

SINGLE COMPLETE DENTURE PADA PASIEN HISTERICAL DENGAN KETERBATASAN MENGONTROL GERAKAN LIDAH (Laporan kasus)

Arnefi*, Henni Koesmaningati**

* Peserta Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis Prostodonsia
** Staf Pengajar Prostodonsia
Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia

Arnefi, Henni Koesmaningati: *Single Complete Denture* pada Pasien Histerical dengan Keterbatasan Mengontrol Gerakan Lidah (Laporan kasus). *Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Indonesia*. 2003; 10 (Edisi Khusus): 367-373

Abstract

Good cooperation between patient and the dentist is needed in full denture fabrication. This case report presents problems that occurred when the dentist had to face a hysterical patient with uncontrolled tongue movement. The problems include patient's dentistspsychological state that showed hesitant towards the dentist. In this case, the patient already had two pairs of full dentures when seeking for another one. The second problem was related to the uncontrolled tongue movement, which could decrease lower denture stability. The dentist had to be very patient in listening to patient's complaints and assure the patient to adjust with the new dentures.

Key words: Full denture; patient's dentistspsychological

Pendahuluan

Banyak hal yang mempengaruhi keberhasilan pembuatan Gigi tiruan penuh, antara lain kemampuan operator, keadaan mulut pasien serta sikap pasien dalam beradaptasi terhadap GTP tersebut.

Sikap pasien dipengaruhi oleh kepribadian, misalnya pada pasien yang bersikap kooperatif, mengerti, mempunyai harapan yang masuk akal, motivasi yang baik dan bisa bersikap santai, pembuatan GTP bisa lebih sederhana. Tapi pada beberapa pasien yang emosional, sangat

sensitif, nervous, depresi, kecerdasan kurang, banyak permintaan, suka menguasai, dan kurang dapat berpikir rasional, operator akan menghadapi kesulitan dalam pembuatan Gigi tiruan penuhnya.

Laporan kasus ini berusaha membahas pembuatan GTP pada pasien yang bermasalah, dalam hal sikap pasien yang hysterical dan tidak dapat mengontrol gerakan lidahnya.

Tinjauan Pustaka

Single Complete Denture

Single complete denture adalah salah satu bentuk gigi tiruan penuh baik pada rahang atas atau rahang bawah yang berlawanan dengan gigi asli, gigi tiruan cekat atau gigi tiruan sebagian lepasan.

Pertimbangan utama untuk keberhasilan pembuatan SCD adalah pemeliharaan jaringan yang tinggal. Sebenarnya banyak faktor yang harus dievaluasi untuk keberhasilan perawatan. Dan masalah yang timbul juga merupakan masalah yang individual, dimana pada kondisi yang terlihat sama tidak selalu rencana perawatannya juga sama.¹

Macam-macam lawan GTP¹:

1. GTP rahang bawah berlawanan dengan gigi asli rahang atas; berdasarkan penelitian tekanan terhadap gigi tiruan penuh dengan lawannya gigi asli lebih besar dan lebih menyebabkan resorpsi tulang. Rahang bawah sebagai bagian yang bergerak dalam sistem stomatognathic lebih sulit untuk menstabilkan gigi tiruannya. Faktor lain yang berpengaruh terhadap kestabilan GT rahang bawah adalah jaraknya terhadap lidah, sebagai salah satu otot yang sangat aktif dalam tubuh, aktifitas lidah dapat memindahkan GT.
2. GTP rahang atas berlawanan dengan gigi asli rahang bawah; bentuk cusp gigi posterior harus menyeimbangkan oklusi untuk meningkatkan stabilitas dan retensi dari GT. Keseimbangan oklusi ini harus tetap ada saat relasi sentrik dan eksentrik. Kadang-kadang posisi gigi anterior rahang bawah tidak memungkinkan untuk menyusun gigi anterior rahang atas mencapai keseimbangan oklusi. Untuk itu perlu :
 - reposisi gigi asli dengan prosedur orthodontic
 - mengubah mahkota klinis gigi dengan grinding atau restorasi
 - menerima keseimbangan oklusi hanya saat relasi sentrik, tapi tidak pada posisi eksentrik

3. GTP rahang atas berlawanan dengan *partially edentulous* rahang bawah dengan protesa cekat.
4. GTP rahang atas berlawanan dengan *partially edentulous* rahang bawah dengan suatu GTS.
5. SCD berlawanan dengan GTP yang sudah ada.

