

STUDI KASUS

Pendekatan psikologis pada penatalaksanaan *burning mouth syndrome* akibat konsumsi pil kontrasepsi

Rita Wardhani*, Tenny Setiani Dewi**✉

*Program Studi Ilmu Penyakit Mulut, Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Padjadjaran, Bandung, Jawa Barat, Indonesia

**Departemen Ilmu Penyakit Mulut, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Padjadjaran, Bandung, Jawa Barat, Indonesia

**Jl Sekeloa Selatan No 1 Bandung, Jawa Barat, Indonesia; ✉ koresponden: tenny.setiani@fkg.unpad.ac.id

ABSTRAK

Burning Mouth Syndrome (BMS) merupakan suatu kumpulan gejala dengan karakteristik rasa panas dan sakit pada satu atau beberapa struktur mulut dengan mukosa normal tanpa adanya gejala klinis yang ditemukan. Faktor penyebab BMS ini diketahui ada tiga yaitu faktor lokal, sistemik, dan psikogenik, ketiga faktor ini dapat digali melalui anamnesis. Tujuan dari Pendekatan Psikologis pada Penatalaksanaan *Burning Mouth Syndrome* Akibat Konsumsi Pil Kontrasepsi. Seorang wanita, 54 tahun, dikonsultasikan dari RS.Swasta, dengan keluhan rasa panas dan perih pada lidah dan mulut. Berdasarkan anamnesis diketahui pasien merasa takut terjadi kanker mulut dan takut hamil sehingga menggunakan pil kontrasepsi tanpa konsultasi dengan dokter. Pemeriksaan ekstra oral terdapat bibir kering dan pemeriksaan intra oral ditemukan depapilasi lidah pada 1/3 anterior dorsum lidah, eritema, dan sakit. Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis pasien didiagnosa dengan BMS diduga akibat penggunaan pil kontrasepsi. Terapi dari Ilmu Penyakit Mulut (IPM) diberikan obat kumur Sodium Chlorite, Vitamin B12, dan Asam Folat, edukasi tentang penggunaan obat, dan dikonsultasikan ke Bagian Obstetri dan Ginekologi dan diinstruksikan untuk menghentikan pil kontrasepsi. Setelah dilakukan terapi di IPM selama 6 minggu pasien merasakan perbaikan pada rongga mulutnya. Insidensi BMS sering terjadi pada wanita dengan populasi usia premenopause dan menopause. Depresi dan kecemasan merupakan permasalahan yang sering timbul pada pasien BMS yang mengalami menopause, pada kondisi pasien dengan kecemasan tinggi penting bagi dokter gigi untuk memberikan informasi dan edukasi serta dukungan terhadap pasien. Konsultasi yang baik dapat menimbulkan pengertian yang lebih dalam sehingga pasien dapat mengeliminasi rasa cemasnya. Keberhasilan pendekatan psikologis dan medis akan membantu dalam penatalaksanaan yang tepat pada pasien BMS.

Kata kunci: *burning mouth syndrome*; kecemasan; pendekatan psikologis

ABSTRACT: *Psychological approach on Burning Mouth Syndrome management due to contraceptive pill consumption.* *Burning Mouth Syndrome (BMS) is a group of symptoms and characterized by stinging or burning sensation of the oral mucosa in the absence of apparent clinical signs on physical examination. Known causing factors for BMS are a local, systemic, and psychogenic factor. These factors can be assessed by anamnesis. The purpose of the case study was to evaluate BMS management's psychological approach due to contraceptive pill consumption. A fifty-four years old female was referred from Private Hospital with a chief complaint of burning sensation on the tongue and oral mucosa. The anamnesis revealed patient anxiety about cancer because pain sensation on her tongue, and also the patient was using pill contraception without doctor order because she was afraid of getting pregnant. Dry lips were found on extraoral examination, and intraoral examination revealed depopulation on 1/3 anterior dorsum of the tongue, erythema, with pain sensation on the area involved. After anamnesis and clinical examination, the patient was diagnosed with Burning Mouth Syndrome result of contraception pill. Therapy given from Oral Medicine Department are Sodium chlorite mouthwash, vitamin B12, folic acid, education about using the medicine, and referred to Obstetric and Gynecology Department and their instruction to stop her contraception pill. After six weeks, the burning sensation was decreased and felt much better. BMS often happened to women premenopause and menopause. Depression and anxiety is a common problem for menopause BMS patients. A good consultation can eliminate anxiety patients—the success of the psychological approach and medications used in the current therapy in BMS patients.*

