

# PENATALAKSANAAN IMPAKSI GIGI MOLAR KETIGA BAWAH DENGAN KOMPLIKASINYA PADA DEWASA MUDA

**Krista V. Siagian**

Program Studi Kedokteran Gigi Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi  
Manado

Email: veroagian@yahoo.com

**Abstract:** In daily practice, the third mandibular teeth (namely wisdom teeth) are often found impacted or malposition. There are some complications of this condition: dentoalveolar abscess, subcutaneous abscess, and caries at the distal parts of the second mandibular teeth. The frequency of these impacted teeth or malposition is about 88.8%, and mostly found in young adults, ages between 18 to 30 years old. A general dentist needs to know about the symptoms and management of simple third mandibular impacted teeth found in young adults. We reported a case of a 24-year-old woman with the third right mandibular impacted tooth associated with dentoalveolar abscess and caries at the distal part of the second right mandibular tooth.

**Keywords:** impacted, third mandibular tooth

**Abstrak:** Dalam praktek dokter gigi sehari-hari sering kali ditemukan pasien dewasa muda yang memiliki gigi molar ketiga bawah (*wisdom teeth*) yang impaksi ataupun malposisi. Frekuensi terjadinya gigi gigi molar ketiga bawah yang impaksi ataupun malposisi yaitu 88.8 %, dan paling banyak ditemukan pada umur dewasa muda sekitar 18-30 tahun. Seorang dokter gigi harus memiliki pengetahuan mengenai gejala dan penatalaksanaan pengambilan bedah sederhana dari gigi molar ketiga bawah yang impaksi ataupun malposisi . Kami melaporkan kasus seorang perempuan dewasa muda berusia 24 tahun dengan gigi molar ketiga bawah kanan yang impaksi dengan komplikasi abses dentoalveolar dan karies di bagian distal gigi molar kedua mandibula.

**Kata kunci:** impaksi, molar ketiga

Impaksi gigi molar tiga bawah sering ditemukan pada praktek dokter gigi sehari-hari. Gigi ini tumbuh pada akhir masa remaja atau awal usia 20-an. Usia ini dianggap sebagai “*age of wisdom*” (usia di mana seseorang mulai bijaksana), sehingga gigi bungsu dalam bahasa Inggris disebut “*wisdom tooth*”.<sup>1</sup> Oviechina et al (2001) mengevaluasi gejala dan pola impaksi gigi molar ketiga mandibula di Nigeria dan menemukan bahwa prevalensi gigi impaksi mencapai 88.8% pada yang berusia 16-30 tahun.<sup>dikutip dari 1</sup> Penyebab kejadian impaksi ini belum diketahui pasti, namun diduga oleh penyebab multifaktorial.

Pada prinsipnya, masalah impaksi timbul karena ketidaksesuaian antara ukuran serta bentuk gigi dan rahang. Impaksi gigi molar ketiga bawah adalah gigi molar ketiga mandibula yang gagal untuk erupsi (tumbuh) secara sempurna pada posisinya, oleh karena terhalang oleh gigi depannya (molar kedua) atau jaringan tulang/jaringan lunak yang padat di sekitarnya.<sup>1</sup>

Posisi gigi molar ketiga mandibula yang belum erupsi dapat sedemikian rupa sehingga pada proses pertumbuhannya dapat diperkirakan akan menimbulkan gangguan *alignment* gigi mandibula akibat

daya dorong erupsi gigi tersebut ke arah anterior. Beberapa ahli berpendapat bahwa gigi impaksi dapat mendorong gigi tetangganya sehingga menyebabkan *miss-alignment of bite*.<sup>1</sup>

Terdapat beberapa faktor yang menyebabkan impaksi molar ketiga mandibula yaitu antara lain jaringan sekitarnya terlalu padat, adanya retensi gigi susu berlebihan, tanggalnya gigi susu yang terlalu awal, atau tidak tersedianya cukup tempat untuk erupsi akibat mandibula yang sempit.<sup>1</sup>

Gigi molar ketiga mandibula yang timbul sebagian dapat menyebabkan timbunan makanan, plak, dan debris pada jaringan sekitar gigi sehingga menyebabkan inflamasi, karies pada gigi molar kedua, bau mulut, dan lama kelamaan dapat muncul abses dentoalveolar. Hal ini merupakan komplikasi impaksi gigi molar tiga mandibula.<sup>1,2</sup>

