

Metode pencetakan *minimally displacive impression* untuk gigitiran penuh pada pasien epulis fisuratum

¹Asmah Fahmi Rasyid, ¹Cencen T. Yanto, ¹Herawati, ²Edy Machmud, ²Ike Damayanti Habar

¹PPDGS Prostodonsia

²Bagian Prostodonsia

Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin

Makassar, Indonesia

ABSTRACT

Retention and stability of a full denture can be obtained by taking into account anatomical and physiological condition of the oral cavity. Epulis fissuratum as a result of using unstable and unfit dentures, must be dealt appropriately the retention and stability. To overcome this problem is to perform minimally displacive impression. This case report article will discuss the installment of a full denture on an epulis fissuratum patients using minimally displacive impression method that aims to support the denture without putting pressure on the mucosa. From anamnesis, it was known that the patient was not use his maxillary full denture anymore because it was loose and fracture, but he never use mandibular denture at all. Clinical examination showed denture-induced hyperplasia epulis of the maxillary ridge and flat mandibular ridge alveolar. This patient want to be made a full denture, but without surgery. After using the new denture, patient felt satisfy and comfort with the denture. The patient can chew properly and get better apperance.

Keywords: *full denture, epulis fissuratum, minimally displacive impression*

ABSTRAK

Retensi dan stabilitas gigitiran penuh dapat diperoleh dengan memperhatikan keadaan anatomi dan fisiologis rongga mulut. Pada kondisi pasien dengan epulis fisuratum akibat pemakaian gigitiran yang longgar dan tidak stabil, maka retensi dan stabilitas gigitiran penuh menjadi masalah yang harus ditangani secara tepat. Metode yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut adalah dengan melakukan pencetakan *minimally displacive*. Pada laporan kasus ini akan dibahas pembuatan gigitiran penuh pada pasien epulis fisuratum dengan menggunakan metode pencetakan *minimally displacive impression* yang bertujuan untuk mencetak daerah pendukung gigitiran tanpa memberikan tekanan pada mukosa. Studi kasus dilakukan pada pasien dengan *epulis fissuratum*. Hasil anamnesis menunjukkan pasien pernah menggunakan gigitiran penuh rahang atas tapi longgar dan patah, sedangkan rahang bawah belum pernah sama sekali. Pada pemeriksaan klinis memperlihatkan *denture induced epulis hyperplasia* rahang atas dan lingir datar rahang bawah. Pasien menginginkan gigitiran penuh rahang atas dan bawah serta tidak ada tindakan bedah. Setelah pembuatan gigitiran yang baru, pasien puas dan dapat mengatasi ketidaknyamanannya dengan gigitiran sebelumnya. Pasien dapat mengunyah dengan baik dan merasa estetik sudah lebih baik.

Kata kunci: *gigitiran penuh, epulis fisuratum, minimally displacive impression*

PENDAHULUAN

Perawatan pasien edentulus selalu menjadi tantangan bagi para ahli prostodonsia. Hal ini berkaitan dengan prosedur untuk merekonstruksi dan menggantikan kehilangan gigi alami dan struktur dari rahang bawah (RB) dan rahang atas (RA) untuk pasien yang telah kehilangan semua gigi. Tujuan dasar pembuatan gigitiran penuh adalah pemulihan fungsi, penampilan wajah dan pemeliharaan kesehatan pasien. Gigitiran dibuat tidak hanya sekedar mengganti gigi yang hilang tetapi harus mampu memenuhi syarat-syarat keberhasilan sebuah gigitiran serta mampu mempertahankan kesehatan jaringan mulut. Sebuah gigitiran yang baik dan memuaskan adalah gigitiran yang dapat memperbaiki fungsi pengunyahan, memperbaiki fungsi estetik dan fonetik. Sedangkan menurut Jacobson dan Krol yang dikutip oleh Syafrinani, dikatakan bahwa gigitiran penuh dinyatakan berhasil baik apabila memiliki retensi, stabilisasi dan dukungan yang baik. Hal ini tergantung dari hubungan antara permukaan anatomis gigitiran dengan permukaan mukosa prosesus alveolaris jaringan pendukungnya.¹⁻³

