

PENCABUTAN GIGI SULUNG

Prinsip pencabutan gigi sulung tidak berbeda dengan gigi permanen, tidak memerlukan tenaga besar, tetapi harus diingat bahwa di bawah gigi sulung terdapat gigi permanen yang mahkotanya sangat dekat dengan gigi sulung terutama gigi molar dua sulung atau kadang-kadang penggantinya yaitu premolar dua terjepit diantara akar gigi sulung molar dua tersebut. Sehingga waktu pencabutan gigi molar dua sulung, premolar dua dapat terganggu atau ikut terangkat, sehingga pada akar yang resorbsinya tidak sempurna terutama pada molar dua sulung pencabutannya harus hati-hati.

Sebelum melakukan pencabutan gigi perlu dilakukan anestesi lebih dulu. Pada umumnya diberikan anestesi lokal, tetapi pada keadaan tertentu dilakukan anestesi umum yang dilakukan oleh spesialis anestesi.

1. INDIKASI ANESTESI UMUM

- a. Anestesi lokal merupakan kontra indikasi
- b. Pencabut sekaligus beberapa gigi
- c. Penambalan dan perawatan saluran akar pada anak yang sangat sensitif.
- d. Pada anak-anak cacat mental.

2. ANESTESI LOKAL

Anestesi lokal adalah tindakan menghilangkan rasa sakit untuk sementara pada satu bagian tubuh dengan cara mengaplikasikan bahan topikal atau suntikan

tanpa menghilangkan kesadaran. Pencegahan rasa sakit selama prosedur perawatan gigi dapat membangun hubungan baik antara dokter gigi dan pasien, membangun kepercayaan, menghilangkan rasa takut, cemas dan menunjukkan sikap positif dari dokter gigi.

Teknik anestesi lokal merupakan pertimbangan yang sangat penting dalam perawatan pasien anak. Ketentuan umur, anestesi topikal, teknik injeksi dan analgetik dapat membantu pasien mendapatkan pengalaman positif selama mendapatkan anestesi lokal. Berat badan anak harus dipertimbangkan untuk memperkecil kemungkinan terjadi reaksi toksis dan lamanya waktu kerja anestetikum, karena dapat menimbulkan trauma pada bibir atau lidah.

Anak-anak dapat ditangani secara anestesi lokal dengan kerjasama dari orangtua dan tidak ada kontra indikasi. Anak-anak diberitahu dengan kata-kata sederhana apa yang akan dilakukan, jangan membohongi anak. Sekali saja anak kecewa, sulit untuk membangun kembali kepercayaan anak. Lebih aman mengatakan kepada anak-anak bahwa dia akan mengalami *sedikit* rasa tidak nyaman seperti tergores pensil atau digigit nyamuk daripada menjanjikan tidak sakit tetapi tidak mampu memenuhi janji tersebut. Bila seorang anak mengeluh sakit selama injeksi pertimbang kembali situasinya, injeksikan kembali bila perlu tapi jangan minta ia untuk menahan rasa sakit. Sebelum melakukan penyuntikan, sebaiknya operator berbincang dengan pasien, dengan menyediakan waktu untuk menjelaskan apa yang akan dilakukan dan mengenal pasien lebih jauh dokter gigi dapat meminimaliskan rasa takut. Macam anestesi lokal

1. Anestesi Topikal
Menghilangkan rasa sakit di bagian permukaan saja karena yang dikenai hanya ujung-ujung serabut urat syaraf. Bahan yang digunakan berupa salf.
2. Anestesi Infiltrasi
Sering dilakukan pada anak-anak untuk rahang atas ataupun rahang bawah. Mudah dikerjakan dan efektif. Daya penetrasi anestesi infiltrasi pada anak-anak cukup dalam karena komposisi tulang dan jaringan belum begitu kompak.
3. Anestesi Blok
Digunakan untuk pencabutan gigi molar tetap.

PERSIAPAN

1. Sebagian negara mempunyai hukum yang mengharuskan izin tertulis dari orang tua (*Informed Consent*) sebelum melakukan anestesi pada pasien anak.
2. Kunjungan untuk pencabutan sebaiknya dilakukan pagi hari (saat anak masih aktif) dan dijadwalkan, sehingga anak tidak menunggu terlalu lama karena anak cenderung menjadi lelah menyebabkan anak tidak kooperatif. Anak bertoleransi lebih baik terhadap anestesi lokal setelah diberi makan \pm 2 jam sebelum pencabutan.
3. Instrumen yang akan dipakai, sebaiknya jangan diletakkan di atas meja. Letakkan pada tempat yang tidak terlihat oleh anak dan diambil saat akan digunakan. Jangan mengisi jarum suntik di depan pasien, dapat menyebabkan rasa takut dan cemas.

