

**KUALITAS HIDUP PASIEN PENDERITA
AMELOBLASTOMA SETELAH PERAWATAN RADIKAL
DI KOTA MAKASSAR**

**OCHTAVIANUS KANO TAPPARAN
J045191005**



**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS
BEDAH MULUT & MAKSILOFASIAL
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
2023**

KARYA TULIS ILMIAH
KUALITAS HIDUP PASIEN PENDERITA AMELOBLASTOMA
SETELAH PERAWATAN RADIKAL
DI KOTA MAKASSAR

OCHTAVIANUS KANO TAPPARAN
J045191005



*Karya Tulis Akhir Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh
Gelar Spesialis Bedah Mulut dan Maksilofasial*

PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS
BEDAH MULUT & MAKSILOFASIAL
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
2023

**KUALITAS HIDUP PASIEN PENDERITA AMELOBLASTOMA
SETELAH PERAWATAN RADIKAL DI
KOTA MAKASSAR**

Karya Tulis Akhir

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Spesialis

Bedah Mulut dan Maksilofasial

Program Studi

PPDGS Bedah Mulut dan Maksilofasial

Disusun dan diajukan oleh

Drg. Ochtavianus Kano Tapparan

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS
BEDAH MULUT DAN MAKSILOFASIAL
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

2023

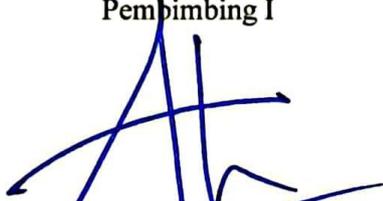
SEMINAR HASIL PENELITIAN
KUALITAS HIDUP PASIEN PENDERITA AMELOBLASTOMA
SETELAH PERAWATAN RADIKAL DI
KOTA MAKASSAR

Disusun dan diajukan oleh:

OCHTAVIANUS KANO TAPPARAN
NIM: J045191005

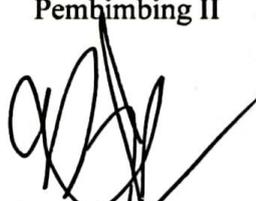
MENYETUJUI
KOMISI PEMBIMBING

Pembimbing I



Drg. Andi Tajrin, M.Kes.,
Sp.B.M.M., Subsp.C.O.M (K)
NIP. 197410102003121002

Pembimbing II



drg. Mohammad Gazali,
MARS., Sp.B.M.M., Subsp.T.M.T.M.J.(K)
NIP. 196912121999031006

Ketua Program Studi Pendidikan Dokter Gigi Spesialis
Bedah Mulut dan Maksilofasial



drg. Andi Tajrin, M.Kes., Sp.B.M.M., Subsp.C.O.M (K)
NIP. 197410102003121002

TESIS
KUALITAS HIDUP PASIEN PENDERITA AMELOBLASTOMA
SETELAH PERAWATAN RADIKAL DI KOTA MAKASSAR

Disusun dan diajukan oleh

OCHTAVIANUS KANO TAPPARAN

NIM: J 045 191 005

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 4 Januari 2024
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan



Komisi Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

drg. Andi Tahir, M.Kes., Sp.B.M.M.,
Subsp.C.O.M.(K)
NIP. 197410102003121002

drg. Mohamad Gazali, MARS.,
Sp.B.M.M., Subsp.T.M.T.M.J.(K)
NIP: 196912121999031006

Dekan Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Hasanuddin

drg. Brian Sugianto, M.MedED., Ph.D
NIP. 198702252000111009

Ketua Program Studi Spesialis
Bedah Mulut dan Maksilofasial

drg. Andi Tahir, M.Kes., Sp.B.M.M.
Subsp.C.O.M.(K)
NIP: 197410102003121002

PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS AKHIR

Yang bertandatangan dibawah ini

Nama : Ochtavianus Kano Tapparan
NIM : J045191005
Program Studi : Pendidikan Dokter Gigi Spesialis Bedah Mulut
dan Maksilofasial – FKG Unhas

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis akhir yang saya tulis ini benar- benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan tesis yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan dengan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika pedoman penulisan karya tulis akhir.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan karya tulis akhir ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 27 November 2023



Ochtavianus Kano Tapparan

NIM: J045191005

KATA PENGANTAR

Puji Tuhan penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir yang berjudul “Kualitas Hidup Pasien Penderita Ameloblastoma Setelah Perawatan Radikal Di Kota Makassar”. Penulisan Karya Tulis Akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Spesialis Bedah Mulut & Maksilofasial di Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis (PPDGS) Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis menyadari banyak hambatan dalam penyusunan Karya Tulis Akhir ini, namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sehingga penulisan Karya Tulis Akhir ini dapat terselesaikan dengan baik. Oleh karena itu, dengan segala rasa syukur dan kerendahan hati penulis ini mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa., M.Sc. sebagai Rektor Universitas Hasanuddin
2. Prof. drg. Muhammad Ruslin, M. Kes., Ph.D., Sp.B.M.M., Subsp. Ortognat-D (K) sebagai Wakil Rektor I Universitas Hasanuddin, sekaligus sebagai Penasehat Akademik dan dosen pengampu di Program Studi Bedah Mulut & Maksilofasial Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin atas bimbingan ilmu dan arahnya selama saya menempuh pendidikan.
3. drg.Irfan Sugianto, M.Med.Ed.,Ph.D sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin
4. drg. Andi Tajrin, M. Kes., Sp.B.M.M., Subsp.C.O.M. (K) sebagai Ketua Program Studi PPDGS Bedah Mulut & Maksilofasial, sebagai dosen sebagai pembimbing I yang telah meluangkan waktunya memberikan bimbingan, ilmu dan masukan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini.
5. drg. Mohammad Gazali, MARS.,Sp.B.M.M.,Subsp.T.M.T.M.J.(K) sebagai pembimbing II yang telah meluangkan waktunya memberikan bimbingan, ilmu dan masukan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini.
6. drg. Nursyamsi, M. Kes sebagai pembimbing statistik yang senantiasa meluangkan waktu memberikan bimbingan dan arahan pada penyusunan Karya Tulis Akhir ini.
7. drg. Abul Fauzi., Sp.B.M.M., Subsp.T.M.T.M.J. (K), drg. Andi Tajrin, M. Kes., Sp.B.M.M., Subsp.C.O.M. (K), drg. M. Gazali., MARS., Sp.B.M.M.,

Subsp.T.M.T.M.J. (K), drg. Eka Prasetyawaty., Sp.B.M.M., Subsp. C.O.M. (K), drg. Nurwahida.,M.KG., Sp.B.M.M., Subsp.C.O.M. (K), drg. Hadira., M.KG., Sp.B.M.M., Subsp.C.O.M. (K), drg. Mukhtar Nur Anam., Sp.BM, drg. Andi Arfandi Arifuddin., Sp.B.M.M., Subsp.C.O.M. (K) dan dr. Ahmad Nur Islam., Sp.An sebagai dosen Departemen Bedah Mulut & Maksilofasial yang telah memberikan ilmu, bimbingan dan dukungan selama proses pendidikan.

