Indonesian Journal of Health Science
Volume 6 No. 5, 2026

FACTORS ASSOCIATED WITH THE RELATIONSHIP BETWEEN SERVICE QUALITY AND PATIENT SATISFACTION AT SAMPARA COMMUNITY HEALTH CENTER IN KONAWE REGENCY

FAKTOR YANG BERHUBUNGAN KUALITAS PELAYANAN DENGAN KEPUASAN PASIEN PUSKESMAS SAMPARA KABUPATEN KONAWE

Andi Supriatna [1)], Alia Fatimah Maulani [2)], Syifa Madila Ridwan Abdullah [3)]

[1)] *andii.drg14@gmail.com, Universitas Jenderal Achmad Yani*
[2)] *aliafm05@gmail.com, Universitas Jenderal Achmad Yani*
[3)] *syifamadila13@gmail.com, Universitas Jenderal Achmad Yani*

Abstract
Pericoronitis of the mandibular third molar is often associated with gingival tissue that partially covers the tooth crown, leading to trauma and food impaction. This case report aims to describe the management of pericoronitis of tooth 48 through operculectomy in a 25-year-old female patient who presented at the Achmad Yani General Dental and Oral Hospital. The patient presented with complaints of swelling in the lower right posterior gum, food frequently getting trapped in the gum tissue covering the tooth, and the gum being bitten frequently while eating. Data were obtained through medical history, intraoral and extraoral clinical examinations, and panoramic radiography. Clinical examination revealed that gingival tissue partially covered the tooth crown, while radiographic examination showed a Class I position of the right mandibular third molar with adequate eruption space. Management was carried out through Phase I therapy consisting of oral hygiene education and scaling, followed by Phase II therapy consisting of an operculectomy as a conservative treatment. Evaluations were conducted at one-week and one-month follow-ups, as well as periodic maintenance visits every three months. The treatment results showed no reports of pain, good tissue healing, and a reduction in complaints of food getting stuck. Operulectomy can be a conservative treatment option for pericoronitis involving a mandibular third molar with adequate eruption space to alleviate the patient's symptoms and eliminate local causative factors, thereby supporting the possibility of continued eruption, while still requiring periodic monitoring and evaluation to prevent recurrence.
Keywords: *Operculectomy; Operculum; Pericoronitis; Third mandibular molar*

Abstrak
Perikoronitis pada gigi molar ketiga mandibula sering berkaitan dengan jaringan gingiva yang menutupi sebagian mahkota gigi sehingga menyebabkan trauma dan impaksi makanan. Laporan kasus ini bertujuan untuk melaporkan penatalaksanaan perikoronitis pada gigi 48 melalui tindakan operkulektomi pada pasien perempuan berusia 25 tahun yang datang ke Rumah Sakit Gigi dan Mulut Jenderal Achmad Yani. Pasien datang dengan keluhan gusi belakang kanan bawah bengkak, makanan sering terselip pada area gusi yang menutupi gigi, serta gusi sering tergigit saat makan. Data diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan klinis intraoral dan ekstraoral, serta pemeriksaan radiografi panoramik. Pemeriksaan klinis menunjukkan jaringan gingiva menutupi sebagian mahkota gigi, sedangkan pemeriksaan radiografis menunjukkan posisi molar ketiga mandibula kanan kelas I dengan ruang erupsi yang masih memadai. Penatalaksanaan dilakukan melalui terapi fase I berupa edukasi kebersihan mulut dan scaling, kemudian dilanjutkan terapi fase II berupa tindakan operkulektomi sebagai perawatan konservatif. Evaluasi dilakukan pada kontrol satu minggu, satu bulan, serta pemeliharaan berkala setiap tiga bulan. Hasil perawatan menunjukkan tidak terdapat keluhan nyeri, penyembuhan jaringan berlangsung baik, serta keluhan makanan terselip berkurang. Operkulektomi dapat menjadi pilihan perawatan konservatif pada perikoronitis dengan posisi molar ketiga mandibula yang memiliki ruang erupsi memadai untuk mengurangi keluhan pasien dan menghilangkan faktor penyebab lokal, mengurangi keluhan pasien, serta mendukung kemungkinan erupsi lanjutan dengan tetap memerlukan kontrol dan evaluasi berkala untuk mencegah kekambuhan.
Kata kunci: Gigi molar ketiga mandibula**;** Operkulektomi; Operkulum; Perikoronitis