4. Sebaiknya dikatakan kepada anak yang sebenarnya bahwa akan ditusuk dengan jarum (disuntik) dan terasa sakit sedikit, tidak boleh dibohongi.
5. Rasa sakit ketika penyuntikan sedapat mungkin dihindarkan dengan cara sebagai berikut :
 - a. Memakai jarum yang kecil dan tajam
 - b. Pada daerah masuknya jarum dapat dilakukan anastesi topikal lebih dahulu. Misalnya dengan 5 % xylocaine (lidocaine oitmen)
 - c. Jaringan lunak yang bergerak dapat ditegangkan sebelum penusukan jarum
 - d. Deponir anestetikum perlahan, deponir yang cepat cenderung menambah rasa sakit. Jika lebih dari satu gigi maksila yang akan dianastesi, operator dapat menyuntikkan anastesi awal, kemudian merubah arah jarum menjadi posisi yang lebih horizontal, bertahap memajukan jarum dan mendeponir anestetikum.
 - e. Penekanan dengan jari beberapa detik pada daerah injeksi dapat membantu pengurangan rasa sakit.
 - f. Jaringan diregangkan jika longgar dan di masase jika padat (pada palatal). Gunanya untuk membantu menghasilkan derajat anastesi yang maksimum dan mengurangi rasa sakit ketika jarum ditusukan.
6. Aspirasi dilakukan untuk mencegah masuknya anestetikum dalam pembuluh darah, juga mencegah reaksi toksis, alergi dan hipersensitifitas.
7. Waktu untuk menentukan anastesi berjalan \pm 5 menit dan dijelaskan sebelumnya kepada anak bahwa nantinya akan terasa gejala parastesi seperti mati rasa, bengkak, kebas, kesemutan atau gatal dijelaskan pada anak agar

anak tidak takut, tidak kaget, tidak bingung atau merasa aneh. Pencabutan sebaiknya dilakukan setelah 5 menit. Jika tanda parastesi tidak terjadi, anastesi kemungkinan gagal sehingga harus diulang kembali.

8. Vasokontristor sebaiknya digunakan dengan konsentrasi kecil, misalnya xylocaine 2 % dan epinephrine 1 : 100.000.

BAHAN ANASTESI (ANASTETIKUM)

Sejumlah anestetikum yang ada dapat bekerja 10 menit – 6 jam, dikenal dengan bahan *Long Acting*. Namun anastesi lokal dengan masa kerja panjang (seperti bupivakain) tidak direkomendasikan untuk pasien anak terutama dengan gangguan mental. Hal ini berkaitan dengan masa kerja yang panjang karena dapat menambah resiko injuri pada jaringan lunak.

Bahan yang sering digunakan sebagai anestetikum adalah lidocaine dan epinephrine (adrenaline). Lidocaine 2 % dan epinephrine 1 : 80.000 merupakan pilihan utama (kecuali bila ada alergi). Anestetikum tanpa adrenalin kurang efektif dibandingkan dengan adrenalin. Epinephrin dapat menurunkan perdarahan pada regio injeksi.

Beberapa bahan anastesi suntikan :

1. Lidocaine (Xylocaine) HCl 2 % dengan epinephrine 1 : 100.000
2. Mepicaine (Carbocaine) HCl 2 % dengan levonordefrin (Neo-cobefrin) 1 : 20.000.
3. Prilocaine (Citanest Forte) HCl 4 % dengan epinephrine 1 : 200.000

Durasi dalam menit				
	Infiltrasi maksila	Blok mandibula	Dosis maksimum	Dosis total

Anastesi							maksimum (mg)
	pulpa	Jar lunak	pulpa	Jar lunak	Mg/kg	Mg/lb	
Lidocain					4.4	2.0	300
2 % (tanpa epinephrin)	5		5 – 10				
2 % + 1 : 50.000 epinephrin	60	170	85	100			
2 % + 1 : 100.000 epinephrin	60	170	85	190			

ANASTESI TOPIKAL

Beberapa klinis menyarankan penggunaan anastesi topikal sebelum injeksi. Sulit untuk menentukan seberapa efektifnya cara ini namun memiliki nilai psikologis, karena dapat memperkecil rasa sakit saat pemberian anastesi lokal, tetapi anastesi topikal tidak dapat menggantikan teknik injeksi. Anastesi topikal efektif pada permukaan jaringan (dengan kedalaman 2-3 mm).

Bahan anastesi topikal yang dipakai dapat dibagi sebagai berikut :

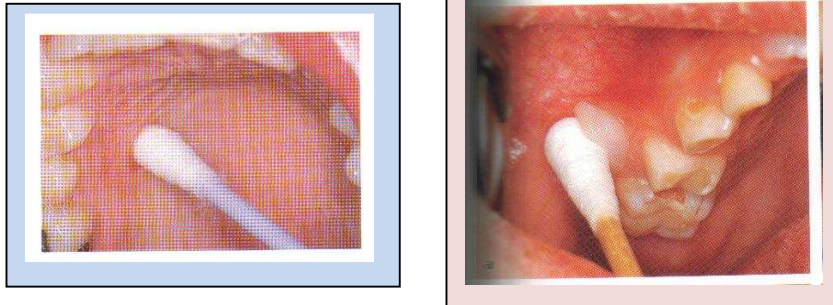
1. Menurut bentuknya : Cairan, Salep, Gel
2. Menurut penggunaannya : Spray, Dioleskan, Ditempelkan
3. Menurut bahan obatnya : Chlor Etil, Xylestesin Ointment, Xylocain Oitment, Xylocain Spray

Anastesi topikal benzokain (masa kerja cepat) dibuat dengan konsentrasi > 20 %, lidokain tersedia dalam bentuk cairan atau salep > 5 % dan dalam bentuk spray dengan konsentrasi > 10 %.