Pada kasus *epulis fissuratum* akibat pemakaian gigitiran yang longgar dalam jangka waktu lama mengakibatkan retensi dan stabilitas gigitiran kurang terdukung oleh keadaan anatomis *ridge*. Hal ini merupakan suatu tantangan tersendiri bagi dokter gigi untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan gigi yang terbaik untuk pasien. Dalam hal ini pasien dapat menggunakan gigitirannya untuk memperbaiki mastikasi, estetik dan fonetik serta memelihara kesehatan jaringan mulut. Alternatif perawatan yang dapat dilakukan pada *epulis fissuratum*, antara lain pembedahan *epulis fissuratum* atau pembuatan gigitiran

baru. Akan tetapi pada kasus ini, oleh karena pasien tidak menginginkan tindakan bedah maka perawatan yang dipilih adalah pembuatan gigitiruan baru difokuskan pada teknik pencetakan.

Hiperplasia yang terjadi di sekeliling tepi gigitiruan dapat berupa pertumbuhan fibrolik yang disebut epulis fisuratum atau *inflammatory fibrous hyperplasia*. Ini terjadi pada mukosa bergerak yang melapisi sulkus atau pada perbatasan antara mukosa yang bergerak dengan tidak bergerak. Jaringan ini merupakan tumor yang terdiri dari dua atau lebih lipatan jaringan lunak yang dipisahkan oleh alur, palpasi tidak nyeri, disebabkan akibat rangsangan/tekanan yang lama pada mukosa sehingga terjadi hiperplasia dan hipertrofi jaringan dan paling sering terjadi pada bagian anterior rahang, Epulis fisuratum sering terlihat sebagai akibat dari penggunaan gigitiruan yang tidak stabil atau longgar dalam jangka waktu yang panjang. Lesi ini dapat juga terjadi karena tepi gigitiruan tajam atau berlebih yang menyebabkan iritasi kronis pada jaringan lunak. Hal ini tampak sebagai satu lipatan atau beberapa jaringan yang tumbuh di sekitar *mucobuccal groove*, yang merupakan daerah pertemuan gingiva dengan pipi bagian dalam. Mobilitas jaringan dan pertumbuhan yang berkelanjutan dapat menyebabkan masalah dalam mempertahankan retensi gigitiruan. Nyeri ulserasi umumnya pada dasar lipatan. Pada kondisi pasien dengan epulis fisuratum yang sudah tidak memiliki dukungan tulang dan *flabby*, maka retensi dan stabilitas gigitiruan penuh menjadi masalah yang harus ditangani secara tepat.⁴⁻⁶

Sejumlah teknik pencetakan dapat digunakan, tetapi pada dasarnya semua teknik tersebut bertujuan untuk mengurangi pergerakan epulis fisuratum selama berfungsi. Salah satu teknik pencetakan yang sering digunakan pada kasus epulis fisuratum adalah *minimally displacive impression*. Tujuan penulisan laporan kasus ini adalah untuk menjelaskan teknik *minimally displacive impression* pada daerah pendukung gigitiruan dengan epulis fisuratum yang menggunakan teknik sederhana dan bahan cetak yang umum digunakan.

LAPORAN KASUS

Seorang wanita berusia 45 tahun datang dengan keluhan ingin memperbaiki gigitirumannya. Hasil anamnesis menunjukkan pasien pernah menggunakan gigitiruan penuh rahang atas selama kurang lebih 3 tahun tapi longgar dan pasien tetap memakai gigitiruan atasnya walaupun longgar atau tidak stabil. Sedangkan rahang bawah jarang dipakai karena sakit. Pasien mengharapkan gigitiruan penuh rahang atas dan bawah yang baru sehingga dapat memperbaiki fungsi mastikasinya tetapi tidak menginginkan tindakan bedah. Pemeriksaan klinis menunjukkan epulis fisuratum rahang atas anterior yang meluas dari regio kaninus kanan. Gigi yang tersisa 43,42,41,31 dan 32. Foto pasien (Gambar 1a) dan foto intra oral pasien (Gambar 1b).



