ADLN-Perpustakaan Universitas Airlangga

MASALAH DAN PENANGGULANGAN PEMAKAI GIGITIRUAN DITINJAU DARI ASPEK PERILAKU DAN PSIKO-SOSIAL

Pidato

Disampaikan pada pengukuhan Jabatan Guru Besar
dalam bidang Ilmu Prostodonsia
pada Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga
di Surabaya pada hari Sabtu, tanggal 8 Februari 2003

oleh:

ARIFZAN RAZAK

Yang terhormat,

Saudara Ketua dan Anggota Dewan Penyantun Universitas Airlangga,
Saudara Rektor dan para Pembantu Rektor Universitas Airlangga,
Para Guru Besar dan Anggota Senat Universitas Airlangga,
Para Dekan dan Pembantu Dekan di lingkungan Universitas Airlangga,
Para Ketua Lembaga di lingkungan Universitas Airlangga,
Para teman sejawat dan segenap Sivitas Akademika Universitas Airlangga,
Para undangan dan hadirin yang saya muliakan.

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Perkenankanlah saya pada kesempatan yang sangat terhormat dan berbahagia ini, dengan segala kerendahan hati, memanjatkan puji syukur kepada Allah Subhanahu wa ta'alaa, karena berkat rahmatNyalah kita dapat hadir di ruangan ini dalam keadaan sehat walafiat. Merupakan suatu kehormatan yang sangat besar bahwa saya diberi kesempatan mengucapkan pidato pengukuhan peresmian penerimaan Jabatan Guru Besar dalam ilmu Prostodonsia di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga di hadapan sidang Universitas Airlangga.

Perkenankanlah saya pada hari ini menyampaikan pandangan yang sederhana mengenai.

MASALAH DAN PENANGGULANGAN PEMAKAI GIGITIRUAN DITINJAU DARI ASPEK PERILAKU DAN PSIKO-SOSIAL

ADLN-Perpustakaan Universitas Airlangga

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan oleh dokter gigi akan dilakukan dengan penuh kejujuran dan motivasi yang tinggi. Hal ini adalah sesuai dengan konsep pelayanan yang konsisten dan standar etika. Dokter gigi selalu berusaha dan berkeinginan untuk meningkatkan profesionalisme sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi termasuk meningkatkan kemampuan dan intelegensia.

Hadirin yang saya hormati,

Dalam bidang Kedokteran Gigi paling sedikit ada 2 kemampuan yang dimiliki oleh seorang dokter gigi yakni (1) kemampuan untuk membuat dan menghasilkan gigitiruan yang baik dan memuaskan penderita, dan (2) kemampuan untuk memberi pelayanan yang baik dan memuaskan penderita. Secara bermakna dua kemampuan ini perlu pendekatan yang berbeda. Untuk memiliki 2 kemampuan ini dokter gigi memerlukan intelegensia yang berbeda.

Intelegensia dapat dibagi dalam 4 klasifikasi:

(1) intelegensia artistik yakni misalnya kemampuan yang harus dimiliki oleh seorang pemahat, pelukis, penulis;
(2) intelegensia verbal yakni misalnya kemampuan yang biasa dipakai untuk mengetahui hal yang bersifat abstrak, semacam pengukuran tes IQ;
(3) intelegensia mekanik yakni misalnya kemampuan yang dimiliki oleh seorang insinyur, teknisi, yang bukan melihat kemampuan dari segi abstraksi sebagai hal yang mempunyai nilai kongkret;
(4) intelegensia sosial yakni kemampuan yang dipakai untuk berhubungan dengan orang lain, misalnya kemampuan untuk menjadi pembicara dalam suatu seminar, kemampuan seorang dosen memberi kuliah di muka kelas.

Intelegensia sosial kelihatannya belum begitu dapat diterima sepenuhnya secara professional. Bidang Kedokteran Gigi mungkin masih memerlukan waktu untuk menggabungkan keempat macam

intelegensia menjadi satu kesatuan. Hal ini akan berpengaruh pada sistem pendidikan yang hanya berasumsi bahwa intelegensia artistik, verbal, dan mekanik dapat menghasilkan dokter gigi yang handal. Intelegesia sosial pada dekade akhir ini masih perlu memperoleh perhatian khusus.

Dokter gigi profesional akan membuat diagnosa dan rencana perawatan yang tepat. Dokter gigi akan merawat penderita dengan berbagai alasan, mungkin oleh karena rasa sakit, mungkin karena ada gangguan penampilan, dan lain sebagainya. Kebanyakan penderita datang ke dokter gigi dengan penuh harapan dan tuntutan. Dokter gigi dapat menentukan apakah yang dikeluhkan penderita adalah gangguan masalah gigi atau hanya masalah emosional.

Penderita kehilangan geligi dapat disebabkan berbagai macam sebab. Penyebab kehilangan gigi yang sering dijumpai antara lain adalah karena karies, trauma, atau penyakit sistemik. Akibat kehilangan gigi terutama akan berpengaruh antara lain pada daya kunyah yang berkurang, bicara menjadi kurang jelas, penampilan atau estetik berubah, gerak kunyah mengalami gangguan, tulang alveolar mengalami resorpsi (Zarb et al, 1990; McGivney et al, 1993). Lokasi gigi atau geligi yang hilang dapat terjadi di rahang atas, atau di rahang bawah, atau di rahang atas dan rahang bawah, baik pada bagian anterior, atau bagian posterior, atau semua geligi pada bagian anterior dan bagian posterior. Kehilangan gigi atau geligi dapat diganti dengan gigitiruan.