8. Staf dan pegawai di RSPTN Universitas Hasanuddin, sebagai tempat penelitian Karya Tulis Akhir dilaksanakan.
9. Orang tua saya Lukas Kano P dan Dorkas Linggi Allo.serta saudara - saudaraku yang terbaik Norma, Alfrida dan Richi yang selalu memberikan doa dan mendukung selama menjalani pendidikan.
10. Anakda terkasih Jhosua Aurelius Manuel Tapparan, ayah selalu merindukan dan mendoakan dalam tumbuh kembangmu.
11. Rekan-rekan residen Bedah Mulut dan Maksilofasial FKG Unhas dari angkatan 1 sampai dengan angkatan 11 yang membantu, mendukung dan memberikan semangat selama masa pendidikan yang penuh perjuangan ini.
12. Staf dan pegawai baik di RSGMP Unhas dan FKG Unhas yang memberikan bantuan dalam segala hal kepada penulis dalam menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Akhir ini. Penulis memohon maaf jika tidak dapat menyebutkan satu-persatu.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Akhir ini masih banyak kekurangan serta jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan saran dan kritik demi kesempurnaan tulisan ini. Semoga penulisan Karya Tulis Akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan masyarakat luas serta berguna untuk perkembangan ilmu kedokteran gigi, khususnya di Bedah Mulut & Maksilofasial.

Makassar, 27 November 2023



Ochtavianus Kano Tapparan

KUALITAS HIDUP PASIEN PENDERITA AMELOBLASTOMA SETELAH PERAWATAN RADIKAL DI KOTA MAKASSAR

Abstrak

Ameloblastoma menyumbang sekitar 60% dari tumor odontogenik mandibula dan 10% dari semua tumor rahang. Jumlah ameloblastoma per rumah sakit secara signifikan lebih tinggi pada populasi Asia atau Afrika daripada rumah sakit Eropa atau Amerika. Untuk di Indonesia masih kurang penelitian terkait ameloblastoma, hal ini mungkin disebabkan oleh etnis pengaruh dan aksesibilitas ke fasilitas Kesehatan. Meskipun tumor ini dianggap jinak, mungkin menunjukkan berbagai perilaku biologis mulai dari ekspansi kistik hingga massa padat yang lebih agresif dan bahkan transformasi ganas.

Tujuan: Mengevaluasi tingkat kualitas hidup pasien ameloblastoma setelah perawatan radikal di Makassar.

Metode: Jenis penelitian ini merupakan kuantitatif deskriptif dengan metode Observasional Analitik. Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan dengan *cross sectional study*. Populasi pada penelitian ini adalah pasien dalam perawatan ameloblastoma, responden adalah pasien yang didiagnosa ameloblastoma dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang sudah ditentukan, pengambilan responden pada penelitian ini adalah *Purposive sampling* Data dianalisis dengan menggunakan uji t tidak berpasangan.

Hasil: Kualitas hidup pasien ameloblastoma setelah perawatan radikal di RS Kota Makassar berdasarkan UW-QoL berada dalam kategori sangat baik. Adapun yang paling banyak dipermasalahkan pasien adalah mengunyah, penampilan, dan kecemasan. Hasil uji t tidak berpasangan menunjukkan tidak ada perbedaan nilai mean UW-QoL baik berdasarkan jenis kelamin, umur, dan pendidikan.

Kesimpulan: Kualitas hidup pasien ameloblastoma menurun setelah perawatan radikal di RS Kota Makassar, dan tidak ada perbedaan kualitas hidup berdasarkan jenis kelamin, usia dan tingkat pendidikan.

Kata Kunci: *Ameloblastoma, Kualitas hidup, Perawatan Radikal*

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH AMELOBLASTOMA AFTER RADICAL TREATMENT AT MAKASSAR

Abstract

Ameloblastoma accounts for approximately 60% of mandibular odontogenic tumors and 10% of all jaw tumors. The number of ameloblastoma per hospital is significantly higher in Asian or African populations than in European or American hospitals. In Indonesia there is still a lack of research related to ameloblastoma, this may be due to ethnic influences and accessibility to health facilities. Although these tumors are considered benign, they may exhibit a variety of biologic behaviors ranging from cystic expansion to more aggressive solid masses and even malignant transformation.

Objective: *To evaluate the quality of life of ameloblastoma patients after radical treatment in Makassar.*

Method: *This type of research is descriptive quantitative with the observational analytical method. The research design used was a cross sectional study design. The population in this study were patients undergoing treatment for ameloblastoma, the samples were patients diagnosed with ameloblastoma with predetermined inclusion and exclusion criteria, sampling in this study was purposive sampling. Data were analyzed using the unpaired t test.*

Results: *The quality of life of ameloblastoma patients after radical treatment at Makassar City Hospital based on UW-QoL is in the very good category. The most common concerns patients have been chewing, appearance and anxiety. The results of the unpaired t test showed that there were no differences in mean UW-QoL values based on gender, age and education.*

Conclusion: *The quality of life of ameloblastoma patients decreased after radical treatment at Makassar City Hospital, there were no differences in quality of life based on gender, age and education level.*

Keywords: *Ameloblastoma, Radical Treatment, Quality of life*

DAFTAR ISI

SAMPUL.....	i
PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS AKHIR.....	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK	ix
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Ameloblastoma.....	7
B. Epidemiologi	8
C. Klasifikasi.....	9
1. Ameloblastoma Unikistik.....	9
2. Ameloblastoma Multikistik.....	10
3. Ameloblastoma Metastasis.....	11
4. Ameloblastoma Perifer.....	11
D. Gambaran Radiografi	12
E. Gambaran Histopatologi.....	14
F. Etiologi dan Patogenesis	16
G. Perawatan Radikal	18
1. Komplikasi Perawatan Radikal	19
2. Evaluasi Pasca Perawatan Radikal	20
3. Deformitas Mandibula Pasca Perawatan Radikal	21
4. Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Perawatan Radikal	22
H. Kualitas Hidup.....	22
BAB III KERANGKA TEORI,KONSEP DAN HIPOTESIS	28
A. Kerangka Teori.....	28

B. Konsep Penelitian.....	30
C. Hipotesis	32
BAB IV METODE PENELITIAN	33
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	33
B. Waktu dan Tempat Penelitian	33
<u>1.</u> Waktu Penelitian	33
<u>2.</u> Tempat Penelitian.....	33
C. Populasi dan Sampel Penelitian	33
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	38
A. Hasil Penelitian.....	38
<u>1.</u> Data Demografi	38
<u>2.</u> Diagnosis Tumor Ameloblastoma	40
<u>3.</u> Kualitas Hidup.....	41
B. Pembahasan.....	47
BAB VI PENUTUP	54
A. Kesimpulan.....	54
B. Saran.....	54
DAFTAR PUSTAKA	55
LAMPIRAN.....	63

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Karakteristik Ameloblastoma Pasca Perawatan Radikal di Rumah Sakit Kota Makassar.....	39
Tabel 2. Data Diagnosis Letak Tumor Pasien Ameloblastoma Pasca Perawatan Radikal di Rumah Sakit Kota Makassar	40
Tabel 3. Data Diagnosis Radiografi Pasien Ameloblastoma	41
Tabel 4. Distribusi Responden berdasarkan Kualitas UW-QOL 4 Pasien Ameloblastoma Pasca Perawatan Radikal di Rumah Sakit	42
Tabel 5. Data Kualitas Faktor Dominan UW-QOL 4 Pasien Ameloblastoma Pasca Perawatan Radikal di Rumah Sakit.....	44
Tabel 6. Data Kualitas Hidup Faktor Global UW-QOL 4 Responden Ameloblastoma Pasca Perawatan Radikal di Kota Makassar	45
Tabel 7. Perbedaan Kualitas Hidup Berdasarkan Jenis Kelamin.....	46
Tabel 8. Perbedaan Kualitas Hidup Berdasarkan Usia	46
Tabel 9. Perbedaan Kualitas Hidup Berdasarkan Tingkat Pendidikan	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Pantomograf menunjukkan gambaran ameloblastoma multilokular seperti gelembung sabun di mandibula kanan.....	13
Gambar 2 Pantomograf menunjukkan lesi multilokular dengan gambaran ameloblastoma seperti laba-laba di mandibula.	14
Gambar 3. Gambaran histopatologis ameloblastoma.	14
Gambar 4. Spesimen pewarnaan H&E menunjukkan ameloblastoma folikuler dengan perubahan sel granular.	15
Gambar 5. Spesimen Pewarnaan H&E menunjukkan Ameloblastoma folikular-plexiform.	16
Gambar 6. Spesimen pewarnaan H&E menunjukkan ameloblastoma folikuler dengan perubahan akantomatosa.	16
Gambar 7. OPG menunjukkan pelat rekonstruksi yang retak.	20
Gambar 8. Kerangka Teori.	29
Gambar 9. Kerangka Konsep.	31
Gambar 10. Alur Penelitian.	37
Gambar 11. Grafik Kualitas Hidup Faktor Dominan UW-QOL 4.....	43