Cara melakukan anastesi topikal adalah :

1. Membran mukosa dikeringkan untuk mencegah larutnya bahan anastesi topikal.

2. Bahan anastesi topikal dioleskan melebihi area yang akan disuntik (gambar 1) \pm 15 detik, kurang dari waktu tersebut, obat tidak efektif (tergantung petunjuk pabrik).



Gambar 1. Gunakan cotton bud untuk mengoleskan topikal anastesi pada area yang akan disuntik

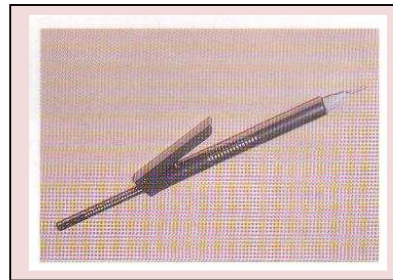
3. Anastesi topikal harus dipertahankan pada membran mukosa minimal 2 menit, agar obat bekerja efektif. Salah satu kesalahan yang dibuat pada pemakaian anastesi topikal adalah kegagalan operator untuk memberikan waktu yang cukup bagi bahan anastesi topikal untuk menghasilkan efek yang maksimum.

PEMILIHAN SYRINGE DAN JARUM

Pemilihan jarum harus disesuaikan dengan kedalaman anastesi yang akan dilakukan. Jarum suntik pada kedokteran gigi tersedia dalam 3 ukuran (sesuai standar American Dental Association = ADA) ; panjang (32 mm), pendek (20 mm, dan superpendek (10 mm).

Petunjuk :

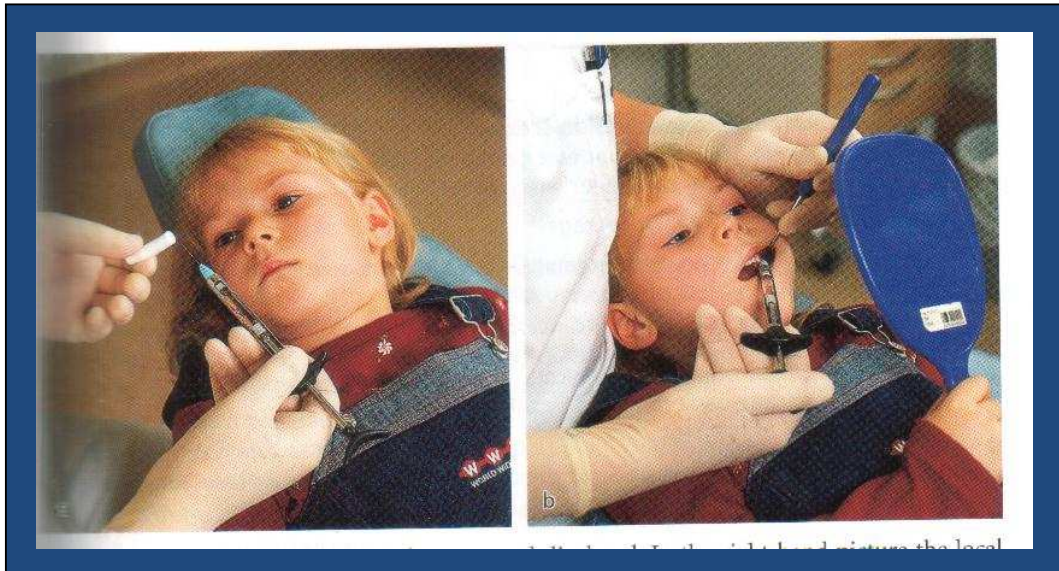
1. Dalam pelaksanaan anastesi lokal pada gigi, dokter gigi harus menggunakan syringe sesuai standar ADA.
2. Jarum pendek dapat digunakan untuk beberapa injeksi pada jaringan lunak yang tipis, jarum panjang digunakan untuk injeksi yang lebih dalam.
3. Jarum cenderung tidak dipenetrasikan lebih dalam untuk mencegah patahnya jarum.
4. Jarum yang digunakan harus tajam dan lurus dengan bevel yang relatif pendek, dipasangkan pada syringe. Gunakan jarum sekali pakai (disposable) untuk menjamin ketajaman dan sterilisasinya. Penggunaan jarum berulang dapat sebagai transfer penyakit.



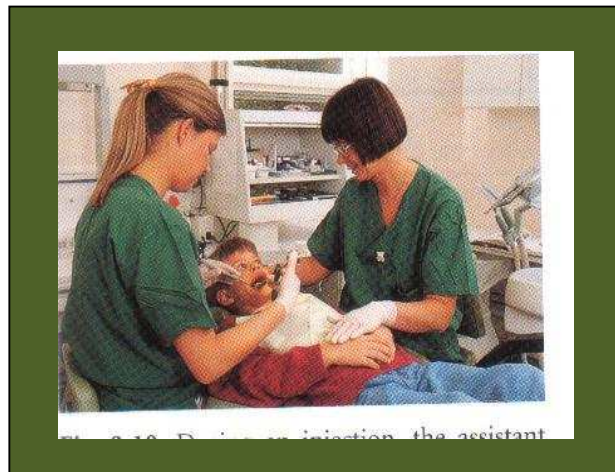
Syring untuk intraligamen injeksi.
Bentuk pistol (kiri) dan bentuk pen
(atas).

