

KOMPROMI PASIEN-OPERATOR DALAM PERAWATAN "IMMEDIATE DENTURE" UNTUK PERBAIKAN ESTETIK (Laporan Kasus)

S.Pramono*, R.Iskandar**

* Bagian Prostodonsia Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Trisakti

** Bagian Prostodonsia Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga

Abstract

A Compromise between Patient and Operator in Immediate Denture Synthetic Treatment

The information about immediate denture treatment should be given clearly to the patient. The patient needs to understand about the treatment's aspects in order to give acceptance and agreement toward the treatment. This case represents 41 years old woman with protrusive upper and lower anterior teeth which makes the patient feel inconfident toward her performance. The immediate partial denture was prepared with interseptal alveolectomy on upper and lower jaws. The extraction procedure was planned toward 13, 12, 11, 21, 22, 23, and 32, 31, 41, 42. The patient refused 13 and 23 extraction based on psychological consideration. The operator approached the patient by re-explaining the treatment procedure and its' purposes and they came up with a solution that the extraction would be splitted in two phases. This compromises resulted in satisfying final treatment's result. Patient was satisfied by the dentures and her overall performance since the esthetic problem have been solved. *Indonesian Journal of Dentistry 2006; Edisi Khusus KPPIKG XIV: 243-248*

Key words: compromise patient, immediate partial denture

Pendahuluan

Immediate Denture atau yang dikenal sebagai Gigi Tiruan Imidiat adalah gigi tiruan yang sudah disiapkan sebelum dilakukan pencabutan gigi dan dipasang segera setelah gigi yang akan diganti dicabut.^{1,2}

Penampilan estetik yang kurang baik dari penderita akan memberikan efek psikologik yang kurang baik terutama pada wanita dengan kelainan pada gigi-gigi anterior rahang atas maupun bawah. Kelainan gigi-gigi anterior tersebut antara lain berupa *protrusive* maupun *extrusion* dengan *central black triangle*. Selain kelainan gigi-gigi keadaan

semakin buruk bila disertai dengan kelainan pertumbuhan dan bentuk rahang bagian anterior berupa prognati rahang. Oleh karena itu penderita dengan keadaan tersebut memerlukan suatu perbaikan atau rehabilitasi estetik.

Perawatan prostodonsia untuk merehabilitasi estetik penderita yang membutuhkan perubahan segera, dengan posisi gigi maupun rahang yang protrusi adalah dengan perawatan *Immediate Partial Denture* (IPD) disertai *interseptal alveolectomy*.³ Pembuatan IPD ini merupakan alternatif perawatan pada keadaan gigi maupun rahang yang protrusif guna perbaikan estetik penderita.

Dalam tulisan ini akan dilaporkan kasus seorang wanita dengan kondisi dan posisi gigi-gigi anterior rahang atas maupun bawah yang protrusif disertai dengan maksila dan mandibula yang prognati juga terdapat celah di antara insisif sentral (*central black triangle*). Celah ini mengganggu estetik penderita. Penderita menginginkan perbaikan penampilan gigi-gigi anteriornya dengan segera, sekaligus mengisi kekosongan pada gigi-gigi posterior, agar nantinya dapat berpenampilan lebih baik dan dapat mengunyah makanan dengan baik.

IPD menjadi pilihan dalam perawatan kasus ini karena mempunyai banyak keuntungan, di antaranya adalah penyembuhan luka cabut lebih cepat⁴ karena gigi tiruannya dapat berfungsi sebagai *splint* dan menghindari terjadinya masa ompong setelah pencabutan gigi anterior.³ Dengan IPD kebutuhan akan estetik segera teratasi, aktivitas penderita dalam keseharian tidak terganggu, sehingga terhindar dari masalah psikologik, gangguan fonetik, dan nutrisi.^{5,6}

IPD yang akan dilakukan, disertai dengan *interseptal alveolectomy*, yang setelah pencabutan gigi-gigi dilakukan pemotongan interseptum dan *cortical plate* bagian labial akan dikatupkan ke *cortical plate* bagian palatal/lingual. Tindakan ini akan lebih cepat memperbaiki profil penderita dan trauma yang terjadi tidak sebesar tindakan pada alveolektomi radikal.⁶ Dengan teknik ini diharapkan pembengkakan yang terjadi pasca insersi IPD lebih kecil dan resorpsi yang terjadi setelah proses penyembuhan sangat sedikit.⁷

Sebelum perawatan dilakukan, diperlukan adanya model diagnostik, foto sefalometrik, juga diperlukan model simulasi dari konstruksi IPD. Semua ini untuk menunjang keberhasilan perawatan. Tujuannya untuk mengetahui seberapa besar perubahan yang akan dibuat dalam susunan dan posisi gigi yang baru. Juga untuk mengetahui seberapa banyak bagian tulang alveoli yang akan diambil.