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Etika Penelitian.....	64
Lampiran 2. Analisis SPSS	64

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Ameloblastoma menyumbang sekitar 60% dari tumor odontogenik mandibula dan 10% dari semua tumor rahang. Tumor ini pertama kali dijelaskan oleh Broca pada tahun 1868 dan dinamai oleh Churchill. Meskipun dianggap jinak, mungkin menunjukkan berbagai perilaku biologis mulai dari ekspansi kistik hingga massa padat yang lebih agresif dan bahkan transformasi ganas.^{1,2}

Tinjauan sistemik oleh MacDonald-Jankowski dkk (2004) menunjukkan bahwa jumlah ameloblastoma per rumah sakit secara signifikan lebih tinggi pada populasi Asia atau Afrika daripada rumah sakit Eropa atau Amerika.³ Untuk di Indonesia masih kurang penelitian terkait ameloblastoma,⁴ hal ini mungkin disebabkan oleh etnis pengaruh dan aksesibilitas ke fasilitas kesehatan.^{5,6}

Sebuah studi retrospektif terhadap 188 responden dengan konfirmasi histologi ameloblastoma dilakukan di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta, dari Januari 2012 hingga April 2022. Dari 188 responden tersebut, 90 (48,7%) adalah laki-laki dan 98 (51,3%) adalah perempuan, dengan sebagian besar dari mereka berusia dekade ketiga hingga kelima dalam hidup mereka. Sebanyak 60,7% tumor berukuran 4-10 cm dan memiliki periode pertumbuhan dominan lebih dari 24 bulan (37,2%). Adapun berdasarkan lokasinya, sebagian besar tumor di mandibula (95,3%) dan sisanya di maksila (4,7%), dengan ramus dan angulus mandibula menjadi bagian yang paling terpengaruh (39,8%), dan tipe campuran (57,6%).⁵

Penelitian sebelumnya di Kota Makassar dan Palu menunjukkan 84 responden didiagnosis ameloblastoma antara Januari 2011 dan Juni 2016, 40 laki-laki (48%) dan 44 perempuan (52%), namun 28 pasien ternyata tidak dapat digunakan untuk ini studi. Dari total kasus tersebut, 45 diperoleh dari Makassar dan 11 dari Palu dengan total 56 berkas pasien yang dapat digunakan pengobatan, yang meliputi 21 laki-laki (37,5%) dan 35 perempuan (62,5%).⁴ Melihat perbandingan antara dua kota ini, angka kejadian lebih banyak di Kota Makassar dan pertimbangan sendiri bagi peneliti untuk mendalami kasus ameloblastoma secara lebih lanjut.

Pemilihan perawatan ameloblastoma adalah pembedahan yang dapat dipisahkan menjadi metode konservatif dan radikal.⁷ Pilihan perawatan tergantung pada jenis tumor dan presentasi klinis nya. Perawatan ameloblastoma unistik dan perifer biasanya dilakukan secara konservatif yang tingkat kemampuannya lebih tinggi, untuk perawatan ameloblastoma tipe solid atau multistik sering dilakukan secara radikal dengan tingkat kekambuhan yang lebih rendah. Namun pada perawatan radikal terjadi perubahan kontur wajah dan hilangnya diskontinuitas tulang sehingga membutuhkan rekonstruksi plat atau rekonstruksi luas.^{8,9}

Ekspektasi hasil dari hasil perawatan dianggap sebagai faktor terpenting dalam pengambilan keputusan, dan pengukuran kualitas hidup. Karena rongga mulut bertanggung jawab atas banyak fungsi yang berbeda, seperti mengunyah makanan, menelan, produksi air liur, bicara, dan pernapasan dan setidaknya untuk

kontak interpersonal, defisit fungsional menyebabkan perubahan nyata pada kualitas hidup pasien.⁸

Sebuah penelitian meta analisis menyebutkan bahwa pengobatan post ameloblastoma berdampak pada setiap domain instrumen kualitas hidup.¹⁰ Kualitas hidup sebagai persepsi seseorang tentang hidupnya posisi, konteks budaya, dan tujuan hidup individu, harapan, parameter, dan sosial hubungan.¹¹ Setelah perawatan ameloblastoma pasien dapat mengalami gangguan fungsional rahang dan gangguan estetik yang mana hal ini dapat mempengaruhi kesehatan fisik pasien, kesehatan psikososial, hubungan sosial, dan tingkat kemandirian pasien. Hal ini sangat tergantung dengan tindakan perawatan dan ketersediaan alat dalam pengobatan.

Konservatif dan pilihan pengobatan radikal telah ditetapkan untuk ameloblastoma. Untuk kasus unikistik atau tipe perifer, manajemen konservatif meliputi enukleasi, kuretase, dan pembedahan eksisi dengan *osteotomi perifer*, atau lainnya terapi suportif seperti *cryotherapy* atau penerapan *Carnoy solution*. Untuk tipe padat/multikistik, terapi radikal terpilih. Reseksi tulang mandibula dapat dilakukan dicapai melalui osteotomi segmental, marginal, atau hemimandibulektomi.¹²

Menurut penelitian Xiangru dkk (2014) di China, ditemukan adanya pengaruh kualitas hidup pasien yang telah dilakukan perawatan giant ameloblastoma dengan *free fibula flap* pada usia remaja terutama dalam hal pengunyahan, tingkat kecemasan dan kesehatan mental.⁸ selain itu faktor jenis

kelamin bisa juga menjadi faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal jantung.^{13,14}

Perawatan radikal ameloblastoma di Indonesia mulai banyak dilakukan di beberapa rumah sakit. Di wilayah Indonesia Tengah, khususnya Sulawesi Selatan, Rumah Sakit Perguruan Tinggi Negeri (RSPTN) dan Ibnu Sina adalah rumah sakit yang melakukan perawatan radikal ameloblastoma. Di RSPTN Unhas dan RS Ibnu Sina telah tersedia berbagai sarana dan prasarana yang mendukung perawatan radikal ameloblastoma sekaligus tenaga ahli dalam hal ini dokter spesialis bedah mulut dan Maksilofasial yang terqualifikasi.