PERSIAPAN SEBELUM PENYUNTIKAN

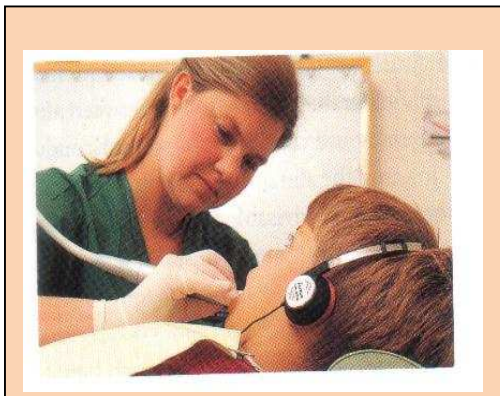
1. Penjelasan lokal anastesi tergantung usia pasien anak, teknik penanganan tingkah laku anak yang dapat dilakukan, misalnya TSD, modelling.

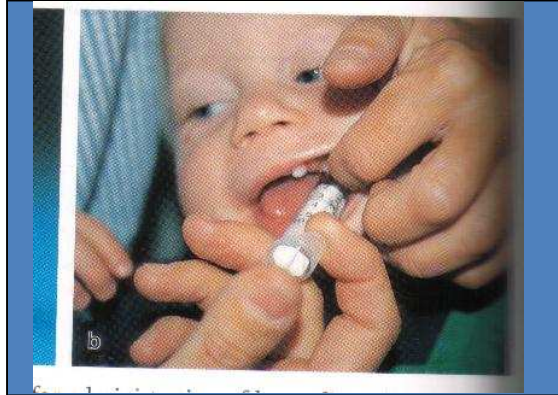


Instrumen dapat diperlihatkan pada anak (kiri). Penyuntikan dilakukan menggunakan kaca agar anak dapat melihat prosedur penyuntikan (kanan)



Selama penyuntikan, asisten memegang tangan anak, agar anak tidak bergerak





Kombinasi penyuntikan dengan audioanalgesik

Posisi penyuntikan pasien

INDIKASI/KONTRA INDIKASI PENCABUTAN GIGI SULUNG

Sebelum melakukan pencabutan pada gigi sulung, perlu dipertimbangkan beberapa hal, yaitu :

Harus diketahui lebih dahulu umur si anak untuk mengetahui gigi tersebut tanggal atau diganti dengan gigi tetap. Namun usia bukan satu satunya kriteria dalam menentukan apakah gigi sulung harus dicabut atau tidak, misalnya pada pasien usia 11 – 12 tahun (kecuali ada indikasi khusus : Orto). Beberapa pasien premolar dua akan erupsi pada usia 8 – 9 tahun, sementara pada pasien lain gigi yang sama belum menunjukkan tanda erupsi. Gigi sulung yang kuat dan utuh di dalam lengkung seharusnya tidak dicabut kecuali ada evaluasi klinis dan radiografi.

Oklusi, perkembangan lengkung, ukuran gigi, resorpsi akar, tingkat perkembangan benih gigi permanen di bawahnya, gigi bersebelahan, gigi antagonis, gigi kontra lateral, ada atau tidak infeksi, semua faktor faktor ini harus dipertimbangkan dalam menentukan kapan gigi sulung dicabut.

Indikasi :

1. Natal tooth/neonatal tooth

Natal tooth : gigi erupsi sebelum lahir

Neonatal tooth : gigi erupsi setelah 1 bulan lahir dan biasanya gigi:

- Mobiliti
- Dapat mengiritasi : menyebabkan ulserasi pada lidah
- Mengganggu untuk menyusui

2. Gigi dengan karies luas, karies mencapai bifurkasi dan tidak dapat direstorasi sebaiknya dilakukan pencabutan. Kemudian dibuatkan space maintainer.
3. Infeksi di periapikal atau di interradikular dan tidak dapat disembuhkan kecuali dengan pencabutan.
4. Gigi yang sudah waktunya tanggal dengan catatan bahwa penggantinya sudah mau erupsi.
5. Gigi sulung yang persistensi
6. Gigi sulung yang mengalami impacted, karena dapat menghalangi pertumbuhan gigi tetap.
7. Gigi yang mengalami ulkus dekubitus
8. Untuk perawatan ortodonsi
9. Supernumerary tooth.
10. Gigi penyebab abses dentoalveolar

Dalam mempertimbangkan perawatan konservatif pada gigi sulung dengan infeksi pulpa/periapikal, kondisi sistemik pasien sama pentingnya dengan kondisi

lokal. Bila tidak dapat menghilangkan infeksi di dalam atau sekitar gigi, prosedur konservatif akan membahayakan bagi pasien dengan rheumatik fever dll. Prosedur konservatif kontra indikasi penyakit jantung kongenital, kelainan ginjal dan kasus fokal infeksi. Fokal infeksi dapat menyebabkan bakterimia pada penderita jantung kongenital sehingga menyebabkan perjalanan penyakit di organ lain.