PENDAHULUAN

Perikoronitis merupakan kondisi inflamasi pada jaringan lunak yang mengelilingi mahkota gigi yang belum erupsi sempurna, terutama gigi molar ketiga mandibula. Insidensi perikoronitis paling tinggi ditemukan pada usia dewasa muda, seiring dengan periode erupsi molar ketiga yang sering kali tidak berjalan optimal akibat keterbatasan ruang pada regio posterior mandibula. Secara klinis, perikoronitis dapat muncul dalam bentuk akut, subakut, maupun kronis, dengan manifestasi mulai dari nyeri lokal hingga infeksi yang meluas ke jaringan sekitarnya (Kwon & Serra, 2022; Schmidt et al., 2021).

Etiologi utama perikoronitis berkaitan dengan keberadaan operkulum, yaitu lipatan jaringan gingiva yang menutupi sebagian permukaan mahkota gigi. Operkulum menciptakan ruang tertutup yang memudahkan terjadinya impaksi makanan dan akumulasi plak bakteri. Sisa makanan yang terperangkap di bawah operkulum sulit dibersihkan dengan sikat gigi biasa, sehingga menjadi lingkungan ideal bagi pertumbuhan bakteri anaerob patogen, terutama *Prevotella*, *Porphyromonas*, dan *Fusobacterium*. Aktivitas bakteri tersebut memicu respon inflamasi jaringan yang ditandai dengan edema, eritema, nyeri tekan, dan kadang disertai eksudat purulent (Frinces & Andriani, 2023; Kwon & Serra, 2022; Ribeiro et al., 2020).

Selain impaksi makanan, trauma mekanis merupakan faktor penting yang berkontribusi terhadap terjadinya perikoronitis. Operkulum sering mengalami trauma berulang akibat kontak dengan gigi antagonis selama mastikasi atau penutupan rahang. Trauma ini memperparah inflamasi jaringan, menurunkan resistensi mukosa, dan mempermudah invasi bakteri. Kombinasi antara impaksi makanan, kolonisasi bakteri, dan trauma lokal menjelaskan mengapa perikoronitis sering bersifat rekuren bila faktor predisposisi tidak dihilangkan (Frinces & Andriani, 2023; Schmidt et al., 2021).

Tidak semua individu dengan gigi molar ketiga yang belum erupsi mengalami perikoronitis. Variasi ini dipengaruhi oleh sejumlah faktor lokal dan sistemik. Salah satu faktor lokal yang berperan penting adalah ketebalan dan karakteristik operkulum. Operkulum yang tebal, fibrotik, dan menutupi sebagian besar permukaan oklusal gigi memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk menahan sisa makanan dibandingkan operkulum yang tipis dan elastis. Selain itu, arah erupsi gigi, kedalaman impaksi, hubungan oklusal dengan gigi antagonis, serta bentuk lengkung rahang turut memengaruhi risiko terjadinya pericoronitis (Williams & Tollervey, 2016; Yamalık & Bozkaya, 2008).

Faktor individu seperti kebersihan mulut, kebiasaan mastikasi, serta respons imun juga berperan dalam menentukan apakah perikoronitis akan terjadi. Individu dengan oral hygiene yang baik dan kontrol plak yang adekuat cenderung memiliki risiko lebih rendah meskipun gigi belum erupsi sempurna. Sebaliknya, kebersihan mulut yang buruk mempercepat kolonisasi bakteri dan memperberat proses inflamasi (Frinces & Andriani, 2023).