Diantara dua macam Single Complete Denture yang sering dibuat yaitu SCD rahang atas dan SCD rahang bawah, pembuatan SCD rahang bawah jauh lebih sulit untuk mendapatkan kestabilan, karena lebih banyak faktor yang mempengaruhi kestabilan pada rahang bawah seperti ridge yang datar dan adanya pergerakan lidah.

Ridge yang flabby berkembang karena jaringan yang hiperplastik menggantikan tulang, yang sering terlihat pada pemakaian gigi tiruan dalam waktu lama. Prevalensi keadaan ini berdasarkan penelitian 24% pada edentulous rahang atas dan 5% pada edentulous rahang bawah, dan pada kedua rahang frekuensinya lebih besar pada regio anterior. Walaupun ridge yang flabby menghasilkan retensi yang jelek bagi gigi tiruan, tapi masih lebih baik Pada single complete denture rahang bawah yang berlawanan dengan gigi asli di rahang atas, menyebabkan resorpsi residual ridge yang berlebihan di rahang bawah. Ridge mandibula akan rusak dalam waktu yang relatif singkat. Untuk menanggulangi ini bisa dengan mengurangi beban terhadap edentulous rahang bawah karena tekanan fungsional dan para fungsional² dibanding tidak ada ridge sama sekali.³

Sikap Pasien

4 macam tipe kepribadian pasien menurut House⁴

1. Filosofis
2. Exating
3. Histerical
4. Indifferent

Menurut Donald B. Giddon, untuk pasien yang sudah lanjut usia, kesehatan fisik dan mental sangat mempengaruhi kualitas hidupnya. Perubahan fisiologis tergantung pada adanya penyakit kronis dan

akut. Prevalensi penyakit gigi pada orang tua berada pada kondisi kronis, sehingga dokter gigi perlu memelihara atau meningkatkan kesehatan gigi sebagai bagian dari kesehatan umum pada orang tua. Diagnosis dan rencana perawatan untuk orang tua harus mempertimbangkan keadaan biologi, psikologi, sosial, dan status ekonomi untuk menghindari masalah dalam perawatan prostodontinya. Dokter gigi mengira pasien yang terlihat kooperatif akan berhasil dalam perawatan GTP, ternyata tidak dapat memakai GTPnya. Pasien ini terlihat sangat perhatian selama perawatan, tapi setelah perawatan selesai pasien terlihat depresi dan tidak menghargai gigi tiruannya. Sikapnya ini berhubungan dengan masalah kesehatan umumnya. Dokter gigi dapat membantu meringankan kesulitan pasien ini dengan dorongan, menerangkan tentang pentingnya protesa dan melatih pasien untuk dapat bertoleransi dengan 'benda asing' atau protesa dalam mulutnya⁵.

Pada penelitian yang dilakukan Reeve dkk terhadap kepuasan atau penerimaan terhadap GTP, ada 5 faktor yang mempengaruhi⁶:

- Kepribadian: maksudnya respon terhadap perawatan dipengaruhi kepribadian pasien tersebut.
- Pengalaman terhadap perawatan gigi sebelumnya mempengaruhi sikap pasien terhadap perawatan selanjutnya yang akan dilakukan.
- Pengalaman medis sebelumnya :
- Anatomi mulut: pada pasien dengan anatomi mulut yang mempersulit pembuatan GTP akan mempengaruhi prosedur pembuatan.
- Pengalaman terhadap gigi tiruan sebelumnya: pada pasien dengan gigi tiruan sebelumnya yang tidak nyaman mempersulit penerimaan GT baru.

