



**PENANGANAN AMELOBLASTOMA  
di RSUD Dr. SOEBANDI JEMBER  
( Studi Deskripsi Retrospektif )**

**KARYA TULIS ILMIAH  
( SKRIPSI )**

**Diajukan Sebagai salah satu syarat guna memperoleh  
Gelar Sarjana S-1 pada Fakultas Kedokteran Gigi  
Universitas Jember**



**Pembimbing :**

**drg. Budi Sumarsetyo, Sp. BM (DPU)  
drg. Suko Wirjono (DPA)**

**Oleh:**

***Dhanni Gustiana***

**G 10195204**

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI  
UNIVERSITAS JEMBER**

**2000**

9  
Klasifikasi  
616.992  
GUS  
P  
e.1

21 AUG 2000  
10'2 837

**PENANGANAN AMELOBLASTOMA**

**di RSUD dr SOEBANDI JEMBER**

(Studi Deskripsi Retrospektif)

**Karya Tulis Ilmiah**

(Skripsi)

**Diajukan Sebagai salah satu syarat guna memperoleh  
Gelar Sarjana S-1 pada Fakultas Kedokteran Gigi  
Universitas Jember**

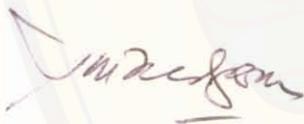
Oleh:

**Dhanni Gustiana**

G 10195204

Dosen Pembimbing Utama

Dosen Pembimbing Anggota



**drg. Budi Sumarsetyo, Sp. BM**

NIP . 140 809 686

**drg. Suko Wirjono**

NIP . 140 098 974

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI  
UNIVERSITAS JEMBER**

**2000**

Diterima oleh :

Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember

Sebagai Karya Tulis Ilmiah (skripsi)

Dipertahankan pada

Hari : Sabtu

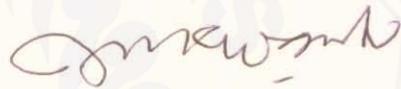
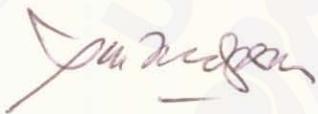
Tanggal : 4 Maret 2000

Tempat : Fakultas Kedokteran Gigi  
Universitas Jember

Tim Penguji,

Ketua,

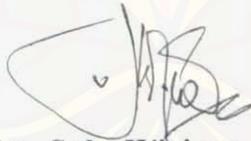
Sekretaris



drg. Budi Sumarsetyo, Sp. BM  
NIP . 140 809 686

drg. Purwanto M.Kes  
NIP . 131 601 509

Anggota



drg. Suko Wirjono  
NIP . 140 098 974

Mengesahkan  
Dekan Fakultas Kedokteran Gigi  
Universitas Jember



drg. Bob Soebijantoro, MSc., Sp. Prost  
NIP . 130 238 901

Allah memberikan rezeki kepada hamba-Nya sesuai dengan kegiatan dan kemauan keras serta ambisinya (HR. Ath-Thusi)

Apa yang ada dibelakang kita dan apa yang ada didepan kita merupakan persoalan kecil dibanding dengan apa yang ada dalam diri kita.

(Ralph Waldo Emerson)

Ya Allah beri saya keberanian untuk mengubah apa yang dapat saya ubah, kesabaran untuk menerima apa yang tidak dapat diubah dan kebijaksanaan untuk mengetahui bedanya.

( Zig Ziglar – Doa seorang Gelandangan)

The More i push my spirit, the more i loose my limit. Just do the first and God will do the rest.

(N.N)

Dan hamba-hamba Allah yang maha penyayang itu (ialah) orang-orang yang berjalan diatas bumi dengan rendah hati.....

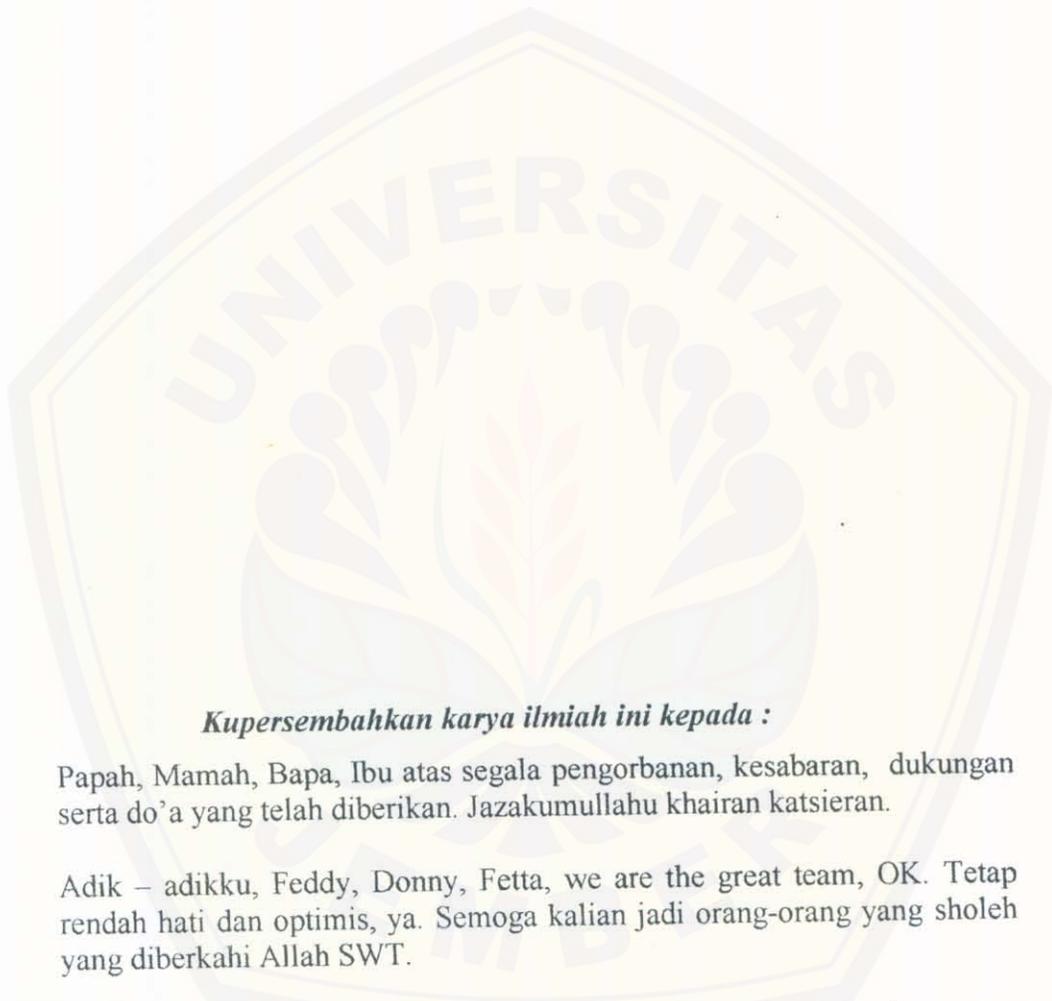
( Al Qur'an – Al Furqaan 63)

Tataplah hari esok dengan senyummy dan hari esok akan menyongsongmu dengan senyumnya.

(N.N)

Jika kita tidak punya mimpi, kita tidak punya apa-apa untuk dikerjakan.

(Valerie Khoo)



***Kupersembahkan karya ilmiah ini kepada :***

Papah, Mamah, Bapa, Ibu atas segala pengorbanan, kesabaran, dukungan serta do'a yang telah diberikan. Jazakumullahu khairan katsieran.

Adik – adikku, Feddy, Donny, Fetta, we are the great team, OK. Tetap rendah hati dan optimis, ya. Semoga kalian jadi orang-orang yang sholeh yang diberkahi Allah SWT.

Almamaterku, Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember yang kujunjung tinggi. Insya Allah saya akan berusaha optimal dengan bekal ilmu yang telah diberikan.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena dengan segala RahmatNya, maka penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Tertulis yang berjudul **“Penanganan Ameloblastoma di RSUD dr Soebandi Jember”**. Karya ilmiah tertulis ini merupakan studi deskriptif retrospektif.

Penyusunan karya ilmiah tertulis ini diselesaikan guna memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Dokter Gigi pada Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember. Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. **Drg. Bob Soebijantoro, M.Sc. Sp. Prost.** selaku Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember.
2. **Drg. Budi Sumarsetyo, Sp. BM.** selaku dosen pembimbing utama dan **Drg. Suko Wirjono** selaku dosen pembimbing anggota yang telah banyak memberikan pengarahan dan petunjuk serta bimbingan sehingga karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan.
3. **Direktur RSUD dr Soebandi , Ketua SMF Penyakit Bedah** serta **kepala Perencanaan Rekam Medik**, yang telah membantu memberikan fasilitas dan mengikuti pelaksanaan operasi Ameloblastoma dan mengcopy data.
4. **Rekan – rekan angkatan 94’**, para **‘senator’** dan **aktivis Islamic Dentistry** serta semua pihak yang telah memberikan bantuan dan dukungan dalam penyusunan dan penelitian sehingga karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan.