Penatalaksanaan perikoronitis harus disesuaikan dengan kondisi klinis gigi dan jaringan sekitarnya. Pada kasus perikoronitis berulang dengan gigi molar ketiga yang masih memiliki potensi erupsi ke posisi fungsional, operkulektomi dapat dipertimbangkan sebagai terapi pilihan. Operkulektomi bertujuan untuk mengangkat jaringan operkulum sehingga menghilangkan area retensi makanan, mengurangi trauma oklusal, dan mempermudah pembersihan area sekitar gigi. Tindakan ini bersifat konservatif, relatif sederhana, dan dapat mencegah kekambuhan perikoronitis bila dilakukan dengan indikasi yang tepat (Rolek & Pławecki, 2024).

Pemilihan operkulektomi dibandingkan odontektomi didasarkan pada prinsip mempertahankan gigi selama masih memungkinkan. Odontektomi umumnya diindikasikan pada gigi molar ketiga dengan impaksi yang dalam, arah erupsi yang tidak menguntungkan, atau prognosis erupsi yang buruk, serta pada kasus perikoronitis berulang yang tidak responsif

terhadap terapi konservatif. Pada gigi yang masih berpotensi erupsi sempurna, operkulektomi dapat menjadi terapi awal untuk mendukung proses erupsi lanjutan dan mempertahankan fungsi gigi (American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, 2016; Rolek & Pławecki, 2024).

Laporan kasus ini bertujuan untuk melaporkan penatalaksanaan perikoronitis pada gigi 48 melalui tindakan operkulektomi pada pasien perempuan berusia 25 tahun yang datang ke Rumah Sakit Gigi dan Mulut Jenderal Achmad Yani.

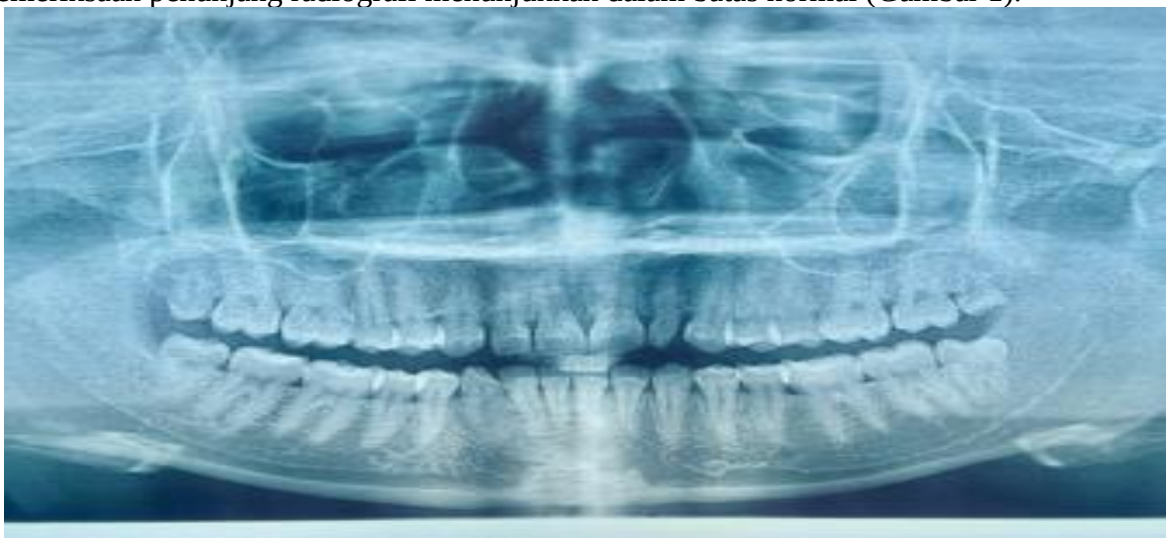
METODE

Laporan kasus ini menyajikan penatalaksanaan seorang pasien perempuan berusia 25 tahun yang didiagnosis mengalami perikoronitis pada gigi 48 di Rumah Sakit Gigi dan Mulut Jenderal Achmad Yani. Data diperoleh dari anamnesis, pemeriksaan klinis intraoral dan ekstraoral, serta pemeriksaan radiografi panoramik. Penatalaksanaan dilakukan melalui terapi fase I berupa edukasi kebersihan mulut dan scaling, dilanjutkan fase II berupa tindakan operkulektomi. Evaluasi hasil perawatan dilakukan melalui kontrol satu minggu, satu bulan, dan pemeliharaan berkala setiap tiga bulan.

