

PENATALAKSANAAN PARESTESI PASKA PENCABUTAN MOLAR TIGA RAHANG BAWAH IMPAKSI SECARA NON BEDAH (Kajian Pustaka)

Komang Krisna Dewi*, Anisa Damayanti**

*Departemen Bedah Mulut FKG UPDM(B) Jakarta

**Mahasiswi Program Profesi FKG UPDM(B) Jakarta

ABSTRAK

Gigi molar tiga rahang bawah impaksi sering diindikasikan untuk dilakukan pencabutan, yaitu odontektomi. Tindakan pencabutan molar tiga rahang bawah impaksi sering menyebabkan komplikasi parestesi. Parestesi merupakan suatu sensasi atau keadaan yang menyimpang seperti rasa terbakar, tertusuk, kesemutan atau mati rasa parsial. Parestesi paska pencabutan molar tiga rahang bawah impaksi secara umum disebabkan karena trauma yang mengenai saraf-saraf di sekitar molar tiga rahang bawah, terutama nervus alveolaris inferior dan nervus lingualis. Parestesi dapat bersifat sementara dan dapat menetap. *Penatalaksanaan parestesi paska pencabutan molar tiga rahang bawah impaksi dapat dilakukan secara non bedah dan bedah. Seorang dokter gigi sangat penting mengetahui dan memahami penatalaksanaan parestesi paska pencabutan molar tiga rahang bawah impaksi terutama secara non bedah, sehingga komplikasi lebih lanjut dapat dihindari.*

Kata kunci : parestesi, molar tiga rahang bawah impaksi, non bedah

ABSTRACT

The impacted mandibular third molars is often indicated to extraction, which the procedure is odontectomy. Paresthesia is often occur following the extraction of impacted mandibular third molars. Paresthesia is an abnormal sensation, such as burning, prickling, tingling or partial numbness. Trauma at nerves around mandibular third molars, specifically inferior alveolar nerve and lingual nerve is a common cause of paresthesia after extraction of impacted mandibular third molars. Paresthesia can be temporary or permanent. Management of paresthesia can be done with non surgical or surgical treatment. A dentist should be know and understand about management of paresthesia following extraction of impacted mandibular third molars, especially the non surgical treatment, therefore, further complications can be avoided.

Key words: paresthesia, impacted mandibular third molars, non surgical

PENDAHULUAN

Pertumbuhan gigi molar tiga rahang bawah seringkali mengalami gangguan erupsi yaitu impaksi. Gigi impaksi dapat terjadi karena kekurangan ruangan untuk gigi erupsi.¹ Gigi impaksi seringkali menyebabkan komplikasi sehingga diindikasikan untuk dilakukan pencabutan yaitu odontektomi.^{2,3} Namun paska pencabutan gigi impaksi terutama pada molar tiga rahang bawah impaksi seringkali menimbulkan komplikasi parestesi. Parestesi merupakan suatu sensasi seperti terbakar, tertusuk, dan mati rasa parsial.^{3,4,5} Pada beberapa kasus, parestesi paska pencabutan gigi molar tiga rahang bawah impaksi disebabkan karena cedera pada nervus alveolaris inferior dan nervus lingualis. Parestesi akan mengalami penyembuhan secara spontan, namun dalam beberapa kasus dapat juga menetap. Penatalaksanaan parestesi dapat dilakukan secara non bedah dan bedah, tergantung tingkat keparahan yang dialami. Kasus

komplikasi parestesi kemungkinan besar akan dijumpai dalam praktek, maka diharapkan seorang dokter gigi perlu memiliki pemahaman dan pengetahuan lebih mendalam mengenai penyebab parestesi dan penatalaksanaannya, terutama secara non bedah paska pencabutan molar tiga rahang bawah impaksi. Pengetahuan dan pemahaman ini penting diketahui sehingga dalam melakukan tindakan pencabutan molar tiga rahang bawah impaksi dapat lebih berhati-hati agar komplikasi yang lebih lanjut dapat terhindari.^{5,6}