Impaksi gigi molar ketiga mandibula juga dapat mengganggu proses mengunyah dan sering menyebabkan berbagai komplikasi. Komplikasi yang terjadi dapat berupa resorpsi patologik gigi yang berdekatan, terbentuknya kista folikular, rasa sakit neuralgik, perikoronitis, bahaya fraktur rahang akibat lemahnya rahang, dan berdesakannya gigi anterior akibat tekanan gigi impaksi ke arah anterior. Selain itu, juga dapat terjadi periostitis, neoplasma, dan komplikasi lainnya.<sup>3,4</sup>

## TINJAUAN PUSTAKA

Gigi impaksi atau gigi terpendam adalah gigi yang erupsi normalnya terhalang atau terhambat, biasanya oleh gigi didekatnya atau jaringan patologik, sehingga gigi tersebut tidak keluar dengan sempurna dan tidak mencapai oklusi normal di dalam deretan susunan gigi-geligi lain yang sudah erupsi.<sup>1,4</sup>

Umumnya gigi yang sering mengalami impaksi ialah gigi posterior (Gambar 1). Gigi anterior juga dapat mengalami impaksi, tetapi jarang ditemukan.<sup>4</sup>

Pada gigi posterior, yang sering meng-

alami impaksi ialah gigi-gigi molar ketiga (48 dan 38) mandibula; molar ketiga (18 dan 28) maksila; premolar (44, 45, 34 dan 35) mandibula; dan premolar (14,15,24 dan 25) maksila.<sup>4</sup>

Gigi anterior yang dapat ditemui mengalami impaksi ialah: gigi-gigi kaninus maksila dan mandibula (13, 23, 33 dan 43), dan insisivus maksila dan mandibula (11, 21, 31 dan 41).<sup>4</sup>

Untuk mengetahui ada tidaknya kemungkinan suatu gigi mengalami impaksi atau tidak sangat penting dipahami masa erupsi masing-masing gigi pada setiap lengkung rahang.<sup>4</sup>

## Etiologi gigi impaksi

Terjadinya gigi impaksi dapat disebabkan oleh banyak faktor. Menurut Berger, faktor-faktor penyebab gigi impaksi antara lain:<sup>1,4</sup>

### *Kausa lokal*

Faktor lokal yang dapat menyebabkan terjadinya gigi impaksi ialah:<sup>1,4</sup>

1. Posisi gigi yang abnormal
2. Tekanan dari gigi tetangga pada gigi tersebut
3. Penebalan tulang yang mengelilingi gigi tersebut
4. Kekurangan tempat untuk gigi tersebut bererupsi
5. Gigi desidui persistensi (tidak mau tanggal)
6. Pencabutan prematur pada gigi
7. Inflamasi kronis penyebab penebalan mukosa di sekitar gigi
8. Penyakit yang menimbulkan nekrosis tulang, antara lain karena inflamasi atau abses
9. Perubahan-perubahan pada tulang karena penyakit eksantem pada anak-anak

### *Kausa usia*

Faktor usia juga turut berperan dalam menyebabkan terjadinya gigi impaksi tanpa harus disertai kausa lokal, yaitu antara lain:

kausa prenatal (faktor keturunan dan *miscegenation*) dan kausa *postnatal* (riketsia, anemi, tuberkulosis, sifilis kongenital, gangguan kelenjar endokrin, dan malnutrisi).<sup>1,4</sup>

Penyebab terjadinya mandibula sempit cukup kompleks dan hal ini terutama disebabkan karena pertumbuhan tulang yang kurang sempurna. Terdapat teori lain yang mengatakan bahwa pertumbuhan rahang dan gigi mempunyai tendensi bergerak maju ke arah depan. Bila pergerakan ini terhambat oleh sesuatu yang merintanginya, bisa terjadi impaksi gigi. Sebagai contoh, adanya infeksi, trauma, malposisi gigi, atau gigi susu yang tanggal sebelum waktunya.<sup>1,4</sup>

Menurut teori Mendel, pertumbuhan rahang dan gigi dipengaruhi oleh faktor keturunan. Jika salah satu orang tua (ibu) mempunyai rahang kecil, dan bapak bergigi besar-besar, maka terdapat kemungkinan salah seorang anaknya berahang kecil dan bergigi besar-besar. Pada keadaan ini bisa terjadi kekurangan tempat erupsi untuk gigi molar ketiga sehingga berpeluang terjadi impaksi.<sup>1,4</sup>