Sebagian besar masyarakat sekarang sudah mengenal apa yang dinamakan gigitiruan. Masyarakat mungkin lebih mengenal dengan nama protesa gigi atau gigi palsu. Macam gigitiruan yang umum dikenal adalah gigitiruan lepasan yakni gigitiruan yang bisa dipasang dan dilepas dari dalam mulut oleh penderita dan basisnya terbuat dari bahan akrilik atau logam. Gigitiruan lepasan ini ada yang hanya mengganti sebagian gigi yang hilang, dan ada yang mengganti semua gigi yang hilang. Selanjutnya, ada gigitiruan yang

dinamakan gigitiruan ceket ('bridge') yakni gigitiruan macam ini bila sudah dipasang dalam mulut oleh dokter gigi tidak bisa dilepas oleh penderita. Ada lagi macam gigitiruan yang dikenal dengan nama gigitiruan 'implant'. Masyarakat lebih mengenal gigitiruan implant dengan nama gigitiruan yang ditanam pada rahang. Bahan yang ditanam terbuat dari logam atau keramik (Fagan et al, 1990; Rahn, Heartwell, 1993; McGivney, Shillingburg et al, 1997).

Akan tetapi belum tentu semua penderita yang kehilangan satu atau lebih dari satu gigi perlu dan atau mau memakai gigitiruan. Tergantung dari jumlah gigi yang hilang, letak gigi yang hilang, dan macam gigitiruan yang diperlukan, dapat menimbulkan masalah bagi dokter gigi maupun penderita. Masalah yang harus diperhatikan oleh dokter gigi ialah pada penderita yang akan memakai gigitiruan. Dokter gigi akan membuat gigitiruan yang memenuhi syarat pembuatan atas dasar standar baku dan memenuhi syarat klinis yang berlaku.

Akan tetapi meskipun dokter gigi telah membuat gigitiruan sesuai dengan standar baku yang berlaku, masih ada penderita yang tidak bisa beradaptasi dan tidak bisa memakai gigitiruan dengan enak dan puas. Sebaliknya, ada penderita yang dapat memakai gigitiruan dengan mudah, meskipun gigitiruan yang dipakai sama sekali tidak memenuhi syarat. Dalam hal ini tanggapan dan reaksi penderita adalah tidak normal.

PEMAKAI GIGITIRUAN

Hadirin yang saya hormati,

Keadaan sosial penderita mempengaruhi penderita pemakai gigitiruan. Umur, jenis kelamin, pekerjaan, penghasilan, dan status perkawinan dapat mempengaruhi kepuasan penderita memakai gigitiruan (Arifzan Razak, 1995). Makin bertambah usia penderita, makin bertambah susah penderita beradaptasi dengan gigitiruan. Sedangkan perbedaan jenis kelamin hendaknya juga perlu

mendapat perhatian khusus. Pria lebih mudah beradaptasi dan memakai gigitiruan dibandingkan dengan wanita. Pria lebih mementingkan memakai gigitiruan untuk fungsi kunyah, sedangkan wanita lebih mementingkan memakai gigitiruan untuk kepentingan estetik.

Kalau diperhatikan lebih lanjut, maka masih ada aspek lain yang mempengaruhi penderita memakai gigitiruan yakni pekerjaan. Penderita yang sibuk bekerja cenderung mempunyai waktu relatif lebih sedikit dibandingkan penderita yang tidak begitu sibuk bekerja. Waktu yang tersedia untuk pergi ke dokter gigi sangat terbatas, sehingga dengan waktu yang terbatas, boleh dikatakan waktu yang tersedia juga sangat terbatas. Pemeriksaan kembali gigitiruan yang sudah dipakai penderita akan mengalami hambatan. Setelah 2 bulan penderita memakai gigitiruan terutama penderita yang memakai gigitiruan lengkap, penderita harus kontrol. Tujuan kontrol adalah untuk memeriksa keadaan gigitiruan mengenai retensi, stabilitas, dan kemungkinan ada iritasi dari pinggiran gigitiruan terhadap mukosa mulut (Arifzan Razak). Selanjutnya, kontrol paling sedikit harus dilakukan 6 bulan sekali (Zarb et al, 1990). Disinilah sering terjadi masalah pada penderita, terutama pada penderita yang membuat gigitiruan segera setelah pencabutan gigi. Pada hal paling sedikit 2 hingga 4 bulan (Hickey et al, 1985) setelah pencabutan gigi terakhir, penderita boleh membuat gigitiruan. Hal ini masih ditinjau lebih lanjut dari umur dan kesehatan penderita. Makin bertambah usia penderita, makin bertambah lama penyembuhan luka akibat pencabutan. Perlu juga diperhatikan mengenai kesehatan penderita yakni bila penderita mengalami penyakit sistemik, maka akan mengganggu pemakaian gigitiruan. Jadi dokter gigi perlu memperhatikan waktu mulai membuat gigitiruan dengan memperhatikan usia dan kesehatan penderita.

Penghasilan penderita juga berpengaruh pada pembuatan dan pemakaian gigitiruan. Penderita kaya mudah sekali mengganti

gigitiruan lama dengan yang baru bila terdapat sedikit saja rasa sakit atau tidak enak dengan gigitiruannya. Sebenarnya dengan sedikit memperbaiki gigitiruan yang dikeluhkan, maka gangguan dari gigitiruan dengan mudah dapat diperbaiki, sehingga tidak menimbulkan rasa sakit. Pertimbangan hal-hal yang tidak masuk akal sehat yang melibatkan aspek perilaku dan psikologi perlu ditelaah lebih rinci.

Dokter gigi akan mencari penyebab mengapa penderita tidak bisa memakai gigitiruan yang sudah memenuhi syarat teknis pembuatan baku dan syarat klinis yang telah memenuhi standar. Ketidak puasan atau kesukaran yang dialami penderita terhadap adaptasi pemakaian gigitiruan yang baru dibuat, hendaknya dicari terlebih dulu penyebabnya. Dokter gigi dapat mengeliminir sekecil mungkin penyebab ketidak tepatan gigitiruan dalam mulut penderita. Misalnya seorang penderita setelah memakai gigitiruan dengan basis bahan akrilik merasa tidak enak karena jaringan lunak landasan gigitiruan terasa panas dan secara visual terlihat warna kemerah-merahan. Ternyata setelah basis gigitiruan penderita diganti dengan bahan yang terbuat dari logam, penderita tidak mengeluh apa-apa lagi.