KAJIAN PUSTAKA

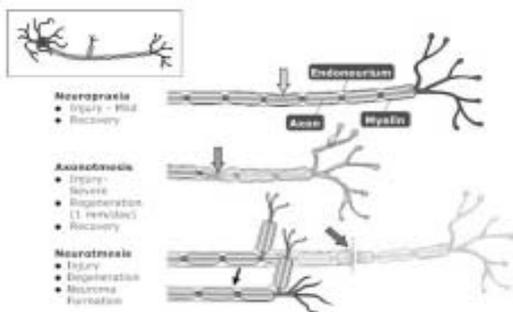
Parestesi

Parestesi merupakan salah satu manifestasi klinis adanya sensasi yang tidak normal, yang diakibatkan karena perubahan sensasi pada sistem saraf perifer. Secara umum, parestesi didefinisikan sebagai perasaan sakit atau perasaan yang menyimpang maupun rasa abnormal seperti kesemutan, rasa terbakar, tertusuk,

berkeringat, dan lain-lain. Parestesi dapat bersifat sementara atau menetap.⁵ Cedera saraf yang parah akan meningkatkan resiko terjadinya parestesi yang bersifat menetap.⁶

Mekanisme Terjadinya Parestesi

Mekanisme terjadinya parestesi adalah sebagai respon terhadap kerusakan saraf perifer, dimana kerusakan anatomi saraf dapat menyebabkan kelainan sensasi. Menurut Seddon (1943), kerusakan saraf secara umum dapat dibagi menjadi tiga kelompok besar, yaitu: (1) *Neurapraxia*. Kerusakan saraf tanpa kehilangan kontinuitas akson, tanpa demielinisasi atau tanpa terbentuknya neuroma. Dalam hal ini terdapat gangguan penghantaran impuls yang bersifat sementara. *Neurapraxia* dapat disebabkan karena tekanan ringan pada saraf, pengaruh termal, dan infeksi akut. Biasanya dapat sembuh secara spontan kurang dari 2 bulan. (2) *Axontemesis*. Kerusakan saraf yang cukup berat, terjadi kehilangan kontinuitas akson tetapi selubung endoneurium masih utuh dan mungkin terbentuk neuroma. Hal ini disebabkan karena kerusakan saraf sebagian, saraf tertarik, terkena bahan kimia, hematoma, dan infeksi kronis. Keadaan ini dapat sembuh spontan dalam 2 sampai 4 bulan. (3) *Neurotmesis*. Kerusakan saraf yang parah, semua susunan dan struktur saraf terputus dan terbentuk neuroma. *Neurotmesis* terjadi karena luka robek, laserasi, dan avulsi batang saraf. Penyembuhan dapat berlangsung lama hingga 2 tahun, bahkan kehilangan sensasi biasanya menetap.^{5,6,7}



GAMBAR 1.

Klasifikasi cedera saraf menurut Seddon.⁷

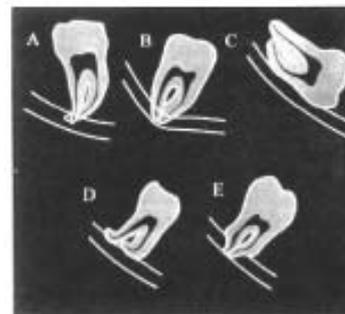
Menurut Sunderland (1951), cedera saraf secara umum dapat diklasifikasikan menjadi lima derajat, yaitu: (1) Cedera derajat pertama disebut juga *neurapaxia*, (2) Cedera derajat kedua disebut juga *axonotmesis*, (3) Cedera derajat tiga melibatkan kerusakan myelin, akson, dan endoneurium. Semakin besar kerusakan saraf, maka penyembuhan yang terjadi akan semakin lama, (4) Cedera derajat empat melibatkan kerusakan myelin, akson, endoneurium, dan perineurium. Cedera ini bersifat permanen dan penyembuhan secara spontan sangat jarang, dan (5) Cedera derajat lima disebut juga *neurotmesis*, yaitu saraf yang terpotong atau terputus.^{6,8}

Parestesi Paska Pencabutan Molar Tiga Rahang Bawah Impaksi

Etiologi

Penyebab timbulnya parestesi paska pencabutan molar tiga rahang bawah adalah karena trauma yang mengenai saraf-saraf disekitar molar tiga rahang bawah.⁵ Terdapat berbagai macam faktor yang dapat menyebabkan parestesi paska pencabutan molar tiga rahang bawah impaksi, diantaranya yaitu:

Anatomi. Hubungan posisi akar molar tiga rahang bawah terhadap kanalis mandibularis dapat mempengaruhi terjadinya parestesi. Hal ini dapat dilihat dengan pemeriksaan radiografi.⁹ Menurut Rood dan Shehab (1990), ada lima gambaran radiografi yang menunjukkan hubungan antara kanalis mandibularis dengan akar molar tiga rahang bawah, diantaranya yaitu: (a) gambaran radiolusen pada akar molar tiga rahang bawah, (b) deviasi kanalis mandibularis, (c) interupsi garis putih kanalis mandibularis (d) defleksi akar molar tiga rahang bawah oleh kanalis mandibularis, dan (e) penyempitan akar molar tiga rahang bawah.¹⁰



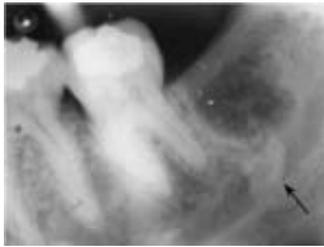
Gambar 2.

Hubungan antara kanalis mandibularis dengan akar molar tiga rahang bawah menurut Rood dan Shehab.¹⁰

Anatomi nervus lingualis biasanya terletak pada aspek lingual dari mandibula pada regio retromolarpad, tetapi kadang-kadang jalan nervus lingualis berada di area retromolarpad sehingga insisi mukosa pada daerah ini dapat menyebabkan cedera nervus lingualis.¹¹

Trauma. Pemakaian instrumen yang tidak hati-hati seperti tekanan retraktor selama retraksi flap di bagian lingual gigi molar tiga, dan retraksi lidah yang berlebihan dengan retraktor dapat menekan nervus lingualis, sehingga menyebabkan cedera nervus lingualis.⁴ Selain itu, Booth (2007) berpendapat bahwa penggunaan periosteal elevator Howarth tradisional yang ditempatkan diantara *lingual plate* dan periosteum dapat meningkatkan frekuensi trauma nervus lingualis.¹²

Pemakaian instrumen yang tidak hati-hati seperti elevator pada saat pencabutan molar tiga rahang bawah dapat mendorong sisa akar ke dalam kanalis mandibularis, sehingga menyebabkan trauma pada nervus alveolaris inferior.^{4,12}

**GAMBAR 3.**

Sisa akar terdorong ke dalam kanalis mandibularis saat melakukan tindakan pencabutan gigi molar tiga rahang bawah.⁴

Disamping pemakaian instrumen, pada pemakaian bor yang tidak hati-hati misalnya pada waktu melakukan tindakan pemotongan gigi, bor dapat masuk ke dalam kanalis mandibularis dan dapat menyebabkan parestesi. Selain itu, pemakaian bor *handpiece* yang tidak disertai irigasi dengan aliran larutan saline yang stabil akan mengakibatkan tulang yang berada di sekitar saraf memanas, sehingga dapat menyebabkan cedera saraf.⁴

**GAMBAR 4.**

Ilustrasi menunjukkan cedera nervus alveolaris inferior yang berada dekat dengan gigi molar tiga rahang bawah disebabkan karena bur yang mengenai kanalis mandibularis.⁴

Perdarahan. Parestesi dapat disebabkan karena adanya perdarahan intraoperatif yang dapat menyebabkan tekanan pada nervus alveolaris inferior yang dekat dengan soket atau terjadinya perdarahan di dalam atau sekitar nervus lingualis setelah injeksi anestesi blok mandibular. Tekanan pada saraf tersebut akan menyebabkan sensasi yang tidak menyenangkan dan pada umumnya dapat menyebabkan parestesi yang bersifat sementara.^{13,14}

Penggunaan larutan anestesi lokal. Parestesi dapat juga disebabkan karena adanya molekul larutan anestesi lokal yang terhidrolisis pada saat masih terikat reseptor dan juga karena adanya alkohol yang berada pada kanal sodium. Metabolit ini dapat mengganggu konduksi saraf dan menyebabkan disfungsi saraf (parestesi).¹⁴

Peradangan dan infeksi. Infeksi setelah pencabutan gigi molar tiga rahang bawah dapat menyebabkan tekanan pada nervus alveolaris inferior yang dekat dengan soket, sehingga akan menyebabkan parestesi.¹³

Jaringan parut. Dalam proses penyembuhan, pada soket dapat terbentuk jaringan parut fibrosa, nervus alveolaris inferior yang dekat dengan soket akan tertekan sehingga menyebabkan sensasi yang tidak menyenangkan.¹³