Prosedur penatalaksanaan kasus

Penderita wanita berumur 41 tahun, bekerja di perusahaan swasta, datang ke Klinik Spesialis Prostodonsia untuk memperbaiki keadaan gigi geliginya dengan gigi tiruan, agar dapat berpenampilan lebih baik dan dapat mengunyah makanan dengan lebih enak. Penderita merupakan pasien konsul dari bagian Ortodonsia. Penderita ingin sekali memperbaiki penampilan, karena merasa tidak nyaman bergaul dengan teman-

temannya baik lingkungan rumah maupun lingkungan kantor terutama teman lawan jenisnya. Penderita juga berkeinginan perubahan estetik ini tidak memakan waktu yang lama.

Penderita memiliki kelainan estetik pada gigi-gigi anterior rahang atas maupun bawah dengan keadaan gigi-giginya sangat protrusif disertai dengan kelainan bentuk rahang (Gambar 1). Gigi-gigi posteriornya banyak yang hilang oleh karena di cabut akibat karies. Pencabutan terakhir kurang lebih 4 tahun yang lalu pada gigi belakang bawah kanan. Penderita juga belum pernah memakai gigi tiruan.

Pemeriksaan ekstra oral tidak adanya kelainan pada TMJ, mata maupun hidung. Bibir penderita terlihat hipotonus sehingga penderita sukar untuk menutup mulutnya.

Pada pemeriksaan intra oral terdapat *central black triangle* antara gigi-gigi 11 dan 21. Gigi – geligi yang hilang meliputi 26,37,36,46, dan 47. Terdapat pulpitis ireversibel pada gigi 14, 35, dan 45. Pada keadaan oklusi terdapat hubungan gigi posterior berupa *cuspid to marginal ridge* pada gigi 15 dengan 45 dan 25 dengan 35, sedangkan hubungan gigi anterior terdapat *overjet* sebesar 6,5 mm dan *overbite* sebesar 4 mm. Dari foto panoramik tampak adanya resorpsi dari *alveolar ridge*.

Untuk menegakkan diagnosis juga perencanaan perubahan dalam perawatan penderita dilakukan pembuatan foto sefalometrik. Dari analisis sefalometrik didapat bahwa: kedudukan maksila maupun mandibula terhadap basis cranii protrusif, hubungan maksila dan mandibula protrusi bimaksila disebabkan kelainan baik *dental* maupun *skeletal* dengan *esthetic line* + 2.5 mm dan tipe *dolichofacial*.

Rencana perbaikan profil untuk penderita ini dilakukan dengan terlebih dahulu menyiapkan model diagnostik dan duplikatnya untuk keperluan simulasi dari rencana terapi. Untuk rahang atas (RA) direncanakan perawatan berupa IPD tipe *interseptal alveolectomy* untuk gigi-gigi 13,12,11,21,22, dan 23 dengan disain IPD memakai sayap labial. Sedangkan rahang bawah (RB) direncanakan berupa IPD tipe *partial interseptal alveolectomy* dengan disain tidak memakai sayap labial (*open face*). Namun penderita menolak untuk dilakukan pencabutan gigi 13 dan 23 pada rahang atas. Penderita mempunyai kekhawatiran jika gigi-gigi tersebut dicabut maka bagian depan RA terlalu masuk ke dalam. Operator telah menjelaskan kembali bahwa gigi 13 dan 23 harus dicabut guna mendapatkan hasil yang maksimal. Tetapi penderita menolak dan akhirnya disepakati pada RA hanya dilakukan pencabutan pada gigi 12,11,21, dan 22. Perawatam IPD pada penderita ini

dilakukan dalam 2(dua) tahap. Tahap pertama perawatan IPD pada RB kemudian tahap kedua pada RA.