Dokter gigi atau Spesialis Prostodonsia memiliki pengetahuan yang cukup mendalam tentang beberapa aspek psikologik, sehingga dapat membantu membuat diagnosa dan rencana terapi yang tepat. Untuk dapat mengerti bermacam motivasi dari perilaku penderita harus memahami faktor-faktor yang membentuk kepribadian seseorang. Tujuan motivasi penderita adalah untuk mencari kepuasan dalam hal beberapa kebutuhan dan keinginan yang belum tercapai. Hal ini dapat diketahui melalui penerimaan penderita terhadap perawatan yang diterima.

Agar dapat memberi perawatan sebaik mungkin kepada penderita yang membutuhkan gigitiruan, maka sebaiknya dokter gigi juga memiliki kemampuan teknik klinik mutakhir dan mempunyai pandangan yang cukup luas mengenai bidang

psikologik. Latar belakang psikologik dapat menggambarkan apa yang menjadi keinginan dan keputusan yang diambil oleh penderita. Dokter gigi maupun Spesialis Prostodonsia sepenuhnya mengerti keinginan penderita, karena pengertian tersebut adalah predisposisi untuk menerima macam perawatan yang diinginkan dan diperlukan penderita.

Kebutuhan dasar masyarakat modern ialah kepuasan. Oleh karenanya energi untuk memenuhi kebutuhan tersebut diperoleh dari kebutuhan sosial dan psikologik. Pelayanan kesehatan gigi oleh dokter gigi harus bisa menghadapi pasien yang berperilaku abnormal.

ASPEK PERILAKU

Hadirin yang saya hormati,

Sejak tahun 1950an telah mulai dibahas mengenai aspek psikologik pada penderita pemakai gigitiruan. Bliss (1951) dan de Van (1951) mengatakan bahwa dokter gigi perlu mengetahui aspek psikologik penderita sebelum membuat gigitiruan. Akan tetapi konsep-konsep psikologi dan psikiatri masih terbatas dalam bidang kedokteran gigi. Bila konsep-konsep psikologi dan psikiatri ditambah dengan pengetahuan sikap dan motivasi penderita terhadap gigitiruan dapat diterapkan pada penderita, maka akan sangat membantu untuk mengetahui prognosa pemakai gigitiruan (Silverman, 1958, Collett a, 1961).

Perilaku dikendalikan oleh tubuh dan kebutuhan sosial. Kebutuhan diarahkan oleh prinsip-prinsip keseimbangan atau homeostasis di mana orang berusaha untuk mempertahankan tingkat keseimbangan fisik dan psikologik. Konsep hubungan antara perilaku dengan pengalaman pribadi dan perawatan gigitiruan di klinik masih sangat terbatas. Bila ingin mengetahui lebih lanjut perilaku sikap dan motivasi penderita berkaitan dengan perawatan gigitiruan (Collet b, 1967), maka dapat dibuat instrumen

sederhana untuk menentukan bagaimana sikap dan motivasi penderita terhadap gigitiruan. Instrumen sederhana dapat dibuat dengan menyusun kwesioner yang ada kaitannya dengan sikap dan motivasi, misalnya, apa yang merangsang penderita ingin membuat gigitiruan? Apakah keinginan tersebut karena rasa sakit, atau karena masalah estetik, atau untuk mencegah penyakit? Faktor lain adalah bagaimana penderita dapat menyesuaikan diri dengan stress. Apakah penderita siap untuk duduk di kursi dokter gigi selama perawatan pembuatan gigitiruan?

Dari pertanyaan tersebut di atas akhirnya dapat diketahui alasan mengapa penderita ke dokter gigi. Akan tetapi sebenarnya alasan penderita ke dokter gigi ada yang beranggapan hanyalah untuk memperoleh keseimbangan homeostasis. Kebanyakan penderita mencari perawatan yang konsisten dengan sikap, motivasi, dan kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan sejumlah aspek psikologik antara lain depresi, frustrasi, ansietas, rasa takut, dan ketegangan.

Lebih lanjut perlu kita ketahui apa yang dimaksud dengan sikap dan motivasi. Sikap ialah suatu perbuatan yang berdasarkan pada pendirian dalam bentuk pendapat atau keyakinan (Fishbein dan Ajzen, 1975). Sikap terhadap suatu objek dapat berbentuk apa saja disekeliling kita dan diperlihatkan dengan cepat. Komponen sikap terdiri dari kognitif, perasaan, dan kecenderungan bertindak. Komponen kognitif meliputi rasa percaya terhadap suatu objek, misalnya sikap terhadap objek gigitiruan, termasuk pengetahuan tentang kegunaan, pemeliharaan, dan pemakaian. Komponen perasaan ditujukan terhadap keterkaitan emosi dengan objek, dalam hal ini dapat dikatakan bahwa gigitiruan sangat menyenangkan, memuaskan, atau sebaliknya. Komponen kecenderungan bertindak meliputi semua kesiapan berperilaku yang berhubungan dengan sikap. Bila seseorang mempunyai sikap yang positif terhadap gigitiruan, maka ia akan menunjang pemakaian gigitiruan. Sebaliknya bila seseorang mempunyai sikap

negatif terhadap gigitiruan, maka dia akan menolak memakai gigitiruan (Krech et al., 1962)

Motivasi adalah rangsangan fisiologik atau sosial yang menggerakkan seseorang untuk mengerjakan sesuatu (Fishbein, Ajzen, 1975). Bentuk sederhana dari motivasi misalnya refleks rasa sakit. Contoh refleks sederhana lain ialah iritasi benda tajam yang menekan tubuh akan menimbulkan rasa sakit, dan baru akan hilang setelah iritasi tersebut tidak menekan tubuh. Makin kompleks motivasi misalnya rasa haus atau lapar, maka motivasi akan tetap ada sampai rasa puas terjadi setelah minum dan makan untuk menghilangkan rasa haus dan lapar tersebut. Rangsangan sakit, haus, dan lapar akan tetap ada sebelum dilakukan suatu tindakan. Rangsangan yang ada akan mengganggu homeostasis dan memerlukan tanggapan penyesuaian dan hal ini adalah dasar dari motivasi. Motivasi pada waktu tertentu adalah motivasi dari banyak rangsangan dari dalam tubuh dan dari luar tubuh. Semua rangsangan dari dalam dan luar tubuh membentuk bidang psikologik kepribadian seseorang dan secara keseluruhan menentukan perilaku seseorang. Jadi motivasi akan tetap ada dan akan hilang setelah dilakukan tindakan untuk menghilangkan motivasi.