Kontra Indikasi :

1. Anak yang sedang menderita infeksi akut di mulutnya.
Misalnya akut infeksi stomatitis, herpetik stomatitis. Infeksi ini disembuhkan dahulu baru dilakukan pencabutan.
2. Blood dyscrasia atau kelainan darah, kondisi ini mengakibatkan terjadinya perdarahan dan infeksi setelah pencabutan. Pencabutan dilakukan setelah konsultasi dengan dokter ahli tentang penyakit darah.
3. Pada penderita penyakit jantung.
Misalnya : Congenital heart disease, rheumatic heart disease yang akut.kronis, penyakit ginjal/kidney disease.
4. Pada penyakit sistemik yang akut pada saat tersebut resistensi tubuh lebih rendah dan dapat menyebabkan infeksi sekunder.
5. Adanya tumor yang ganas, karena dengan pencabutan tersebut dapat menyebabkan metastase.
6. Pada penderita Diabetes Mellitus (DM), tidaklah mutlak kontra indikasi. Jadi ada kalanya pada penyakit DM ini boleh dilakukan pencabutan tetapi haruslah lebih dahulu mengadakan konsultasi dengan dokter yang merawat pasien

tersebut atau konsultasi ke bagian internist. Pencabutan pada penderita DM menyebabkan :

- Penyembuhan lukanya agak sukar.
- Kemungkinan besar terjadi sakit setelah pencabutan
- Bisa terjadi perdarahan berulang kali.

7. Irradiated bone

Pada penderita yang sedang mendapat terapi penyinaran.

INDIKASI PENCABUTAN MOLAR SATU TETAP

Beberapa pertimbangan pencabutan gigi molar satu tetap

- Jika sebuah molar satu permanen dicabut sebelum molar dua permanen erupsi, maka molar satu permanen akan bergerak ke mesial dan mengisi tempat molar satu tetap. Masalah ortodonsi akan kecil kemungkinan terjadi.
- Jika pencabutan molar satu dilakukan setelah molar dua erupsi, maka molar dua akan tilting ke mesial sehingga menyebabkan masalah ortodonsi.
- Jika tiga molar satu permanen sudah indikasi pencabutan, sebaiknya molar satu yang tinggal dicabut, agar susunan molar dua simetris.

TIPE DAN LOKASI INJEKSI

Anestesi lokal pada anak tidak berbeda dibandingkan pada orang dewasa, densitas tulang lebih sedikit sehingga mempercepat difusi anestesi lokal. Ukuran rahang yang lebih kecil mengurangi kedalaman jarum berpenetrasi pada anestesi blok (mandibular anestesi).

2. Anestesi Infiltrasi

2.1. Daerah bukal/labial/RA/RB

Masuknya jarum ke dalam mukosa $\pm 2 - 3$ mm, ujung jarum berada pada apeks dari gigi yang dicabut. Sebelum mendeposir anestetikum, lakukan aspirasi untuk melihat apakah pembuluh darah tertusuk. Bila sewaktu dilakukan aspirasi dan terlihat darah masuk ke dalam karpul, tarik karpul. Buang darah yang berada di karpul dan lakukan penyuntikan pada lokasi lain yang berdekatan. Masukkan obat dengan perlahan dan tidak boleh mendadak sebanyak $\pm 0,60$ ml ($1/3$ karpul).

2.2. Daerah palatal/lingual.

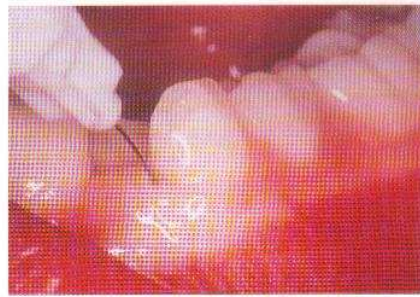
Masukkan jarum sampai menyentuh tulang. Masukkan obat perlahan dan tidak boleh mendadak sebanyak $\pm 0,2 - 0,3$ cc. Akan terlihat mukosa daerah tersebut putih/pucat.

2.3. Daerah Interdental Papil

Masukkan jarum pada daerah papila interdental, masukkan obatnya sebanyak $\pm 0,2 - 0,3$ cc. Akan terlihat mukosa daerah tersebut memucat.

2.4 Anastesi Intraligamen

Suntikan intraligamen dilakukan ke dalam periodontal ligamen. Suntikan ini menjadi populer belakangan ini setelah adanya syringe khusus untuk tujuan tersebut. Suntikan intraligamen dapat dilakukan dengan jarum dan syringe konvensional tetapi lebih baik dengan syringe khusus karena lebih mudah memberikan tekanan yang diperlukan untuk menyuntikan ke dalam periodontal ligamen.