Gambar 1a Foto pasien



Gambar 1b Foto intra oral

Setelah diskusi mengenai rencana perawatan, pasien jelas menghindari prosedur bedah. Diputuskan membuat gigitiruan penuh RA dan RB yang baru dengan memanfaatkan epulis fisuratum sebagai retensi. Perawatan yang dilakukan difokuskan pada teknik pencetakan yang tepat dan merancang skema oklusal. Pada beberapa situasi, kondisi daerah yang akan dibuat gigitiruan membutuhkan pencetakan khusus termasuk pada kasus epulis fisuratum. Pada kasus ini diperlukan dua kali pencetakan, pencetakan pendahuluan atau anatomis dan pencetakan fisiologis.

Pencetakan anatomis dari daerah bantalan gigitiruan RA dibuat dengan bahan viskositas rendah, yaitu hidrokoloid ireversibel, untuk memastikan distorsi minimal dari epulis fisuratum, kemudian dicor untuk mendapatkan model kerja. Daerah epulis fisuratum diidentifikasi di model kerja. Dua lembar *wax* ditempatkan di atas daerah epulis fisuratum dan satu lembar *wax* pada daerah bergigi yang tersisa yang

berfungsi sebagai *wax spacer*. Selanjutnya pembuatan sendok cetak perseorangan dari bahan *shellac* dan dicobakan pada pasien. Penempatan sendok cetak ini pada posisi yang tepat di dalam mulut. Proses pembentukan tepi-tepi sendok harus sesuai dengan kontur vestibulum labial dan bukal. Penyempurnaan bentuk sendok cetak ini menjamin penutupan tepi yang optimal. Pada model diagnostik digambar batas jaringan bergerak-tidak bergerak dengan menggunakan pensil. Periksa adanya perpanjangan sendok cetak yang harus dipotong sehingga tepinya 2 mm lebih pendek dari sulkus fungsional. Buat dua *stopper* di posterior menggunakan bahan yang sama dengan bahan sendok cetak perseorangan. Sebelum melakukan cetakan fisiologis, sendok cetak perseorangan dilubangi sehingga berbentuk *window* pada daerah yang mengalami epulis fisuratum, kemudian dicobakan pada pasien (Gambar 2).



Gambar 2 Sendok cetak perseorangan yang dilubangi pada daerah epulis fisuratum
Gambar 3 *Border moulding* pada sendok cetak perseorangan

Selanjutnya dilakukan *border moulding* dengan *green stick* yang ditambahkan secara bertahap di sepanjang sendok cetak perseorangan tersebut (Gambar 3). Hal ini dilakukan berulang-ulang sampai diperoleh sulkus fungsional. Periksa kembali untuk memastikan sendok cetak kuat dan stabil. Jika tidak, kembali melunakkan bahan *greenstick* seperti sebelumnya dan ulangi prosedur. Lalu insersikan ke dalam mulut penderita sambil melakukan gerakan-gerakan fungsional/*muscle trimming* dengan menggerakkan bibir, pipi dan lidah. Pembentukan pinggiran di daerah tersebut harus menghasilkan *border seal* yang baik agar retensi cukup saat penderita membuka mulut dan menggerakkan lidah sambil meminta pasien melakukan gerakan menelan.

Tujuan pencetakan fisiologis adalah untuk mencatat seakurat mungkin bentuk mukosa yang menutupi prosesus alveolaris sekaligus sulkus dengan kedalaman dan lebar yang tepat secara fungsional. Pada waktu pencetakan fisiologis menggunakan teknik *minimally displacive impression* dengan bahan *hydrophilic polyvinyl siloxane* daerah normal menggunakan *hydrophilic polyvinyl siloxane (Exaflex, GC America Inc)*. **Bahan ini elastis dan mudah kembali ke tempat semula.** Disamping itu penggunaannya mudah serta memiliki rentang waktu yang cukup untuk bekerja dan *setting*. Sendok cetak kemudian diisi dengan bahan cetak secara merata dengan meminta penderita melakukan gerakan fisiologis menelan, menjulurkan lidah dan gerakan lidah ke kiri dan kanan. Gerakan lateral dilakukan untuk mencatat gerakan dasar mulut. Sedangkan pada daerah yang mengalami epulis fisuratum diinjeksikan dengan bahan *light bodied polyvinylsiloxane*, sesuai dengan sifatnya yang *flow* diharapkan bahan cetak dapat mengalir tanpa tekanan melalui lubang *window* (Gambar 4a dan 4b).