Dalam hal gigitiruan, maka adaptasi pemakai gigitiruan dan motivasi harus dianalisa terhadap kemampuan pemakai gigitiruan untuk menanggulangi konflik dan frustrasi. Misalnya seseorang yang telah memutuskan untuk membuat gigitiruan akan tetap konsisten dengan perawatan tersebut hingga selesai pembuatan gigitiruan. Bila seseorang tidak dapat menyediakan waktu untuk pembuatan gigitiruan, maka motivasi akan mengalami gangguan, dan penderita tidak dapat menyesuaikan waktu untuk menyelesaikan pembuatan gigitiruan.

Demikian juga halnya dengan frustrasi yang dialami penderita. Kadang-kadang timbul patosis pada jaringan dalam mulut yang akan menimbulkan kesukaran pada pembuatan gigitiruan. Timbul

praduga yang tidak masuk akal pada penderita, sehingga menjadikan penderita kurang dapat menerima idealisme penampilan. Dalam hal ini kapasitas penyesuaian mengalami gangguan dan akan membawa dampak pada dokter gigi yang merawat (Grieder, 1973; Klepac, 1988).

Aspek perilaku telah merangsang para dokter gigi untuk mengetahui lebih lanjut bagaimana hubungan antara pembuatan gigitiruan dengan perawatan penderita di klinik. Dari hasil penelitian mengenai perilaku yang banyak diteliti, dibahas, dan diperhatikan adalah mengenai sikap dan motivasi penderita terhadap gigitiruan. Dokter gigi dapat mengetahui sikap dan motivasi penderita terhadap gigitiruan dengan mengajukan beberapa pertanyaan. Misalnya: Betulkah tiap gigi atau semua gigi yang dicabut harus diganti dengan gigitiruan? Apakah bapak/ibu/saudara tahun tentang cara memakai atau memelihara gigitiruan? Siapa yang memutuskan bapak/ibu/saudara untuk memakai gigitiruan? Apakah bapak/ibu/saudara sendiri yang akan membayar biaya perawatan dan pembuatan gigitiruan? Apakah yang bapak/ibu/saudara harapkan setelah memakai gigitiruan? Apakah bapak/ibu/saudara sudah tahu cara memelihara atau merawat gigitiruan? Dengan mengajukan beberapa pertanyaan mengenai sikap dan motivasi, maka dokter gigi dapat mengetahui sampai seberapa jauh keinginan penderita untuk memakai gigitiruan. Jadi dengan memakai instrumen sederhana dapat disusun kwesioner untuk mengetahui seberapa jauh sikap dan motivasi penderita terhadap gigitiruan.

Penderita telah mengembangkan sikap tertentu dan berkhayal tentang proses perawatan gigi yang akan dialaminya sebelum masuk kamar praktek. Perasaan, kepribadian, hubungan dengan pengalaman dalam kamar praktek dulu, dan mendengar kata orang lain, sangat berpengaruh dengan keadaan emosi penderita. Hubungan sikap dan pengalaman keluarga, teman dekat, atau

dokter gigi, sangat penting untuk menentukan apakah akan timbul reaksi ansietas terhadap perawatan gigi.

Dari hasil penelitian mengenai aspek perilaku sebelum penderita membuat gigitiruan diperoleh bahwa 55,1% penderita mempunyai sikap yang positif dan 44,9% mempunyai sikap negatif dari 107 responden terhadap gigitiruan. Selanjutnya, diketahui juga bahwa 45,8% mempunyai motivasi yang tinggi, dan 54,2% mempunyai motivasi yang rendah terhadap gigitiruan (Arifzan Razak, 1995). Jadi dapat dikatakan kurang lebih 55% mempunyai sikap yang positif, akan tetapi sebaliknya hanya diikuti 45% dengan motivasi yang tinggi terhadap gigitiruan. Terdapat perbedaan kurang lebih 10% antara sikap positif dengan motivasi yang tinggi. Hal ini mungkin disebabkan karena para responden tidak mengerti apa yang dimaksud dengan sikap dan motivasi karena latar belakang pendidikan mereka kurang lebih 70% adalah Sekolah Dasar atau yang sederajat.

Motivasi adalah kekuatan dari dalam untuk mengadakan reaksi. Motif untuk menerima atau menolak gigitiruan secara psikologik barasal dari evaluasi penderita sendiri. Makin bertambah yakin penderita terhadap evaluasi diri makin bertambah puas penderita terhadap gigitiruan.

Faktor lain yang ada hubungannya dengan perilaku yakni motivasi untuk mencari perawatan dan menyetujui dengan masalah perawatan:

(1) perlu partisipasi aktif perawatan penderita: secara objektif penderita mencari perawatan gigi karena untuk mencapai keseimbangan homeostasis. Tidak semua penderita mencari perawatan gigi yang tepat. Sebaliknya, kebanyakan penderita mencari perawatan sesuai dengan motivasi dan kapasitas untuk menyesuaikan diri, dengan sejumlah faktor-faktor psikologik antara lain frustrasi, ansietas, takut, dan ketegangan

(2) fenomena psikosomatik dalam bidang kedokteran gigi secara umum dapat diterima bahwa konflik psikologik memegang

peranan dalam pengembangan perubahan jaringan dan jaringan yang mengalami keadaan patosis. Beberapa penyakit dikenal sebagai gangguan psikosomatik bila kontribusi komponen psikologik adalah faktor etiologik yang dominan. Gangguan psikosomatik biasanya melibatkan sistem tubuh fungsional utama misalnya pencernaan, pernafasan, kelenjar, sistem reproduksi.