Laporan Kasus

Seorang pasien perempuan berusia 25 tahun datang dengan keluhan gusi belakang kanan bawah bengkak. Makanan sering terselip pada area gusi yang menutupi giginya dan sering tergigit pada saat makan sejak 2 bulan yang lalu, pasien tidak ingin giginya dicabut, pasien ingin dilakukan perawatan karena mengganggu kenyamanan. Riwayat penyakit sistemik disangkal. Riwayat alergi disangkal. Riwayat pengobatan disangkal. Riwayat kebiasaan buruk disangkal. Keluhan yang sama pada keluarga disangkal. Pemeriksaan intraoral menunjukkan mahkota gigi molar tiga kanan bawah tertutupi oleh sebagian gingiva.

Hasil pemeriksaan ekstra oral baik itu pemeriksaan wajah, kelenjar getah bening, mata, sendi temporomandibular, dan bibir menunjukkan tidak ada kelainan. Sedangkan, hasil pemeriksaan penunjang radiografi menunjukkan dalam batas normal (Gambar 1).



Gambar 1. Hasil foto radiografi panoramik pasien.

Hasil pemeriksaan intra oral, gingiva tampak *oedem* a/r anterior regio rahang atas dan gigi 48, berwarna merah gelap, konsistensi lunak, pitting test (+), stipling (-), permukaan licin, disertai papila interdental yang membulat. Tidak terdapat resesi, *McCall's festoon* dan *Stillman's Cleft*.

Frenulum labialis rahang atas sedang, bukalis kanan kiri rahang atas dan rahang bawah rendah, frenulum labialis rahang bawah rendah. Pemeriksaan gigi geligi tidak menunjukkan adanya rasa sakit saat dilakukan tes perkusi, tidak ada kegoyangan gigi, tidak terdapat kontak

prematur. Terdapat spacing pada gigi 11-12-13, 22-23, 15-16. Terdapat geligi tidak beraturan pada gigi 22. Terdapat karies gigi 36, 37, 46, 25.



Gambar 2. Foto klinis pasien

Fase I atau etiotropik diberikan OHI KIE, pro periodonsia scalling RA RB kontrol 1 minggu dan kontrol 1 bulan. Kemudian pada fase II atau bedah dilakukan tindakan operkulektomi pada gigi 48. Fase III atau restoratif, tidak ada. Selanjutnya pada fase IV yaitu pemeliharaan dilakukan evaluasi plak, kalkulus, *recalling* atau kontrol setiap 3 bulan sekali dalam 1 tahun pertama. Fokus bahasan pada laporan kasus ini adalah penatalaksanaan perikoronitis dengan tindakan operkulektomi pada gigi 48.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tata Laksana Kasus