Sempitnya ruang erupsi gigi molar ketiga bisa juga terjadi karena pertumbuhan rahang yang kurang sempurna. Hal ini bisa diakibatkan oleh perubahan pola makan. Dewasa ini, manusia cenderung menyantap makanan-makanan lunak, sehingga kurang merangsang pertumbuhan tulang rahang. Makanan lunak yang mudah ditelan menjadikan rahang tak aktif mengunyah, sedangkan makanan berkandungan serat tinggi memerlukan kekuatan rahang untuk mengunyah lebih lama. Proses pengunyahan yang lebih lama justru menjadikan rahang berkembang lebih baik. Telah diketahui bahwa sendi-sendi di ujung rahang merupakan titik tumbuh atau berkembangnya rahang. Bila proses mengunyah kurang, sendi-sendi tersebut akan kurang aktif, sehingga rahang tidak berkembang dengan semestinya. Rahang yang seharusnya cukup untuk menampung 32 gigi menjadi sempit. Akibatnya gigi molar ketiga yang erupsi terakhir tidak memiliki cukup tempat untuk tumbuh.<sup>2,4</sup>

### **Tanda atau keluhan gigi impaksi**

Masalah yang sering dikeluhkan oleh mereka dengan gigi molar ketiga impaksi yaitu merasa kurang nyaman melakukan hal-hal yang berhubungan dengan rongga mulut. Tanda-tanda umum dan gejala terjadinya gigi impaksi ialah:<sup>3,4</sup>

1. Inflamasi, yaitu pembengkakan di sekitar rahang dan warna kemerahan pada gusi disekitar gigi yang diduga impaksi.
2. Resorpsi gigi tetangga karena letak benih gigi yang abnormal
3. Kista (folikuler).
4. Rasa sakit atau perih disekitar gusi atau rahang dan sakit kepala yang lama (neuralgia).
5. Fraktur rahang (patah tulang rahang)

### **Klasifikasi umum gigi impaksi**

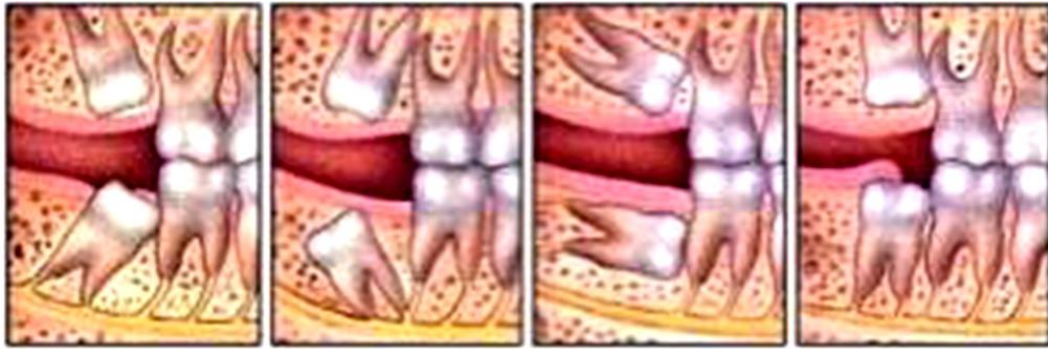
Untuk kebutuhan dan keberhasilan dalam perawatan gigi yang impaksi maka dikemukakan berbagai jenis klasifikasi. Klasifikasi yang umum dipakai ialah klasifikasi menurut Pell dan Gregory, George Winter dan Archer.<sup>4</sup>

#### ***Klasifikasi impaksi molar ketiga menurut Pell dan Gregory<sup>4</sup>***

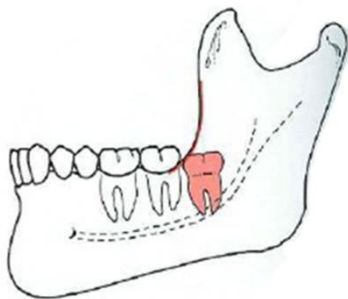
Klasifikasi ini berdasarkan hubungan antara ramus mandibula dan molar kedua, yaitu dengan cara membandingkan lebar mesio-distal molar ketiga dengan jarak antara bagian distal molar kedua ke ramus mandibula.

Terdapat tiga kelas yang dikemukakan pada klasifikasi ini (Gambar 2-4). Kelas I, yaitu ukuran mesio-distal molar ketiga lebih kecil dibandingkan jarak antara distal gigi molar kedua dengan ramus mandibula (Gambar 2).