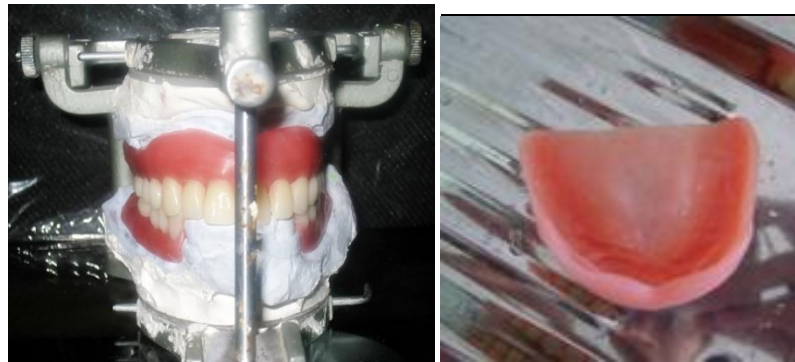
Gambar 4a Pencetakan pada daerah *epulis fisuratum*; **Gambar 4b** Cetakan fisiologis

Sebelum dicor dengan gips, dilakukan *boxing* dengan memasang lilin *plastisin* di sekeliling tepi batas cetakan yang tebalnya 5 mm, dengan jarak antara batas tepi cetakan dengan *wax* kira-kira 3 mm untuk mempertahankan batas-batas cetakan yang mencatat sulkus fungsional (Gambar 5a dan 5b). Tahap

berikutnya dibuatkan *bite rim* (Gambar 6), dilanjutkan dengan tahap-tahap pembuatan gigitiruan yang umum dilakukan sampai menyusun gigi di artikulator (Gambar 7).



Gambar 5a Cetakan RA yang di-*boxing*, **Gambar 5b** Cetakan RB yang di-*boxing*, **Gambar 6** Fiksasi *bite rim*



Gambar 7 Susunan gigi di artikulator **Gambar 8** Basis gigitiruan dilapisi *soft liner*

Setelah seluruh proses akrilik selesai, basis gigitiruan akrilik yang menekan bagian *epulis, fissuratum* dikurangi. Kemudian basis tersebut diberikan *soft liner* (Dura Rely-A-Soft, Reliance Dental MFG Co) (Gambar 8). Selanjutnya periksa oklusi gigitiruan (gambar 9b). Pasien disarankan untuk kontrol berkala, yaitu 1 minggu, 2 minggu dan 1 bulan setelah insersi gigitiruan. Evaluasi setelah pencetakan dengan teknik *minimally displaced impression* pada pembuatan gigitiruan penuh untuk kasus epulis fisuratum menunjukkan penderita lebih nyaman secara psikologis dan fisiologis menggunakan gigitiruan yang baru (Gambar 9a & b).



Gambar 9a Sebelum insersi gigitiruan **Gambar 9b** Setelah insersi gigitiruan

PEMBAHASAN

Perawatan pasien dengan epulis fisuratum merupakan suatu tantangan tersendiri bagi dokter gigi. Mukosa oral secara signifikan menunjukkan tingkat toleransi yang rendah terhadap iritasi dibandingkan dengan kulit. Hal ini juga terjadi pada mukosa pendukung gigitiruan. Sekitar sepertiga dari pemakai gigitiruan dengan mukosa klinis normal menunjukkan bukti histologis akibat dari cedera yang parah. Luasnya cedera juga terkait dengan durasi pemakaian gigitiruan tersebut. Pengamatan logis mengenai toleransi mukosa oral adalah jika toleransi berlebih (seperti batas gigitiruan yang panjang), gigitiruan akan mengakibatkan luka dan peradangan dan tidak dapat berfungsi dengan baik. Jika di sisi lain, toleransi awal tinggi dan trauma dapat diatasi, akan menimbulkan respon fibrous yang akan diganti dengan *residual ridge flabby hyperplastic*. Biasanya pasien seperti ini datang terlambat, sehingga eksisi