ASPEK PSIKOLOGIK

Hadirin yang saya muliakan,

Sebelum membuat gigitiruan untuk penderita hendaknya dokter gigi perlu juga mengetahui aspek psikologik yang dialami penderita. Masalah psikologik yang sering dibicarakan, diteliti, dan dibahas berkaitan dengan gigitiruan ialah keadaan depresi dan predisposisi ansietas penderita (Chamberlain dan Chamberlain, 1985; Pederen dan Loe. 1996)

Depresi adalah keadaan putus asa yang disertai dengan melemahnya kepekaan terhadap rangsangan tertentu, pengurangan aktivitas fisik maupun mental, dan kesukaran dalam berpikir. Depresi ditujukan terhadap kehilangan, aktual atau yang menakutkan, nyata atau khayalan. Kecenderungan depresi dapat dilihat sebagai adanya rasa sedih, tidak berdaya, dan tidak ada harapan. Keadaan ini biasa terjadi bila seseorang pernah mengalami kehilangan sesuatu misalnya sebagian dari tubuhnya, contoh gigi atau geligi. Penderita yang cenderung dalam keadaan depresi sukar menerima gigitiruan sehingga sukar memakai gigitiruan (Leigh dan Reiser, 1992)

Sedangkan ansietas ialah kekhawatiran yang kurang jelas atau tidak berdasar. Ansietas tidak sama dengan ketakutan (Corah, 1988). Ketakutan ialah suatu emosi yang ditandai oleh rasa tidak enak, tegang, bila perlu disertai dengan usaha menghindar atau melarikan diri, dan melibatkan sistem saraf otonomis (Kartono dan Gulo, 1987). Pada perawatan penderita yang memerlukan

gigitiruan perlu memperhatikan kedua fenomena tersebut. Ketakutan ialah reaksi terhadap suatu tanggapan yang bersifat nyata atau merupakan suatu kenyataan dan memiliki suatu potensi bahaya. Tanggapan ini dapat dihilangkan dengan menunjukkan suatu keadaan nyata dan dapat diuji (Corah et al, 1985).

Sebaliknya, ansietas hampir sama seperti ketakutan, akan tetapi tanggapan bukan disebabkan oleh suatu yang mempunyai potensi bahaya nyata di sekitar lingkungan penderita. Ansietas terjadi sebagai akibat konflik psikis atau akibat konflik antara sadar dan tidak sadar, atau suatu tuntutan dan idealisme dari penderita. Kejadian nyata dapat menunjang konflik yang timbul pada penderita tanpa sadar dan menunjang timbulnya reaksi ansietas (Miller, 1970). Menanggulangi ansietas adalah dengan memberi kesempatan penderita untuk mengemukakan perasaan dan bila perlu dengan pemberian sedatif atau tranquilizer.

Dapat juga dikatakan bahwa ansietas adalah tanggapan dari persepsi timbulnya bahaya nyata atau dugaan. Dengan tujuan untuk memperingatkan seseorang akan bahaya dan mempersiapkan diri untuk menghadapinya. Ansietas telah ada pada diri penderita dan akan memperingatkan bila keselamatannya terganggu. Sumber utama ansietas adalah adanya perubahan dalam fungsi tubuh (Friedman et al, 1987; Leigh dan Reiser, 1992).

Dari hasil penelitian sebelum penderita membuat gigi tiruan diperoleh bahwa 45 (42,1%) dari 107 penderita dalam keadaan depresi tinggi. Sedangkan 43 (40,2%) mengalami predisposisi ansietas tinggi (Arifzan Razak, 1995). Adapun pengukuran dilakukan dengan 'Costello-Comrey Depression and Anxiety scales' (Corcoran, Fischer, 1987). Penderita yang cenderung dalam keadaan depresi agak sukar menerima gigitiruan, sehingga dapat mengganggu pemakaian gigitiruan. Ansietas adalah tanggapan dari persepsi timbulnya bahaya baik nyata maupun dugaan. Hal ini akan menyulitkan perawatan maupun pembuatan gigitiruan, karena mungkin penderita berpikir, bahwa bila ada gigitiruan

dalam mulut dapat mengganggu keselamatan dirinya (Marbach, 1985).

Pengalaman penderita memakai gigitiruan yang sudah memenuhi syarat akan tetapi penderita tidak dapat menyesuaikan diri dengan gigitiruannya, atau sebaliknya dapat dipakai sebagai acuan untuk menentukan masalah apa yang dialami penderita. Beberapa pengalaman akan tetap melekat pada tiap individu sesuai dengan pengembangan pribadi masing-masing. Pengalaman lain akan hilang sesuai dengan mekanisme penekanan Rangsangan rasa sakit berkaitan dengan aspek psikologik pada penderita sering terjadi reaksi ulang berkaitan dengan ansietas lama. Perawatan gigi dapat menimbulkan rasa sakit yang akan mengadakan reaksi kembali Secara psikologik rasa sakit dapat menimbulkan pengalaman traumatik yang mendalam. Reaksi semacam ini dapat dilihat pada penderita yang mengadakan reaksi berlebihan saat sedang dalam perawatan

Hadirin yang saya muliakan,

Perkenankanlah pada kesempatan ini saya memanjatkan puji syukur kepada Allah Subhaanahu wa ta'alaa atas taufik dan hidayahNya kepada saya dan seluruh keluarga saya.