Penulis berupaya untuk menyelesaikan penulisan ini sebaik-baiknya, tetapi penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan yang perlu disempurnakan maka diharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun dari pembaca.

Semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua, Amin.

Jember, Maret 2000

Penulis

DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	vii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	ix
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	x
<b>RINGKASAN</b> .....	xi
<b>I. PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1. Latar Belakang Masalah .....	1
1.2. Perumusan Masalah .....	2
1.3. Tujuan Penelitian .....	2
1.4. Manfaat Penelitian .....	3
<b>II. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	4
2.1. Terminologi .....	4
2.2. Etiologi dan Patogenesis .....	4
2.3. Epidemiologi .....	5
2.4. Gambaran Klinis .....	5
2.5. Gambaran Radiologis .....	6
2.6. Gambaran Patologis .....	7
2.7. Hubungan Ameloblastoma Dengan Kista Dentigerous .....	8
2.8. Penatalaksanaan Ameloblastoma .....	8
2.9. Gambar Proses Operasi Ameloblastoma .....	9

<b>III. METODE PENELITIAN</b> .....	14
3.1. Tempat dan Waktu Penelitian .....	14
3.2. Metode Penelitian .....	14
3.3. Data yang dihimpun .....	14
3.4. Bagan Proses Penelitian Deskriptif Retrospektif Penanganan Ameloblastoma di RSUD dr Soebandi Jember .....	15
<b>IV. HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	16
Tabel 1. Distribusi Data Penderita Ameloblastoma berdasarkan Tingkat Usia .....	16
Tabel 2. Distribusi Data Umum Penderita Ameloblastoma.....	17
Tabel 3. Distribusi Data Penderita Ameloblastoma berdasarkan Pekerjaan.....	18
<b>VI. KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	25
6.1. Kesimpulan .....	25
6.2. Saran .....	25
<b>VII. DAFTAR PUSTAKA</b> .....	26
<b>LAMPIRAN</b>	

**DAFTAR TABEL**

TABEL	HALAMAN
1. Distribusi Penderita Ameloblastoma Berdasarkan Usia	16
2. Distribusi Umum Penderita Ameloblastoma	17
3. Distribusi Penderita Ameloblastoma Berdasarkan Pekerjaan	18

RINGKASAN

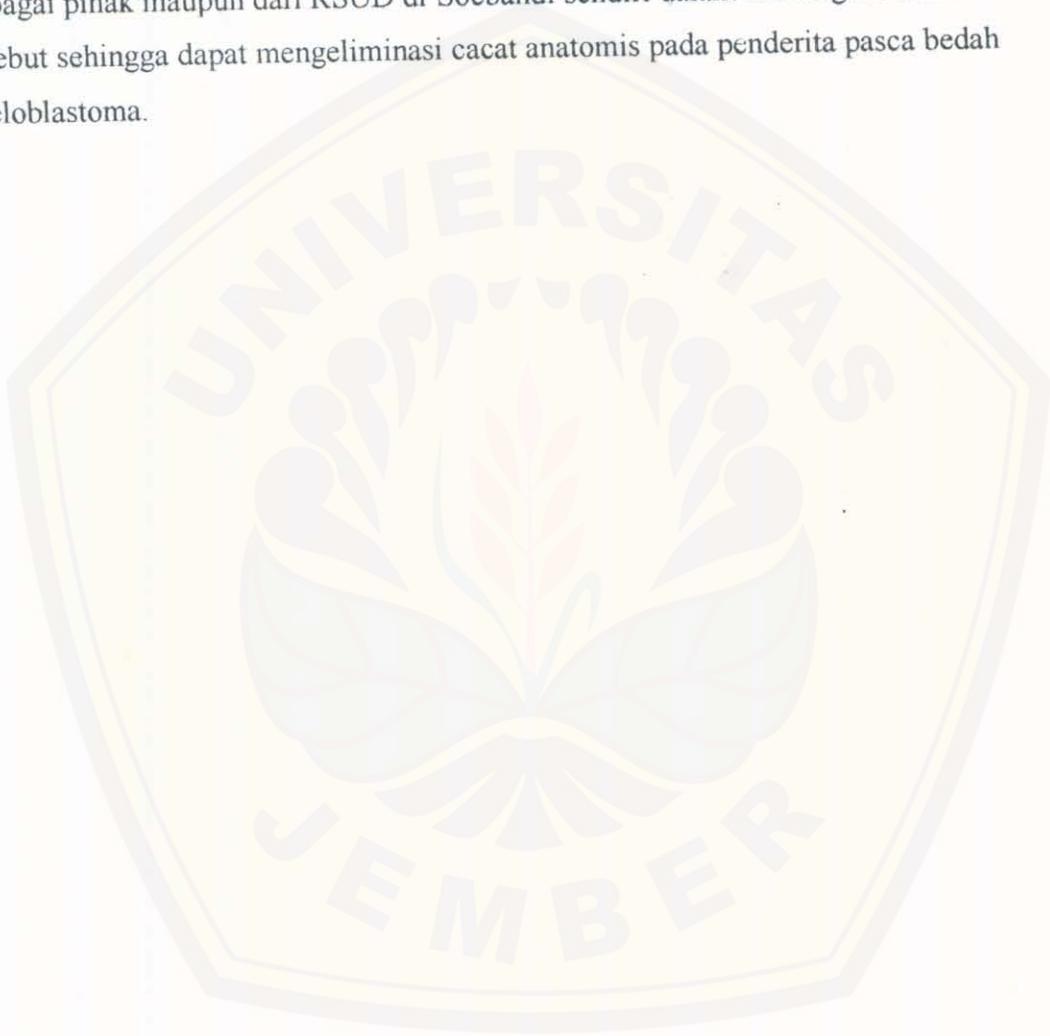
**DHANNI GUSTIANA. NIM. 951610101204. Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember. Penanganan Ameloblastoma di RSUD dr. Soebandi Jember dibawah bimbingan Drg. Budi Sumarsetyo Sp. BM selaku (DPU) dan Drg. Suko Wirjono selaku (DPA).**

Ameloblastoma adalah suatu tumor jinak yang terdiri atas epitel odontogenik dan hanya ditemukan di daerah rahang. Proses pertumbuhan ameloblastoma lambat sehingga sering penderita memeriksakannya setelah tumor mencapai ukuran besar dan parah. Pada stadium awal Ameloblastoma jarang memberikan keluhan dan secara kebetulan ditemukan pada pemeriksaan radiologi rutin atau penderita sendiri merasakan salah satu sisi rahang atau wajahnya lebih besar. Ameloblastoma dapat terjadi disemua usia namun sering dijumpai pada usia tiga puluhan. Tumor ini 80 persen terjadi pada mandibula sedangkan sisanya pada maksila.

Ameloblastoma bersifat invasif sehingga mudah sekali residif meskipun sudah diusahakan perawatan yang tepat dan sempurna, oleh karena itu perlu pengawasan pasca bedah yang baik dari penderita serta dianjurkan pengangkatan massa tumor secara keseluruhan (radikal) dengan mengikut sertakan jaringan sehat sekitarnya. Namun demikian tindakan bedah radikal hemimandibulektomi atau maksilektomi akan mengakibatkan kerusakan anatomis yang cukup besar.

Penelitian ini merupakan studi deskriptif retrospektif yang memberikan gambaran lengkap tentang keadaan yang diteliti dan menghimpun fakta terhadap fenomena tertentu tetapi tidak melakukan uji hipotesa. Penelitian dilakukan di RSUD dr Soebandi Jember, dengan menghimpun data penderita ameloblastoma sebanyak 18 orang dari kartu status penderita ameloblastoma mulai Januari 1992 sampai dengan September 1999.

Dari hasil penelitian didapat berbagai kendala dalam penanganan ameloblastoma di RSUD dr Soebandi Jember, yang paling sering adalah masalah ketidakmampuan biaya yang dialami oleh sebagian besar penderita ameloblastoma di RSUD dr Soebandi Jember sehingga sangat berpengaruh pada kesempurnaan perawatan. Untuk itu perlu bantuan dari Pemerintah Daerah, berbagai pihak maupun dari RSUD dr Soebandi sendiri dalam menangani masalah tersebut sehingga dapat mengeliminasi cacat anatomis pada penderita pasca bedah ameloblastoma.



## I. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Ameloblastoma adalah suatu tumor jinak yang terdiri atas epitel odontogenik dan hanya ditemukan di daerah rahang (Cawson,1984:178). Proses pertumbuhan ameloblastoma lambat dan jarang memberikan keluhan, sehingga sering penderita memeriksakannya setelah tumor mencapai ukuran besar dan parah (Thoma, 1969:990).

Ameloblastoma dapat terjadi pada setiap tingkat usia, paling sering terjadi antara umur 20-30 tahun (Archer,1975:635), jarang ditemukan pada anak-anak dan penderita tertua ditemukan berumur 80 tahun (Cornelius dan Hoyt, 1990:435). Menurut Hendarmin (1983:92) 80 persen ameloblastoma terjadi pada mandibula dari insiden tersebut 70 persen terjadi di daerah molar dan ramus, 20 persen di daerah premolar dan 10 persen di daerah simfisis sisanya terjadi pada maksilla, dimana 80 persen di daerah molar dan anthrum, 10 persen di daerah premolar dan 10 persen di daerah lain.