Keberhasilan perawatan radikal ameloblastoma memiliki makna yang lebih kompleks, bukan hanya dinilai dari perbaikan klinis pascabedah seperti perbaikan profil wajah dan oklusi pascabedah namun juga melibatkan penilaian subjektif pasien. Evaluasi subjektif dengan menilai kepuasan dan kualitas hidup pasien setelah menjalani perawatan radikal ameloblastoma di negara maju dan beberapa negara berkembang. Namun, Penelitian evaluasi subjektif mengenai keberhasilan perawatan bedah radikal ameloblastoma di Makassar untuk memberikan gambaran penilaian pasien terhadap hasil pembedahan, belum pernah dilakukan sebelumnya sehingga hal tersebut menjadi salah satu alasan perlunya dilakukan penelitian ini.

Selain itu, penelitian ini diharapkan sebagai langkah awal untuk menyajikan data dan informasi mengenai prosedur perawatan radikal ameloblastoma di Makassar sekaligus sebagai bahan evaluasi bagi tim bedah untuk prosedur serupa. Pasien yang puas akan perawatan yang diperoleh tentu akan mengalami

peningkatan kepercayaan diri, pergaulan sosial yang baik serta peningkatan kualitas hidup, sehingga dapat menjadi sumber motivasi bagi pasien yang memerlukan perawatan radikal ameloblastoma namun masih ragu.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan sebelumnya, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

- a. Bagaimana kualitas hidup pasien ameloblastoma setelah perawatan radikal di Kota Makassar?
- b. Apakah terdapat perbedaan kualitas hidup responden ameloblastoma berdasarkan jenis kelamin setelah perawatan radikal di Kota Makassar?
- c. Apakah terdapat perbedaan kualitas hidup pasien ameloblastoma berdasarkan usia setelah perawatan radikal di Kota Makassar?
- d. Apakah terdapat perbedaan kualitas hidup pasien ameloblastoma berdasarkan tingkat pendidikan setelah perawatan radikal di Kota Makassar?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup pasien pasca perawatan radikal di Kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui kualitas hidup pasien ameloblastoma menurun setelah perawatan radikal di Kota Makassar.
- b. Untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup pasien ameloblastoma

berdasarkan jenis kelamin setelah perawatan radikal di Kota Makassar.

- c. Untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup pasien ameloblastoma berdasarkan usia setelah perawatan radikal di Kota Makassar.
- d. Untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup pasien ameloblastoma berdasarkan tingkat pendidikan setelah perawatan radikal di Kota Makassar.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi pengembangan ilmu dan dunia pendidikan: Memberikan informasi mengenai tingkat kualitas hidup pasien setelah perawatan ameloblastoma yang dapat digunakan untuk menjadi dasar penelitian selanjutnya di bidang perawatan tumor khususnya ameloblastoma di kedokteran gigi.
2. Bagi dokter gigi/ dokter gigi spesialis: Sebagai sarana evaluasi perawatan tumor khususnya ameloblastoma dalam ilmu bidang Bedah Mulut dan Maksilofasial.
3. Bagi pasien: Memberikan informasi yang bermanfaat pada pasien ameloblastoma, terutama dalam perencanaan dan pengambilan keputusan perawatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Ameloblastoma

Ameloblastoma adalah tumor odontogenik jinak. Hal ini didefinisikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sebagai tumor yang dibentuk oleh epitel odontogenik dengan stroma fibrosa matang tanpa ektomesenkim odontogenik.¹⁵ Ameloblastoma merupakan tumor odontogenik dengan pertumbuhan lambat dan bersifat agresif secara lokal yang menyebabkan asimetri pada wajah, ekspansi tulang rahang, dan perpindahan gigi.¹⁶ Ameloblastoma merupakan suatu neoplasma epitel odontogenik, terutama jaringan tipe organ email yang belum mengalami diferensiasi hingga terbentuk jaringan keras.¹⁷ Ameloblastoma dapat berasal dari organ enamel yang berkembang, sisa sel epitel lamina dental, lapisan epitel kista odontogenik, dan sel basal epitel rongga mulut.¹⁸

Riwayat diperoleh dan pemeriksaan fisik yang dilakukan, termasuk pemeriksaan kepala dan leher secara menyeluruh. Evaluasi radiografi meliputi pantographic dan *computerized tomography* (CT). Ameloblastoma secara radiografi hadir sebagai lesi unilokular atau multilokular radiolusen berbatas tegas yang dikelilingi oleh batas buram. Tumor biasanya 2-8 mm lebih besar dari yang terlihat pada radiografi rontgen. jika hal tersebut tidak terjadi metastasis paru telah berkembang.¹⁹ Gejala awal biasanya tidak ada dan tumor jarang terjadi didiagnosis pada tahap awal. Biasanya, penyakit ini muncul sebagai pembengkakan, tumbuh lambat dan tidak menimbulkan rasa sakit.²⁰

B. Epidemiologi

Ameloblastoma merupakan 1% dari seluruh tumor kepala dan leher, serta 18% dari seluruh tumor odontogenik. Ameloblastoma memiliki insidensi tahunan sebesar 0,5 kasus baru pada satu juta orang. Insidensi yang lebih tinggi ditemukan di Afrika, Cina, dan India dibandingkan dengan daerah Barat. Ameloblastoma ditemukan pada usia 30-60 tahun dengan rata-rata 36 tahun dan puncaknya pada dekade kelima. Ameloblastoma ditemukan 80% pada mandibula, yaitu pada regio molar ketiga, dan 20% pada maksila, yaitu pada regio posterior.²¹

Pada sebuah penelitian di Belanda menyebutkan rata-rata jumlah penduduknya periode 2014 berjumlah kurang lebih 15 juta orang, tingkat kejadian tahunan kira-kira 1,5 per juta penduduk, rasio pria-wanita adalah 1,4:1. Usia saat diagnosis adalah 44,1 tahun. Rata-rata usia laki-laki adalah 46,3 tahun dibandingkan dengan rata-rata usia perempuan 41,3 tahun.²²

Pada tahun 2018 dilakukan penelitian mengenai epidemiologi ameloblastoma di Indonesia bagian Timur dan ditemukan pada rata-rata usia pasien 39,7 tahun, dimana pada laki-laki rata-rata usianya adalah 41 tahun dan pada perempuan rata-rata usianya adalah 38,64 tahun. Ameloblastoma multikistik merupakan tipe ameloblastoma yang sering ditemukan dan seringkali terjadi pada mandibular.⁴

Sebuah penelitian di Indonesia menunjukkan untuk usia rata-rata pasien ameloblastoma adalah 39,7 tahun (SD 17,4), dengan usia minimal lima tahun dan maksimal 85 tahun. Dari 84 pasien, 56 pasien memiliki hasil PA yang

dicantumkan dalam berkas medis. Empat belas pasien didiagnosis dengan ameloblastoma unikistik (25%), tiga puluh dua pasien dengan ameloblastoma folikuler multikistik (57%) dan sepuluh pasien dengan ameloblastoma multikistik yang tidak dijelaskan (18%). Lokasi tumor menurut empat daerah menunjukkan enam kasus di rahang atas, lima (10,4%) di posterior dan satu (2,1%) di anterior, mandibula menunjukkan 38 (81,3%) kasus di posterior dan tiga (6,3%) kasus di anterior. Radiografi tersedia untuk 56 pasien. Sembilan belas radiolusen (34%) dinilai sebagai tidak berlokasi dan 37 radiolusensi (66%) dinilai sebagai multilokular.²³