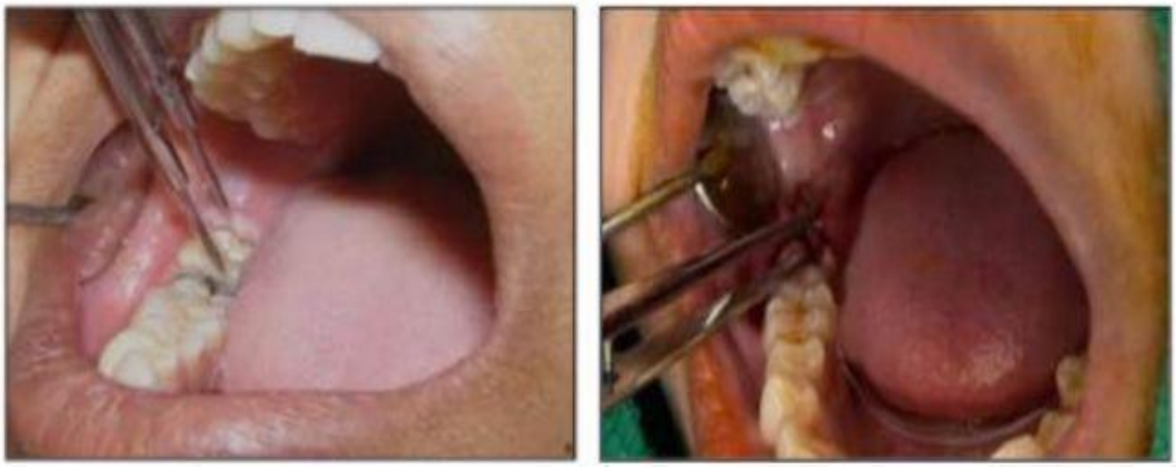
Setelah dilakukan pemeriksaan subjektif, objektif, dan penunjang radiografi di kunjungan pertama, dilakukan tindakan scaling rahang atas dan rahang bawah di kunjungan kedua. Selanjutnya, evaluasi nilai plak pada kunjungan ketiga (kontrol 1 minggu) dan keempat (kontrol 1 bulan). Kontrol 1 bulan dilakukan untuk menentukan apakah perawatan pada pasien perlu dilanjutkan ke tahap bedah berdasarkan hasil evaluasi kedalaman poket. Pada kunjungan kelima, dilakukan tindakan bedah minor yaitu operkulektomi.

Operator telah melakukan kontrol infeksi, pemeriksaan tekanan darah dan menjelaskan prosedur, serta permintaan persetujuan tindakan medis pada pasien.

Tindakan diawali dengan prosedur aseptik menggunakan *providine iodine 2%*. Aplikasi antiseptik pada daerah ekstraoral dilakukan dengan usapan melingkar berlawanan arah jarum jam dari bagian terluar mulut menuju ke dalam hingga seluruh area bibir terlapisi. Selanjutnya, antiseptik diaplikasikan secara intraoral pada regio yang akan dilakukan tindakan operkulektomi.

Anestesi lokal dilakukan dengan mengulas topikal anestesi pada regio yang akan dilakukan tindakan operkulektomi, kemudian melakukan tindakan anestesi lokal dengan teknik infiltrasi submukosa pada mukosa gigi molar tiga yang akan dilakukan tindakan operkulektomi.

Menandai area kerja dilakukan dengan meletakkan jangka steril yang telah terfiksasi untuk menandai batas distal gigi parsial erupsi di dalam rongga mulut pasien, kemudian dilakukan *bleeding point* pada bagian operkulum dengan *pocket marker*.



(a) (b)

Gambar 3. (a) Verifikasi permukaan oklusan gigi dari foto panoramik ke area kerja; (b) Bleeding point menggunakan *pocket marker*

Eksisi operkulum dilakukan dengan menggunakan pisau *kirkland* atau *blade* no. 15C mengikuti pola yang dibentuk *bleeding point*, dimulai dari bagian distal gigi ke lingual dan mesiolingual. Pisau mengarah ke koronal dimulai dari bagian lebih luar dari pola *bleeding point*.



Gambar 4. Eksisi Operkulum menggunakan *blade* no. 15C

Kontrol perdarahan dilakukan dengan membersihkan daerah perdarahan menggunakan tampon steril yang telah dibasahi dengan adrenalin yang telah diencerkan dengan aquades.

Tindakan debridemen dilakukan dengan melakukan *scalling* supra dan subgingiva menggunakan skeler, kemudian membersihkan area kerja dari jaringan granulasi, plak, dan kalkulus dengan melakukan irigasi menggunakan NaCl fisiologis 0,9%.

Perapihan operkulum dilakukan dengan menghaluskan tepi sayatan yang masih tajam menggunakan *blade* no.15C, dengan gerakan menyapu searah dari gingiva cekat menuju margin gingiva untuk memperoleh kontur gingiva yang fisiologis.