bedah secara teknis dipertimbangkan. Oleh karena sesuatu hal, biasanya pasien menolak tindakan bedah. Hal tersebut juga berlaku pada kasus ini, pasien tidak menginginkan tindakan bedah sehingga dipilih perawatan dengan pembuatan gigitiruan konvensional tanpa intervensi bedah. Pada kasus ini, adanya gigi alami yang tersisa menyebabkan distribusi yang tidak merata dari tekanan oklusal yang mengakibatkan resorpsi tulang pada rahang atas dan yang edentulus lingir rahang bawah.

Faktor yang harus diperhatikan pada perawatan epulis fisuratum tanpa tindakan bedah dengan pembuatan gigitiruan konvensional adalah teknik pencetakan, konstruksi sendok cetak serta bahan cetak. Apapun jenis cetakan yang akan dibuat semuanya tergantung dari sendok cetak dan prosedur pencetakan, sendok cetak tidak boleh menimbulkan distorsi, perubahan bentuk jaringan dan struktur yang harus berkontak dengan tepi serta permukaan polesan gigitiruan.

Pencetakan dalam pembuatan gigitiruan merupakan suatu hal yang penting, terutama pada kasus ini yang tidak menginginkan tindakan bedah. Pencetakan yang dilakukan tidak hanya dapat menghasilkan cetakan fungsional seluruh daerah pendukung gigitiruan untuk memastikan dukungan maksimal, retensi dan stabilitas gigitiruan, tetapi juga untuk menjaga mukosa tanpa mengalami distorsi. Retensi dan stabilisasi gigitiruan penuh dipengaruhi oleh otot-otot sekitar gigitiruan yang berhubungan dengan permukaan yang berbeda dari tepi gigitiruan. Agar otot-otot mulut dan wajah dapat bekerja paling efektif untuk memberikan retensi bagi gigitiruan penuh harus memenuhi syarat perluasan basis gigitiruan harus tepat sampai menutupi seluruh daerah pendukung tanpa menimbulkan gangguan pada kesehatan dan fungsi struktur yang mengelilingi gigitiruan, bidang oklusal harus tepat posisinya, dan bentuk lengkung gigi geligi harus terletak dalam daerah netral di antara lidah dan pipi.⁷

Fungsi dasar dari pencetakan anatomis untuk gigitiruan penuh yaitu untuk mendapatkan jaringan pendukung gigitiruan dan digunakan sebagai basis untuk pembuatan sendok cetak perseorangan. Berbagai teknik telah diusulkan untuk menghindari kesulitan membuat gigitiruan penuh pada pasien dengan epulis fisuratum. Sejumlah teknik pencetakan telah diusulkan agar sesuai dengan daerah pendukung gigitiruan, yaitu teknik *mucostatic (non-displacive)*, teknik *mucocompressive (displacive)*, dan teknik tekanan selektif.

Teknik mukostatik mencatat daerah pendukung gigitiruan saat istirahat yang akan menghasilkan gigitiruan yang sesuai dengan jaringan di bawahnya saat istirahat. Hal ini secara teori lebih kuat, namun tekanan oklusal tidak akan merata di daerah pendukung gigitiruan yang mendasarinya. Sebaliknya, teknik pencetakan mukokompresif menekan jaringan di bawahnya dengan cara yang sama dan gigitiruan yang dihasilkan akan menekan jaringan di bawahnya. Dengan cara ini, kekuatan oklusal yang dihasilkan akan lebih merata di seluruh jaringan pendukung gigitiruan. Meskipun dalam literatur banyak membahas tentang teknik pencetakan yang paling cocok untuk gigitiruan penuh, tidak ada bukti yang menunjukkan bahwa salah satu teknik lebih baik dibandingkan dengan yang lain. Dalam prakteknya, teknik pencetakan tekanan selektif paling efektif untuk gigitiruan konvensional, jika menggunakan sendok cetak perseorangan yang tepat dengan bahan cetak viskositas tinggi, jaringan lunak di garis getar pada daerah palatum yang ditekan sedangkan mukosa pada palatum durum tidak ditekan.⁷