C. Klasifikasi

Tahun 2017 WHO mengklasifikasikan ameloblastoma menjadi ameloblastoma multikistik, ameloblastoma tipe unikistik, ameloblastoma tipe extraosseous atau periferal, dan ameloblastoma metastatik. Ameloblastoma multikistik disebut juga sebagai ameloblastoma tipe solid atau multikistik, yang merupakan tipe ameloblastoma intraosseous atau ameloblastoma yang tumbuh di dalam tulang. Ameloblastoma multikistik tumbuh secara lambat, tidak sakit, dan mengekspansi secara luas ke jaringan sekitar. Ameloblastoma periferal atau extraosseous merupakan tipe ameloblastoma yang sering terjadi pada jaringan lunak seperti gusi.^{18,24}

1. Ameloblastoma Unikistik

Ameloblastoma unikistik adalah subtipe ameloblastoma intraosseous, yang terdiri dari kista tunggal yang besar. Mereka cenderung hadir satu dekade lebih awal daripada ameloblastoma multikistik dan

radiografi sering menunjukkan radiolusen unilokular, berbatas tegas yang mengelilingi mahkota gigi yang tidak erupsi, menyerupai kista dentigerous. Ameloblastoma dapat tumbuh menjadi lumen yang disebut 'tipe intraluminal' atau hanya dapat terbatas pada epitel lapisan kista, yang juga disebut 'tipe luminal'. Jika ameloblastoma menginvasi dinding kista, itu disebut 'tipe mural' di edisi ke-3 2005. Hal ini adalah salah satu perubahan signifikan pada klasifikasi baru karena ameloblastoma unicystic biasanya diterapi secara konservatif, seringkali dengan enukleasi "kista", dan rekurensi yang jarang terjadi. Namun, ada bukti yang muncul bahwa ameloblastoma unikistik dengan invasi mural diketahui bertindak sebagai ameloblastoma intraosseous multikistik dan dapat diterapi secara multikistik.²⁵

2. **Ameloblastoma Multikistik**

Ameloblastoma multikistik (yang disebut 'tipe padat / multikistik') merupakan varian yang paling umum dan menyerang karies tulang. Ameloblastoma jenis ini sering terjadi pada mandibula posterior dengan penampakan radiografi berupa lesi multilokular. Pleksiform dan folikuler merupakan pola histologis yang sering pada ameloblastoma jenis ini. Pola jenis lainnya berupa *akantomatosa*, *desmoplastik*, *granular*, dan *basal*.²⁶ Ameloblastoma perifer merupakan varian paling sedikit dengan total kasus 1% dari seluruh ameloblastoma. Lesi ini lebih sering terjadi pada rahang bawah daripada rahang atas dan ditemukan pada posterior atau alveolar sulkus gingiva, dengan usia rata-rata 52 tahun. Secara histologi,

ameloblastoma perifer terdiri dari pulau-pulau epitel ameloblastik dengan pola histologis yang sama dengan ameloblastoma padat / multikistik.²

3. **Ameloblastoma Metastasis**

Ameloblastoma metastasis adalah ameloblastoma yang sebelumnya jinak dan bermetastasis ke tempat yang jauh biasanya paru-paru. Karsinoma ameloblastik dapat berkembang menjadi *de novo*: ini adalah tipe utama. Atau, dapat berkembang sekunder dari ameloblastoma yang awalnya jinak yang kehilangan diferensiasi menjadi karsinoma. Karsinoma ameloblastik tumbuh lebih cepat, agresif dan muncul sebagai lesi pembengkakan yang menyakitkan serta dapat melubangi tulang kortikal. Secara histologis, lesi ini menggabungkan keseluruhan pola histologis ameloblastoma dengan atypia sitologis yang terdiri dari aktivitas mitosis abnormal, hiperkromatik inti dan dinding sel, serta adanya lesi nekrosis.¹³

4. **Ameloblastoma Perifer**

Ameloblastoma perifer (PA) didefinisikan sebagai ameloblastoma yang terbatas pada mukosa gingiva atau alveolar. Penyakit ini menginfiltrasi jaringan sekitarnya, sebagian besar jaringan ikat gingiva, namun tidak mengenai tulang di bawahnya.²⁷ Ameloblastoma perifer muncul dari sisa-sisa lamina gigi, yang disebut “kelenjar Serres,” sisa-sisa odontogenik lamina vestibular. , sel berpotensi majemuk di lapisan sel basal epitel mukosa dan sel berpotensi majemuk dari kelenjar ludah kecil.²⁸

Ameloblastoma perifer adalah pertumbuhan eksofitik yang terbatas pada jaringan lunak di atas area rahang yang mengandung gigi, diagnosis awal sering disalah artikan sebagai epulis fibrosa. Pada sebagian besar kasus, tidak ada bukti radiologis mengenai keterlibatan tulang, namun erosi tulang superfisial yang dikenal sebagai bekam atau piringan dapat dideteksi saat pembedahan. Daerah premolar mandibula menyumbang 32,6% dan merupakan lokasi yang paling umum.¹⁷ Pola histologisnya sama dengan tipe yang padat, dengan tipe yang umum disebut akantomatosa. Diferensial meliputi lesi reaktif perifer seperti granuloma piogenik, epulis, papilloma, fibroma, granuloma sel raksasa perifer, fibroma odontogenik perifer, fibroma pengerasan perifer, hamartoma epitel gingiva odontogenik Baden, dan karsinoma sel basal.²⁹

D. Gambaran Radiografi

Gambaran radiografi ameloblastoma berbeda dengan kista odontogenik karena adanya pertumbuhan yang agresif secara lokal serta sering ditemukan infiltrasi jaringan lunak di sekitarnya. Ameloblastoma menunjukkan gambaran radiografi berupa unilokular dan multilokular dengan penipisan yang luas pada tulang kortikal, terkadang ditemukan resorpsi akar. Resorpsi akar gigi terkadang dapat ditemukan. Beberapa penelitian telah menunjukkan kelebihan penggunaan *computed tomography*, *magnetic resonance tomography*, dan *computed tomography cone beam* dibandingkan dengan radiografi panoramik.²¹

Sebuah analisis radiografi pemeriksaan radiografi panoramik menunjukkan terdapat gambaran radiolusen, *well defined*, multilokular, corticated, meluas ke arah posterior maksila dan ramus mandibula kiri, tampak impaksi gigi 38 posisi vertical, hasil interpretasi dari radiografi CBCT dan panoramik menunjukkan suspek radiodiagnosis lesi ini adalah ameloblastoma.³⁰

Klasifikasi menurut gambaran radiografi ada empat yaitu gelombang sabun, pola sarang lebah, laba-laba dan pola lainnya. Sekitar dua pertiga (68,32%) dari lesi yang diamati menunjukkan penampakan gelembung sabun (Gambar 1). Enam belas lesi (15,84%) menunjukkan pola sarang lebah, dan 11 lesi (10,69%) tampak seperti laba-laba (gambar 2), Lima sisanya lesi (4,95%) tidak tampak seperti pola yang disebutkan di atas. Mayoritas lesi multilokular dalam penelitian ini memiliki pola gelembung sabun dan tampak bercahaya atau bercampur kepadatan.³¹



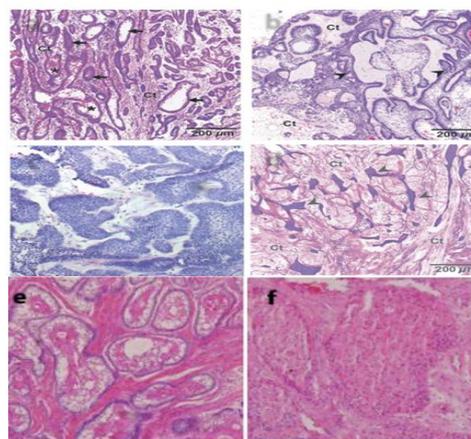
Gambar 1. Pantomograf menunjukkan gambaran ameloblastoma multilokular seperti gelembung sabun di mandibula kanan.³¹