Pasien harus memakai gigi tiruan barunya seperti memakai sepatu baru yang memerlukan waktu untuk penyesuaian (lamanya waktu yang diperlukan sangat bervariasi tergantung masing-masing pasien). Instruksi yang harus diberikan⁷:

- memotong makanan menjadi bagian yang kecil
- meletakkan makanan dibawah lidah dan biarkan terbawa oleh saliva
- bagi makanan menjadi bagian yang sama dan kunyah dikedua sisi
- gunakan pipi dan sisi lidah untuk menahan makanan digigi belakang
- kunyah dikedua sisi pada waktu yang sama
- gunakan gerakan chopping lebih banyak daripada chewing pada gigi belakang
- rapatkan gigi hanya waktu menelan
- ketika tidak makan biarkan gigi terpisah
- biarkan ujung lidah menyentuh bagian belakang gigi anterior rahang bawah setiap saat, terutama waktu makan lepaskan gigi tiruan waktu tidur dan rendam dalam cairan pembersih

Kasus

Pasien wanita berusia 67 tahun, nama Ibu Sari Dewi, datang ke klinik Prostodonsia FKG UI pada tanggal 9 Januari 2002, ingin dibuatkan gigi tiruan rahang atas dan rahang bawah yang lebih baik. Pasien mempunyai keluhan gastro-intestinal yang cukup parah disertai sakit kepala yang dapat timbul setiap saat, apalagi kalau pasien kecapekan. Tapi secara umum kesehatan pasien masih cukup baik. Pasien telah dua kali membuat gigi tiruan penuh, bahkan salah satunya dibuatkan oleh saudaranya sendiri yang juga dokter gigi. Tapi pasien tidak puas dengan kedua gigi tiruannya ini dengan keluhan utama gigi tiruan rahang bawah longgar dan seperti melayang jika dipakai.

Pemeriksaan extra oral

Pada pemeriksaan extra oral, pasien memiliki bentuk muka lonjong dan simetris dengan profil lurus. Pupil dan tragus sama tinggi, hidung simetris dan pernafasan melalui hidung lancar. Rima oris normal, bibir atas dan bibir bawah hipotonus dan tipis. Sendi rahang tidak ada keluhan.

Pemeriksaan intra oral

Pada pemeriksaan intra oral, pasien memiliki higiene mulut yang baik, kuantitas dan konsistensi saliva normal, ukuran lidah besar, posisi kelas I dengan mobilitas aktif. Satu hal yang sangat mengganggu pada lidah ini adalah pasien tidak dapat mengontrol gerakan lidahnya. Refleks muntah rendah dan mukosa mulut sehat. Kebiasaan buruk adalah kebiasaan pasien menjulurkan lidah. Kehilangan gigi pada rahang atas: 8 7 5 4 3 2 1 | 1 2 3 7 8, dan rahang bawah: 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8. Kondisi gigi 16 ada karies diservikal bagian distal, gigi 24 karies didistal, gigi 25 karies yang sudah ditambal GIC dan gigi 26 karies yang sudah ditambal amalgam. Vestibulum rahang atas posterior kiri sedang, posterior kanan sedang, anterior dangkal. Vestibulum rahang bawah posterior kiri sedang, posterior kanan sedang, anterior sedang. Prosesus alveolaris rahang atas posterior kiri dan kanan bentuknya segi4, anterior oval, ketinggian posterior kiri dan kanan sedang, anterior rendah, dan ketahanan jaringan posterior kiri dan kanan tinggi, anterior flabby. Prosesus alveolaris rahang bawah posterior kiri dan kanan seta anterior bentuknya segi3, ketinggian posterior kiri dan kanan rendah, anterior sedang, tahanan jaringan posterior kiri dan kanan rendah, anterior flabby. Relasi rahang anterior dan posterior normal. Frenulum tinggi kecuali bukalis rahang atas kiri dan kanan sedang. Bentuk palatum persegi dan dangkal, torus palatinus kecil dan palatum molle House kelas II. Ruang retromilohioid kiri dan kanan dangkal, bentuk lengkung rahang atas persegi, rahang bawah oval, ruang protesa sedang dan perlekatan dasar mulut tinggi. Sikap mental pasien hysterical.