Debridemen yang tidak baik. Paska pencabutan gigi terkadang terdapat mikrofraktur seperti fragmen tulang tajam yang berada jauh di dalam soket, kondisi ini mungkin saja terjadi pada pencabutan gigi molar tiga rahang bawah. Jika terdapat pergerakan yang kuat atau trauma paskaoperatif, kemungkinan akan menyebabkan perpindahan fragmen tulang, sehingga menekan nervus alveolaris inferior yang dapat mengakibatkan terjadinya parestesi.¹³

Penjahitan. Penjahitan flap yang tidak hati-hati, sehingga menekan atau mencederai saraf dapat mengakibatkan terjadinya parestesi.⁴

Insidensi Parestesi

Pada kasus parestesi paska pencabutan molar tiga rahang bawah impaksi, gejala yang sering dikeluhkan oleh pasien berupa rasa kebas, kesemutan, gatal, bengkak, tegang, berat, atau menekan. Selain itu, pasien yang mengalami parestesi sering mengeluh adanya perubahan bicara, kehilangan perasa, air liur keluar tanpa disadari serta mengigit-gigit lidah dan bibir. Gejala-gejala ini biasanya timbul setelah tindakan pencabutan dan efek anestesi lokal sudah tidak ada lagi. Pada beberapa kasus, kebanyakan daerah yang terkena parestesi ialah bibir, dagu atau lidah.^{5,14}

Blondeau (2007) melaporkan angka terjadinya parestesi setelah pencabutan molar tiga rahang bawah impaksi berkisar 0,4% sampai 8,4% dari 550 molar tiga rahang bawah. Haug (2005) melakukan sebuah penelitian terhadap 8.000 kasus pencabutan molar tiga rahang bawah impaksi, hasil penelitian memperlihatkan bahwa insidensi parestesi kurang dari 2% pada pasien berumur 25 tahun ke atas. Insidensi parestesi meningkat seiring pertambahan usia.¹⁴

Schultze-Mosgau dan Reich (1993) melaporkan angka terjadinya parestesi paska pencabutan molar tiga rahang bawah impaksi, dari 791 pasien yang dilakukan tindakan pencabutan molar tiga rahang bawah dilaporkan 1,3% mengalami cedera pada alveolaris inferior dan 1,9% mengalami cedera pada nervus lingualis, sedangkan cedera pada nervus bukalis sangat jarang.⁵ Fielding, dkk (1997) juga melaporkan bahwa pada paska pencabutan molar tiga rahang bawah impaksi terjadi lingual parestesi unilateral sebanyak 92,7%, sedangkan lingual parestesi bilateral sebanyak 7,3%.¹⁵

Menurut Peterson (1993), impaksi mesioangular memiliki insidensi terjadinya parestesi lingual yang paling tinggi (30,6%), kemudian diikuti oleh impaksi distoangular (19,6%).⁵ Hal ini disebabkan karena

pencabutan impaksi distoangular mempunyai tingkat kesulitan yang cukup tinggi karena dalam pencabutannya melibatkan ramus mandibula dan membutuhkan intervensi bedah yang besar, seperti pembuangan tulang yang banyak.^{11,15} Selain itu, posisi impaksi mesioangular sangat dekat dengan kanalis mandibularis sehingga paska pencabutan molar tiga rahang bawah sering menimbulkan parestesi nervus alveolaris inferior.¹⁶



GAMBAR 5.

Posisi akar molar tiga rahang bawah impaksi mesioangular sangat dekat dengan kanalis mandibularis.¹⁷

Pogrel (1995) melakukan sebuah penelitian pada *cadaver* dan radiografis, yang hasilnya menunjukkan bahwa terdapat variasi letak nervus lingualis, yaitu kurang lebih 20% letak nervus lingualis berada di atas *lingual crest* atau berkontak langsung dengan *lingual plate*. Oleh karena itu, pada saat memotong mahkota gigi molar tiga rahang bawah impaksi mungkin saja terjadi perforasi *lingual cortical plate* yang merupakan tempat tulang untuk melindungi nervus, sehingga menyebabkan cedera nervus lingualis. Fraktur *lingual cortical plate* juga dapat menyebabkan cedera nervus lingualis, hal ini dapat terjadi apabila saat pengangkatan gigi molar tiga impaksi tekanan ke daerah lingual cukup besar.⁴