Injeksi intra ligamen pada anak

Teknik :

1. Hilangkan semua kalkulus dari tempat penyuntikan, bersihkan sulkus gingiva dengan rubber cup dan pasta profilaksis dan berikan desinfektan dengan menggunakan cotton pellet kecil.
2. Masukkan jarum ke dalam sulkus gingiva pada bagian mesial distal gigi dengan bevel jarum menjauhi gigi.
3. Tekan beberapa tetes larutan ke dalam sulkus gingiva untuk anastesi jaringan di depan jarum

4. Gerakkan jarum ke apikal sampai tersendat diantara gigi dan crest alveolar biasanya kira-kira 2 mm
5. Tekan perlahan-lahan. Jika jarum ditempatkan dengan benar harus ada hambatan pada penyuntikan dan jaringan di sekitar jarum memutih. Jika tahanan tidak dirasakan, jarum mungkin tidak benar posisinya dan larutan yang disuntikkan akan mengalir ke dalam mulut.
6. Suntikan perlahan-lahan, banyaknya 0,2 ml.
7. Untuk gigi posterior, berikan suntikan di sekitar tiap akar.
8. Dapat pula diberikan penyuntikan di bagian mesial dan distal akar tetapi dianjurkan bahwa tidak lebih dari 0,4 ml larutan disuntikkan ke tiap akar.
9. Cartridge harus dibuang dan tidak boleh digunakan untuk pasien yang lain, walaupun sedikit sekali larutan yang digunakan.

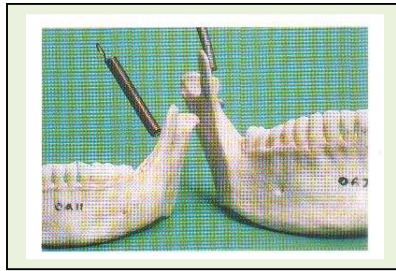
3. Anastesi Blok

Teknik tidak berbeda dengan anastesi Blok pada orang dewasa, hanya harus diingat ramus ascendes lebih pendek dan sempit/cekung dalam arah anteroposterior, foramen mandibula lebih dangkal (belum dalam) dibanding pada orang dewasa. Pada anak berada di bawah dataran oklusi. Foramen mentale selalu pada garis dekar ramus, 2/3 dari permukaan anterior yang konkaf.

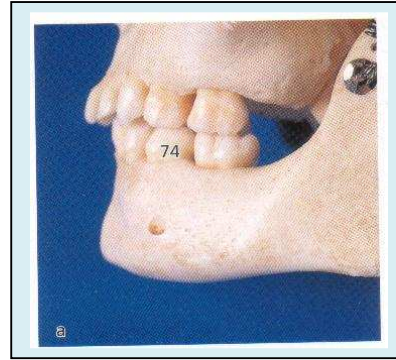
Pemasukan jarum lebih dekat beberapa mm pada oklusal plane dibanding dengan orang dewasa. Dalamnya, masuk jarum $\pm \frac{1}{2}$ cm lebih pendek daripada orang dewasa.

Obat suntik : - ± 1 cc untuk nervus alveolaris inferior

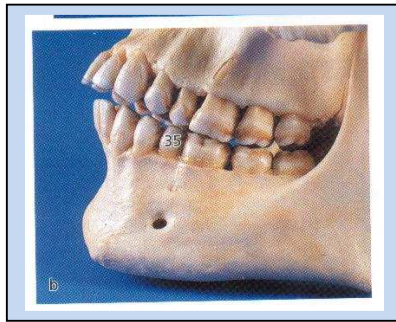
- $\pm \frac{1}{2}$ cc untuk nervus lingualis



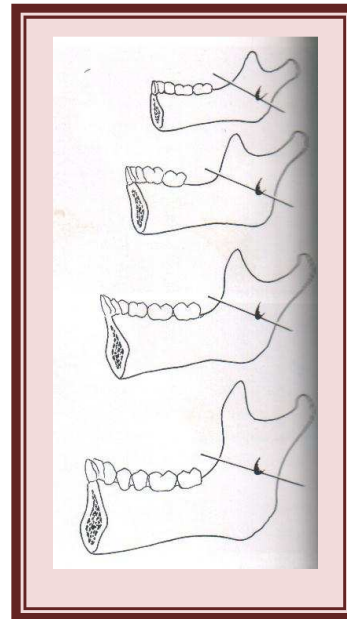
Foramen mentale pada anak lebih ke anterior (kiri) dibandingkan dewasa lebih ke posterior (kanan) (Goran Koch)



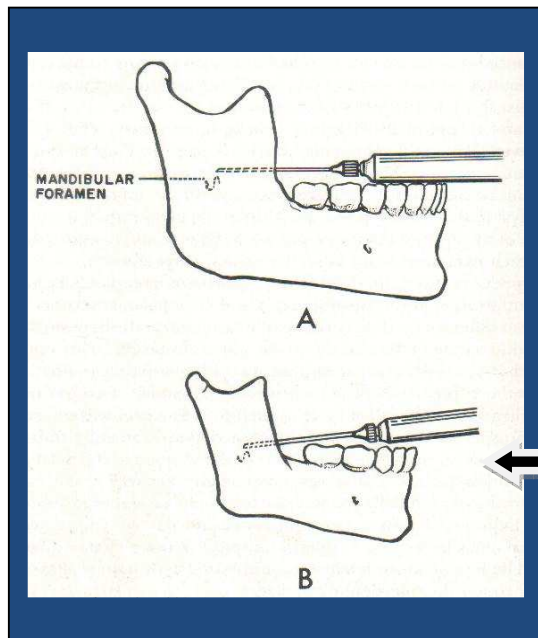
Foramen mentale pada anak dekat ke gigi molar satu sulung (Goran Koch)