Kumpulan data utama

Kumpulan data utama: pasien wanita 67 tahun dengan pengalaman 2 kali dibuatkan GT yang tidak dapat dipakai makan, karena GT rahang bawah goyang,

kehilangan gigi:

8	7	5	4	3	2	1		1	2	3	7	8				
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

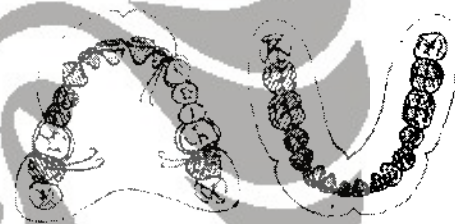
ingin dibuatkan GTS rahang atas dan GTP rahang bawah. Ketinggian prosesus alveolaris rahang atas anterior rendah, rahang bawah posterior kiri dan kanan rendah, relasi rahang anterior dan posterior normal. frenulum labialis superior dan inferior tinggi, lingualis tinggi, bentuk palatum persegi dan dangkal, palatum molle House kelas II, ruang retromilohioid dangkal, ruang protesa sedang.

Diagnosis

Diagnosis: kasus kehilangan gigi

8	7	5	4	3	2	1		1	2	3	7	8				
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

 memerlukan rehabilitasi dengan single Complete Denture, GTS rahang atas dan GTP rahang bawah.



Gambar 1. Desain gigi tiruan sebagian lepas rahang atas dan gigi tiruan penuh rahang bawah.

Tahap perawatan

Pada tanggal 9 Januari 2002 dilakukan pencetakan untuk pembuatan model studi, dengan sendok cetak rata-rata dan bahan cetak alginate, dicor dengan dental stone. Kemudian pengisian kartu status dan rontgen foto panoramik. Lalu dilakukan diskusi dengan pembimbing untuk menentukan desain GT yang akan dibuat.

Pada tanggal 30 Januari 2002 dilakukan analisa terhadap kedua pasang gigi tiruan lamanya, dimana terlihat gigi tiruan RB goyang dan posisinya tidak stabil dalam mulut, disertai kebiasaan menjulurkan lidah yang sangat aktif dan tidak terkontrol dari pasiennya. Dugaan sementara penyebab goyangnya gigi tiruan RB adalah karena kebiasaan menjulurkan

lidah ini, lalu dicoba menghentikan kebiasaan menjulurkan lidah ini dengan membuat lingkaran kecil dari akrilik resin yang ditempelkan pada permukaan lingual dari gigi tiruan RB dan pasien disuruh pulang sambil berlatih untuk meletakkan lidah dititik kecil ini.

Pada tanggal 6 maret 2002 pasien datang kembali. Ternyata kebiasaan menjulurkan lidah ini tetap ada, lalu dengan SCP dilakukan border moulding dengan Green stick compound untuk mendapatkan batas tepi secara fungsional pada rahang atas dan rahang bawah dan pencetakan kedua untuk model kerja dengan bahan cetak alginate pada RA dan ZOE pada RB disertai teknik pencetakan yang fungsional. Dilakukan beading pada seluruh tepi hasil cetakan dan dicor dengan dengan dental stone untuk mendapatkan model kerja.

Pada tanggal 20 maret 2002, pada model kerja dengan lempeng gigit akrilik dibuatkan galangan gigit dari wax dan dilakukan penentuan relasi rahang. Pada saat penentuan relasi rahang ini pasien didudukkan dengan posisi relaks, kepala tegak dan pandangan lurus kedepan. pertama ditentukan dukungan wajah dulu dengan memasukkan galangan gigit rahang atas ke mulut pasien, pertama dukungan wajah sedikit menonjol dan belahan di filtrum dan didagu kurang terlihat. Dilakukan pengurangan permukaan labial dari galangan gigit sampai dukungan wajah terlihat lebih normal. Kemudian ditentukan DV fisiologis dulu, baru DV oklusal. Jarak dua titik dibawah hidung dan didagu waktu DV fisiologis 5.4mm dan saat DV oklusal 5.2mm. DV nya dibuat sedikit lebih rendah untuk melindungi prosesus alveolaris rahang bawah terhadap tekanan gigi asli di rahang atas pada kasus single complete denture rahang atas.

Selanjutnya untuk memeriksa protrusif gigi anterior atas dengan pengucapan huruf f, v, dan w (labio dental) dimana tepi incisal RA menyentuh batas vermilion bibir bawah. Untuk memastikan kebenaran DV yang sudah ditentukan dengan pengucapan huruf s dimana ada sedikit jarak antara bite rim rahang atas dan

rahang bawah saat mengucapkan huruf s ini. Setelah itu dilakukan face bow transfer untuk memindahkan rekaman posisi rahang atas ke artikulator semiadjustable. Setelah galangan gigit dalam posisi relasi sentris difiksasi.