Perawatan pendahuluan yang harus dilakukan berupa perawatan endodonsia pada gigi 14,35, dan 45 dengan diagnosis pulpitis ireversibel, kemudian ditumpat dengan bahan komposit. Pembersihan karang gigi dilakukan pada regio 1, 3, 4, dan 6.

Pada model kerja RB gigi-gigi 32,31,41, dan 42 dipotong, kemudian dinding labialnya diradir sedemikian rupa sehingga sesuai dengan rencana terapi dan selanjutnya puncak *alveolar ridge*-nya diradir, diperpendek ± 2 mm, dan tepinya dibevel. Kemudian dilakukan penyusunan gigi anterior RB yang lebih ke lingual.

Setelah penyusunan gigi anterior RB yang sesuai dengan rencana perawatan dilanjutkan penyusunan gigi anterior RA dengan memotong gigi-gigi anterior RA (12,11,21, dan 22) pada model kerja, kemudian dinding labialnya juga diradir sedemikian rupa sehingga sesuai dengan rencana terapi dan selanjutnya puncak *alveolar ridge*-nya diradir, diperpendek ± 2 mm dan tepinya dibevel. Penyusunan gigi anterior RA disesuaikan dengan penyusunan gigi-gigi anterior RB karena gigi anterior RB merupakan panduan bagi penyusunan gigi-gigi anterior RA. Sebelum diproses akriliknya di laboratorium dibuatkan cengkeram terlebih dahulu pada RA berupa *half Jackson* pada gigi 16, 24, *gillet* pada 35, 45, serta *mesio occlusal rest* pada 38 dan 48.

Setelah proses akrilik selesai, gigi tiruan diperiksa terlebih dahulu dengan melihat kesesuaian disain dan menghilangkan kelebihan akrilik yang nantinya akan menghambat masuknya gigi tiruan ke dalam mulut penderita (Gambar 2). Setelah gigi tiruan sudah siap, baru dilakukan perawatan IPD sesuai rencana perawatan.

Tahap pertama dalam kasus ini adalah melakukan perawatan IPD tipe *partial interseptal alveolectomy* pada RB. Penderita terlebih dahulu diberi premedikasi berupa antibiotik, anti hemoragik dan anti inflamasi 2 jam sebelumnya. Setelah dilakukan anestesi lokal, maka dilakukan pencabutan pada gigi-gigi 32,31,41, dan 42, kemudian jaringan lunak pemisah antar soket dipotong sehingga gingiva bagian labial dan palatal terpisah (Gambar 3). Dilanjutkan dengan pemotongan tulang septum interdental dengan bantuan *knabel tang* dan bur tulang sampai setengah bagian apeks sehingga terbentuk soket besar seperti amplip.

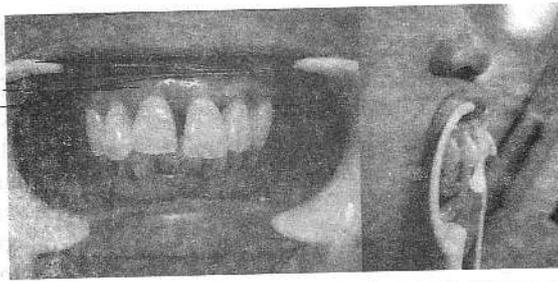
Segmen tulang labial dipotong melintang dengan bur tulang dimulai dari setengah apikal gigi

32 sampai ke setengah apikal gigi 42 dan pemotongan tulang dilanjutkan dalam arah vertikal pada dinding distal soket dari gigi 32 dan 42. Pemotongan tulang tersebut dilakukan dari arah dalam soket untuk menghindari trauma pada jaringan lunak bagian labial. Segmen labial yang telah dipotong tersebut ditekan ke lingual sehingga terkatup rapat dengan bagian segmen lingual. Tepi tulang labial dan lingual diperpendek 2 mm, kemudian kelebihan gingival dipotong dengan rapi dan selanjutnya kedua flap gingiva dijahit. Setelah itu IPD diinsersikan yang dilanjutkan *relining* agar didapatkan kontak yang rapat antara basis dan mukosa (Gambar 4).