Keywords: *burning mouth syndrome; anxiety; psychological approach*

PENDAHULUAN

Burning Mouth Syndrome (BMS) merupakan rasa terbakar dan tidak nyaman atau perih yang terjadi pada seseorang dengan gambaran klinis mukosa mulut yang normal dan tidak disebabkan oleh tindakan medis dan dental. Istilah lain yang digunakan untuk BMS adalah *glossodynia*, *glossopyrosis*, *stomatodynia*, *stomatopyrosis*, *sore tongue*, dan *oral dysaesthesia*.¹ Banyak penelitian dilakukan pada individu dengan gejala rasa terbakar pada mulut yang tidak dibedakan dengan BMS seperti contohnya penyakit idiopatik atau kondisi lainnya seperti defisiensi vitamin B membuat hasil yang tidak dapat dibuktikan. Faktor Lokal dan sistemik seperti infeksi, alergi, rasa sakit karena gigi tiruan, reaksi hipersensitivitas, hormon, dan defisiensi vitamin diduga sebagai penyebab gejala BMS.²

BMS sering terjadi pada wanita terutama setelah menopause, dengan prevalensi 18-33%. Suatu penelitian di Swedia menemukan prevalensi sebanyak 4% untuk gejala BMS tanpa kelainan klinis pada oral mukosa laki-laki dengan rata-rata umur 59 tahun, 6% pada wanita rata-rata usia 57 tahun, dengan prevalensi terbesar 12% pada wanita usia 60-69 tahun. Dilaporkan prevalensi pada populasi umum bervariasi dari 1-15%.¹

Etiologi BMS belum diketahui dan faktor penyebab yang mungkin terjadi termasuk gangguan hormon terkait dengan menopause, faktor psikogenik (termasuk didalamnya kecemasan, depresi, stress, peristiwa kehidupan, gangguan kepribadian dan ketakutan akan kanker), neuropati yang disebut rasa kecap berlebih (*Supertasters*).³ Neuropati tersebut merujuk kepada penyebab dari neuropati datang dari dua penelitian yang memperlihatkan perubahan rasa kecap dan ambang rasa sakit pada pasien dengan BMS. Dua penelitian ini menggunakan reflek berkedip dan uji sensori kuantitatif termal memperlihatkan tanda-tanda neuropati pada hampir seluruh pasien BMS.^{4,5}

Xerostomia merupakan gejala yang beriringan dengan pasien BMS prevalensinya bervariasi antara 34-39%.^{7,8} berdasarkan penelitian Grushka, dkk ditemukan hal ini sama atau lebih besar dari

60%. Hal ini sangat kontras karena beberapa penulis mempertimbangkan bahwa komposisi saliva memegang peran penting pada patogenesis BMS, mengindikasikan pentingnya identifikasi dan karakteristik berat jenis molekul protein. Peningkatan signifikan diperlihatkan pada sodium, protein total, lysozyme, amylase dan imunoglobulin pada pasien dengan BMS dibandingkan dengan kelompok kontrol.⁴ Tujuan penulisan studi kasus ini adalah untuk menganalisis pendekatan psikologis pada penatalaksanaan *burning mouth syndrome* akibat konsumsi pil kontrasepsi. Pasien telah memberikan persetujuan publikasi dari kasusnya bagi kepentingan ilmu pengetahuan.

METODE

Studi kasus ini membahas mengenai seorang wanita, 54 tahun, datang ke Bagian Ilmu Penyakit Mulut RSHS Bandung, dirujuk oleh salah satu Rumah Sakit Swasta di Bandung, dengan keluhan utama rasa panas dan perih pada lidah dan mulut. Berdasarkan anamnesis diketahui pasien merasa takut terjadi kanker mulut akibat keluhan tersebut, pasien merasa menderita penyakit diabetes melitus karena ibu pasien menderita sakit tersebut, serta adanya ketakutan hamil sehingga pasien menggunakan pil kontrasepsi tanpa konsultasi dengan dokter. Riwayat penyakit sebelumnya pasien pernah operasi HNP (*Hernia Nukleus Pulposus*) pada tahun 1981. Pasien mengkonsumsi obat *simvastatin* dan *methylcobal* beberapa waktu terakhir ini tanpa resep dari dokter.