Tahap selanjutnya adalah penyusunan gigi, dimana pada pasien ini dilakukan berulang-ulang untuk memastikan kepuasan pasien. Ada 4 kali kunjungan yang dilakukan untuk percobaan protesa malam. Tapi tetap saja pasien merasa tidak puas dengan keluhan warna gigi terlalu kuning karena pasien selalu membandingkan dengan gigi tiruan lamanya yang berwarna lebih putih. Pasien juga terus mengeluh gigi tiruannya goyang, padahal karena masih dari wax dan belum ada klamer sehingga gigi tiruan RA selalu mau jatuh, juga gigi tiruan RB goyang sekali. Pada percobaan gigi tiruan malam terakhir dilakukan pengeleman pada GT RA dan RB untuk memastikan kepuasan pasien. Setelah pasien merasa sedikit puas karena pada dasarnya pasien tidak pernah puas dengan GT nya, dilakukan prosesing dan dilanjutkan dengan tahap pemasangan gigi tiruan. Pada tanggal 26 april 2002 saat tahap pemasangan gigi tiruan kembali terjadi ketidakpuasan pasien yang merasa jelek pada klamer yang terletak dilabial gigi 24. Untuk itu dilakukan pemotongan klamer 2 jari pada permukaan labial. Untuk gigi tiruan rahang bawah sampai kontrol ketiga pasien tetap merasa tidak bisa dipakai makan dan goyang. Padahal kalau dilihat dimulutnya ketika dipakai berbicara GT RB tersebut sudah cukup cekat diposisinya, dan diharapkan dengan pemakaian beberapa lama tonus otot disekeliling rongga mulut bisa membantu memegang GT ini. Tapi satu hal yang mengembirakan pasien sudah mulai tergantung dengan gigi tiruan RB nya ini karena anak-anaknya tidak mau orang tuanya tidak memakai GT RB karena bicaranya kurang jelas. Dengan memakai GT RB pasien dapat berbicara lebih jelas. Begitu juga dengan kebiasaan menjulurkan lidah dengan memakai GT RB kebiasaan ini jauh berkurang. Sampai tahap kontrol

yang ketiga tetap belum terlihat kepuasan pasien, pasien mengeluh tentang klamer yang kurang cekat serta keluhan-keluhan lain yang berubah-ubah.

Pembahasan

Pembuatan Single Complete Denture diindikasikan pada pasien ini karena masih adanya 4 gigi dirahang atas yang cukup baik walaupun mengalami resesi gingiva. Prosedur pembuatan Single complete rahang bawah pada pasien ini, tidak berbeda jauh dengan prosedur biasa. Hanya ada sedikit kesulitan karena sikap pasien yang hysterical dan tidak dapat mengontrol lidahnya. Pasien selalu menghitung sudah berapa kali kunjungannya ke klinik prostodonti karena pasien tidak percaya dengan perawatan. Sejak awal pasien sudah merasa tidak akan dapat dibuatkan GT yang baik terutama untuk RB, sehingga ketika GT sudah jadi walaupun gigi tiruan RB nya ini jauh lebih baik dari GT RB yang dimiliki sebelumnya pasien tetap merasa tidak puas.

Pasien ini mempunyai keluhan gangguan Gastrointestinal yang cukup parah, ditandai dengan ketergantungan terhadap obat setiap hari dan disertai keluhan sakit kepala. Penyebab gangguan Gastrointestinal ini adalah sekresi asam yang berlebihan yang didukung berbagai aspek yang menyebabkan kerusakan mukosa. Faktor lain yang menyebabkan sekresi asam yang berlebihan adalah merokok dan stres psikologis. Pada pasien ini terlihat bahwa faktor stres sangat terlibat dalam sikapnya yang hysterical. Pasien bicara berulang-ulang untuk melepaskan tekanan yang dirasakannya.