PEMBAHASAN

Penatalaksanaan Parestesi Paska Pencabutan Molar Tiga Rahang Bawah Impaksi Secara Non Bedah Penatalaksanaan parestesi paska pencabutan molar tiga rahang bawah secara non bedah bertujuan sebagai terapi suportif untuk mempercepat penyembuhan setelah mengalami cedera. Kondisi yang membutuhkan penatalaksanaan secara non bedah adalah pada pasien yang mengeluh parestesi namun tidak menyakitkan dan mengalami disfungsi yang mengganggu kehidupan sehari-hari seperti ; aktivitas bicara dan pengunyahan atau aktivitas khusus seperti menyanyi.¹³ Penatalaksanaan parestesi secara non bedah, diantaranya yaitu:

Observasi. Pasien dengan parestesi paska pencabutan molar tiga rahang bawah harus dirawat dan dievaluasi secara klinis segera mungkin.¹⁸ Untuk mengobservasi

pemulihan sensasi akibat parestesi dapat dilakukan dengan tes sensorik sederhana. Tes ini dilakukan dengan cara menutup mata pasien dan adanya rangsangan yang dirasakan pasien ditunjukkan dengan mengangkat jari. Hasil tes nantinya dibandingkan dengan area yang tidak terkena cedera saraf. Idealnya, tes sensorik dilakukan 2 minggu setelah mengalami cedera saraf. Tes sensorik dapat dilakukan dengan merangsang daerah yang mengalami parestesi misalnya dengan mengaplikasikan dental *probe* atau jarum pada bibir atau lidah. Rangsangan dapat diberikan secara acak pada area yang akan di tes untuk menentukan apakah ada sensasi yang dirasakan sehingga area yang mengalami parestesi dapat ditentukan.^{18,19}



GAMBAR 6.

Pemetaan area yang mengalami parestesi.³

Pada parestesi yang disebabkan karena cedera nervus lingualis, penderita akan kehilangan indera pengecap pada anterior lidah. Maka observasi dapat dilakukan dengan tes pengecap, namun mungkin tidak dilakukan secara rutin. Tes ini mudah untuk dilakukan, yaitu dengan cara merendam kapas atau tampon di dalam larutan yang berisi natrium klorida 1M, sukrosa 1M, 0,4M asam asetat atau 0,1M *quinine*, kemudian kapas atau tampon ditaruh 1-2 cm sepanjang tepi lateral lidah dan pasien ditanya apakah merasakan rasa asin, manis, asam, pahit atau tidak ada rasa. Rangsangan diaplikasikan secara acak, pada setiap sisi lidah, dan pasien diminta berkumur-kumur dengan air disetiap tes.^{19,20}

Terapi fisiologik. Terapi fisiologik dalam penanganan parestesi dapat dilakukan dengan berbagai cara, diantaranya yaitu:

Cryotherapy. Pemberian es di jaringan sekitar saraf 24 jam pertama setelah terjadi cedera saraf dan dilakukan secara berkala selama minggu pertama. Terapi ini bertujuan untuk mengurangi kemungkinan cedera saraf sekunder akibat edema dan tekanan, sehingga memperlambat pembentukan neuroma dan jaringan parut.²¹

Terapi Panas. Diantaranya yaitu (a) *Shortwave diathermy*. Terapi yang menggunakan alat pemanas yang mengubah gelombang radio menjadi panas yang diaplikasikan pada permukaan jaringan, panas dapat masuk jauh ke dalam jaringan. (b) *Microwave therapy*. Terapi dengan menggunakan suatu alat pemanas yang mengubah gelombang mikro menjadi panas yang diaplikasikan pada permukaan jaringan, panas dapat masuk jauh ke dalam jaringan tetapi tidak sedalam terapi

shortwave diathermy. (c) *Ultrasound*. Terapi dengan alat pemanas yang mengubah suara menjadi panas yang diaplikasikan pada permukaan jaringan dimana panas dapat masuk jauh ke dalam jaringan.²² Suhu yang digunakan dalam terapi panas ini ialah 40^oC- 50^oC. Terapi panas ini mungkin berguna untuk mencegah terbentuknya hematoma dan meningkatkan vaskularisasi jika sering dilakukan, yaitu 2 - 4 kali setiap minggu.²¹