Gambar 5. Hasil akhir operkulektomi

Penutupan area yang telah dibedah dilakukan dengan membersihkan kembali area kerja menggunakan irigasi NaCl fisiologis 0,9%, kemudian mengoleskan *providine iodine* 2% pada area kerja yang telah selesai dibedah, dan menutup area bedah yang telah bersih dengan pek periodontal.



Gambar 6. Aplikasi pek periodontal.

Pemberian resep meliputi obat kumur klorheksidin dua kali sehari selama satu minggu, serta analgesik dan antibiotik.

Instruksi pasca bedah meliputi anjuran untuk tidak makan dan minum satu jam setelah tindakan, melakukan diet makanan lunak, menghindari makanan yang pedas, asam, dan panas, membersihkan daerah bedah dengan kasa yang dibasahi air hangat selama satu minggu, tidak merokok, serta menggunakan obat kumur klorheksidin dua kali sehari selama satu minggu. Jika pek periodontal lepas dalam satu hingga tiga hari setelah bedah maka pasien diminta segera kembali ke dokter gigi, namun jika lepas setelah lebih dari tiga hari setelah bedah maka tidak

perlu kembali sampai waktu kontrol satu minggu kecuali bila ada keluhan. Pasien diinstruksikan untuk kontrol satu minggu pasca bedah.

Kunjungan keenam dilakukan untuk kontrol 1 minggu pasca bedah operkulektomi. Pasien tidak mengeluhkan adanya nyeri, hasil pemeriksaan juga menunjukkan tidak adanya perdarahan, tetapi pek periodontal sudah terlepas dan tidak terdapat oedema, warna gingiva merah terang, konsistensi kenyal,



Gambar 7. Kontrol 1 minggu.

Kunjungan ketujuh pasien telah selesai kontrol 1 bulan tidak mengeluhkan nyeri, hasil pemeriksaan menunjukkan bentuk gingiva normal, warna merah terang, konsistensi kenyal.



Gambar 8. Kontrol 1 bulan

Pembahasan

Pasien berusia 25 tahun datang dengan keluhan nyeri dan rasa tidak nyaman di regio posterior mandibula kanan, terutama saat mengunyah. Pasien juga menyampaikan bahwa jaringan gusi di sekitar gigi sering tergigit dan sisa makanan mudah terselip pada area tersebut.

Keluhan ini menunjukkan adanya gangguan lokal yang berkaitan dengan jaringan lunak di sekitar gigi molar ketiga, bukan semata-mata akibat posisi gigi yang tidak menguntungkan (Hupp et al., 2019; Neville et al., 2023).

Pada pemeriksaan klinis intraoral ditemukan jaringan gingiva yang menutupi sebagian permukaan oklusal gigi 48. Jaringan tersebut tampak mudah teriritasi dan sesuai dengan keluhan pasien yang sering mengalami trauma saat mastikasi. Kondisi ini memungkinkan terjadinya peradangan berulang akibat trauma mekanis serta akumulasi sisa makanan di bawah jaringan gingiva tersebut. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa trauma berulang pada operkulum akibat kontak dengan gigi antagonis merupakan salah satu faktor penting yang mempertahankan proses inflamasi pada pericoronitis (Harniati & Rahayoe, 2008).

Selain trauma, keluhan makanan yang sering terselip menunjukkan adanya kesulitan dalam menjaga kebersihan area sekitar gigi 48. Area yang tertutup jaringan gingiva menjadi sulit dibersihkan secara optimal, sehingga mendukung akumulasi plak dan bakteri. Kondisi ini sesuai dengan laporan sebelumnya yang menyatakan bahwa retensi makanan di bawah jaringan perikoronal berperan besar dalam terjadinya perikoronitis, terutama pada kasus dengan inflamasi yang bersifat rekuren (Harniati & Rahayoe, 2008; Septiani et al., 2024).