Riwayat penyakit termasuk pencatatan keluhan utama, penyakit-penyakit sistemik dan obat-obat yang sedang dipakai pasien. Review antara keluhan utama dan keluhan tambahan ditunjukkan pada tempat terjadinya keluhan, waktu timbul, durasi, dan kemungkinan adanya keterkaitan dengan faktor-faktor tertentu seperti protes dan konsumsi makanan tertentu. Dilakukan pengecekan status psikologis pasien untuk menemukan adanya depresi, kecemasan, *cancerphobia*, dan tekanan-tekanan psikologis lainnya. Adanya kebiasaan parafungsional didapat dengan menanyakan kebiasaan pergerakan lidah atau bibir *clenching*, *bruxism*, dan kebiasaan lainnya.⁶

Tabel 1. Faktor Etiologi Burning Mouth Syndrome⁴

| Faktor Lokal | Faktor Sistemik | Faktor Psikologi |
|--------------------------|--|----------------------|
| Protesa yang tidak pas | Gangguan Endokrin : (Hipotiroidism, DM, Menopause) | Kecemasan |
| Kebiasaan Parafungsional | Defisiensi (Fe, Vitamin B complex, zinc) | Depresi |
| Kelainan Gigi | Anemia | Compulsive disorders |
| Reaksi alergi | Gangguan gastrointestinal | Stress psikologi |
| Infeksi | Obat-obatan | Cancerphobia |
| Faktor Kimia | Neuropati | |
| Galvanism | Sjogren's syndrome | |
| Hilangnya rasa kecap | Esophageal reflux | |
| Xerostomia | | |

Pasien mengakui masih mengalami menstruasi meskipun frekuensinya jarang sekali dalam setahun terakhir ini, dan masih mengkonsumsi pil kontrasepsi karena pasien merasa takut hamil. Pasien mengalami tekanan pekerjaan dari atasan di tempat kerjanya, karena dia bertanggung jawab di bagian keuangan di sebuah perusahaan toserba ternama di kota Bandung. Secara psikologis pasien tergolong jenis pasien dengan kepribadian tipe Koleris karena memiliki ciri-ciri dominan dalam pembicaraan, memaksakan kehendak, *workaholic*, sulit mengakui kesalahan, dan ingin dianggap paling benar.^{7,8}

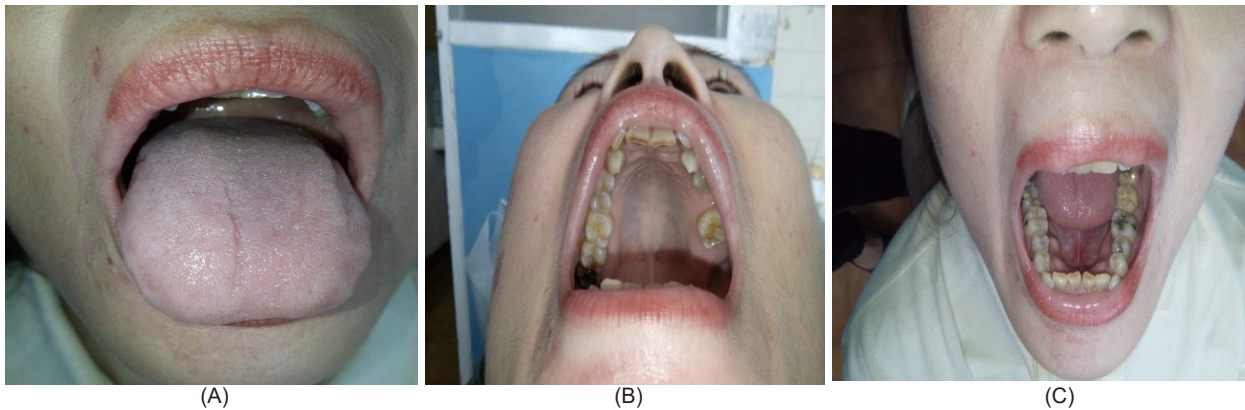
Bagi pasien dengan karakteristik seperti ini diperlukan pendekatan yang lebih dalam karena sulitnya pasien untuk menerima edukasi dari operator. Satu hal yang penting adalah meyakinkan pasien bahwa operator akan membantu pasien dalam mengatasi semua keluhan dan kecemasannya serta membantu untuk menghilangkan berbagai ketakutan seperti kanker dan kehamilan. Pendekatan psikologis menjadi sangat penting terutama dalam membina komunikasi antara pasien dan operator menjadi lebih efektif.