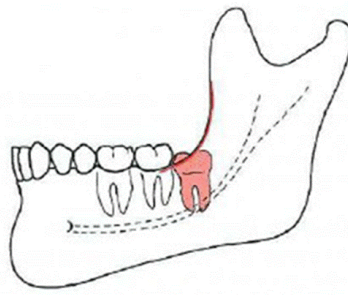
Kelas II, yaitu ukuran mesio-distal molar ketiga lebih besar dibandingkan jarak antara distal gigi molar kedua dengan ramus mandibula (Gambar 3). Kelas III, yaitu seluruh atau sebagian besar molar ketiga berada dalam ramus mandibula (Gambar 4).



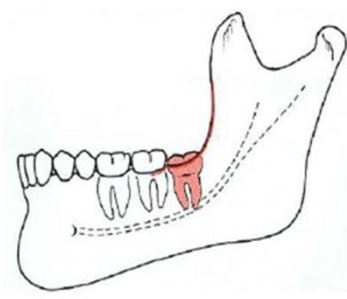
**Gambar 1:** Berbagai posisi impaksi gigi molar ketiga mandibula. Sumber: Mozartha, 2011.<sup>5</sup>



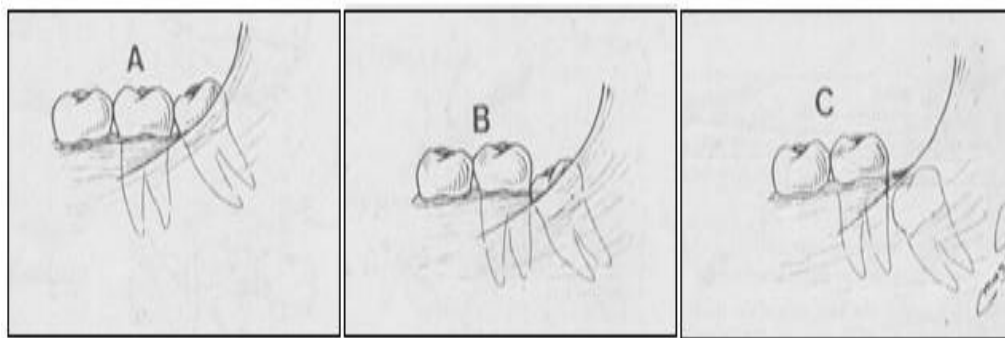
**Gambar 2.** Kelas I Pell dan Gregory.  
Sumber: Pederson, 1996.<sup>4</sup>



**Gambar 3.** Kelas II Pell dan Gregory.  
Sumber: Pedersen, 1996.<sup>4</sup>



**Gambar 4.** Kelas III Pell dan Gregory.  
Sumber: Pedersen, 1996.<sup>4</sup>



**Gambar 5.** Klasifikasi Pell dan Gregory berdasarkan letak molar ketiga di dalam rahang (posisi A,B dan C). Sumber: Pedersen, 1996.<sup>4</sup>

***Klasifikasi impaksi molar ketiga berdasarkan letaknya di dalam rahang.***

Terdapat tiga posisi letak molar ketiga menurut Pell dan Gregory, yaitu posisi A, B dan C.<sup>4</sup>

Pada posisi A, bagian tertinggi gigi

molar ketiga berada setinggi garis oklusal. Pada posisi B, bagian tertinggi gigi molar ketiga berada di bawah garis oklusal tapi masih lebih tinggi daripada garis servikal molar kedua. Pada posisi C, bagian tertinggi gigi molar ketiga berada di bawah garis servikal molar kedua (Gambar 5).

### ***Klasifikasi impaksi molar ketiga berdasarkan posisi aksis memanjang pada molar ketiga terhadap aksis molar kedua***

Terdapat beberapa posisi aksis memanjang, yaitu: vertikal, horisontal, *inverted* (terbalik/kaudal), mesio-angular, disto-angular, buko-angular, dan linguo-angular.<sup>4</sup>

### ***Klasifikasi impaksi molar ketiga berdasarkan jumlah / keadaan akar***

Dalam hal ini dibedakan atas: berakar satu atau akarnya bersatu dan berakar lebih dari satu.

### ***Klasifikasi impaksi berdasarkan angulasi, keadaan erupsi dan jumlah/keadaan akar.***<sup>4</sup>

Klasifikasi berdasarkan angulasi dan posisi dapat dibedakan atas: vertikal, horisontal, transversal, mesio-angular (miring ke mesial), disto-angular (miring ke distal), dan posisi yang menyamping (misalnya di dalam ramus atau di dalam angulus).