Gambar 2. Pantomograf menunjukkan lesi multilokular dengan gambaran ameloblastoma seperti laba-laba di mandibula.³¹

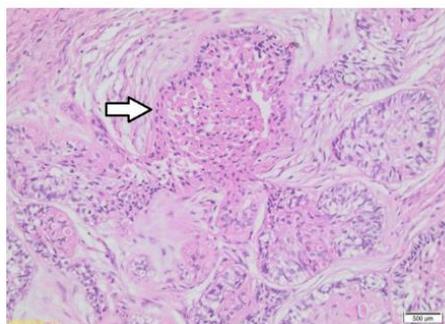
E. Gambaran Histopatologi

Ameloblastoma menunjukkan gambaran histopatologis yang menyerupai epitel odontogenik dan ektomesenkim. Ameloblastoma cenderung mengalami perubahan kistik yang sering terlihat secara mikroskopis dan bahkan secara makroskopis dalam beberapa kasus. Banyak sub tipe mikroskopis yang telah diidentifikasi, yaitu tipe folikular dan pleksiform adalah yang paling umum, kemudian tipe sel *akantomatosa*, *sel granular*, *desmoplastik* dan *basal*.²

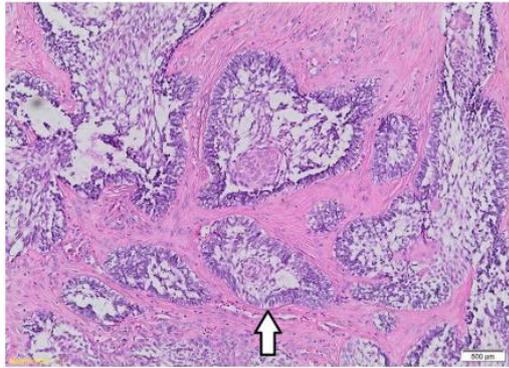


Gambar 3. Gambaran histopatologis ameloblastoma; a) desmoplastik; b) folikular; c) sel basal; d) pleksiform; e) sel akantomatosa; f) sel granular.²

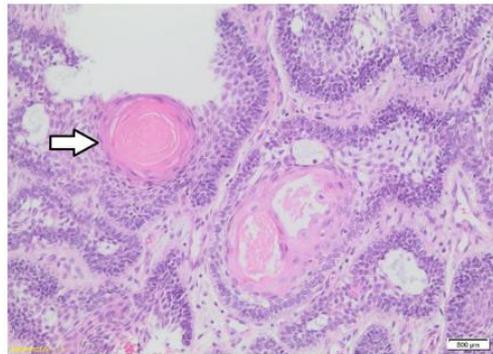
Sebanyak 72 spesimen (48,65%) didiagnosis sebagai ameloblastoma multikistik menggunakan klasifikasi tumor *odontogenik* kepala dan leher WHO 2017. Subtipe tersebut mencakup 37 folikel, 12 *pleksiform* (Gambar 7), tiga *akantomatosa*, dua sel *granular* (Gambar 4) dan dua pola histopatologis desmoplastik. Beberapa pola histologis diamati digabungkan dalam satu lesi. Kombinasi subtipe histopatologis meliputi: sepuluh folikular-pleksiform (Gambar 4), *tiga folikular-pleksiform-acanthomatous*, dua *follicular-acanthomatous* (Gambar 5) dan satu *pleksiform-acanthomatous*. Sembilan belas lesi (12,84%) didiagnosis sebagai lesi unikistik ameloblastoma (UA). Subtipenya antara lain: tujuh *mural*, dua *luminal*, dan dua *intraluminal*. Delapan tumor diklasifikasikan sebagai UA yang tidak spesifik. Mayoritas ameloblastoma unikistik muncul sebagai lesi unilokular pada *Pantomograf* (73,7%) dan radiolusen (63,2%). Lima puluh tujuh (38,51%) laporan histopatologi tidak menyebutkan jenisnya, namun diagnosis ameloblastoma telah dipastikan.³¹



Gambar 4. Spesimen pewarnaan H&E menunjukkan ameloblastoma folikuler dengan perubahan sel *granular*.³¹



Gambar 5. Spesimen Pewarnaan H&E menunjukkan Ameloblastoma folikular-plexiform.³¹



Gambar 6. Spesimen pewarnaan H&E menunjukkan ameloblastoma folikular dengan perubahan akantomatosa.³¹

F. Etiologi dan Patogenesis

Menurut Robinson dan Martinez (1977) karena epitel kista odontogenik dan ameloblastoma memiliki derivat yang sama, transisi dari kista non-neoplastik ke kista neoplastik adalah suatu kemungkinan.³² Ameloblastoma tipe unikistik juga dapat timbul sebagai hasil transformasi ameloblastik dari epitel enamel yang tereduksi dari gigi yang sedang berkembang. Leider dkk (1985) menyatakan bahwa ameloblastoma tipe unikistik mungkin disebabkan oleh degenerasi kistik ameloblastoma tipe solid. Bukti meyakinkan untuk setiap patogenesis yang diusulkan masih kurang.³³

Ameloblastoma adalah penyakit tumor odontogenik neoplasma jinak yang jarang terjadi pada manusia dengan prevalensi lebih rendah tetapi

tingkat kekambuhan lebih tinggi. Etiologi ameloblastoma belum sepenuhnya dipahami sehingga pengobatan kuratif masih kurang. Salah satu model evolusi ameloblastoma yang diusulkan terkait dengan perubahan kerusakan DNA dan efek perbaikan. Semakin banyak literatur yang mengaitkan cacat pada kerusakan DNA dan mekanisme perbaikan dengan risiko kanker dan berbagai dampak kesehatan yang merugikan pada manusia. Cacat perbaikan yang terus-menerus dan pelepasan sel-sel genomik yang tidak stabil dari mekanisme kematian sel dapat berkontribusi terhadap akumulasi mutasi penggerak onkogen atau penekan tumor yang selektif untuk transformasi ganas.³⁴

Faktor etiologi yang terkait dengan ameloblastoma telah berkembang selama bertahun-tahun dan belum diketahui secara pasti. Teori etiologi sebelumnya berkaitan dengan trauma, peradangan, defisiensi nutrisi, iritasi non-spesifik akibat pencabutan, dan karies gigi.³⁵ Karena perkembangan tumor odontogenik dikaitkan dengan sisa-sisa epitel yang bermigrasi pada lengkung serviks organ email, tidak mengherankan jika perkembangan ameloblastoma juga dikaitkan dengan organ email, sisa-sisa epitel odontogenik, dan lapisan kista odontogenik.³⁶

Asal etiologi odontogenik ini selanjutnya didukung oleh kesamaan profil ekspresi sitokeratin dan vimentin antara benih gigi yang sedang berkembang dan ameloblastoma.³⁵ Teori lain sebelumnya dikaitkan dengan morfodiferensiasi pra-ameloblas menjadi ameloblas selama tahap awal perkembangan gigi.³⁷