Ada banyak teknik pencetakan untuk mengatasi masalah epulis fisuratum, diantaranya teknik mukokompresif akan menghasilkan gigitiruan yang tidak retentif dan tidak stabil oleh karena gigitiruan dikonstruksi pada model kerja dalam keadaan epulis fisuratum mengalami distorsi dan gigitiruan hanya akan cekat bila ada tekanan oklusal. Saat gigi tidak berkontak, sifat elastis dari jaringan yang tertekan akan menekan gigitiruan ke bawah dan menyebabkan hilangnya retensi. Tekanan oklusi yang intermiten menimbulkan efek pompa dan menimbulkan trauma pada jaringan. Sedangkan teknik pencetakan mukostatik atau *non-pressure impression* pada epulis fisuratum, yaitu suatu teknik yang tidak mengubah bentuk jaringan. Jika gigitiruan dibuat di atas model hasil cetakan mukostatik dari epulis fisuratum dalam keadaan istirahat, maka gigitiruan akan tetap berkontak dengan jaringan saat gigi tidak dalam keadaan oklusi. Dengan demikian retensi pada kasus epulis fisuratum ini akan optimal. Dukungan terutama akan diperoleh dari palatum dan daerah keras lainnya, bukan dari jaringan kenyal yang tidak menghasilkan dukungan jaringan dan menyebabkan pergerakan relatif basis gigitiruan. Penggunaan teknik *minimally displacive impression* membantu mengatasi kekurangan dari teknik mukokompresif dan mukostatik.^{8,9}

Pencetakan anatomis dilakukan dengan menggunakan sendok cetak sediaan dan bahan *irreversible hydrocolloid* kemudian dicor dengan gips yang menghasilkan model studi. Daerah yang mengalami epulis fisuratum ditandai pada model studi sebagai patokan waktu membuat sendok cetak perseorangan dan bagian tersebut dilubangi. Sendok cetak perseorangan yang dilubangi atau dikonstruksi dengan *window*

juga digambarkan oleh Hobkirk, McCord dan Grant yang dikutip oleh Allen. Teknik pencetakan dengan *window* juga dijelaskan oleh Watson. Sebuah pencetakan mukokompresif dibuat dengan pasta zinc oksida eugenol atau silikon viskositas rendah (*mucodisplasive*) atau menengah (mukostatik) diaplikasikan di atas jaringan epulis fisuratum.^{10,11}

Pada kasus ini daerah normal menggunakan *hydrophilic polyvinyl siloxane (Exaplex)* sedangkan pada daerah yang mengalami epulis fisuratum diinjeksikan dengan bahan *light bodied polyvinylsiloxane*. Tekanan pada daerah epulis fisuratum dapat dikurangi dengan menggunakan sendok cetak yang dimodifikasi dan bahan *light bodied polyvinylsiloxane*. Bahan yang dibiarkan mengalir keluar dan epulis fisuratum dalam posisi istirahat dapat meminimalkan tekanan. Tidak ada perbedaan yang bermakna dalam hal retensi dan stabilitas pada waktu pencetakan menggunakan bahan *hydrophilic polyvinyl siloxane* dibandingkan dengan *pasta zinc oxide eugenol impression*.¹⁰

Desain dari modifikasi sendok cetak bervariasi tergantung daerah yang mengalami epulis fisuratum. Jika terjadi tepat di bagian anterior, diperlukan pula modifikasi pegangan dari sendok cetak perseorangan. Keuntungan dari desain *window* adalah dapat mengoreksi batas yang tepat dan mengecek sekeliling sulkus. Hasil cetakan dicor dan dilanjutkan dengan pembuatan gigitiruan.¹²

Saat insersi gigitiruan basis gigitiruan pada daerah epulis fisuratum dilapisi dengan *soft liner*, karena bahan ini bersifat elastis dan fleksibel, untuk membantu meningkatkan kesehatan jaringan lunak dengan cara menghilangkan tekanan saat mengunyah, membantu mendapatkan retensi maksimal dengan memanfaatkan *undercut* tulang dan jaringan lunak, sebagai bantalan lunak pada permukaan gigitiruan, dan sebagai bantalan pada daerah mukosa yang tipis.¹³