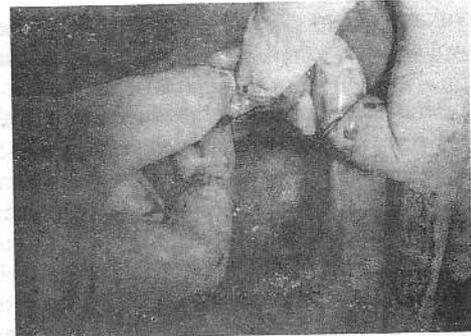
Penderita diinstruksikan untuk melanjutkan minum obat antibiotik, anti inflamasi, anti haemoragik, dan analgesik. Selama 24 jam pertama gigi tiruan tidak boleh dilepas dan sangat dianjurkan gigi-gigi anteriornya jangan digunakan terlebih dahulu (tidak aktif). Kontrol dilakukan setelah 24 jam, 3 hari dan 7 hari kemudian untuk melepas jahitan.

Tahap kedua yakni 7 hari setelah tahap pertama, dilakukan perawatan IPD tipe *interseptal alveolectomy* pada RA. Prosedur klinis pada RA sama dengan prosedur klinis pada RB. Namun pada pemotongan tulang septum interdental sampai pada apeks, juga saat pemotongan melintang dengan bur tulang, dimulai dari apeks 12 sampai ke apeks gigi 22. Pemotongan arah vertikal pada dinding distal soket dari gigi 12 dan 22. Segmen labial yang telah dipotong tersebut ditekan ke palatal sehingga terkatup rapat dengan bagian segmen palatal (Gbr. 5). Flap gingival dijahit (Gbr. 6) dan IPD diinsersikan (Gambar 7). Kontrol dilakukan setelah 24 jam, 3 hari dan 7 hari dengan instruksi yang sama dengan tahap pertama.

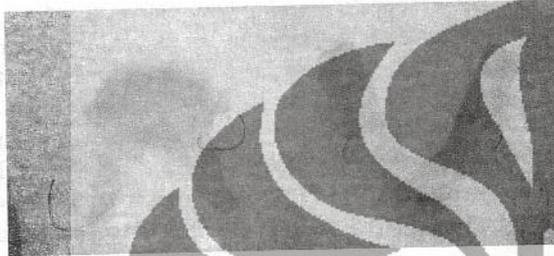
Pada kontrol 7 hari setelah tahap kedua untuk melepas jahitan, penderita mengeluh masih ada tonjolan pada regio 13 dan 23. Hal ini sebenarnya sudah disampaikan oleh operator pada rencana perawatan awal bahwa gigi 13 dan 23 ikut dicabut. Secara klinis memang masih terlihat prominent pada regio 13 dan 23 (Gbr. 8). Dengan penjelasan yang cukup dan hasil kompromi antara operator dan penderita disepakati untuk melanjutkan perawatan lanjutan pada regio tersebut. Perawatan lanjutan disepakati 14 hari setelah jahitan RA dilepas. Prosedur klinis pada perawatan lanjutan sama dengan prosedur klinis sebelumnya dengan penambahan anasir gigi 13 dan 23 pada gigi tiruan yang sudah ada (Gambar 9 dan 10).



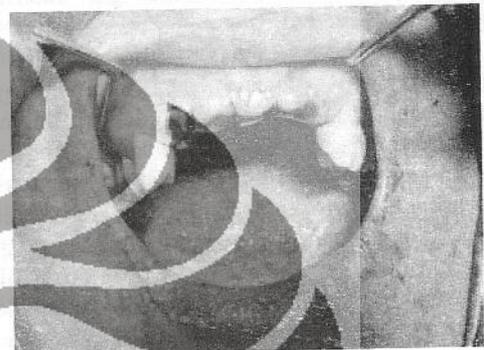
Gambar 1. Keadaan gigi-gigi anterior penderita tampak dari depan dan samping sebelum dilakukan perawatan



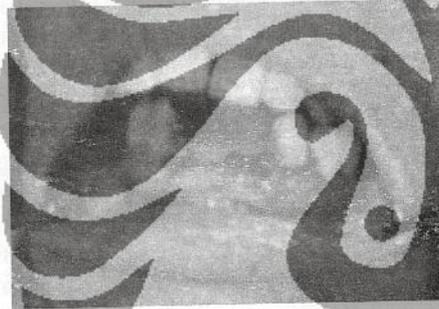
Gambar 5. Penekanan segmen labial kearah palatal