Pemeriksaan ekstra oral terdapat bibir kering dan pada pemeriksaan intra oral ditemukan depapilasi lidah pada 1/3 anterior dorsum lidah, eritema, dan terdapat sensasi perih di daerah tersebut. Keluhan ini sudah dirasakan pasien sejak kurang lebih satu tahun terakhir. Pada pemeriksaan gigi geligi, terdapat atrisi pada gigi anterior rahang atas dan rahang bawah, dan dari anamnesis diketahui pasien memiliki kebiasaan

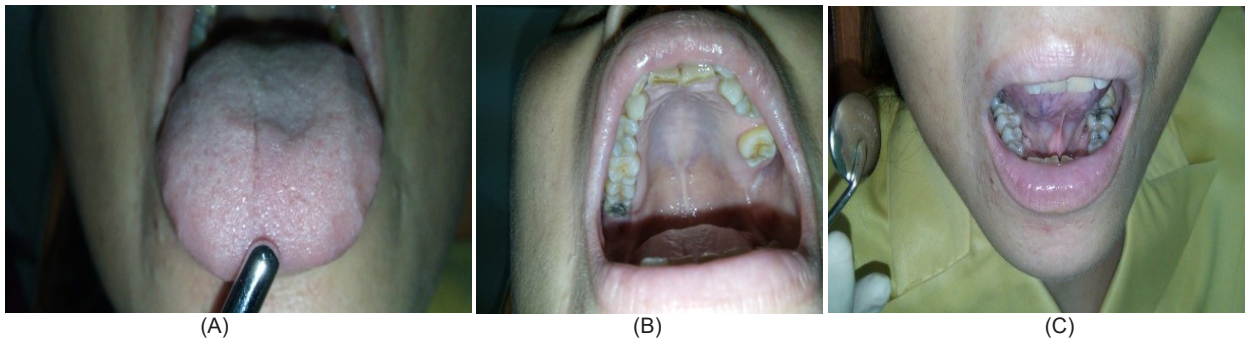
bruxism. Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan pasien dapat didiagnosa sebagai *Burning Mouth Syndrome (BMS) et causa* konsumsi pil kontrasepsi, oleh karena itu kami segera merujuk pasien ke Bagian Obstetri dan Ginekologi untuk dilakukan pemeriksaan lanjut dan didapatkan jawaban konsul bahwa pasien harus menghentikan konsumsi pil kontrasepsinya.

Etiologi BMS ini multifaktorial, termasuk neuropsikiatri, endokrin, imunologi, nutrisi, infeksi, dan penyebab iatrogenik. Gangguan ini dapat terkait dengan beberapa penyakit psikiatri seperti depresi atau kecemasan terjadi pada lebih dari 50% pasien BMS, dan paling banyak didominasi oleh depresi. Gangguan kepribadian terkait BMS, mempengaruhi 86% pasien dibandingkan dengan 24% individu yang normal dengan hasil signifikan. Pada penelitian krosseksional didapatkan bahwa pasien BMS memiliki frekuensi yang lebih tinggi terhadap gangguan depresi utama, gangguan cemas, hipokondria, dan *cancerphobia*.^{5,9}

Tabel 1 menjelaskan tentang faktor etiologi BMS yang dibagi menjadi tiga yaitu faktor lokal, faktor sistemik, dan faktor psikologi. Faktor Lokal meliputi protesas yang tidak pas, kebiasaan parafungsional, kelainan gigi, reaksi alergi, infeksi, faktor kimia, galvanism, hilangnya rasa kecap, dan xerostomia. Faktor sistemik meliputi gangguan endokrin termasuk didalamnya hipotiroidism, diabetes melitus, dan menopause. Defisiensi nutrisi termasuk defisiensi Fe, Vitamin B complex, zinc, anemia, gangguan gastrointestinal, obat-obatan, neuropati, *Sjogren's syndrome*, dan *esophageal reflux*. Faktor psikologi meliputi kecemasan,



Gambar 1. Dorsum lidah (A), palatum (B), dan dasar mulut (C) pasien BMS pada kunjungan pertama



Gambar 2. (A) Dorsum lidah, (B) palatum, dan (C) dasar mulut pasien BMS pada kunjungan kedua