Ameloblastoma, karena sifatnya yang invasif mudah sekali residif meskipun sudah diusahakan perawatan yang tepat dan sempurna, oleh karena itu perlu pengawasan pasca bedah yang teratur dan kerjasama yang baik dari penderita (Archer, 1975:737).

Perawatan ameloblastoma yang pernah dilaporkan adalah radioterapi, pemakaian *sklerosan*, enukleasi, eksisi intra oral, eksisi ekstra oral, peripheral osteotomi, eksisi blok, hemimandibulektomi (Thoma, 1969: 991-105) dan (Anda, 1948 ; Schultz dan Varizani, 1960 dalam Hendarmin, 1983:95-98). Pembedahan yang tidak sempurna dapat merangsang sel-sel tumor untuk kambuh kembali (Tiecke,1965 dalam Hendarmin, 1983:93). Untuk menghindari residif Archer (1976:739) menganjurkan pengangkatan massa tumor secara keseluruhan (radikal) dengan mengikutsertakan jaringan yang sehat di sekitarnya. Tindakan bedah radikal mandibulektomi dan maksilektomi mengakibatkan kerusakan anatomis yang cukup besar.

Tulang yang hilang dapat diganti dengan cara tandur ulang tulang yang diambil dari tulang iliaka atau rusuk penderita atau dengan *bone cement (polymetakrilat)* atau metal (*tantalum wire*) (Thoma ,1969:1003). Ameloblastoma disebut juga tumor yang ganas secara klinik walaupun insidensinya hanya satu persen dari seluruh tumor rongga mulut (Cornelius dan Hoyt, 1990:435) karena kerusakan yang diakibatkan cukup besar dan banyak kendala yang mempengaruhi kesempurnaan perawatan maka perlu diadakan penelitian mengenai kendala yang mempengaruhi penanganan ameloblastoma. Kesempurnaan perawatan yaitu angka residif ditekan, deformitas wajah minimal dan fungsi kunyah maksimal. Data diambil dari bagian bedah RSUD dr Soebandi tahun 1992 sampai 1999. Berbagai variabel yang mungkin berpengaruh terhadap penatalaksanaan ameloblastoma misalnya faktor ekonomi, tidak adanya rasa sakit dan pertumbuhan yang lambat, ketakutan kehilangan fungsi kunyah dan sebagainya dianalisa.

## **1.2 Perumusan masalah**

Berdasarkan pada uraian diatas, tentang pencapaian hasil perawatan ameloblastoma yang tepat dan sempurna maka diajukan perumusan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana penanganan ameloblastoma di RSUD dr Soebandi ?
2. Apa yang menjadi kendala penanganan ameloblastoma di RSUD dr Soebandi Jember ?

## **1.3 Tujuan Penelitian :**

Mengetahui bagaimana penanganan dan apa yang menjadi kendala penanganan ameloblastoma di RSUD dr Soebandi Jember.

## 1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai informasi tentang penanganan ameloblastoma di RSUD dr Soebandi Jember dan dapat digunakan untuk peningkatan hasil perawatan penderita pada umumnya, dan secara khusus untuk penderita ameloblastoma dapat memperoleh perawatan yang tepat dan akurat dengan mengetahui kendalanya.



## II. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Terminologi

Pertama kali ameloblastoma dilaporkan oleh Broca pada tahun 1868 dan pembicaraan lebih rinci oleh Falkson (1879). Beberapa waktu kemudian Malassez (1885) memperkenalkan ameloblastoma dengan nama *Adamantiepitelioma* atau *adamantinoma* (Broca, 1868 ; Falkson, 1879 ; Malassez , 1885 dalam Shafer, 1983: 276)

Beberapa nama kemudian menyusul antara lain : Adamantinoblastoma, enameloblastoma, epitel odontoma, kista multilokular dan adamantoblastoma. Tetapi menurut Churchill dan Ivy (1932) dalam Hendarmin (1983:90) nama ameloblastoma lebih tepat dan paling banyak digunakan hingga saat ini.

Pada tahun 1965, Baden dalam Hendarmin (1983:90) mempublikasikan sebuah naskah lengkap mengenai aspek historis terminologi tumor ini, dikatakan tidak kurang dari 50 nama telah dipakai sejak awal publikasi. Menurut nama *Odontogenik epithelioma* lebih tepat oleh karena jelas menyatakan sifat jinak, asal usul serta komponen jaringan tumor tersebut .

### 2.2 Etiologi dan Patogenesis

Ameloblastoma berasal dari pembentukan jaringan gigi, termasuk di dalamnya pembentukan enamel gigi. Ameloblastoma timbul dari *cell rest enamel organ*, dari pertumbuhan organ enamel dan dari sel basal mukosa mulut, tumbuh lambat dan lokal invasif.(Neville, dkk, 1995:512)

Pembentukan ameloblastoma menurut Shafer ( 1983:277) berasal dari :

1. enamel organ,
2. lapisan epitel dari kista odontogenik, terutama kista dentigerous,
3. *cell rest* dari Malassez dan Serres, dan
4. mukosa mulut.

## 2.3 Epidemiologi

Dari data statistik ameloblastoma ditemukan relatif kecil yaitu hanya sekitar satu persen dari seluruh tumor di rongga mulut dan 11 persen dari seluruh tumor odontogenik (Cornelius dan Hoyt, 1990:435), dan di temukan baik pada mandibula maupun maksila, tidak ditemukan perbedaan distribusi ameloblastoma antara pria dan wanita (Sugimura , 1969 dalam Hendarmin, 1960:91).

Ameloblastoma terdapat 80 persen pada mandibula sedangkan sisanya pada maksila. Pada mandibula dan maksila mayoritas 80 persen pada regio molar dan 10-20 persen pada regio premolar (Hendarmin, 1983:92).

Small dan Waldron (1955) dalam Hendarmin (1983:91) menyelidiki 1036 kasus ameloblastoma, ditemukan angka rata-rata umur penderita adalah 32.74 tahun, sedangkan, menurut Nakamura (1986) dan Eversole (1990) dalam Cornelius dan Hoyt (1990.435) usia rata-rata dari penderita adalah 22 tahun. Beberapa laporan menyebutkan kecenderungan distribusi ameloblastoma lebih tinggi terjadi pada penderita kulit berwarna dibandingkan dengan penduduk kulit putih (Thoma, 1969:990)

## 2.4 Gambaran klinis

Ameloblastoma merupakan tumor jinak dengan pertumbuhan yang lambat, lokal ekspansif, infiltratif dan seringkali rekuren (Archer, 1975:179), bahkan pada beberapa kasus pernah dilaporkan bahwa tumor ini dapat bermetastasis atau secara histologik berkembang menjadi ganas. Oleh karena itu timbulah istilah malignan ameloblastoma (Yaacob dan Ling , 1982:1). Seringkali ameloblastoma tidak terdeteksi secara dini oleh karena tidak memberikan keluhan pada stadium awal, kecuali secara kebetulan ditemukan pada pemeriksaan radiologi rutin atau penderita sendiri merasakan salah satu sisi rahang atau wajahnya lebih besar dari sisi lainnya.

Tumor ini dapat meluas ke arah kortikal tulang sampai perbatasan tulang menjadi hancur (Kruger, 1974:570). Perluasan dapat ke arah bukal dan lingual berbeda dengan kista odontogenik perluasan hanya bukal saja, sementara tumor membesar, terjadi ekspansi tulang yang lambat laun menyebabkan deformitas muka, mukosa mulut tidak mengalami ulserasi tetapi tertarik tegang meliputi tumor tersebut. Pada maksila, tumor ini dapat meluas ke arah antrum, bahkan pada kasus yang ekstrim pembengkakan dapat mencapai dasar tengkorak (Hendarmin, 1983:92).

Pada palpasi, massa tumor tidak dapat digerakkan terhadap dasarnya, dan seringkali dapat dirasakan adanya lobul-lobul. Tulang yang meliputinya dapat bervariasi dari tebal keras, tipis seperti kulit telur atau berfluktuasi, bila massa tumor sudah menembus tulang kortikal. Gigi geligi pada daerah tumor biasanya berubah letak dan goyah. Bila tidak mengalami infeksi, biasanya ameloblastoma tidak menyebabkan rasa nyeri. Gangguan syaraf, baik sensoris maupun motoris jarang terjadi. Penderita yang memakai gigi tiruan, biasanya lebih cepat menyadari adanya pertumbuhan tumor, oleh karena gigi tiruannya menjadi tidak cocok lagi. Pada biopsi aspirasi, seringkali didapati cairan merah kecoklatan. (Hendarmin, 1983:92)

## 2.5 Gambaran Radiologis

Ameloblastoma mempunyai gambaran radiologis yang khas, terbagi dalam tiga macam gambaran klinikoradiologis yang didasarkan pada perbedaan terapi dan prognosis (Neville, dkk, 1995:512), yaitu :

1. unikistik atau monokistik (sekitar 13 % dari seluruh kasus),
2. multikistik atau tipe konvensional (sekitar 86 % dari seluruh kasus),
3. periferik atau *extraosseus* (sekitar satu persen dari seluruh kasus)

Ameloblastoma monokistik, tidak selalu dapat dibedakan dengan kista odontogenik, tetapi ada ciri khas yaitu dengan melihat pinggiran dari tulang dan letak gigi. Berbeda dengan kista odontogenik, pinggiran ameloblastoma tidak rata dan seperti membentuk lobul-lobul. Pada kista, mahkota gigi terdekat keluar dari gingiva kearah tepi kista, sedangkan pada ameloblastoma gigi tersebut dapat terletak di sembarang tempat karena terbenam dan terfiksir dalam jaringan tumor.