Gambar 2. IPD RA & RB



Gambar 6. Flap gingiva dijahit



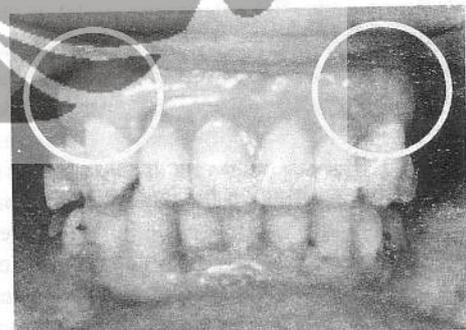
Gambar 3. Pasca pencabutan gigi-gigi anterior RB



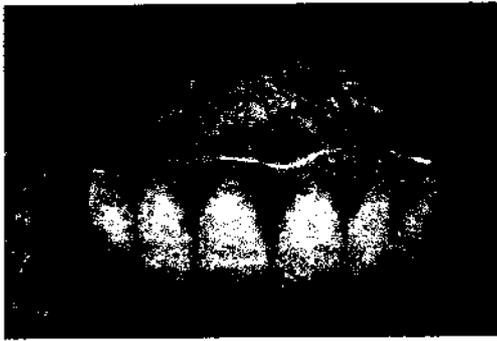
Gambar 7. IPD RA diinsersikan



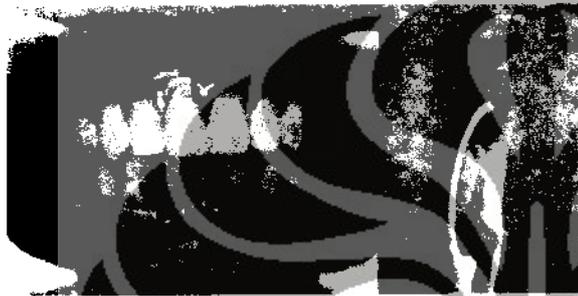
Gambar 4. IPD RB di insersikan



Gambar 8. Terlihat prominent pada regio 13 dan 23



Gambar 9. IPD dengan penambahan anasir gigi 13 dan 23



Gambar 10. Keadaan intra oral penderita setelah dilakukan perawatan IPD dengan *interseptal alveolectomy* tampak dari depan dan samping

Pembahasan

Dalam membuat suatu rencana perawatan IPD diperlukan pemeriksaan penunjang berupa foto sefalometrik. Hal ini untuk mendiagnosa kelainan yang ada, juga untuk menentukan langkah-langkah terapi perubahan yang perlu dilakukan. Selain itu diperlukan pembuatan model simulasi guna mengetahui dan menentukan seberapa besar perubahan yang akan dibuat terhadap susunan dan posisi gigi yang baru dan juga untuk memperkirakan banyaknya tulang alveolar yang akan diambil.

Operator perlu memberikan penjelasan yang lengkap mengenai perawatan IPD termasuk prosedur klinisnya. Kekurangtahuan penderita akan perawatan IPD, akan menjadi hambatan dalam prosedur klinis. Dalam kasus ini penderita mendapatkan informasi yang salah dari lingkungannya, bahwa pencabutan pada gigi-gigi depan hingga gigi taring dapat menyebabkan bagian depan bibir lebih masuk ke dalam dan penampilan menjadi lebih buruk. Dengan alasan ini penderita menolak untuk dilakukan pencabutan pada gigi 13 dan 33. Dalam keadaan ini operator harus bijaksana dengan melihat dari sisi

penderita. Kompromi antara operator dan penderita sangat diperlukan dalam kasus ini, guna mencapai hasil yang maksimal.

Perawatan pada kasus ini berupa IPD dengan *interseptal alveolectomy* dilakukan karena penderita memiliki kelainan, tidak hanya pada susunan gigi anterior RA dan RB saja, tetapi juga pada bentuk rahang yang prognati. Diharapkan dengan perawatan ini terjadi perubahan susunan gigi geligi dan bentuk *ridge* anterior.