Electro-iontophoresis. Alat terapi yang menggunakan aliran listrik berkekuatan rendah untuk menghantarkan obat atau bahan kimia melalui kulit. Obat yang dapat dihantarkan diantaranya adalah pasta yang mengandung lidokain dan deksametason yang dapat berguna untuk mengurangi edema dan juga mengontrol rasa sakit pada minggu pertama setelah cedera saraf.^{21,23}

Terapi Pemijatan. Terlalu banyak jaringan ikat fibrosa akan menimbulkan jaringan parut pada lokasi saraf yang cedera. Terapi dapat dilakukan dengan cara pemijatan dengan jari tangan yang bertujuan untuk mengurangi cairan inflamasi di lokasi peradangan, sehingga dapat mengurangi pertumbuhan jaringan ikat fibrinogen. Selama fase regenerasi, pemijatan ikut membantu *remodeling* jaringan ikat kolagen.⁵

Akupunktur. Akupunktur juga dipercaya untuk mengurangi gejala parestesi. Namun, pemakaiannya untuk mengurangi nyeri neuropatik sangat terbatas walaupun dalam sebuah penelitian telah ditemukan bahwa terdapat efek analgesik.²²

Mengunyah permen karet. Beberapa orang melaporkan rasa parestesi berkurang dengan mengunyah permen karet. Mekanismenya mungkin merupakan pengalihan rasa sakit. Namun, jika berlebihan akan menyebabkan kelelahan otot-otot rahang.²⁴

Terapi farmakologi. Terapi dengan obat-obatan selain bertujuan mempercepat proses regenerasi saraf, juga bertujuan untuk mengatasi penyebab terjadinya parestesi. Ada beberapa terapi farmakologi untuk penanganan parestesi, diantaranya yaitu:

Antibiotik. Parestesi yang disebabkan oleh peradangan atau infeksi dianjurkan untuk menggunakan antibiotik. Pengobatan dengan antibiotik selama tujuh hari dengan penisilin merupakan standar untuk mencegah infeksi.^{5,18}

Anti inflamasi. Pasien yang mengalami parestesi paska pencabutan molar tiga rahang bawah sebaiknya menggunakan kortikosteroid untuk meminimalisasi terjadinya inflamasi. Obat ini harus digunakan secepat mungkin, idealnya sehari setelah pencabutan gigi molar tiga rahang bawah. Pada pasien yang mengalami gejala parestesi ringan dapat juga diberikan obat anti inflamasi yaitu, ibuprofen atau aspirin.²⁵

Golongan neurotropik. Penggunaan golongan neurotropik dapat membantu fase regenerasi saraf. Pemakaian multivitamin B kompleks atau *methycobal* selama 6-8 minggu, memberikan pengaruh yang baik pada penyembuhan cedera saraf.⁵

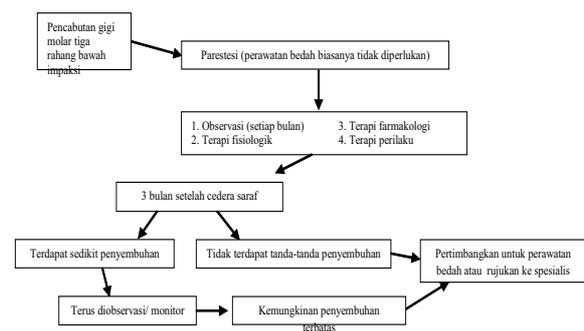
Antidepresan. Pasien yang mengalami parestesi paska pencabutan molar tiga rahang bawah dapat juga diberikan obat-obatan antidepresan, contohnya

amitriptyline. Dosis obat antidepresan yang diberikan untuk pasien yang mengalami parestesi paska pencabutan molar tiga rahang bawah jauh lebih rendah daripada dosis untuk menghilangkan depresi. Dosisnya adalah dosis tunggal yaitu, 10 sampai 150 mg diminum pada malam hari. Obat-obat ini dipercaya dapat membantu menghilangkan gejala parestesi karena dapat mengubah persepsi rasa sakit seseorang. Jika parestesi yang dialami seseorang lebih parah, turunan opium seperti kodein mungkin dapat diresepkan.^{26,27}

Obat topikal. Penggunaan obat topikal belum diteliti dengan baik efeknya, tetapi terdapat beberapa bukti bahwa *capsaicin* yang digunakan secara teratur akan meredakan rasa sakit. Dosis yang dianjurkan adalah 5 kali per hari selama 5 hari, kemudian 3 kali per hari selama 3 minggu.²⁷