Dengan terlaksananya upacara ini saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dan penghargaan setinggi-tingginya kepada:

Pemerintah Republik Indonesia c.q. Menteri Pendidikan Nasional atas kepercayaan yang telah diberikan kepada saya untuk memangku jabatan Guru Besar dalam ilmu Prostodonsia pada Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga,

Saudara Rektor Universitas Airlangga, Prof. Dr. Med. Puruhito, dr., SpBTKV, dan para anggota Senat Universitas Airlangga, atas persetujuan pengusulan saya sebagai Guru Besar, dan kesediaan menerima saya sebagai Guru Besar dalam lingkungan Saudara,

Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga, Prof. Dr. Moh Rubianto, drg, MS, SpPerio, atas kesediannya untuk mengusulkan saya sebagai Guru Besar,

Demikan juga kepada mantan Pembantu Dekan I FKG Unair, Prof. Dr. Mandojo Rukmo, drg., MSc., SpKG., mantan Pembantu Dekan II FKG Unair, drg. Irmawati, MS, SpKGA., dan mantan Pembantu Dekan III FKG Unair, drg. Adi Hapsoro, MS., atas bantuan dan dorongan moril dalam pengusulan saya sebagai Guru Besar,

Selanjutnya, kepada Ketua Bagian Prostodonsia, drg. Pramono Ragowo D, MS, SpPros; saya ucapkan terima kasih atas kesediaannya mengusulkan saya sebagai Guru Besar dalam mata kuliah Ilmu Prostodonsia, dan kepada seluruh sejawat di bagian Prostodonsia terima kasih atas kebersamaan selama lebih dari 38 tahun; semoga apa yang telah saya capai sekarang ini dapat segera diikuti oleh seluruh staf Prostodonsia di masa mendatang; maafkan juga saya, kalau saya tidak dapat memenuhi segala harapan dan keinginan yang ditujukan terhadap diri saya; dan juga kepada para staf non-edukatif di Laboratorium Prostodonsia, dan di klinik Laboratorium Prostodonsia, saya ucapkan terima kasih atas kebersamaan dan bantuannya selama ini.

Kepada almarhum Prof drg R Hartono, FADI, yang telah menerima saya sebagai asisten pada Bagian Protetiek tahun 1964, tak dapat saya lupakan begitu saja, saya mulai dari Asisten Perguruan Tinggi gol. E/II sampai sekarang menjadi Guru Besar di bagian Prostodonsia; selain sebagai dosen, saya juga mengucapkan terima kasih sedalam-dalamnya atas kesediaannya menjadi promotor disertasi program doktor, di mana di tengah kesibukannya masih sempat mendorong, memberi nasehat, mendidik dan membimbing saya yang sangat bermanfaat dalam bidang keilmuan. Juga kepada drg. Toetiasih Hartono, yang juga saya anggap sebagai 'kakak', saya ucapkan terima kasih atas segala-galanya dan kebersaman kita selama ini.

Tak lupa kepada Prof. Taizo Hamada, DDS., PhD., Chairman of the Department of Prosthetic Dentistry, School of Dentistry, Hiroshima University, yang telah bersedia menjadi 'advisor' untuk disertasi saya, dan juga selama saya berkonsultasi ke Hiroshima University beberapa kali untuk melakukan diskusi dan penelusuran 'scientific papers' dan 'literature search' baik di 'mini' maupun di 'main library', terima kasih saya ucapkan.

Demikian juga kepada Prof. WF Maramis, dr., SpKJ, ko-promotor, dan dosen ketika saya mengikuti pendidikan di program Pascasarjana Universitas Airlangga, saya ucapkan terima kasih.

Tak lupa juga saya ucapkan terima kasih kepada Widodo JP, dr. MS, MPh, DrP.H yang telah membantu saya sebagai konsultan pada waktu saya mengikuti pendidikan di program pascasarjana Universitas Airlangga.

Saya juga mengucapkan terima kasih kepada Directeur Staatsdrukkerij & Uitgeverij Den Haag, Mr. Oltheeten, dan penghubung proyek kerjasama Belanda-Indonesia dalam bidang Grafika, Mr. Akse, yang telah memberi kesempatan kepada saya untuk melakukan 'on the job training' dalam bidang penerbitan dan percetakan untuk Airlangga University Press pada tahun 1970/ 1971 dan 1977.

Teringat saya ketika memperoleh kesempatan mengikuti dan menyelesaikan pendidikan pascasarjana di Amerika, sehingga saya bisa berbicara dalam bahasa 'Journalism and Mass Communication'; terima kasih saya ucapkan kepada semua 'faculty member' di 'Department of Journalism and Mass Communication', Iowa State University, Ames, Iowa, khususnya kepada Prof. Dr. J Paul Yarbrough, Prof. Dr. Clifford W Scherer, dan Prof. Dr. Mack C Shelly yang bertindak sebagai 'advisor' dan penguji dalam penulisan thesis saya mengenai 'A Plan for Developing a Journalism Curriculum at the University of Airlangga Indonesia'.

Para mantan guru saya di SR Katholik 'St. Dionysius' Malang, di SMP Bagian B Praban Surabaya, di SMA Bagian B Widjayakusuma Surabaya, dan para dosen ketika saya mengikuti pendidikan dokter gigi di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga, antara lain Prof. R.M. Gardjito (almarhum), Prof. Soedarmadi (almarhum), Prof. R. Hartono (almarhum), Prof. H R Prajitno, Prof. Dr. Moetmainah Prajitno, Prof. IGN Rai, para staf pengajar di program Pascasarjana Universitas Airlangga, dan para staf pengajar lainnya yang tidak dapat saya sebut satu persatu, penghargaan dan ucapan terima kasih sebesar-besarnya saya sampaikan dengan tulus, sebab tanpa bimbingan dan pendidikan yang telah saya peroleh, tidak mungkin saya bisa mencapai tingkat tertinggi sebagai staf pengajar seperti sekarang ini.

Rasanya belum lengkap kalau ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada semua staf non-edukatif Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga, dari bagian Pendidikan, bagian Keuangan dan Kepegawaian, bagian Umum dan Perlengkapan, yang telah membantu kelancaran kerja saya yang berkaitan dengan pendidikan dan adminstrasi.

Kepada Dr. Sherman Salim, drg., MS, SpPros, selaku Ketua panitia pengukuhan Guru Besar dari bagian Prostodonsia Fakultas Kedokteran Gigi, beserta seluruh anggota panitia, dan juga dr. Fery Hudowo Soedewo,MS., SpPK(K), selaku ketua panitia pengukuhan Guru Besar dari bagian Patologi Klinik Fakultas Kedokteran, beserta seluruh anggota panitia, yang pada hari ini bersama-sama menyelenggarakan upacara pengukuhan Guru Besar, untuk saya dan Prof. Dr. Indro Handojo, dr, SpPK(K) saya ucapkan terima kasih atas segala jerih payah hingga terlaksana dan berakhirnya semua acara ini dengan lancar dan baik.