Ameloblastoma multikistik secara radiologis tampak sebagai *soap bubble appearance* (gambaran busa sabun) bila terlihat ruangan-ruangan kistik yang banyak dengan ukuran yang tidak sama besar atau bervariasi dan *honey comb appearance* (gambaran sarang lebah) bila terdiri dari ruangan kistik kecil-kecil dalam jumlah banyak dan ukuran hampir sama besar (Thoma, 1969:990-991).

## 2.6 Gambaran Patologis

Secara makroskopik, ameloblastoma dapat berbentuk solid, mikrokistik atau makrokistik, tetapi pada umumnya secara sekaligus atau bersamaan, mengandung ketiga bentuk tersebut. Oleh karenanya, kurang beralasan mengklasifikasikan ameloblastoma atas bentuk solid dan kistik secara terpisah. Isi rongga kista dapat bervariasi dari cairan jernih kekuningan, cairan merah kecoklatan hingga massa semi solid seperti gelatin, sedangkan bentuk solid merupakan massa lunak berwarna putih keabu-abuan atau kuning keabu-abuan (Hendarmin, 1983:94)

Mikroskopik, ameloblastoma terbagi dalam berbagai variasi yaitu folikuler, pleksiforma, akantomatus, sel basal dan sel granuler. Beberapa variasi lain yaitu adanya hialinisasi terutama jenis folikuler, *hemangio ameloblastoma* yang ditandai dengan banyaknya rongga-rongga berisi darah dan sering terdapat pada jenis pleksiforma, serta ameloblastoma yang berhubungan dengan suatu "neuroma" yaitu ameloblastoma yang kebetulan tumbuh berdekatan dengan suatu "neuroma" akibat operasi atau trauma (Lucas, 1972 dan Pindborg, 1971 dalam Hendarmin, 1983:94).

Berdasarkan gambaran histologis Thoma (1969:988) membagi ameloblastoma menjadi beberapa tipe yaitu *primitif*, *pleksiforma*, *stellate* dan *follikular* tergantung dari derajat diferensiasi selnya.

## 2.7 Hubungan Ameloblastoma dengan Kista Dentigerous

Kemungkinan berkembangnya ameloblastoma dari dinding epitel kista odontogenik, merupakan topik yang banyak mendapatkan perhatian pada beberapa dekade terakhir ini (Hendarmin, 1983:95). Yacoob dan Ling (1982:3) melaporkan sebuah kasus ameloblastoma yang berkembang dari dinding kista dentigerous atau kista follikuler. Ameloblastoma yang berkembang dari kista dentigerous akan berbeda pengelolaan penderitanya dari tipe yang *uncomplicated*.

## 2.8 Penatalaksanaan Ameloblastoma

Terapi yang dianjurkan adalah pengangkatan tumor secara keseluruhan dengan mengikutsertakan bagian tulang (spongiosa) yang sehat sejauh 0,5-1 cm dan apabila mungkin tetap mempertahankan kontinuitas mandibula melalui lapisan tulang kortikal atau kompakta (Hendarmin, 1983:89). Beberapa perawatan yang pernah dilakukan yaitu radioterapi, pemakaian sklerosan, enukleasi atau kuretase, intra oral blok eksisi, ekstra oral blok eksisi, periferal osteotomi, eksisi blok atau ostektomi periferal, reseksi segmental dan hemimandibulektomi : (Thoma, 1969:991-105), (Cawson, 1984:180) dan (Anda, 1948 dalam Hendarmin, 1983:96-98).

Ameloblastoma umumnya radioresisten, namun beberapa ahli melaporkan keberhasilan perawatan radioterapi terhadap ameloblastoma yang tidak dapat dioperasi lagi, namun demikian tetap dianjurkan untuk melakukan perawatan pembedahan sebagai perawatan pilihan.

Pemakaian Skerosan dalam terapi pernah dilakukan oleh Schultz dan Varizani (1960) dalam Hendarmin (1983:95) dengan cara menyuntikan lima sampai lima belas mililiter *Sodium Psylliate* ke dalam tumor setiap dua minggu sekali. Dikatakan setelah tiga bulan tumor itu mengecil dan gambaran histologik menunjukkan perubahan menjadi jaringan ikat. Tindakan kuretase bukanlah cara yang aman (Thoma, 1969:991) karena dikhawatirkan sel-sel tumor dapat meluas, karena tidak terambil seluruhnya. Eksisi blok pada tulang dengan kontinuitas pada rahang dapat dilakukan pada ameloblastoma yang besar. Insisi dapat dilakukan pada mukosa termasuk beberapa bagian yang melibatkan bagian tumor.

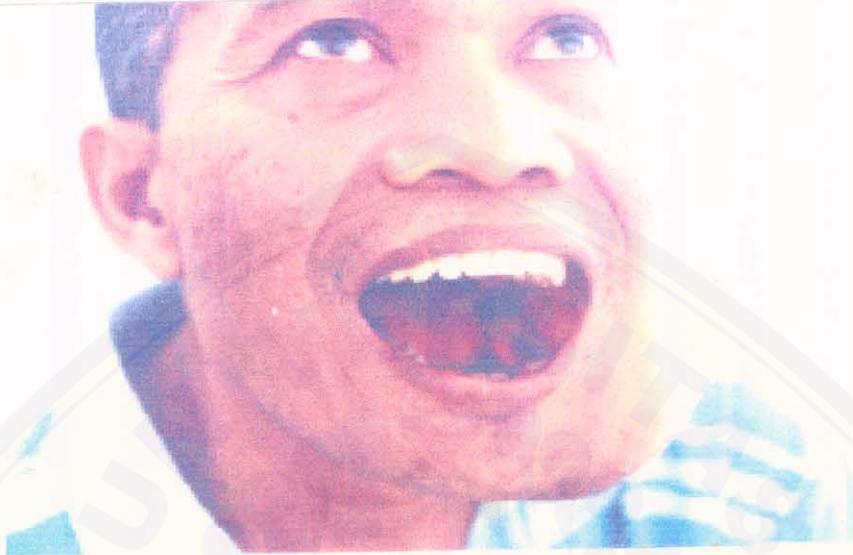
Pada pematangan mandibula dan bila dapat dilakukan tanpa kerusakan rongga mulut, blok eksisi dapat dilakukan dengan kombinasi *bone graft* (tandur tulang). *Bone graft* dapat berupa *autogenous bone graft*. *Homogenous bone graft* yang apabila dilakukan bersamaan dengan operasi tumornya yaitu dari tulang iliaka atau tulang rusuk. *Peripheral osteotomi* adalah tindakan pelengkap pada waktu eksisi, tetapi karena dapat mengganggu kontinuitas rahang, deformitas wajah dan cacat pada wajah sejauh mungkin dapat dihindarkan.

Eksisi blok atau ostektomi periferal berpedoman pada pendapat Kramer (1963) dalam Thoma (1969:997) bahwa sistem Harvesian dari tulang kompakta pada tepi bawah mandibula tidak terinvansi oleh sel-sel ameloblastoma, sehingga tepi bawah tersebut tidak direseksi kecuali bila kita meragukannya. Cara ini memungkinkan pengeluaran massa tumor secara keseluruhan, berikut tulang sehat sekitarnya sejauh 0.5-1 centimeter tetapi tetap tidak mengganggu kontinuitas rahang, dengan demikian cacat muka dapat dihindari dan tindakan rehabilitasi berupa pembuatan gigi tiruan lebih mudah dikerjakan. Pada ameloblastoma yang besar atau yang disebut *giant ameloblastoma* sangat mungkin massa tumor menembus lapisan tulang kompakta dan bersatu dengan jaringan lunak disekitarnya. Pada keadaan ini teknik eksisi blok atau ostektomi periferal kurang memadai sehingga harus dilakukan melalui pendekatan ekstra oral.