Pada tingkat molekuler, faktor genetik yang terlibat dalam perkembangan gigi, morfogenesis, sito diferensiasi, dan pola gigi telah dikaitkan dengan perkembangan ameloblastoma karena beberapa di antaranya berubah secara signifikan pada jaringan ameloblastik. Analisis terhadap 34 gen berbeda menunjukkan 11 gen yang diekspresikan berlebih dan 23 gen yang kurang diekspresikan relatif terhadap normal (Heikinheimo dkk, 2002). Beberapa gen yang diekspresikan secara berlebihan termasuk *c-fos proto-onkogen (FOS)*, *tumor necrosis factor receptor 1A (TNFRSF1A)*, *kolagen tipe VIII alpha 1 (COL8A1)*, *inhibitor cyclin-dependent kinase 1A (CDKN1A)*, *matriks metalloproteinase 12 (makrofag elastase) (MMP-12)*, dan *matriks metalloproteinase 13 (kolagenase 3) (MMP-13)*. Gen-gen yang sangat kurang diekspresikan termasuk *sonic hedgehog (SHH)*, *TNF receptor-associated factor 3 (TRAF3)*, *terhapus pada karsinoma kolorektal*, *Rho GTPase-activating protein 4 (ARHGAP4)*, *cadherin 12 (CDH12)*, *cadherin 13 (CDH13)*, *teratocarcinoma- faktor pertumbuhan turunan 1 (TDGF1)*, *transformasi faktor pertumbuhan beta 1 (TGFB1)*, *patch (PTCH)*, dan protein morfogenetik tulang.³⁸

G. Perawatan Radikal

Pemilihan perawatan ameloblastoma adalah pembedahan yang dapat dipisahkan menjadi metode konservatif dan radikal. Untuk tindakan pembedahan secara konservatif dapat dilakukan dengan cara, enukleasi, kuretase, marsupialisasi, dredging, dan simple reseksi. Pada tindakan

pembedahan secara radikal dapat dilakukan dengan cara *maksilektomy*, *segmental mandibulektomy* dan *mandibulektomy*. Marsupialisasi (operasi Partsch) merupakan teknik mengacu pada pembuatan *window* pada dinding ameloblastoma, mengeluarkan mengeluarkan cairan kistik, dan menjaga kontinuitas antara ameloblastoma dan struktur penting di sekitarnya. Marsupialisasi digunakan sebagai bentuk perawatan yang lebih konservatif pada lesi ameloblastoma untuk meminimalkan ukurannya dan untuk membatasi luasnya pembedahan.³⁹

Enukleasi dan/atau kuretase: merupakan pengangkatan tumor secara lokal dengan seluruh dinding kista dan digunakan untuk jenis lesi jinak.³⁹ Kuretase dapat diselesaikan dengan kuret tajam atau bur berlian bundar dengan irigasi dan menghilangkan 1 hingga 2 mm tulang beserta sisa jaringan patologis lainnya.⁴⁰ Reseksi marginal (simple reseksi) merupakan reseksi tumor tanpa mengganggu kontinuitas tulang. Reseksi parsial merupakan reseksi tumor dengan membuang sebagian besar rahang sehingga terjadi diskontinuitas rahang terganggu. Reseksi total merupakan reseksi tumor dengan pengangkatan tulang yang terlibat seperti maksilektomi dan mandibulektomi.³⁹

1. Komplikasi Perawatan Radikal

Pada sebuah penelitian menyebutkan adanya beberapa komplikasi setelah perawatan radikal ameloblastoma, yaitu pembengkakan, nyeri terjadi pada delapan kasus, mati rasa, gangguan pernapasan dan masalah menelan terjadi pada pasien.²³

Pada penelitian lainnya menyebutkan komplikasi ameloblastoma dari 80,64% pasien menjalani pengobatan radikal, seperti patah tulang pelat rekonstruksi, pengeringan sinus, infeksi cangkok krista iliaka dan sekrup kendur dan terbuka, dua pasien punya pelat rekonstruksi yang retak (Gambar 7), yang berhasil diganti setelah operasi kedua, satu pasien mengalami pengeringan sinus, yang diobati dengan pemberian antibiotik yang sesuai setelah a uji budaya & sensitivitas dan irigasi lokal dan dua pasien telah infeksi cangkok iliaka, yang digantikan oleh rekonstruksi.



Gambar 7. OPG menunjukkan penggunaan pelat rekonstruksi yang retak.³¹

2. Evaluasi Pasca Perawatan Radikal

Evaluasi setelah operasi radikal ameloblastoma berupa tingkat kekambuhan dan komplikasi. Pasca operasi, pasien dievaluasi apakah ada perdarahan, rasa sakit, bengkak atau rasa tidak nyaman dan diawasi. Radiografi diambil keesokan harinya dan disimpan untuk referensi lebih lanjut. Pemeriksaan radiografi dan klinis dilakukan pada setiap kunjungan tindak lanjut.⁴¹

3. Deformitas Mandibula Pasca Perawatan Radikal

Ameloblastoma dapat tumbuh dari berbagai macam epitel odontogenik yang tersisa di antara jaringan lunak alveolar dan tulang. Tumor ini tumbuhnya lambat, agresif secara lokal dan dapat menyebabkan deformitas wajah yang besar.⁴² Cacat pasca bedah di daerah rahang atas mempengaruhi pasien untuk mengalami bicara hipernasal, kebocoran cairan ke dalam rongga hidung, gangguan fungsi pengunyahan, dan pada beberapa pasien, berbagai tingkat kelainan deformitas. Reseksi mandibula juga terbukti berdampak buruk terhadap pengunyahan, deglutisi, fonasi, dan kompetensi oral. Selain itu, mandibula membingkai sepertiga bagian bawah wajah dan mewakili komponen utama penampilan manusia.¹¹

Perawatan konservatif ameloblastoma mencakup enukleasi dan kauterisasi tumor, kuretase, cryotherapy, dan marsupialisasi, yang semuanya mempertahankan lebih banyak jaringan dan meminimalkan kelainan bentuk wajah dibandingkan dengan pendekatan radikal.⁴³ Reseksi rahang yang lebar biasanya direkomendasikan pengobatan untuk ameloblastoma, harus diprioritaskan terhadap tingkat kekambuhan. Namun, operasi radikal sering kali dilakukan berarti pasien mempunyai komplikasi yang serius termasuk kelainan bentuk wajah, disfungsi pengunyahan, dan pergerakan rahang yang tidak normal. Mengingat karakteristik ameloblastoma sebagai invasif local tetapi pertumbuhannya lambat dan sangat jarang bermetastasis tumor jinak, prioritas metode

pengobatan harus dibahas dari sudut morbiditas dan kualitas hidup pasien, mencatat bahwa kekambuhan tarif tidak selalu menjadi faktor utama.¹¹

4. Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Perawatan Radikal

Keberhasilan dari segi klinis pasca bedah dianggap sebagai "*gold standar*" untuk menentukan kesuksesan operasi, sementara di sisi lain, pasien memiliki penilaian yang berbeda terkait keberhasilan operasi. Adapun tingkat kepuasan pasien dipengaruhi oleh faktor keterbatasan fungsional, nyeri fisik, ketidaknyamanan psikologis, cacat fisik, disabilitas psikologis, disabilitas sosial, dan estetika yang dirasakan langsung secara subjektif oleh pasien.^{10,44}

H. Kualitas Hidup

Konsep kualitas hidup secara luas mencakup bagaimana seseorang mengukur 'kebaikan' dari berbagai aspek dalam hidup mereka. Evaluasi ini mencakup reaksi emosional seseorang terhadap kejadian hidup, watak, rasa pemenuhan dan kepuasan hidup, dan kepuasan dengan pekerjaan dan hubungan pribadi.⁴⁵ Testa dan Simonson (1996) membuat batasan kualitas hidup didasarkan pada definisi sehat WHO yang berisi dimensi sehat fisik, jiwa, dan sosial yang untuk tiap-tiap orang berbeda-beda karena dipengaruhi oleh pengalaman, kepercayaan, keinginan, dan persepsi seseorang.⁴⁶