Pada pengamatan sampai kontrol ketiga operator berusaha mendengarkan semua keluhan pasien dan meyakinkan pasien untuk belajar menyesuaikan diri dengan GT ini. Operator juga berusaha membuat pasien tergantung dengan GT ini dengan menyuruh pasien selalu memakai GT nya kecuali waktu tidur. Ternyata pasien memang mulai tergantung dengan

GT terutama RB. Untuk makan pasien disuruh memotong makanan dulu diluar mulut, kemudian baru dimasukkan kemulut dan dikunyah dengan harapan pasien bisa melatih otot-otot rongga mulutnya untuk memegang GT ini.

Penggabungan semua faktor-faktor yang mengganggu mulai dari ridge yang datar, ridge regio anterior bawah yang flabby, sampai kebiasaan menjulurkan lidah, mempersulit pembuatan gigi tiruan rahang bawah yang stabil pada pasien ini, tapi dengan latihan diharapkan pasien mampu sedikit menyesuaikan diri sehingga GT ini dapat berfungsi untuk mengunyah.

Sikap pasien yang hysterical tidak diketahui apakah memang dari awal, atau timbul karena pengalaman buruk pembuatan 2 GT sebelumnya. Tapi secara umum dari cerita pasien tentang hal-hal tertentu memang sikap asli pasien ini hysterical sehingga menyulitkan pembuatan gigi tiruannya. Begitu juga ketidakmampuan mengontrol gerakan lidahnya, apakah dari awal atau akibat tidak adanya gigi-gigi di rahang bawah dalam waktu lama. Ketika hal ini ditanyakan pada pasiennya, pasien tidak tahu dan merasa tidak menjulurkan lidahnya, padahal kalau kita lihat pasien selalu menjulurkan lidahnya.

Kesimpulan

Kepuasan pasien terhadap gigi tiruannya merupakan salah satu hal yang menentukan untuk keberhasilan pembuatan GTP. Tapi kadang-kadang operator mengalami kesulitan dengan sifat pasien dan pengalaman pasien terhadap gigi tiruan sebelumnya.

Pada pasien hysterical yang kemungkinan disebabkan pengalaman pembuatan gigi tiruan sebelumnya yang tidak mengembirakan, pasien kurang yakin bisa dibuatkan gigi tiruan yang baik. Dia datang hanya untuk coba-coba. Setelah dibuatkan gigi tiruan, walaupun gigi tiruan tersebut sudah cukup baik pasien tetap merasa tidak puas dan mengeluh pada siapa

saja bahwa gigi tiruannya tidak enak dan goyang. Memang diperlukan kesabaran yang lebih untuk menghadapi pasien bertipe histerical ini, dengan ditambah ketidakmampuan mengontrol gerakan lidahnya, sehingga GT RB tidak bisa ceat sekali.

Daftar Pustaka

1. Heartwell C.M., *Syllabus of Complete Dentures*, 4 ed, 1986, Lea & Febiger, Washington, USA.
2. Boucher C.O., *Boucher's Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients*, 10 ed, 1990, C.V. Mosby Company, St. Louis, Missouri.
3. Carlsson G.E., Clinical morbidity and sequelae of treatment with complete dentures. *J Prosthet Dent*, 1997;79:17-23.
4. Grant A.A., *Removable Denture Prosthodontics*, 2 ed, 1992, Churchill livingstone, London.
5. Giddon D.B., Psychologic aspects of prosthodontic treatment for geriatric patients. *J Prosthet Dent*, 1980, 43:4.
6. Reeve P.E., The Role of Personality in the Management of Complete Denture Pasienets. *Br Dent J* 1984,156:356.
7. Iacopino A.M., Geriatric prosthodontics: An overview. Part II. Treatment considerations. *Quintessence Int* 1993;24:353-361
8. Davidoff A., *Dentistry for the Special Patient : The aged, Chronically Ill and Handicapped*, 1972, W.B. Saunders Company, Philadelphia
9. Dubrul E.L., *Oral Anatomy*. 7ed,1980, C.V. Mosby Company, St. Louis, Toronto.
10. Koshino H., Tongue motot skill and masticatory performance in adult dentates, elderly dentates, and complete denture wearers. *J Prosthet Dent*, 1997;77:147-52