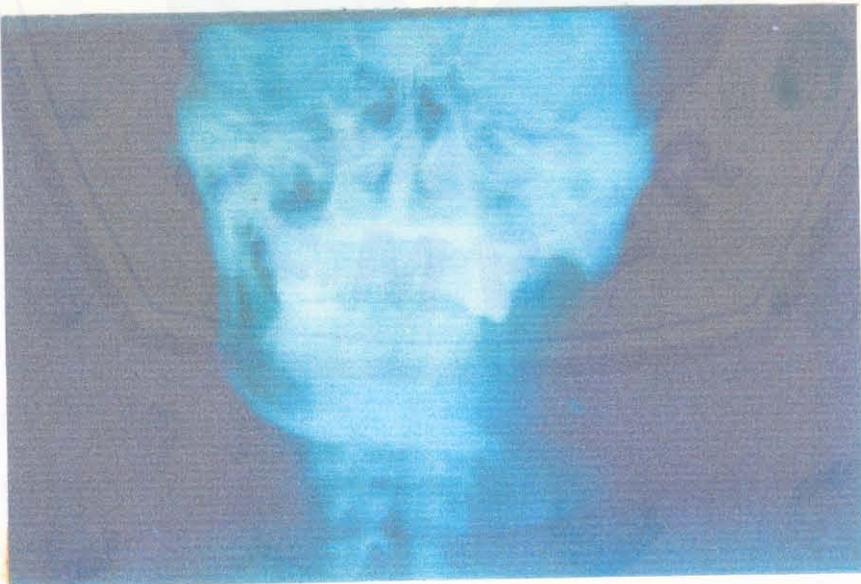
Pada maksila dapat berupa reseksi subtotal atau reseksi total, sedangkan pada mandibula dapat berupa reseksi sebagian atau hemimandibulektomi yang kesemuanya tergantung pada luasnya jaringan tumor. Dalam hal ini harus dipikirkan untuk melakukan rekonstruksi tulang rahang yang terputus baik dengan *bone graft* atau bahan lain (*allo graft*). *Bone graft* dapat berupa *autogenous bone graft*, *homogenous bone graft* ataupun *heterogenous bone graft* yang apabila mungkin dilakukan bersamaan dengan operasi tumornya yaitu tulang rusuk atau tulang *iliaka allograft*.

Di bagian Bedah Mulut FKG-UI, sejak 1978 telah dicoba suatu teknik operasi berdasarkan prinsip diatas dan hasilnya cukup memuaskan (Hendarmin, 1983:97). Metode perawatan ameloblastoma lainnya adalah dengan teknik *dredging* (Kawamura dkk, 1991:81-82) yaitu prosedur perawatan bedah konservatif dimana setelah dilakukan deflasi dan enukleasi atau hanya enukleasi saja, kemudian dilakukan pengerokkan beberapa kali dengan maksud untuk mempercepat pertumbuhan tulang baru dengan mengambil jaringan parut yang terdapat dalam kavitas.

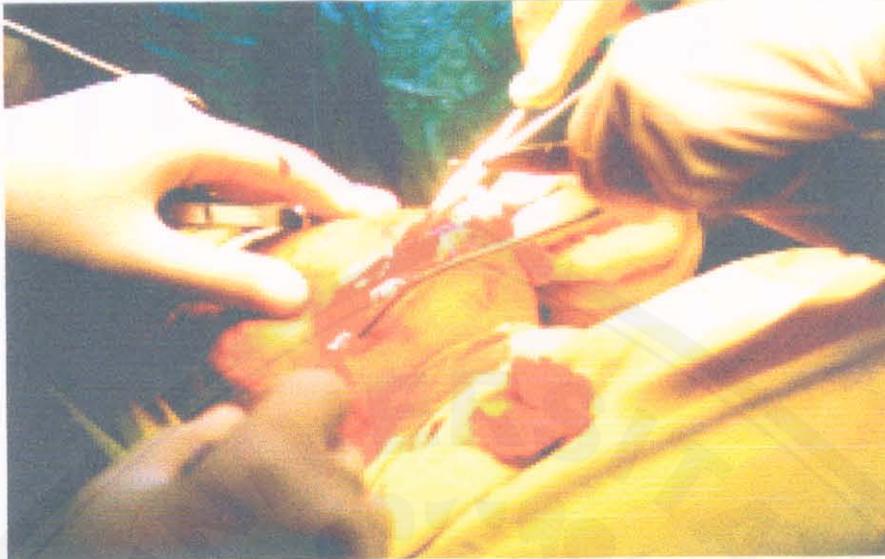
2.9 Gambar Proses Operasi Ameloblastoma



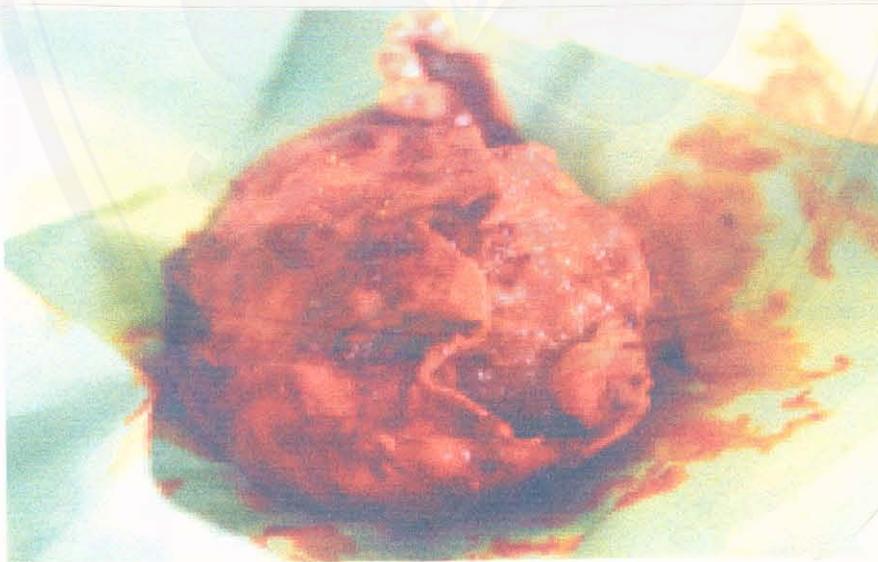
Gambar 1. Penderita Ameloblastoma Sebelum Hemimandibulektomi.



Gambar 2. Gambaran Radiologis Penderita Ameloblastoma



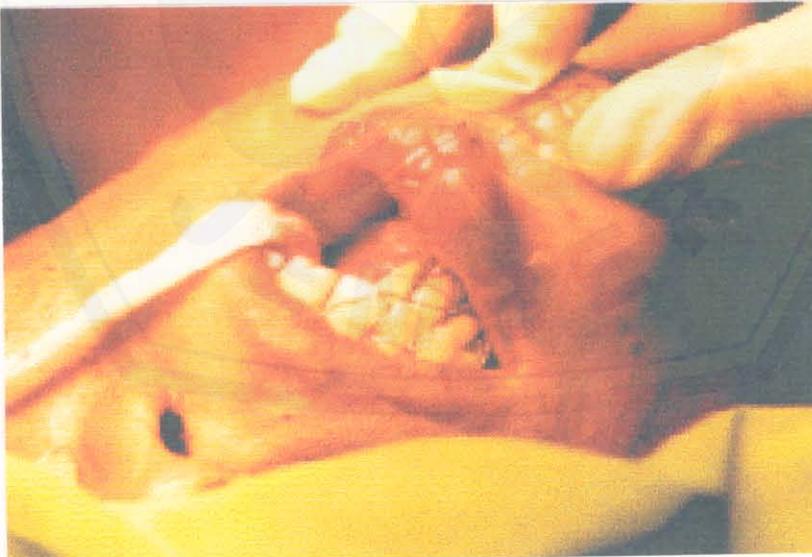
**Gambar 3. Operasi Hemimandibulektomi**



**Gambar 4. Jaringan Tumor**



**Gambar 5. Pemasangan Kirschner Wire**



**Gambar 6. Pemasangan Fiksasi Intermaksiler**  
(Operasi Ameloblastoma di RSUD dr Soebandi Jember, pada tanggal 22 April 1999. Operator : Drg Budi Sumarsetyo Sp. BM)

### III. METODE PENELITIAN

#### 3.1 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai Bulan Juni 1999 sampai dengan Bulan September 1999 bertempat di bagian Bedah RSUD dr Soebandi Jember.