Pada kasus ini, masih ada gigi yang tersisa (kasus sadel *free end* bilateral/kelas I Kennedy), jadi perlu dipertimbangkan untuk mengurangi ukuran permukaan oklusal sehingga dapat mengurangi tekanan pada daerah pendukung gigitiruan, menggunakan teknik *altered cast* sehingga dapat mengurangi tekanan pada daerah sadel gigitiruan, mempertimbangkan prognosis yang terbaik pada gigi yang masih ada, menggunakan cengkeram dengan *rest* untuk membagi tekanan pada gigi, memaksimalkan dukungan oklusal posterior dan tidak ada kontak anterior pada oklusi sentrik, serta artikulasi seimbang pada pergerakan eksentrik sehingga dapat mengurangi tekanan pada lingir anterior rahang atas dan memperluas basis gigitiruan.^{6,13}

Pasien merasa nyaman dengan gigitiruan barunya karena retentif dan stabil selama berfungsi dan istirahat sehingga kebutuhan estetik, sosial dan fungsional pasien dengan *epulis fissuratum* dapat teratasi dengan menggunakan teknik *minimally displacive impression*.^(5,10,12)

SIMPULAN

Metode pencetakan *minimally displacive impression* merupakan suatu metode pencetakan untuk mengatasi masalah retensi dan stabilitas gigitiruan penuh pada pasien dengan epulis fisuratum. Dari laporan kasus ini, pasien telah dapat beradaptasi dengan gigitiruan barunya. Pasien juga merasa puas dan nyaman karena keluhan utamanya telah teratasi.

SARAN

Seorang dokter gigi harus bisa memilih perawatan yang terbaik dengan memperhatikan kesehatan umum dan kondisi intra oral pasien serta dapat memenuhi harapan dan keinginan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

1. Hadijeva H, Dimova M. Selective pressure impressions methods for total dentures by patients with loose and hypermobile mucosa on the alveolar ridges. Jurnal of IMAB-Anual Proceeding 2005. p. 48-50.
2. Damayanti L. Perawatan pasien lansia dengan flat ridge/flabby tissue. Universitas Padjajaran 2009. p. 4-14.
3. Syafrinani, Nasution ID. Penatalaksanaan cetakan pada pembuatan gigitiruan penuh dengan lingier alveolus yang datar. Dentika Dent J 2001; 6(1): 248-55.
4. Crawford RW, Walmsley AD. A review of prosthodontic management of fibrous ridges. Br Dent J 2005; 199: 715-9.
5. Allen F. Management of the flabby ridge in complete denture construction. Dent Update J 2005; 32: 524-8.
6. Zarb GA, Bolender CL, Hickey JC, Carlsson GE. Buku ajar prosthodonti untuk pasien tak bergigi menurut Boucher. 10th Ed. Alih bahasa: Darowati M. Jakarta: EGC; 2002. p.23-6, 71.
7. Lynch CD, Allen PF. Management of the flabby ridge: using contemporary materials to solve an old problem. Br Dent J 2006; 200: 258-261.

8. Marco DR. Denture-related problems affecting the mouth Part2. Intelligent Dental 2009.
9. Manzes M. Management of flabby edentulous ridge: A case report. Trends in dental work 2005.
10. Cord JF, Grant AA. Impression making. Br Dent J 2000; 188, 484-92. Published online: 13 May 2000 | doi:10.1038/sj.bdj.4800516. Available from: URL : <http://www.nature.com/bdj/journal/v188/n9/pdf/4800516a.pdf>.
11. Kashyap R, Begum Z, Mohammed H. Minimally displacive impression technique: a clinical report. Int Clin Dent Sci 2011; 2(4): 1-3.
12. Mutluay MM, Oguz S, Floystrand F, Saxegaard E, Dogan A, Bek B. A prospective study on the clinical performance of polysiloxane soft liners : one- year research. Dent Mater J 2008; 27(3): 440-7.
13. Jyoti N, Shah N, Karthik MM. Prosthodontic rehabilitation of pasient with combination syndrom. Int J Dent Clin 2010; 2(3): 37-44.