Klasifikasi berdasarkan keadaan erupsi, yaitu erupsi penuh, erupsi sebagian, tidak erupsi sama sekali, di bawah mukosa, *embedded* (tertanam) dalam tulang.

Klasifikasi berdasarkan jumlah/keadaan akar, yaitu: gigi berakar satu, gigi berakar dua, gigi yang akarnya bersatu, dan apakah keadaan akarnya menguntungkan atau tidak

### **Impaksi molar ketiga dengan komplikasi**

Pada anamnesis sering didapatkan keluhan sakit gigi, rahang bawah bengkak, dan bila ditekan keluar nanah (*pus*). Frekuensi, lama keluhan serta riwayat pengobatan perlu ditanyakan untuk menentukan tatalaksana. Dalam pemeriksaan fisik perlu diperiksa, apakah infeksi telah mempunyai gejala sistemik dan adanya keterlibatan penyakit sistemik yang memperburuk keadaan infeksi. Selain itu, penelusuran fungsi organ-organ kepala-leher perlu dilakukan untuk mengetahui penyebaran infeksi. Jumlah dan virulensi organisme berperan penting dalam menghasilkan enzim

streptokinase dan hialuronidase, yang memecah fibrin dan substansi dasar jaringan penyambung inang, serta memfasilitasi terjadinya selulitis. Inang dengan sistem imun terganggu tidak mempunyai pertahanan yang efektif terhadap masuknya mikroorganisme.<sup>5</sup>

Infeksi odontogenik dapat berasal dari dua jalur, yaitu: periapikal, sebagai hasil nekrosis pulpa dan invasi bakteri ke jaringan periapikal; dan periodontal, sebagai hasil dari inokulasi bakteri pada kantong periodontal. Yang paling sering terjadi ialah melalui jalur periapikal, yang berawal dari penyakit pulpa gigi, yang mengandung elemen neurovaskular gigi. Invasi bakteri di pulpa gigi menghasilkan nekrosis jaringan neurovaskular. Infeksi akan menyebar dari tulang spongiosa (*cancellous bone*) hingga ke lempeng kortikal. Jika lempeng kortikal ini tipis, maka infeksi akan menembus tulang dan mengenai jaringan lunak. Pertahanan lokal inang, jumlah dan virulensi bakteri, serta anatomi regional sangat menentukan patogenesis. Pada jalur periodontal, proses inflamasi terjadi bila virulensi bakteri melebihi pertahanan lokal inang, atau adanya benda asing yang tersangkut di sulkus *ginggiva*. Bakteri dan eksudat inflamasi meluas dari sulkus *ginggiva* melalui ligamen periodontal ke periapikal atau area radikular akar gigi dan memperlihatkan reaksi yang sama dengan infeksi gigi periapikal. Produk inflamasi ini dapat juga melintasi bidang supraperiosteal ke dalam vestibulum oris atau melintasi bidang subperiosteal ke dalam ruang badan mandibula.<sup>5</sup>

### **Tindakan pada impaksi molar ketiga.**<sup>4</sup>

Sebelum melakukan tindakan, perlu diperhatikan juga letak gigi keseluruhan terhadap tulang dan gigi tetangganya. Sebagai contoh, bila molar kedua karies, perlu diperiksa apakah terdapat gangren dan masih bisa dirawat atau tidak. Keadaan gigi molar kedua sangat mempengaruhi tindakan yang akan dilakukan.

Terdapat beberapa patokan untuk tindakan yang akan dilakukan bila meng-

hadapi kasus molar ketiga impaksi sehubungan dengan molar kedua tetangganya. Bila gigi molar ketiga angular terhadap molar kedua, maka gigi molar kedua perlu dicabut sedangkan gigi molar ketiga dibiarkan. Bila gigi molar kedua dan molar ketiga karies, maka gigi molar kedua diekstraksi terlebih dahulu, kemudian disusul molar ketiga. Pada keadaan ini, kadang-kadang diperlukan pembukaan flep. Hal ini tergantung dari banyaknya tulang yang mengelilingi gigi. Sering juga dijumpai gigi molar kedua yang memiliki karies pada bagian distal. Karies tersebut terjadi akibat tekanan kronis dari gigi molar ketiga. Dalam hal ini gigi molar kedua diekstraksi, kemudian gigi molar ketiga diambil.