Disain gigi tiruan RA bagian labial memakai sayap labial yang berfungsi sebagai *splint*, juga bertujuan untuk melindungi jaringan di bawahnya dari infeksi sekunder. Sedangkan disain pada RB tidak memakai sayap labial (*open face*) karena pada RB hanya dilakukan *partial interseptal alveolectomy* sehingga apabila menggunakan sayap labial menyebabkan bagian labial RB lebih protrusif.

Pemotongan tulang dalam arah melintang maupun vertikal dilakukan dari arah dalam soket sehingga tidak memberikan trauma luka pada gingival labial. Berbeda dengan yang dilakukan pada teknik Anderson & Storer dan Hopkins pemotongan tulang dilakukan dari luar soket.^{4,8}

Teknik *interseptal alveolectomy* memberi keuntungan yaitu tidak terjadinya resorpsi tulang yang besar. Hal ini dikarenakan trauma yang terjadi hanya pada daerah sekitar puncak *ridge* sehingga tidak diperlukan *relining* yang berulang. Loo mengemukakan bahwa terapi IPD memerlukan tindakan *relining* yang berulang oleh karena adanya proses resorpsi yang akan menyebabkan gigi tiruan menjadi longgar. Namun pada kasus ini tidak demikian.⁹

Hasil perawatan pada kasus ini cukup baik, masing-masing tahapan perawatan, 24 jam setelah insersi IPD, hanya tampak sedikit sekali pembengkakan pada daerah operasi. Pada kontrol berikutnya, pembengkakan sudah tidak tampak, bibir atas tampak pendek dan kaku. Penderita dianjurkan untuk melakukan *muscle trimming* terhadap bibir atasnya, sehingga diharapkan otot bibir atas akan lebih memanjang dan menghasilkan profil penampilan yang baik. Pada kontrol 1 bulan kemudian, bibir atas sudah tampak memanjang dan dalam posisi yang memadai dalam hubungannya dengan bibir bawah.

Kesimpulan

Keberhasilan dari perawatan IPD ini selain ditentukan oleh diagnosis dan rencana perawatan

yang tepat, juga oleh kemampuan operator, kerjasama yang baik antara operator, penderita dan tekniker. Kompromi antara operator dan penderita sangat diperlukan dalam kasus ini guna mendapatkan hasil perawatan yang maksimal.

Perawatan *immediate partial denture* (IPD) pada kasus ini membuat penderita merasa sangat puas, lebih percaya diri dan merubah penampilan penderita menjadi lebih baik. Disarankan kepada penderita untuk terus memelihara kesehatan gigi dan mulut berikut gigi tiruannya dan selalu melakukan kontrol secara teratur ke dokter gigi.

Daftar Acuan

1. Bates JF, Stafford GD. *Immediate Complete Denture*. London: The British Dental & Assoc, 1971: 81-9.
2. Rahn AO. *Textbook of Complete Denture*. 5th ed. Philadelphia: Lea Febriger. 1993: 437.
3. Iskandar R. Immediate Denture. *Majalah Kedokteran Gigi Indonesia* Edisi Khusus. 1993: 1-5.
4. Anderson JN, Sorer R. *Immediate and Replacement Denture*. 3rd ed. Oxford: Blackwell Scientific. Publ. 1973: 131-70.
5. Iskandar R. Perbaikan Estetik pada Gigi-gigi Anterior Secara Prostodontik. Dalam: *Buku Kumpulan Makalah Ilmiah Kongres PDGI XIX*. Surakarta: PDGI. 1995: 2-7.
6. Iskandar R, Widaningsih. Immediate Partial Denture dengan Alveolektomi Interseptal untuk Rehabilitasi Estetik Gigi dan Wajah. *Majalah Kedokteran Gigi Indonesia*. 2003; 36 (3):106-9.
7. Iskandar R. Rehabilitasi Gigi Anterior yang Protusif dengan Immediate Denture. Dalam: *Kumpulan Naskah Temu Ilmiah PDGI 70 Tahun*. Surabaya: PDGI. 1998: 27-31.
8. Hopkins R. *Preprosthetic oral Surgery*. London: Wolfe Medical Publ. 1987: 9-14.
9. Loo WD. Ridge Preservation with Immediate Treatment Denture. *J Prosthet Dent* 1968:19:5-11.