Terapi perilaku. Terapi perilaku dilakukan segera setelah terjadi cedera saraf. Pasien diberikan konseling yaitu, pemberitahuan mengenai pemeriksaan lanjutan untuk memonitor dan membantu penyembuhan saraf, gejala-gejala yang akan timbul, dan perawatan yang akan dilakukan. Terapi seperti manajemen kognitif dan perilaku, relaksasi, dan *biofeedback* dengan intervensi psikoterapi dan psikofarmasi mungkin berguna untuk mengurangi rasa marah dan depresi penderita.^{21,27}

Pada kasus parestesi yang menetap atau cedera saraf yang tidak kunjung sembuh dengan penatalaksanaan secara non bedah maka direkomendasikan untuk melakukan penatalaksanaan secara bedah. Dalam kebanyakan kasus, penatalaksanaan ini dilakukan setelah 6-12 bulan setelah mengalami cedera saraf yang telah mendapatkan penatalaksanaan secara non bedah.^{5,14} Alur penatalaksanaan parestesi paska pencabutan molar tiga impaksi dapat dilihat pada bagan di bawah ini :



Bagan 1.

Alur penatalaksanaan parestesi paska pencabutan molar tiga rahang bawah.²⁸

RINGKASAN

Gigi molar tiga rahang bawah impaksi sering diindikasikan untuk dilakukan pencabutan, yaitu odontektomi. Tindakan pencabutan molar tiga rahang bawah impaksi sering menyebabkan komplikasi

diantaranya parestesi. Parestesi merupakan salah satu manifestasi klinis adanya sensasi yang tidak normal, hal ini terjadi akibat adanya perubahan sensasi pada sistem saraf perifer. Gejala yang sering dikeluhkan pasien berupa rasa kebas, kesemutan, gatal, bengkak, tegang, berat, atau menekan. Penyebab timbulnya parestesi secara umum adalah karena trauma yang mengenai saraf-saraf disekitar molar tiga rahang bawah terutama pada nervus alveolaris inferior dan nervus lingualis. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya parestesi paska pencabutan molar tiga rahang bawah impaksi adalah karena adanya variasi anatomi, trauma, perdarahan, dampak penggunaan larutan anestesi lokal, peradangan dan infeksi, jaringan parut, debridemen yang tidak baik dan penjahitan.

Penatalaksanaan parestesi paska pencabutan molar tiga rahang bawah impaksi dapat dilakukan secara non bedah dan bedah. Penatalaksanaan parestesi secara non bedah terdiri dari observasi, terapi fisiologik, terapi farmakologi, dan terapi perilaku. Terapi fisiologik dapat dilakukan dengan cara cryotherapy, short-wave diathermy, terapi microwave, ultrasound, dan electro-ontophoresis, pemijatan, akupuntur, dan mengunyah permen karet. Terapi farmakologi yaitu dengan menggunakan antibiotik, anti inflamasi, obat golongan neurotropik, anti depresan, dan obat topikal. Penatalaksanaan parestesi secara bedah dilakukan jika parestesi bersifat menetap atau cedera saraf yang tidak kunjung sembuh dengan penatalaksanaan secara non bedah. Pengetahuan dan pemahaman mengenai komplikasi parestesi paska tindakan pencabutan molar tiga rahang bawah impaksi sangat penting diketahui oleh setiap dokter gigi. Dengan demikian, diharapkan kasus parestesi paska pencabutan molar tiga rahang bawah dapat dicegah.