## LAPORAN KASUS

Seorang wanita berusia 24 tahun datang ke praktek pribadi dengan keluhan utama sakit, demam dan bengkak di gusi sebelah bawah kanan gigi. Bila di tekan terasa seperti ada cairan keluar. Rasa sakit ini akan bertambah bila pasien tertidur atau berbaring telentang. Pasien memiliki riwayat sakit yang sama serta cukup sering, tetapi kemudian sembuh tanpa diobati. Seminggu yang lalu, rasa sakit yang sama kambuh kembali, dan pasien telah melakukan pengobatan sendiri dengan meminum amoksisilin dan asam mefenamat, namun sakit hilang dan muncul kembali serta pembengkakan makin membesar. Pada saat datang berobat, pasien telah sulit membuka mulut.

Pemeriksaan klinis yang dilakukan terdiri dari pemeriksaan ekstra oral dan intra oral. Pada pemeriksaan ekstra oral ditemukan kelenjar submandibula yang teraba kenyal dan nyeri, disertai pembesaran kelenjar getah bening (limfadenopati). Pemeriksaan intra oral tidak dapat dilakukan secara lugas karena pasien sulit untuk membuka mulut.

Pada kunjungan pertama pasien diberikan antibiotik clindamycin 2x300 mg, anti-inflamasi Exaflam 2x50 mg, keduanya selama lima hari (pagi dan malam);

juga diberikan analgesik dan antipiretik ibuprofen 3x400 mg (10 tablet). Pasien diminta untuk kumur air garam hangat dan kontrol kembali pada hari kelima.

Pada kunjungan kedua keadaan pasien sudah lebih baik, demam dan nyeri sudah tidak lagi dikeluhkan. Pasien diminta melakukan foto rontgen panoramik untuk melihat posisi gigi, yang berperan penting pada perawatan lanjutan. Dari pemeriksaan ekstra oral, pembesaran kelenjar submandibula dan limfadenopati lainnya sudah menurun. Pada pemeriksaan intra oral, gigi molar kedua kanan bawah dengan karies besar di bagian distal, kedalaman profunda dan terlihat adanya bekas fistel dibagian bukal. Selain itu gigi molar ketiga bawah kanan impaksi sebagian, angulasi mesio-angular, kedalaman level B, serta relasi terhadap ramus molar dua kelas II (Gambar 6).

Pada pemeriksaan jaringan lunak regio molar ketiga bawah kanan terdapat jaringan lunak yang menutupi sebagian distal mahkota gigi molar ketiga bawah kanan (operkulum), jaringan perikoronar bengkak, kemerahan, palpasi teraba lunak, permukaan halus dan nyeri tekan.

Pada foto panoramik, terlihat adanya impaksi gigi di maksila dan mandibula kanan pasien (Gambar 7).

## PENATALAKSANAAN KASUS

Prosedur perawatan dan operasi meliputi hal-hal sebagai berikut:

### Anestesi

Anestesi yang digunakan berupa anestesi lokal, blok mandibula dan infiltrasi di bukal. Anestesi lokal dilakukan pada pasien dewasa muda ini oleh karena memiliki keadaan umum baik, keadaan mental baik serta sikap kooperatif. Pada penggunaan anestesi ini jarang terjadi pendarahan karena digunakan juga obat vaso-konstriktor.

### Teknik operasi

Membuat insisi untuk pembuatan flep



**Gambar 6:** Impaksi molar ketiga mandibula

berbentuk semilunar menggunakan *scapel* tajam dengan gerakan yang pasti.