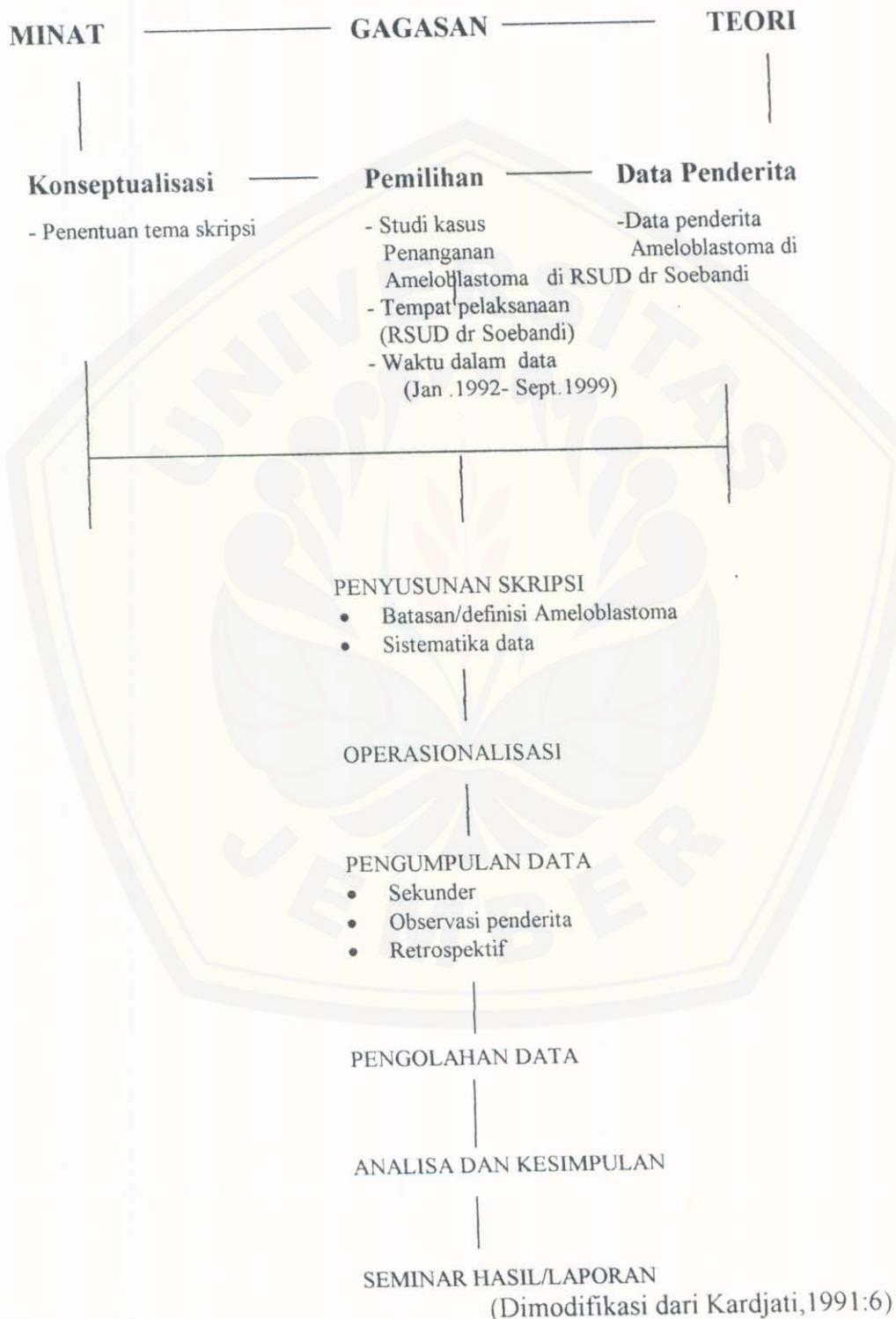
#### 3.2 Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif retrospektif, yang menurut Sri Kardjati (1991:3-4) yaitu suatu penelitian yang dimaksudkan untuk memberikan gambaran selengkap mungkin tentang keadaan yang diteliti dengan suatu metode, mengembangkan konsep dan menghimpun fakta terhadap fenomena tertentu, tetapi tidak melakukan suatu uji hipotesa.

#### 3.3 Data yang dihimpun

1. Relevansi antara teori dengan implementasi penanganan ameloblastoma di RSUD dr Soebandi Jember.
2. Kendala medis teknis penanganan ameloblastoma.
3. Kondisi sosial yang dihadapi penderita dan metode penanganan yang diterima penderita.

3.4 Bagan Proses Penelitian Deskriptif Retrospektif Penanganan Ameloblastoma di RSUD dr Soebandi Jember .



#### IV.HASIL DAN PEMBAHASAN

**Tabel 1 Distribusi Penderita Ameloblastoma Berdasarkan Usia**

Usia	Jumlah
10 – 15 tahun	2 orang
16 - 20 tahun	-
21 – 25 tahun	5 orang
26 – 30 tahun	-
31 - 35 tahun	1 orang
36 - 40 tahun	-
41 - 45 tahun	6 orang
46 - 50 tahun	2 orang
51 - 55 tahun	-
56 - 60 tahun	1 orang
61 - 65 tahun	-
66 - 70 tahun	1 orang

Tabel 2 Distribusi Umum Penderita Ameloblastoma

No	Nama	Umur (th)	Jenis Kelamin	Alamat	Ukuran Tumor (Cm)	Jenis operasi
1	Sumarno	49	Pria	Jbr	10x10	Hemimandi bulektomi
2	Rakhma	45	Wanita	Bwi	-	-
3	Dus Salam	45	Pria	Bwi	8x7x6	Hemimandi bulektomi
4	Leginten	35	Wanita	Bwi	5x5	Enukleasi
5	Nurhadi	25	Pria	Jbr	11x8	Hemimandi bulektomi
6	Misari	32	Wanita	Bws	12x14x9	Reseksi
7	Sahlan	45	Pria	Jbr	-	-
8	Sundari	25	Wanita	Bws	-	-
9	Musiem	56	Wanita	Bws	-	-
10	Djumadi	46	Pria	Jbr	10x8x6	Hemimandi bulektomi
11	Rini	10	Wanita	Jbr	-	Eksisi Blok
12	Hari Agung	14	Pria	Jbr	-	Eksisi Blok
13	Sumiarsih		Wanita			Hemimandi bulektomi
14	Siti Mualifah		Wanita			Curetage
15	Siti Muasomah	21	Wanita			Curetage
16	Nyoman			Bwi		Enukleasi
17	X1	70				Reseksi
18	X2	21	Pria	Jbr		Dredging

**Tabel 3 Distribusi Penderita Ameloblastoma Berdasarkan Pekerjaan**

Jenis Pekerjaan Penderita	Jumlah dalam persen
Petani	50%
Wiraswasta	5.55%
Ibu rumah tangga atau tidak bekerja	27.7%
Guru	16.3%

Penelitian Penanganan Ameloblastoma di RSUD dr Soebandi Jember yang telah dilakukan selama tiga bulan mulai bulan Juni 1999 - September 1999 di RSUD dr Soebandi Jember, didapatkan jumlah penderita ameloblastoma yang terdata adalah delapan belas orang. Dari penelitian yang dilakukan ternyata terdapat kendala dalam pengumpulan data penelitian diantaranya yang paling penting adalah :

1. Data sekunder berupa kartu status penderita seringkali sulit dicari dikarenakan perbedaan nomor status di ruang rawat inap dan atau ruang rawat jalan dengan di bagian rekam medik tidak sesuai.
2. Beberapa kartu status penderita datanya tidak begitu lengkap misalnya hasil pemeriksaan FNA (*fine needle aspiration*) dan HPA (*Histopatologi*) tidak ada.
3. Penderita yang sudah didiagnosa ameloblastoma beberapa diantaranya tidak melanjutkan perawatan tanpa alasan yang jelas.
4. Penderita yang sudah selesai perawatannya seringkali tidak melakukan kontrol sehingga menyulitkan evaluasi keberhasilan perawatan (post operasi).

Prosedur tetap penanganan ameloblastoma di RSUD dr Soebandi, FNA dilakukan sebagai langkah pra operasi dan HPA rutin dilakukan setelah operasi. Jadi tidak adanya FNA dan HPA pada rekam medik lebih dimungkinkan oleh karena tidak baiknya fungsi bagian rekam medik. Akibat dari kendala tersebut, maka data yang dapat dicatat hanya berjumlah 18 orang. Kendala berupa perbedaan nomor status penderita ameloblastoma antara nomor status ruang rawat inap dan rawat jalan terjadi karena sejak tanggal 30 November 1998 semua data penderita di pusatkan pada bagian rekam medik RSUD dr Soebandi Jember.

Merupakan suatu hal yang wajar apabila pada awalnya akan terjadi kesimpangsiuran data yang ada karena perubahan sistem tersebut namun untuk selanjutnya langkah tersebut merupakan langkah yang baik karena dengan demikian data penderita tidak akan tersebar pada ruangan rawat jalan maupun rawat inap. Melalui data yang terkumpul rata-rata penderita datang terlambat ke RSUD dr. Soebandi setelah penyakitnya dikategorikan parah dengan rata-rata ukuran tumor cukup besar (diameter 7.5 cm – 8 cm) sehingga memerlukan tindakan pembedahan. Dari ukuran tumor dapat diambil suatu kesimpulan bahwa informasi mengenai pentingnya kesehatan gigi dan mulut belum tersosialisasi pada masyarakat luas sehingga pada kalangan terdidikpun kurang memperhatikan kesehatan rongga mulutnya bahkan dengan terjadinya deformitas pada wajahnya. Kemungkinan lain bisa terjadi disebabkan perkembangan tumor yang sangat lambat dan tidak disertai rasa sakit serta biaya yang mahal menyebabkan penderita enggan mengunjungi institusi kesehatan untuk berobat atau bahkan informasi yang salah dari institusi kesehatan yang berada dipelosok sebagai akibat kurangnya sosialisasi akan bahaya ameloblastoma menyebabkan penderita tidak memperhatikan perkembangan penyakit ini. Lokasi ameloblastoma pada semua penderita terletak di mandibula hal sesuai dengan dasar teori yang mengatakan 80% ameloblastoma terletak pada mandibula sedangkan sisanya pada maksila (Hendarmin,1983:92).