Kepada seluruh karyawan Airlangga University Press, termasuk Sdri. Wati, koordinator Pemasaran; Sdr. Akhwan, koordinator Produksi; Sdri. Aminah, koordinator Penerbitan dan Pracetak; Sdr. Djoko, koordinator Administrasi Umum; Sdri. Sri,

Wakil koordinator Keuangan, dan Sdri. Tiajem; Wakil koordinator Akuntansi; saya ucapkan terima kasih atas kebersamaan dan kerjasamanya sejak tahun 1970 hingga tahun 1981 dan sejak tahun 1999 hingga sekarang.

Kepada almarhum ayah, Abdul Razak, almarhumah ibu, G Razak, yang telah mengasuh, membesarkan, mendidik dengan penuh kesabaran dan kasih sayang, saya mengucapkan terima kasih, semoga arwah beliau dapat diterima di sisi Allah SWT. Demikian juga kepada kakak kandung saya Raznankesje beserta suami Azril Moenzil, SH, saya ucapkan terima kasih atas segala bimbingan, nasehat, perhatian, dan bantuannya selama ini.

Saya sangat berhutang budi kepada istri saya yang tercinta, drg. Ratna Hartati Arifzan, MS, SpOrt, yang telah mendampingi saya sejak tahun 1967 hingga sekarang, membantu saya dengan susah payah dan penuh pengertian, disamping bekerja juga masih harus mengganti kedudukan saya sebagai kepala rumah tangga ketika saya 'absen' di Surabaya, dan juga masih harus menjadi ibu rumah tangga membimbing, membesarkan, dan mendidik ketiga putri saya, untuk itu semuanya hanya terima kasih saja yang dapat saya berikan. Dan kepada ketiga putri Firazanti, SPsi, drg. Riftizanti, dan Ariana Januatrizanti, SH, CN., maafkan ayah atas 'kehilangan' yang cukup lama sehingga tidak dapat mengiringi kalian bertiga di kala masa kanak-kanak hingga menginjak masa remaja dalam menghadapi berbagai macam 'kesukaran' dan 'tantangan' saat perjalanan menuju dunia 'dewasa'. Terima kasih atas kesabaran dan pengertian kalian semua, sehingga ayah dapat juga mencapai keadaan seperti sekarang di kala usia ayah sudah 'senja'.

Hadirin yang saya hormati,

Saya menyadari bahwa jabatan sebagai Guru Besar yang saya terima dalam upacara pengukuhan ini memberi tanggung jawab yang sangat besar kepada saya. Saya juga menyadari bahwa keberadaan saya di dunia pendidikan tinggi menuntut tanggung

jawab akademik yang berat dan besar. Semoga saya masih bisa berkiprah dan meneruskan apa yang saya miliki dan cita-citakan kepada seluruh sivitas akademika Universitas Airlangga, semua mahasiswa dan calon mahasiswa generasi penerus.

Semoga.

Sebagai akhir pidato ini, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua hadirin yang dengan penuh perhatian dan kesabaran telah mendengarkan pidato pengukuhan yang sederhana ini.

Wabillahittaufiq wal hidayah,
Wassalaamu'alaikum Warahmatullaahi Wabarakaatuh.

KEPUSTAKAAN

Arifzan Razak, 1995. Dimensi psiko-social dan kepuasan pemakai gigitiruan lengkap. Surabaya: Program Pascasarjana Unair.

Bliss CH, 1951. Psychologic factors involved in presenting denture service. J Prosthet Dent, 1: 49-63.

Chamberlain BB and Chamberlain KR, 1985. Depression: A Psychologic Consideration in Complete Denture Prosthodontics. J Prosthet Dent 53: 673-675.

Collett HA a, 1961. Background for Psychologic Conditioning of the Denture Patient. J Prosthet Dent 11: 608-616.

Collett HA b, 1967. Motivation: A Factor in Denture Treatment. J Prosthet Dent 17: 5-15.

Corah NL,1988. Dental Anxiety. Dent Clin North Am 32: 779-790.

Corah NL, O'Shea RM, Bissell GD, 1985. The dentist patient relationship: perceptions by patients of dentist behavior in relation to satisfaction and anxiety. J Prosthet Dent 111: 443-446.

Corcoran K and Fischer J, 1987. Measures for Clinical Practice. New York: The Free Press, pp 132-136.

Fagan MJ, Ismail JYH, Mefert RM, Fagan III MJ, 1990. Implant Prosthodontics. Chicago: Year Book of Medical Publishers, Inc.

Fishbein M and Ajzen I, 1975. Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Philippines: Addison-Wesley Publishing Company, Inc., pp 21-52; 120-122.

Friedman N, Landesman HM, Wexler M, 1987. The Influences of Fear, Anxiety, and Depression on Patient's Adaptive Responses to Complete Dentures. Part I. J Prosthet Dent 58: 687-689.

Grieder A, 1973. Psychologic aspect of prosthodontics. J Prosthet Dent, 30, 3: 736-744.

Hickey CJ, Zarb GA, Bolender CL, 1985. Boucher's Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients. St. Louis: The CV. Mosby Company, p 504.

Kartini Kartono dan Dali Gulo, 1987. Kamus Psikologi. Bandung: Pionir Jaya, hlm 24-26, 35, 290.

Klepac RK, 1988. Behavioral treatments for adult dental avoidance-A stepcare approach J prosthet dent 32: 705-714.

Krech D, Crutchfield RS, Ballachey EL, 1962. Individual in Society. Tokyo: McGraw-Hill Kogakusha, Ltd., pp 3-14.

Leigh H, Reiser MF, 1992. The Patient. New York: Plenum Medical Book Company.

Marbach JJ, 1985. Psychological factors for failure to adapt to dental prostheses. J Prosthet Dent 29: 215-233.

McGivney GP, Carr A B, 2000. McCracken's Removable Partial Prosthodontics. St. Louis: CV Mosby Comp.

Miller AA, 1970. Psychological Considerations in Dentistry. J Am Dent Assoc 81: 941-46.