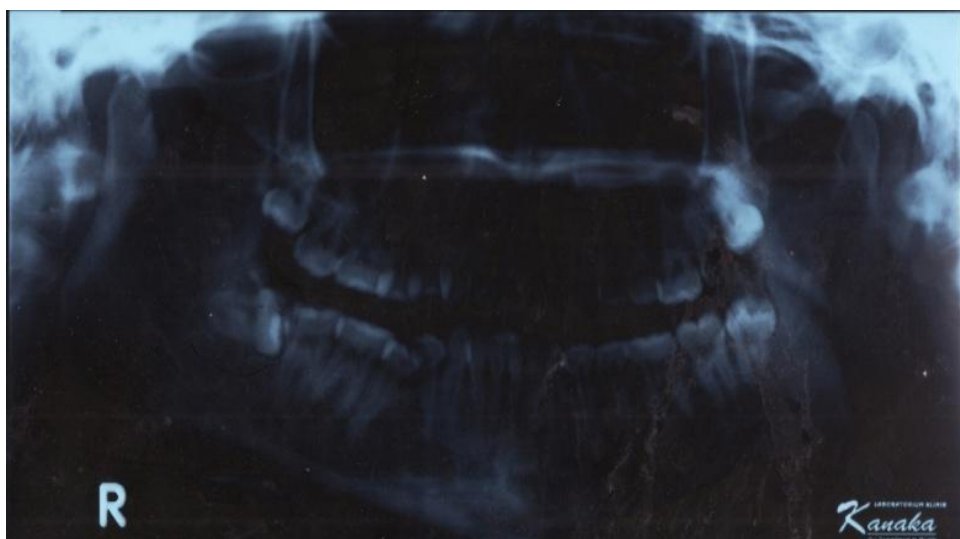
Syarat-syarat pembuatan flep (sesuai dengan prosedur)<sup>4</sup>, yaitu harus membuka daerah operasi dengan jelas; insisi terletak pada jaringan yang sehat; dan mempunyai basis yang cukup lebar, sehingga pengaliran darah ke flep cukup baik.

### ***Prosedur insisi***

Pada daerah distal molar kedua sampai ke ramus dilakukan insisi horisontal tegak lurus pada pinggir oklusal tulang alveolar dan ramus. Kemudian dari distal molar kedua dilakukan insisi semivertikal sebelah mesial molar kedua sampai ke forniks kira-kira mencapai apeks molar kesatu. Setelah kedua insisi dibuat dengan baik sampai ke tulang, maka flep mukoperiosteal dibuka dengan raspatoriun dan kemudian ditarik dengan penarik pipi. Setelah flep dibuka maka akan tampak tulang yang menutupi gigi. Sebelum dilakukan pengambilan tulang, gigi 48 dicabut terlebih dahulu, untuk mencegah infeksi yang lebih lanjut dan membuka akses yang lebih baik ke daerah operasi.

### ***Pencabutan gigi molar kedua mandibula kanan***

Gigi molar kedua yang sudah karies profunda dengan diagnosis *irreversible pulpitis* dicabut karena bagian mahkota oklusal dan distal gigi 47 sudah hilang dan sering menimbulkan abses dentoalveolar. Selanjutnya dilakukan pengambilan tulang yang menghalangi gigi tersebut.



**Gambar 7:** Gambaran radiologi foto panoramik memperlihatkan adanya impaksi molar ketiga di maksila dan mandibula kanan



### **Pengambilan tulang**

Gigi yang terpendam tersebut seluruhnya dilapisi tulang; oleh karena itu tulang harus dibuang dengan bur. Bur yang dipakai yaitu bur bulat dan tajam. Bur yang besar dengan nomor 3-5 digunakan untuk tulang yang di bagian distal. Bur yang kecil digunakan untuk membuang tulang penghalang dibagian lingual dan bukal. Dilakukan irigasi sambil mengebor untuk mengurangi panas yang terjadi pada saat mengebor agar tidak terjadi nekrosis tulang. Setelah pengambilan tulang cukup, maka gigi dicongkel dengan menggunakan bein, dan gigi dikeluarkan utuh menggunakan tang.

### **Pembersihan luka**

Setelah gigi dikeluarkan, soket gigi dibersihkan dari sisa-sisa tulang bekas pengeboran. Folikel dan sisa enamel organ dibuang karena jika masih tertinggal dapat menyebabkan kista residual. Tepi tulang yang runcing dihaluskan dengan bone-file. Kemudian dibersihkan dengan semprotan air garam fisiologis 0,9% agar pecahan partikel-partikel tulang dapat keluar semua. Selanjutnya dihisap dengan *suction*.

### **Penutupan luka dan penjahitan**

Flep dikembalikan pada tempatnya dan dijahit dengan teknik .

### **Intruksi pasca perawatan**

Pasien diberikan obat-obatan seperti antibiotik, analgetik, anti-inflamasi, vitamin (sebagai tambahan untuk meningkatkan daya tahan tubuh), dan diminta untuk mengkonsumsi susu yang tinggi kalsium untuk mempercepat proses *remodelling* tulang.

Pasien diberikan petunjuk tertulis yaitu:<sup>1,4</sup>

1. Pasien tidak boleh berkumur-kumur dan harus tetap menggigit tampon selama 24 jam.
2. Bila masih terdapat perdarahan, tampon harus diganti dengan tangan bersih.