Pemeriksaan radiografis menunjukkan bahwa posisi gigi molar ketiga mandibula kanan termasuk dalam klasifikasi kelas I, yang berarti tersedia ruang yang cukup untuk erupsi ke posisi fungsional. Temuan ini menjadi pertimbangan penting dalam penentuan rencana perawatan. Pada gigi molar ketiga dengan posisi kelas I, prognosis erupsi umumnya lebih baik dibandingkan gigi dengan impaksi kelas II atau III, sehingga pencabutan tidak selalu menjadi pilihan pertama (Kurniati & Putri, 2025).

Berdasarkan kondisi tersebut, penyebab utama keluhan pasien pada kasus ini lebih berkaitan dengan faktor jaringan lunak, yaitu keberadaan gingiva yang menutupi sebagian gigi, dibandingkan faktor posisi gigi. Oleh karena itu, operkulektomi dipilih sebagai tindakan untuk menghilangkan jaringan yang menjadi sumber trauma dan tempat retensi makanan. Dengan mengangkat jaringan tersebut, permukaan oklusal gigi menjadi lebih terbuka sehingga lebih mudah dibersihkan dan tidak lagi mudah tergigit saat mastikasi (Maulani & Dwi, 2025).

Pemilihan operkulektomi dibandingkan odontektomi pada kasus ini juga didasarkan pada pertimbangan konservatif. Odontektomi pada molar ketiga mandibula memiliki risiko komplikasi pascaoperasi, seperti nyeri, pembengkakan, alveolitis, hingga cedera nervus alveolaris inferior, yang risikonya meningkat seiring bertambahnya usia pasien. Pada kasus ini, tidak ditemukan indikasi absolut untuk pencabutan gigi, seperti impaksi tulang yang dalam, kerusakan pada gigi molar kedua, atau infeksi yang meluas. Oleh karena itu, mempertahankan gigi dengan menghilangkan faktor penyebab lokal dinilai sebagai pilihan yang lebih rasional (Primasari, 2023; Ramadhany et al., 2022; Rolek & Pławecki, 2024).

Setelah dilakukan operkulektomi, keluhan pasien berangsur membaik. Pasien tidak lagi merasakan gusi tergigit saat mengunyah dan keluhan makanan yang terselip berkurang. Hal ini menunjukkan bahwa tindakan operkulektomi berhasil mengatasi faktor penyebab utama peradangan. Hasil ini sejalan dengan beberapa laporan yang menyatakan bahwa operkulektomi dapat memberikan hasil yang baik pada kasus perikoronitis dengan posisi molar ketiga yang menguntungkan, meskipun tetap diperlukan evaluasi lanjutan untuk memantau proses erupsi gigi (Primasari, 2023; Ramadhany et al., 2022).

Meskipun demikian, pasien tetap perlu diedukasi mengenai pentingnya menjaga kebersihan mulut dan melakukan kontrol rutin. Apabila di kemudian hari gigi tidak mengalami erupsi lanjutan atau terjadi kekambuhan perikoronitis, maka tindakan odontektomi tetap dapat dipertimbangkan sebagai perawatan definitif (Rolek & Pławecki, 2024).

PENUTUP

Perikoronitis pada gigi 48 pada pasien usia 25 tahun pada kasus ini disebabkan oleh keberadaan jaringan gingiva yang menutupi sebagian mahkota gigi sehingga menimbulkan trauma berulang saat mastikasi dan mempermudah terjadinya impaksi makanan. Pemeriksaan radiografis menunjukkan posisi molar ketiga mandibula kanan kelas I dengan ruang erupsi yang masih memadai, sehingga operkulektomi dipilih sebagai tindakan perawatan yang bersifat konservatif dibandingkan odontektomi. Tindakan ini bertujuan menghilangkan faktor penyebab lokal, mengurangi keluhan pasien, serta mendukung kemungkinan erupsi lanjutan, dengan hasil klinis yang menunjukkan perbaikan setelah tindakan, meskipun tetap diperlukan kontrol dan evaluasi berkala untuk mencegah kekambuhan.