DAFTAR PUSTAKA

- Hupp, JR, 2008. *Contemporary oral and maxillofacial surgery*. Edisi ke-5. Vol 1, China: Mosby, 153-157, 160, 193.
- Pedersen, Gordon W, 1996. *Buku Ajar Praktis Bedah Mulut*. Jakarta: EGC, 60, 85-86, 92.
- Balaji, S.M, 2007. *Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery*. New delhi: Elsevier, 230-233, 645, 648-650.
- Fragiskos D.F, 2007. *Oral Surgery*, New york: Springer berlin Heidelberg, 191-194.
- Hendaya H, Kaswin A, 2004. Parestesi sebagai komplikasi pasca bedah molar tiga bawah impaksi. *J. KG Edisi Khusus KOMIT-KG*: 93-94, 96-97.
- Foncesca R.J., 2009. *Oral and Maxillofacial Surgery*. Vol 1, Edisi ke-2, Missouri: Saunders, 45, 260, 265-268, 276-277.
- Bagheri S.C., Jo C, 2008. *Clinical Review of Oral and Maxillofacial Surgery*. Missouri: Mosby Elsevier, 100.
- Neurosurgery. Tersedia dari: <http://www.medstudents.com.br/neuroc/neuroc4.htm>. Diunduh 19 November 2011.
- Moore U.J, 2001. *Principles of Oral and Maxillofacial Surgery*. Edisi ke-5. Great Britain: Blackwell Science, 113.
- Loescher A. R., Smith K.G., Robinson P.P., 2003. Nerve Damage and Third Molar Removal. *Dental Update*, 376, 379-380.
- Malamed, Stanley F, 2004. *Handbook of Local Anesthesia*. Edisi ke-5, Missouri: Mosby, 181-184. Booth P.W., Schendel S.A., Hausamen J.A., 2007. *Maxillofacial Surgery*. Vol 2. Edisi ke-2. Missouri: Churchill Livingstone, 1615
- Booth P.W., Schendel S.A., Hausamen J.A., 2007. *Maxillofacial Surgery*. Vol 2. Edisi ke-2. Missouri: Churchill Livingstone, 1615.
- Tolstunov L, Pogrel M.A. 2009. Delayed Paresthesia of Inferior Alveolar Nerve After Extraction of Mandibular Third Molar: Case Report and Possible Etiology. *J Oral Maxillofacial Surgery* 67(8):1765.
- Wisdom tooth extractions / Oral paresthesia (nerve damage). Tersedia dari: http://www.animated-teeth.com/wisdom_teeth/t7-wisdom-tooth-paresthesia.htm. Diunduh 12 Oktober 2011.
- Fielding A.F, Rachiele D.P., Frazier G, 1997. Lingual Nerve Paresthesia Following Third Molar Surgery. *J Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 84(4): 345, 347.
- Miloro, 2005. Radiographic proximity of the mandibular third molar to the inferior alveolar canal. *J Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 100(5): 545
- Inferior alveolar nerve damage following removal of mandibular third molar teeth. Tersedia dari: <http://journal.pdmdentalcollege.com/issue1/originalarticle/article2.html>. Diunduh 25 Januari 2012.
- Caissie R, Goulet J, Fortin M, Morielli D, 2005. Iatrogenic Paresthesia in the Third Division of the Trigeminal Nerve. *J Can Dent Assoc* 71(3): 188-189.
- Strauss E.R., Ziccardi V.B., Janal M.N., 2006. Outcome assessment of Inferior Alveolar Nerve Microsurgery: A Retrospective Review. *J Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 64(12): 1768, 1770.
- Andreasen J.O., Petersen J.K., Laskin D.M., 1997. *Textbook and Color Atlas of Tooth Impactions*. Missouri: Mosby, 480.
- Labanc J.P., Gregg J.M., 1992. *Oral and Maxillofacial Surgery North America*, Philadelphia: W.B. Saunders Company, 289, 375-378, 382, 385-386.
- Clinical policy bulletin: Heating devices. Tersedia dari: [Hyperlink reference not valid.](http://www.disabled-world.com/health/neurology/paresthesia.php) Diunduh 31 Januari 2012.
- Iontophoresis. Tersedia dari: <http://en.wikipedia.org/wiki/Iontophoresis>. Diunduh 31 Januari 2012.
- Treatment option of lingual nerve damage. Tersedia dari: <http://www.sciential.net/Treatment%20options.shtml>. Diunduh 16 Oktober 2011.
- Wisdom teeth. Tersedia dari: http://institute1.is-temp.com/2/20/article_id,20. Diunduh 22 Oktober 2011.
- Paresthesia - Facts and Information. Tersedia dari: <http://www.disabled-world.com/health/neurology/paresthesia.php>. Diunduh 4 Desember 2011.
- Lingual nerve injury: therapy. Tersedia dari: http://www.medscape.com/viewarticle/462066_10. Diunduh 18 Oktober 2011.
- Robinson P.P., Loescher A.R., Yates J.M., Smith K.G., 2004. Current management of damage of the inferior alveolar and lingual nerves as a result of removal of third molars. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 42(4):286, 288.