3. Pasien harus beristirahat cukup dan tidak boleh berolahraga yang banyak mengeluarkan energi.
4. Tampon steril yang diletakkan pada daerah luka harus dibuang setelah setengah jam karena dapat menyebabkan infeksi.

Bila masih terjadi perdarahan, maka pasien tersebut harus datang kembali untuk diganti tamponnya. Bila terjadi perdarahan di rumah, pasien disuruh tidur dengan kepala agak ditinggikan. Pada keesokan harinya, pasien dapat berkumur-kumur dengan air garam hangat, dianjurkan setiap selesai makan. Pasien harus memakan makanan yang lunak dan bergizi. Pasien diminta datang kembali tiga hari kemudian untuk kontrol pertama; saat ini dilakukan pembersihan luka dengan air garam fisiologik, akuades dan *iodine*. Tujuh hari kemudian pasien kembali kontrol untuk membuka jahitan.

### **Kontrol**

Setelah hari ketiga, pasien datang kembali. Pada pemeriksaan tidak terdapat pembengkakan wajah pada sisi daerah operasi dan pembesaran kelenjar getah bening lokal. Pada pemeriksaan intra oral terlihat penutupan daerah bekas pencabutan gigi 47 yang baik dan tidak terdapat perdarahan, namun pasien masih sulit membuka mulut. Pasien diminta untuk melanjutkan terapi obat, dan bekas luka dibersihkan dengan larutan air garam fisiologik, akuades dan *iodine*.

Pada hari ke 10 pasien datang kontrol kembali. Pada pemeriksaan tidak terdapat pembengkakan baik wajah pada sisi daerah operasi maupun kelenjar getah bening. Pemeriksaan intra oral terlihat penutupan daerah bekas pencabutan gigi 47 dan penutupan daerah operasi 48 baik, tidak terdapat perdarahan serta pasien sudah dapat membuka mulut. Bekas luka dibersihkan dengan larutan air garam fisiologik, akuades dan *iodine*, kemudian benang jahitan dibuka dan luka dibersihkan kembali. Pasien



diintruksikan untuk tetap mengonsumsi vitamin C, B dan mineral. Juga asupan susu berkalsium tinggi untuk mempercepat penyembuhan,

## SIMPULAN

Pengambilan gigi molar ketiga mandibula impaksi disertai komplikasi memerlukan tindakan yang akurat dan cepat, serta mampu mengatasi keluhan utama, yaitu demam, malaise, nyeri dan bengkak. Pasien harus diedukasi dengan penjelasan sederhana dan mudah dimengerti mengenai rencana perawatan yang akan dilakukan, serta komplikasi dan efek samping dari gigi molar ketiga mandibula impaksi.

Operasi pengambilan gigi dilakukan pada usia dewasa dimana tidak ada masalah berkenaan dengan prediksi terjadinya impaksi, malah banyak kasus yang telah terlanjur impaksi. Tindakan operasi meliputi pembukaan flap, pencabutan gigi molar kedua yang terkena komplikasi, pengurangan tulang dan pengambilan gigi dan atau separasi gigi molar ketiga yang impaksi. Pemberian obat-obatan *non steroid anti inflammatory drugs* (NSAIDs) dilakukan sebelum dan sesudah operasi. Instruksi pasca

operasi yang akurat, sederhana dan jelas juga diperlukan untuk mempercepat proses penyembuhan, mengurangi ketidaknyamanan serta komplikasi pasca operasi.

## DAFTAR PUSTAKA

1. **Soelestiono H.** Penatalaksanaan gigi impaksi molar ketiga mandibula sebagai penyebab gangguan keharmonisan alat pengunyahan dan status kesehatan umum, Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar Pada Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, 2008
2. **Pranjoto EH, Sjamsudin J.** Perawatan gigi impaksi anterior rahang atas pada remaja. *Dent J*, Vol. 38. No. 3. Juli – September 2005: 142-45.
3. **Lee SK, Kim YS, Oh HS, Yang KH, Kim EC, Chi JG.** Prenatal development of the human mandible. *Anat Rec.* 2001;263(3):314-25.
4. **Pedersen G.** *Buku Ajar Bedah Mulut Editor Drg.Lilian Yuwono.* ed. I. Buku Kedokteran EGC. Jakarta. 1996
5. **Mozartha M.** Impaksi molar tiga [homepage on the internet]. Nodate [cited 2011 Oct 11]. Available from: <http://adulgopar.files.wordpress.com/2009/12/impaksi-molar-tiga.pdf>