Penderita ameloblastoma di RSUD dr Soebandi kebanyakan laki-laki yaitu mencapai 55 % sedangkan sisanya adalah perempuan, hal ini berbeda dengan yang dilaporkan dari berbagai literatur acuan dengan perbedaan 10 % dari 18 orang penderita (Sugimura, 1969 dalam Hendarmin, 1983:91). Berdasarkan penelitian ini didapatkan data hampir seluruh penderita ameloblastoma berasal dari golongan kurang mampu. Sebagai indikatornya semua penderita ameloblastoma dirawat di kelas ekonomi, hanya satu orang yang dirawat di Pavilyun.

Hubungan antara ketidakmampuan ekonomi dan ameloblastoma berkaitan dengan kurangnya pasokan nutrisi karena defisiensi nutrisi dianggap sebagai faktor penyebab timbulnya ameloblastoma. Gangguan pada fase perkembangan gigi aktif akibat defisiensi nutrisi menyebabkan ketidakaturan lapisan organ enamel ditandai dengan kematian pulau-pulau benih gigi dan terbentuknya *follicles* seperti ameloblastoma yang merupakan cikal bakal ameloblastoma (Lucas, 1984:32). Berdasarkan tempat tinggal penderita terbagi menjadi tiga wilayah yang kesemuanya berada pada Eks-Karesidenan Besuki yaitu Kabupaten Jember, Kabupaten Situbondo, Kabupaten Bondowoso dan Kabupaten Banyuwangi. Penderita mayoritas berasal dari Kabupaten Jember sedangkan penderita dari ketiga wilayah lainnya jumlahnya hampir sama, hal ini dianalisa sebagai suatu hal yang wajar karena selain RSUD dr Soebandi berada di wilayah Jember juga karena RSUD dr Soebandi sebagai Rumah Sakit rujukan di Karesidenan Besuki khususnya dalam bidang bedah mulut..

Menurut Small dan Waldron (1955) dalam Hendarmin (1983:91) ditemukan angka rata-rata umur penderita adalah 32,74 tahun, sedangkan dalam penelitian ini ditemukan angka rata-rata umur penderita adalah 35,93 tahun. Penderita termuda ditemukan berusia 12 tahun sedangkan penderita tertua adalah 70 tahun. Dari data yang terkumpul diketahui dalam menentukan rencana perawatan ameloblastoma di RSUD dr Soebandi Jember, usia penderita menentukan jenis perawatan yang akan diambil karena pada penderita usia muda rata-rata perawatan yang dilakukan adalah enukleasi dan *de balking* (Thoma dalam Hendarmin, 1983:97) dengan tujuan tidak terjadi deformitas wajah pasca operasi sedangkan pada penderita dewasa langsung dengan perawatan radikal namun hal ini tergantung dari ukuran tumor dan persetujuan dari penderita.

Tiga orang penderita ameloblastoma tidak dilakukan operasi pengambilan jaringan tumor, hal ini terjadi karena penderita tidak melanjutkan perawatan disebabkan beberapa hal yang tidak diketahui, ada kemungkinan pembatalan perawatan sepihak oleh penderita di RSUD dr Soebandi Jember disebabkan oleh ketidakmampuan dalam biaya perawatan.

Jenis-jenis operasi yang dilakukan pada perawatan ameloblastoma di RSUD dr Soebandi adalah Hemimandibulektomi sebagai terapi utama (lima orang), eksisi blok (dua orang), *curetage* (dua orang), *enukleasi*(dua orang), reseksi mandibula (dua orang) dan *dredging* (satu orang ).

Penderita yang dioperasi yaitu 15 orang mendapat perawatan yang berbeda-beda tergantung dari beberapa hal yaitu :

1. Persetujuan penderita atau keluarga.
2. Diagnosa pra operasi (*Fine Needle Aspiration*) yang tidak didiagnosa sebagai ameloblastoma.
3. Ukuran dan keparahan tumor
4. Kondisi fisik penderita
5. Usia penderita serta
6. Biaya yang dibutuhkan dari berbagai jenis perawatan ameloblastoma.

Perawatan ameloblastoma yang utama adalah reseksi mandibula atau hemimandibulektomi karena perawatan ini apabila dilakukan dengan sempurna dapat mencegah residif namun perawatan ini mengakibatkan deformitas wajah karena dilakukan dengan cara memotong mandibula baik sebagian atau semuanya. Sebenarnya apabila penderita datang dalam keadaan jaringan tumor belum terlalu besar maka perawatan yang tidak terlalu menyebabkan deformitas dapat dilakukan yaitu eksisi blok atau *dredging* namun kebanyakan penderita datang terlambat sehingga bedah radikal merupakan terapi yang dianjurkan walaupun ada akibat-akibat negatif yang ditimbulkan antara lain terjadinya deformitas wajah, kehilangan fungsi kunyah dan kesulitan dalam berbicara tetapi hal ini dapat ditanggulangi dengan cara mengganti mandibula dengan cara tandur tulang yang diambil dari tulang illiaka, kosta atau dengan *bone cement* atau logam (*tantalum wire*) (Thoma,1969:1003).

Penggantian mandibula dengan tulang atau bahan lain harus dilakukan setelah perawatan dinyatakan tuntas yang ditandai dengan tidak adanya sel residif dan penyembuhan jaringan secara sempurna. Selama proses menunggu pada ruang yang telah diambil massa tumornya, dipasang *Kirschner wire* yaitu suatu logam yang berbentuk kawat berdiameter 1.2 mm – 1.5 mm yang dibentuk seperti lengkung mandibula dan dipasang setelah jaringan tumor diambil dengan tujuan :

1. Rekonstruksi atau penyangga sementara untuk mempertahankan kontur mandibula dan mencegah retraksi jaringan lunak sebelum dilakukan tandur tulang.
2. Instrument fungsional yang membantu dalam fungsi bicara dan oklusi
3. Mengurangi tekanan psikologis akibat deformitas wajah dengan membentuk lengkung mandibula
4. Sebagai alat bantu evaluasi dalam melihat perkembangan residif atau tidaknya ameloblastoma (Suta Dkk, 1996:265)

Lima orang penderita yang dirawat hemimandibulektomi, satu orang tidak dipasang kirschner wire karena ukuran tumor yang besar sehingga jaringan yang diambil cukup banyak dan apabila dipasang kirschner wire maka akan tampak menonjol. Ada hal yang menarik dimana dua orang penderita pada awalnya didiagnosa kista dentigerous dan kemudian dirawat enukleasi namun hasil pemeriksaan histopatologi dinyatakan sebagai ameloblastoma, ini merupakan suatu alasan mengapa perawatan tidak sempurna dan untuk itu dilakukan evaluasi bahkan perawatan ulang. Dari pengalaman lain di RSUD dr Soebandi, ameloblastoma yang sebelumnya di diagnosa sebagai kista dentigerous (klinis, FNA maupun Radiologis) dapat di prediksi dari kepadatan tulang pembatas massa tumor. Tetapi prediksi ini sulit digunakan untuk mengubah perawatan misalnya dari rencana *enukleasi* menjadi *eksisi*, blok, hemimandibulektomi atau maksilektomi, mengingat prediksi tidak dapat dipertanggungjawabkan selain itu keputusan bedah radikal diperlukan persetujuan tindakan medik antara penderita dan keluarga dengan operator yang tidak dapat dilakukan pada saat operasi.

*Dredging* yaitu jenis perawatan walaupun merupakan jenis perawatan yang relatif baru namun sudah diterapkan di RSUD dr Soebandi pada satu orang penderita namun tidak tuntas. Jenis perawatan *dredging* ini sangat baik diterapkan pada ameloblastoma karena dengan melakukan pengerokan yang berkala setelah sebelumnya dilakukan *deflasi* atau *enukleasi* dengan maksud untuk mempercepat pertumbuhan tulang baru menyebabkan penderita tidak memerlukan pemoangan mandibula yang pada akhirnya mengakibatkan deformitas pada wajah. Namun metode *dredging* bukan perawatan yang mudah karena penderita diharuskan berkali-kali dikerok sampai tidak ada jaringan tumor yang tersisa dan kontinuitas tulang kompak masih baik adapun pertimbangan perawatan *dredging* ini adalah :

1. Pada tumor dini yang ukurannya belum terlalu besar
2. Pada penderita berusia muda
3. Penderita setuju untuk dirawat *dredging* dalam jangka waktu yang lama
4. Penderita setuju dengan biaya perawatan.
5. Penderita yang mempertimbangkan segi estetis (Kawamura dkk, 1991:81-82).

Tidak semua penderita melakukan kontrol setelah perawatan sehingga sulit untuk melihat perkembangan selanjutnya dari perawatan yang telah dilakukan. Menurut pengamatan hal ini terjadi karena kesulitan pembiayaan maka perawatan tidak bisa dilakukan secara tuntas, perawatan yang seharusnya dilakukan sampai reposisi dengan cara tandur tulang maupun buatan ternyata penderita hanya melakukan terapi sampai tahap pengambilan fiksasi intermaksiler kira-kira dua minggu sampai satu bulan setelah dioperasi.