Foramen mentale pada dewasa dekat ke Gigi premolar dua (Goran Koch)



Posisi foramen mandibula sesuai pertumbuhan tulang



Letak foramen mentale. Atas (dewasa). Bawah (anak) (Finn)

PENCABUTAN GIGI PADA ANAK-ANAK

Pada dasarnya tidak berbeda dengan orang dewasa, akan tetapi pada anak-anak perlu diketahui :

1. Rongga mulut anak-anak lebih kecil dari rongga mulut orang dewasa sehingga kadang-kadang pada anak-anak dapat menyebabkan sedikit kesukaran dalam melakukan tindakan pencabutan ataupun tindakan operasi.
2. Pada anak-anak pertumbuhan dan perkembangan tulang rahang masih berjalan terus.
3. Struktur tulang pada anak-anak mengandung bahan organik yang lebih tinggi daripada orang dewasa sehingga tidak mudah fraktur.
4. Warna dan bentuk anatomi gigi sulung
5. Adanya benih gigi permanendi bawah gigi sulung.

Teknik pencabutan gigi sulung

Teknik pencabutan tidak berbeda dengan orang dewasa. Karena pada anak-anak ukuran gigi dan mulut lebih kecil dan tidak memerlukan tenaga yang besar, maka bentuk tang ekstraksi lebih kecil ukurannya. Harus diingat juga bentuk akar gigi sulung yang menyebar dan kadang-kadang resorpsinya tidak beraturan dan adanya benih gigi permanen yang ada di bawah akar gigi sulung. Seperti juga orang dewasa, pada waktu melakukan pencabutan perlu dilakukan fiksasi rahangnya dengan tangan kiri.

Jika resorpsi akar telah banyak, maka pencabutan sangat mudah, tetapi jika resorpsi sedikit terutama gigi molar pencabutan mungkin sulit dilakukan, apalagi bila terhalang bening gigi permanendi bawahnya.

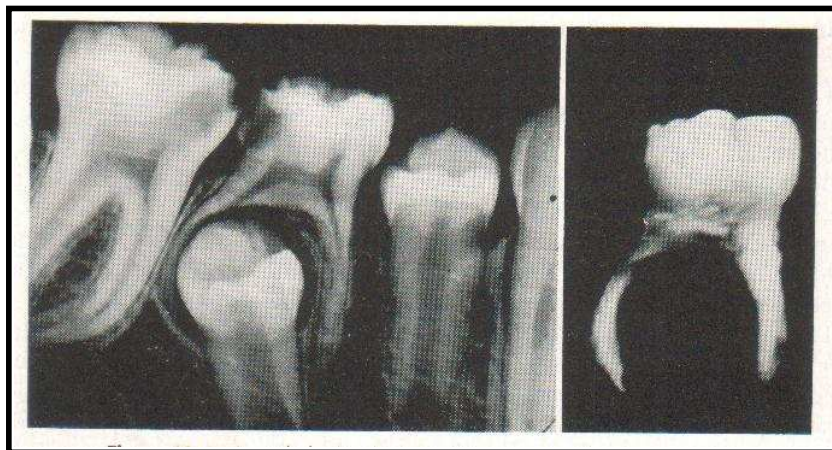
Untuk gigi sulung berakar tunggal :

Gerakan rotasi dengan satu jurusan diikuti dengan gerakan ekstraksi (penarikan).

Untuk gigi berakar ganda :

Gerakan untuk melakukan pencabutan adalah gerakan luksasi pelan-pelan juga.

Gerakan luksasi ini ke arah bukal dan ke arah palatal, diulang dan juga harus hati-



hati serta tidak dengan kekuatan yang besar. Gerakan luksasi diikuti dengan gerakan ekstraksi.

Teknik Pencabutan Gigi Sulung

- **Beberapa komplikasi yang mungkin terjadi pada waktu pencabutan gigi sulung.**

1. Fraktur Akar

Untuk menghindari terjadinya fraktur tulang akar gigi sulung, perlu teknik yang baik dan hati-hati waktu melakukan pencabutan.

Cara mengatasinya :

Kalau terlihat, sedapat mungkin dikeluarkan dengan tang khusus untuk radiks atau bein dan harus dikerjakan dengan hati-hati.

Kalau tidak terlihat/ragu-ragu, sebaiknya dibuat ronsen foto dahulu untuk melihat posisi sisa akar terhadap beih gigi tetapnya. Dari ronsen foto bila ternyata jauh dari benih gigi tetap, dapat diambil segera dengan pedoman ronsen foto tersebut.

Tetapi bila dekat benih yang mungkin pada waktu pengambilan dapat mengenai benih gigi permanen maka sisa akar gigi sulung tersebut dapat ditinggalkan, tetapi selalu dilakukan pengawasan berkala (observasi) terhadap sisa akar tersebut secara klinis dan radiografis.

