratorium terkait penyakit sistemik yang diderita pasien, misal kadar gula darah pada pasien diabetes melitus - Bila tersedia, dapat dilakukan <i>ultrasonography</i>, <i>sialography</i>, <i>salivary scintiscanning</i>, <i>salivary gland biopsy</i>
11. Tata Laksana	- Peningkatan <i>intake</i> cairan setiap hari - Jika memang terindikasi adanya gangguan sekresi saliva, maka penggunaan saliva <i>substitute</i> (<i>artificial saliva</i>) dapat menjadi pilihan untuk mengurangi keparahan <i>xerostomia</i> - Pemberian obat untuk memicu produksi sekresi saliva seperti <i>pilocarpine</i>, dapat menjadi pilihan perawatan - Tindakan stimulasi sekresi saliva dapat dilakukan dengan mengunyah permen karet <i>sugar-free</i>

	- Penggunaan obat kumur dianjurkan yang tidak mengandung bahan pelarut alkohol - Obat kumur yang dapat dianjurkan adalah asam hialuronat yang bersifat sebagai antiinflamasi - Obat kumur antiseptik, dapat digunakan seperti povidon iodine 1% - Pemberian pelembab bibir (<i>lanolin, vaselin/petroleum jelly</i>) - Rujukan medik ke dokter gigi terkait untuk aplikasi fluor secara topikal - Instruksi pemeliharaan OH yang optimal - Dianjurkan untuk menghindari pasta gigi yang mengandung <i>sodium lauryl sulfate</i> - Menghindari merokok, kafein dan bernafas dengan mulut
12. KIE	1. Edukasi mengenai penyakit 2. Edukasi mengenai faktor predisposisi 3. Edukasi rencana perawatan dan efek sampingnya 4. Edukasi gizi dan pola makan 5. Edukasi gaya hidup sehat 6. Edukasi menjaga kebersihan rongga mulut
13. ICD-9	89.0 <i>Diagnostic Interview, Consultation, and Evaluation</i> 89.31 <i>Dental Examination</i> 96.54 <i>Dental scaling, polishing, and debridement</i>
14. Prognosis	Baik sampai sedang, tergantung dari faktor lokal atau sistemik yang berperan sebagai penyebab dari hiposalivasi.
15. Keberhasilan Perawatan	Keluhan berkurang perbaikan sekresi saliva
16. Daftar Pustaka	1. Glick M. 2015. <i>Burket's Oral Medicine</i>. 12th Ed. Philadelphia (USA): People Medical Publishing. 2. Farah C, dkk. 2019. <i>Contemporary Oral Medicine</i>. Springer