Pederen, PH, Loe H, 1996. Textbook of Geriatric Dentistry. Copenhagen: Munksgaard

Pilling LF, 1973. Emotional Aspects of Prosthodontic Patients. J Prosthet Dent 30: 514-515.

Rahn AO and Heartwell Jr CM, 1993. Textbook of Complete Dentures. Philadelphia: Lea & Febiger.

Rubin JG, Slavin M. Krochak M. 1988. The Psychodynamics of Dental Anxiety and Dental Phobia. Dent Clin North Am 32: 647-656.

Sharry JJ, 1974. Complete Denture Prosthodontics. 3rd. ed. New York: McGraw-Hill Book Company, pp 287, 361-367.

Shillingburg HT, Hobo S, Whitset LD, Bracket SE, 1997. Chicago: Quintessence Publishing Co. Inc.

Silverman SE, 1958. The Psychologic Considerations in Denture Prosthesis. J Prosthet Dent 8: 582-599.

de Van MM,1951. Physical, Biological, and Psychological Factors to be considered in the construction of Dentures. J Am Dent Assoc 42: 290-293.

Zarb GA, Bolender CL, Hickey JC, Carlsson GE, 1990. Boucher's Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients. St Louis: The CV. Mosby Comp, pp 51-122, 166-174.

RIWAYAT HIDUP

DATA PRIBADI

Nama Lengkap	:	Prof.Dr.drg. Arifzan Razak, M.Sc., Sp.Pros.
NIP	:	130238902
Tempat/tanggal lahir	:	Surabaya, 6 Maret 1938
Agama	:	Islam
Status perkawinan	:	Menikah
Nama Istri	:	drg. Ratna Hartati, M.S., SpOrt.
Jumlah Anak	:	3 (tiga) orang
Nama Anak	:	1. Firazanti, SPsi - Drs R Hery Priajanto, 2. drg. Riftizanti - Moch. Hariadi, ST 3. Ariana Januatrizanti, SH, CN.
Pangkat/Golongan	:	Pembina (IV/b)
Jabatan	:	Guru Besar dalam mata kuliah Prostodonsia

RIWAYAT PENDIDIKAN

Pendidikan Dasar dan Menengah

Tahun 1949 : lulus SR Katholik St. Dionysius, Malang
Tahun 1952 : lulus SMP Bagian B, Surabaya
Tahun 1956 : lulus SMA Bagian B, Surabaya

Pendidikan Tinggi

Tahun 1965 : lulus Sarjana Kedokteran Gigi (Drs. Medicinea Dentalis), Universitas Airlangga, Surabaya
Tahun 1966 : lulus Fakultas Kedokteran Gigi (Dokter Gigi), Universitas Airlangga, Surabaya

Tahun 1988 : lulus S2 (Master of Science) Journalism & Mass Communication, Iowa State University, Ames, Iowa

Tahun 1995 : lulus S3 (Doktor dalam Ilmu Kesehatan) Program Pascasarjana, Universitas Airlangga, Surabaya

Pendidikan Tambahan

Tahun 1970-1971 : Directeur Universitaire Pers (on the job training), Den Haag, Belanda

Tahun 1977 : Distribution & Marketing Scientific Publication, Den Haag, Belanda

RIWAYAT PEKERJAAN

Jabatan Struktural

Tahun 1970 : Kabag. Perlengkapan, FKG Universitas Airlangga, Surabaya

Tahun 1970-1972 : Wakil Kepala/Sekretaris Bagian Teknik Gigi, FKG Universitas Airlangga, Surabaya

Tahun 1972-1975 : Pd. Kabag. Teknik Gigi, FKG Universitas Airlangga

Tahun 1970-1973 : Plh. Kepala Airlangga University Press, Universitas Airlangga, Surabaya

Tahun 1973-1981 : Direktur Airlangga University Press, Universitas Airlangga

Tahun 1985-1986 : Tenaga ahli pengembangan institusi, Universitas Airlangga, Dirjen Dikti, Departemen Pendidikan & Kebudayaan.

Tahun 1982-1990 : Ketua Pengelola Lab. Teknik Gigi II, FKG Universitas Airlangga

Tahun 1999-sekarang : Direktur Airlangga University Press, Universitas Airlangga

Pangkat (Golongan)

1 Juli 1964	:	E/II
1 Agustus 1968	:	F/II
1 Januari 1968	:	Penata Muda (III/a)
1 Januari 1968	:	Penata Muda Tk. I (III/b)
1 April 1973	:	Penata (III/c)
1 Oktober 1980	:	Penata Tk. I (III/d)
1 April 1985	:	Pembina (IV/a)
1 April 1998	:	Pembina Tk. I (IV/b)

Jabatan Fungsional

1 Juli 1964	Asisten Perguruan Tinggi
1 Agustus 1968	Asisten Ahli
1 Januari 1968	Asisten Ahli Madya
1 Januari 1968	Asisten Ahli (Impassing)
1 April 1973	Lektor Muda
1 Oktober 1980	Lektor Madya
1 April 1985	Lektor
1 Januari 1998	Lektor Kepala
1 Januari 2001	Lektor Kepala (Impassing)
1 November 2002	Guru Besar

KEANGGOTAAN ORGANISASI/PROFESI

Dalam Negeri

Tahun 1967-sekarang	Anggota PDGI, Surabaya
Tahun 1973-sekarang	Anggota IPROSI, Surabaya
Tahun 1999-2002	Kepala Bidang Pendidikan & Latihan, IKAPI Jawa Timur
Tahun 2002-sekarang :	Dewan Penasehat IKAPI Jawa Timur

Luar Negeri

Tahun 1981-1986 : Anggota International Communication Association, USA.

Tahun 1981-1986 : Anggota Association of Education in Journalism & Mass Communication

TANDA JASA

1993 : Satyalancana Karya Satya klas III

KARYA ILMIAH

Sebagai Penulis Utama

Karya ilmiah Internasional : 2 judul

Karya ilmiah Nasional : 19 judul

Buku : 1 judul (A Plan for Developing a Journalism Curriculum at the University of Airlangga Indonesia)