Kalau sekiranya akar tersebut dapat dikeluarkan maka harus segera dikeluarkan sebelum gigi tetapnya erupsi, karena dikhawatirkan sisa akar tersebut akan terjepit diantara gigi-gigi tetap. Kemungkinan lain akar gigi tertinggal akan diresorpsi.

2. Terjadinya trauma pada benih gigi tetap.

Kemungkinan benih gigi permanenikut tercabut atau berubah tempat/posisi.

Untuk menghindari kemungkinan ini perlu teknik pencabutan yang baik dan hati-hati dan harus diingat posisi benih gigi tetapnya.

Cara mengatasinya :

- ▶ Benih gigi permanenyang ikut tercabut dapat dikembalikan ke tempatnya, kemudian mukosa (gingiva) dilakukan penjahitan sehingga soket bekas gigi sulungnya tertutup.
- ▶ Benih gigi yang berubah posisi dilakukan observasi atau kalau mungkin dilakukan reposisi.

3. Dry Socket

Komplikasi ini jarang terjadi karena vaskularisasinya pada anak cukup baik.

Apabila ini terjadi di bawah umur 10 tahun mungkin ada gangguan secara sistemik seperti pada penderita anemia, defisiensi vitamin, gangguan nutrisi dsb atau adanya infeksi.

4. Perdarahan

Hal ini mungkin terjadi bila anak menderita penyakit darah atau kemungkinan ada sisa akar atau tulang yang menyebabkan iritasi terhadap jaringan.

PENCABUTAN GIGI PERMANENPADA ANAK-ANAK

Yang paling sering terjadi pencabutan gigi permanen anak-anak adalah gigi M1. sebelum kita mencabut gigi M1 tersebut kita harus mempertimbangkan dengan sungguh-sungguh karena M1 merupakan kunci daripada oklusi.

Indikasi pencabutan gigi M1 :

1. Pada kasus dimana M2 belum tumbuh dan M1 mengalami karies yang tidak mungkin direstorasi lagi, maka M1 dicabut dan M2 diharapkan menempati M1.
2. Juga dalam hal M1 dengan karies yang tidak mungkin lagi direstorasi tetapi M2 nya sudah tumbuh maka harus dibuatkan space maintainer.
3. Kalau k3 M1 sudah parah keadaannya dan dicabut maka juga dianjurkan M1 yang masih tinggal harus juga dicabut supaya simetris sehinggai tidak terjadi malposisi.
4. Untuk mencegah terjadinya impacted dari M2.

INFEKSI

Adanya infeksi gigi anak-anak adalah merupakan hal yang sangat penting diketahui. Infeksi harus secepat mungkin dicegah dan dihentikan. Seorang dokter gigi anak harus dapat menghindari penyebabnya dan mencegah perluasannya.

Perluasan/penjalaran infeksi pada gigi anak.

1. Infeksi gigi anak-anak terutama pada periapikal dapat menjalar ke ruang di bawahnya yang berisi sumsum tulang.
2. Selanjutnya dapat mengenai benih gigi permanen sehingga dapat menyebabkan perubahan warna daei enamel atau dapat menyebabkan kerusakan secara keseluruhan terhadap gigi permanen tersebut.
3. Infeksi dapat sampai ke pusat pertumbuhan rahang, misalnya : kondilus yang menyebabkan perubahan bentuk rahang.
4. Infeksi dapat menyebabkan terjadinya abses, cellulitis, osteomeilitis.

Manifestasi daripada infeksi

Suatu infeksi yang serius pada gigi selalu disertai manifestasi secara sistemis :

1. Demam.

Pada anak-anak mempunyai kecendrungan yang lebih besar daripada orang dewasa. Dalam hal ini denyut jantung lebih cepat, nafas lebih cepat tetapi tidak dalam.

2. General Malaise (perasaan tidak enak seluruh badan)

Perasaan mau muntah (nausea) dan muntah-muntah (vomiting).

3. Pertambahan jumlah leukosit terutama neutrofil.

Pada infeksi yang serius yang berlangsung lama seperti osteomeilitis bisa menyebabkan anemia.

4. Dehidrasi

Oleh karena kehilangan air melalui keringat dan kekurangan pemasukan cairan.

5. Anorexia/tidak ada nafsu makan

Tanda-tanda lainnya yang dapat terlihat pada infeksi yang serius :

- Diare
- Constipasi
- Sakit pada daerah abdominal

Pengobatan terhadap infeksi

Secara lokal

Misalnya : Abses dengan kausa gigi gangren pulpa, dengan pulpa masih tertutup maka pengobatan secara lokal. Pulpa dibuka dan trepanasi dengan high speed bur (dengan bur yang memakai putaran tinggi), ke-mudian di sanering atau spuling. Bila absesnya dipermukaan maksud-nya sudah stadium submukous atau subkutan dan ada fluktuasi maka dapat dilakukan insisi.

Secara sistemik

1. Pemberian antibiotika
2. Untuk mengurangi rasa sakit atau demam diberikan analgetik/ antipiretik
3. Vitamin-vitamin
4. Sedatif : Untuk menenangkan penderita
5. Anti Inflamasi

Setelah absesnya mereda maka gigi penyebab atau kausa dilakukan perawatan endodontik atau pencabutan, tergantung dari keadaan gigi tersebut.