## VI. KESIMPULAN DAN SARAN

### 6.1 Kesimpulan

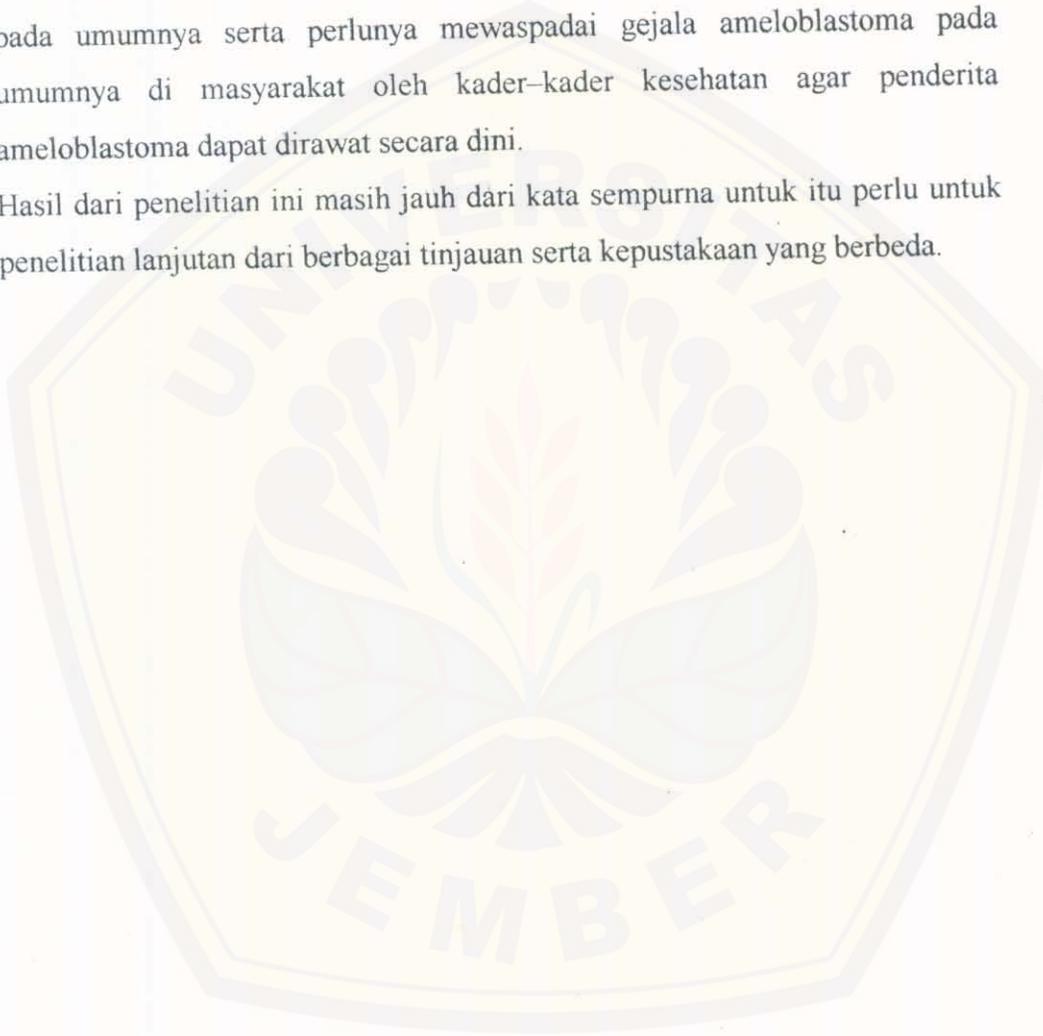
Pada bab terakhir ini berdasarkan data, hasil penelitian dan pembahasan yang ada pada bab-bab sebelumnya dapat disimpulkan.

1. Dalam Penanganan ameloblastoma terdapat beberapa kendala yang mempengaruhi dan menyebabkan semua penderita ameloblastoma tidak mencapai perawatan yang sempurna /tuntas, beberapa kemungkinan yang terjadi ialah :
  - Penderita takut apabila terjadi deformitas wajah, kehilangan fungsi kunyah dan oklusi.
  - Tidak mempunyai biaya yang cukup untuk tahap operasi selanjutnya
  - Penderita merasa cukup puas dengan perawatan yang sudah dilakukan.
  - Penderita takut untuk melakukan operasi lagi karena rekonstruksi mandibula yang terputus dengan tandur tulang yang diambil dari tulang iliaka akan menimbulkan trauma yang besar.
2. Informasi mengenai pentingnya kesehatan gigi dan mulut sangat kurang sebagai akibatnya penderita ameloblastoma berobat ketika penyakit tersebut sudah dalam kategori parah.

### 6.2 Saran

1. Menghimbau kepada Pemerintah Daerah TK II Jember dan RSUD dr Soebandi untuk memberikan bantuan maupun keringanan biaya bagi penderita ameloblastoma sehingga semua penderita ameloblastoma dapat dirawat dan dapat menghindari cacat permanen karena perawatan ameloblastoma yang tidak sempurna.
2. Melanjutkan penerapan sistem sentralisasi oleh unit rekam medik dengan menggunakan suatu standar kerja yang makin baik dan sistem penyimpanan data /informasi dan koordinasi antar bagian yang terintegritas.

3. Sudah saatnya unit rekam medik tidak lagi menggunakan sistem manual namun sistem komputerisasi dengan local area network antar bagian dengan maksud mempermudah pencarian data, ketertiban administrasi, efisiensi waktu dan tenaga kerja dan meminimalisasi kehilangan informasi .
4. Perlunya peningkatan sosialisasi akan pentingnya kesehatan gigi dan mulut pada umumnya serta perlunya mewaspadaai gejala ameloblastoma pada umumnya di masyarakat oleh kader-kader kesehatan agar penderita ameloblastoma dapat dirawat secara dini.
5. Hasil dari penelitian ini masih jauh dari kata sempurna untuk itu perlu untuk penelitian lanjutan dari berbagai tinjauan serta kepustakaan yang berbeda.



VII. DAFTAR PUSTAKA

- Archer, W.H. 1975 : Oral and Maxillofacial Surgery. 5<sup>th</sup> . ed . Philadelphia and London, W.B. Saunders.
- Cawson, R.A. 1984: Essential of Dental Surgery and Pathology. 4<sup>th</sup> ed. New york, Churchill Livingstone.
- Cornelius, J.D. Hoyt, R. 1990 : Ameloblastoma of the Mandible dalam Military Medicine, 155,9:435, USA.
- Hendarmin, S.S. 1983 : Ameloblastoma Rahang dalam simposium Tumor Kepala dan Leher diagnosa dan terapi, penerbit F.K.U.I, Jakarta.
- Kardjati, Sri .1991: Jenis dan Rancangan Penelitian dalam Penataran metodologi Penelitian, statistik dan komputer. Penerbit lembaga Penelitian Universitas Airlangga. Surabaya.
- Kawamura, M. Inoue,N .Kobayashi. Ahmed. 1991: Dredging Method dalam The Asian Journal and Maxillofacial Surgery, Vol.3, No.1, April 1991.
- Kruger,O.G .1974 : Text Book of Oral Surgery, 4<sup>th</sup> ed , Saint Louis . .
- Lucas, R.B. 1984:Pathologi of Tumours of Oral Tissues. 4<sup>th</sup> ed. Edinburg. Churchill Livingstone.
- Neville, B.W. dkk. 1995 : Oral and Maxillofacial Pathology. Tokyo. W.B Saunders Company .
- Shafer, W.G, Hine, M.K, Levy.E.M. 1983: A text Book Of Oral Pathology. 4<sup>th</sup> ed. Canada. W.B Saunders Company.
- Suta, E.S, Reksoprawiro, S, Marmowinoto, M.R. : Evaluasi Klinis Hasil Rekonstruksi Temporer Segera Menggunakan Kawat Kirschner Pada Reseksi Mandibula. dalam warta IKABI , Vol.IX,No.5, Okt.1996.
- Thoma, K.H. 1969: Oral Surgery, 5<sup>th</sup> Ed, C.V. Mosby Co.,St. Louis.
- Yaacob, H.B, Ling, K.C. 1982: Ameloblastoma Changes In Dentigerous Cyst”dalam Australian Dental Journal, No.6,Vol. 27, Dec.

Lampiran 2  
Pemerintah Kabupaten Daerah Tingkat II Jember  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEBANDI  
Jl. Dr. SOEBANDI No. 124 TELP. 487441 - 487564  
JEMBER - 68111

Jember, 07 April 1999

Nomor : 423.4/923/436.7.01/1999  
Sifat : Biasa  
Lampiran : --  
Perihal : Ijin Penelitian.

Kepada Yth.  
Sdr. Dekan Fakultas  
Prog. Studi Kedokteran  
Gigi Universitas Jember  
di -  
J E M B E R

Mencukupi surat Saudara No. 313/PT32.H5.PSKG/I/1999 and tertanggal 01 Maret 1999 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, dengan ini kami beritahukan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan dan dapat menyetujui rencana kegiatan tersebut. Selanjutnya tentang jadwal pelaksanaannya kami serahkan sepenuhnya pada Sdr. Demikian untuk menjadikan periksa.

D I R E K T U R

2/99  
Dr. H. WIDIHARTO, MPH.  
Penbina Utama Muda  
NIP. 140 048 514

TINDASAN Kepada Yth :

1. Ketua SMF Peny. Bedah
2. Ka. URJ Gigi dan Mulut
3. Ka. Perencanaan Rekam Medik