DAFTAR PUSTAKA

American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. (2016). *Management of Third Molar Teeth.* https://aaoms.org/wp-content/uploads/2024/03/management_third_molar_white_paper.pdf

Frinces, S. S., & Andriani, I. (2023). Acute Pericoronitis of Lower Third Molar: A Case Report. *Journal of Indonesian Dental Association*, 6(2), 110–114. https://doi.org/10.32793/jida.v6i2.1017

Harniati, E. D., & Rahayoe, P. S. (2008). Pengaruh Gigi Molar Tiga Atas pada Kejadian Perikoronitis Gigi Molar Tiga Bawah. *Mutiara Medika: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 8(1 (S)), 157–164. https://journal.umy.ac.id/index.php/mm/article/view/9420

Hupp, J. R., Ellis, E., & Tucker, M. R. (2019). *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery (7th ed.)*. Elsevier.

Kurniati, N., & Putri, N. A. (2025). Gambaran posisi gigi impaksi molar ketiga dengan kanalis mandibula berdasarkan usia dan jenis kelamin. *Jurnal Ilmiah Dan Teknologi Kedokteran Gigi (JITEKGI)*, 21(1), 21–32. https://ejournal.moestopo.ac.id/index.php/JITEKGI/article/view/4483

Kwon, G., & Serra, M. (2022). *Pericoronitis*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576411/

Maulani, C., & Dwi, H. (2025). Operculectomy in The Pre-eruption Mandibular Third Molar is it Necessary?: A Case Report. *YARSI Medical and Dental Science-YASMINE Journal*, 2(1), 40–46. https://academicjournal.yarsi.ac.id/index.php/ydsm/article/view/5772

Neville, B. W., Damm, D. D., Allen, C. M., & Chi, A. C. (2023). *Oral and maxillofacial pathology-E-Book*. Elsevier Health Sciences.

Primasari, V. S. (2023). Surgical operculectomy procedure in the treatment of pericoronitis (case reports). *Jurnal Ilmiah Dan Teknologi Kedokteran Gigi*, 19(1), 20–25. https://doi.org/10.32509/jitekgi.v19i1.2271

Ramadhany, E. P., Adibah, M. S., Surya, P. F., & Syahrul, D. (2022). Chronic pericoronitis management with operculectomy using scalpel. *Interdental Jurnal Kedokteran Gigi (IJKG)*, 18(1), 1–6. https://doi.org/10.46862/interdental.v18i1.2965

Ribeiro, M. H. B., Ribeiro, P. C., Retamal-Valdes, B., Feres, M., & Canabarro, A. (2020). Microbial profile of symptomatic pericoronitis lesions: a cross-sectional study. *Journal of Applied Oral Science*, 28. https://doi.org/10.1590/1678-7757-2019-0266

Rolek, A., & Pławecki, P. (2024). Comprehensive management of pericoronitis in lower third molars: extraction, operculectomy, and coronectomy approaches. *Wiadomości Lekarskie*, 77(7), 1514–1516. https://doi.org/10.36740/WLek202407129

Schmidt, J., Kunderova, M., Pilbauerova, N., & Kapitan, M. (2021). A Review of Evidence-Based Recommendations for Pericoronitis Management and a Systematic Review of

Antibiotic Prescribing for Pericoronitis among Dentists: Inappropriate Pericoronitis Treatment Is a Critical Factor of Antibiotic Overuse in Dentistry. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6796. https://doi.org/10.3390/ijerph18136796

Septiani, T. I., Yuza, A. T., & Hadikrishna, I. (2024). Tatalaksana impaksi gigi molar ketiga mandibula dengan prosedur coronectomy: rapid review. *Padjadjaran Journal of Dental Researchers and Students*, 8(3), 298–310. https://doi.org/10.24198/pjdrs.v8i3.56773

Williams, M., & Tollervey, D. (2016). Lower third molar surgery – consent and coronectomy. *British Dental Journal*, 220(6), 287–288. https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2016.217

Yamalık, K., & Bozkaya, S. (2008). The predictivity of mandibular third molar position as a risk indicator for pericoronitis. *Clinical Oral Investigations*, 12(1), 9–14. https://doi.org/10.1007/s00784-007-0131-2