Kualitas hidup merupakan suatu bentuk multidimensional, terdapat tiga konsep kualitas hidup yaitu menunjukkan suatu konsep multidimensional, yang berarti bahwa informasi yang dibutuhkan mempunyai rentang area kehidupan dari penderita itu, seperti kesejahteraan fisik, kemampuan

fungsional, dan kesejahteraan emosi atau sosial, menilai celah antara keinginan atau harapan dengan sesuai kemampuan untuk melakukan perubahan dalam diri.⁴⁷

Perawatan ameloblastoma sangat penting karena meningkatkan kualitas hidup pasien dibandingkan sebelum perawatan. Fungsi maksila dan mandibula sebagai bagian wajah merupakan aspek yang harus dijaga dalam mempertahankan estetik pasien. Kualitas hidup telah menjadi ukuran pasien terhadap hasil perawatan, dimana kualitas hidup dipengaruhi secara kompleks oleh kesehatan fisik pasien, keadaan psikososial, dan tingkat kemandirian, hubungan sosial, dan hubungan pasien dengan lingkungan mereka tinggal.⁸

World health organization telah mengembangkan kuesioner kualitas hidup menjadi WHOQOL (*WHO Quality of Life Assessment*), yang didasarkan pada konsep multidimensi, termasuk dimensi fisik dan psikologis. kesehatan, hubungan sosial, lingkungan, dan umum kualitas hidup secara keseluruhan.^{48,49} *The University of Washington Quality of Life (UW-QOL)* adalah salah satu kuesioner yang umum digunakan pada kanker kepala dan leher, hal ini dimungkinkan karena kesederhanaan dan kesesuaiannya untuk penggunaan rutin dalam pengaturan klinis yang sibuk. Hassan dan Weymuller (1993) menerbitkan UW-QOL untuk pertama kali dan dikembangkan oleh Rogers dkk (2021) terkait validasi kuesioner kualitas hidup secara spesifik pada perawatan daerah kepala dan leher. Keuntungan dari penggunaan kuesioner ini antara lain singkat dan dapat dilakukan sendiri, multifaktorial yang memungkinkan detail yang cukup untuk mengidentifikasi perubahan

substansial, memberikan pertanyaan khusus untuk defek kepala dan leher, dan tidak memungkinkan adanya masukan dari penyedia layanan kesehatan, sehingga mencerminkan QOL seperti yang ditunjukkan oleh pasien.⁵⁰

1. Dimensi Kualitas Hidup UW -QOL

The University of Washington Quality of Life (UW-QOL) memiliki domain dan pertanyaan umum berdasarkan tanggapan ordinal. Skor diskalakan sehingga skor 0 mewakili kemungkinan respons terburuk, dan skor 100 mewakili respons terbaik. Penilaian UW-QOL dibagi menjadi 2 Item berupa penilaian domain dan global. Untuk penilaian domain hal yang dinilai berupa nyeri, penampilan, aktivitas, rekreasi, menelan, mengunyah, berbicara, bahu, rasa, air liur, suasana hati, dan suasana hati. Pertanyaan global meliputi pertanyaan mengenai perbandingan sebelum terkena tumor, kualitas hidup 7 hari terakhir dan pertanyaan yang mencakup kesehatan fisik dan mental, tetapi juga banyak faktor lain, seperti keluarga, teman, spiritualitas, atau aktivitas rekreasi selama 7 hari terakhir.⁵⁰

2. Faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup menurut Moons dkk (2004)⁵² dalam konseptualisasi yang dikemukakannya, sebagai berikut:

a. Jenis Kelamin

Gender adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Fadda dan Jiron (1999) menyatakan bahwa laki-laki dan

perempuan memiliki perbedaan dalam peran serta akses dan kendali terhadap berbagai sumber sehingga kebutuhan atau hal-hal yang penting bagi laki-laki dan perempuan juga akan berbeda. Hal ini mengindikasikan adanya perbedaan aspek-aspek kehidupan dalam hubungannya dengan kualitas hidup pada laki-laki dan perempuan.⁵³

b. Usia

Usia adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian yang menghubungkan usia dan kualitas hidup pasien, menunjukkan usia rata-rata pasien adalah 63,42 tahun; termuda berusia 41 tahun dan tertua berusia 85. Serupa dengan penelitian sebelumnya yang menemukan dekade keenam kehidupan sebagai usia utama diagnosis kanker kepala dan leher.⁵⁴⁻⁵⁶

c. Pendidikan

Tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup subjektif. Penelitian yang dilakukan oleh Noghani dkk (2007) menemukan adanya pengaruh positif dari pendidikan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak.⁵⁷

d. Status Pernikahan

Moons dkk (2004) menyatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara individu yang tidak menikah, individu bercerai ataupun janda, dan individu yang menikah atau kohabitasi.⁵² Demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahl dkk

(2009) menemukan bahwa baik pada pria maupun wanita, individu dengan status menikah atau kohabitasi memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi.⁵⁸

e. Pekerjaan

Moons dkk (2004) menyatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara penduduk yang berstatus pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja, dan penduduk yang tidak mampu bekerja (atau memiliki disability tertentu).⁵² Wahl dkk (2004) menemukan status pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup baik pada pria maupun wanita.⁵⁸

f. Penghasilan

Testa dan Simonson (1996) menjelaskan bahwa Bidang penelitian yang sedang berkembang dan hasil penilaian teknologi kesehatan mengevaluasi manfaat, efektivitas biaya, dan keuntungan bersih dari terapi. hal ini dilihat dari penilaian perubahan kualitas hidup secara fisik, fungsional, mental, dan kesehatan sosial dalam rangka untuk mengevaluasi biaya dan manfaat dari program baru dan intervensi.⁴⁶

g. Kesehatan fisik

World health organization (1948) menjelaskan kesehatan adalah tonggak penting dalam perkembangan kualitas hidup tentang kepedulian terhadap kesehatan. *World health organization* mendefinisikan kesehatan tidak hanya sebagai sesuatu penyakit tapi

dapat dilihat dari fisik, mental dan kesejahteraan sosial.⁵⁹ Sebuah penelitian memaparkan bahwa rekonstruksi mandibula dengan free fibula flap akan memberikan pengaruh signifikan terhadap kualitas hidup dan fungsi mulut pasien. Dalam UW-QOL, domain dengan skor terbaik adalah suasana hati, sedangkan skor terendah adalah untuk mengunyah dan air liur.

h. Hubungan Sosial

Myers (1987) yang menyatakan bahwa pada saat kebutuhan akan hubungan dekat dengan orang lain 18 terpenuhi, baik melalui hubungan pertemanan yang saling mendukung maupun melalui pernikahan, manusia akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik baik secara fisik maupun emosional.⁶¹ Sebuah penelitian menemukan bahwa faktor hubungan dengan orang lain memiliki kontribusi yang cukup besar dalam menjelaskan kualitas hidup subjektif.⁵⁷

i. Standar Referensi

O'Connor (1993) menyatakan bahwa kualitas hidup dapat dipengaruhi oleh standar referensi yang digunakan seseorang seperti harapan, aspirasi, perasaan mengenai persamaan antara diri individu dengan orang lain.⁶² Hal ini sesuai dengan definisi kualitas hidup yang dikemukakan oleh WHOQoL bahwa kualitas hidup akan dipengaruhi oleh harapan, tujuan, dan standar dari masing-masing individu.⁶³