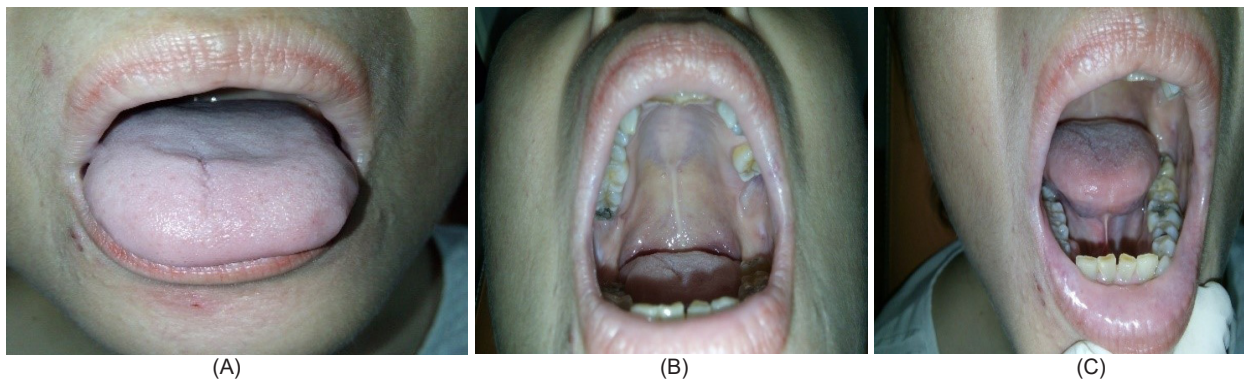
depresi, *compulsive disorder*, stress psikologi, dan *cancer phobia*.⁴

Prognosis dari BMS pada penelitian Gilpin terhadap kelainan ini mempunyai 3 jenis kategori, pada sepertiga kasus pertama mengalami remisi spontan, sepertiga kedua mengalami perkembangan yang sedang, dan sepertiga terakhir tidak ada perbaikan bahkan gejala bertambah buruk. Prospektif klinik dan farmasi memiliki perubahan yang signifikan terhadap terapi BMS, penelitian lain menyebutkan 10% dari kasus mengalami remisi spontan, 26% memiliki perkembangan yang sedang, 37% tidak terdapat perubahan yang signifikan, dan 26% gejala bertambah buruk pada pasien yang telah mengalami perawatan sedikitnya 18 bulan.⁹

Terapi farmakologis dari Ilmu Penyakit Mulut untuk pasien BMS ini adalah pemberian *mouth rinse* dengan bahan aktif Sodium Chlorite, vitamin B₁₂ dan Asam Folat selama 7 hari, terapi non farmakologi yang dapat diberikan *Oral Hygiene Instruction* (OHI), dan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE)

pemberian edukasi tentang penggunaan obat, menghindari makan makanan yang bertekstur keras dan mengandung rempah atau penguat rasa, memberikan saran dan masukan agar pasien bisa lebih tenang dan santai sehingga semua beban pekerjaan tidak menjadikannya hidup stress, serta memberikan edukasi mengenai kanker di rongga mulut agar kekhawatirannya mengenai kanker menjadi berkurang, dan memberi rujukan ke Bagian Obstetri dan Ginekologi untuk permasalahan pil kontrasepsi yang selama ini dikonsumsi oleh pasien. Keluhan adanya gigi 48 yang tajam dikonsulkan ke bagian konservasi gigi untuk penambalan. Pada Gambar 1. memperlihatkan sepertiga anterior dorsum lidah, palatum dan dasar mulut yang menjadi keluhan utama pasien karena timbulnya rasa panas dan perih sehingga pasien datang untuk berobat ke poli Ilmu Penyakit Mulut Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung.

Kunjungan kedua terjadi dua minggu kemudian, pasien masih merasakan rasa perih pada anterior dorsum lidahnya tetapi sudah mulai berkurang.



Gambar 3. (A) Dorsum lidah, (B) Palatum, dan (C) Dasar mulut pasien BMS pada kunjungan ketiga

Pasien sudah menghentikan penggunaan kontrasepsi oralnya selama dua minggu atas saran dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Pasien mulai terbuka untuk berbicara kepada operator dan hal-hal yang diinstruksikan oleh operator pada kunjungan pertama ditaati dengan baik oleh pasien. Pada Gambar 2 memperlihatkan gambaran dorsum lidah (2 A), palatum (2 B), dan dasar mulut (2 C) pasien BMS pada kunjungan kedua, keluhan rasa panas dan perih mulai berkurang dan pasien mengikuti semua instruksi *oral hygiene* dan edukasi yang diberikan operator pada kunjungan pertama.

Kunjungan ketiga terjadi sebulan setelah kunjungan kedua, keluhan perih pada lidah sudah hampir jarang dirasakan, hanya sesekali saja. Pasien menggunakan obat kumur Sodium Chlorite hanya jika terdapat keluhan, serta vitamin B12 dan asam folat masih diberikan terhadap pasien.

Pasien sudah mulai bisa bersikap lebih tenang, mendengarkan semua informasi dan edukasi dari operator dengan baik.

Gambar 3 memperlihatkan dorsum lidah (3 A), palatum (3 B), dan dasar mulut (3 C) tidak terdapat perubahan yang jelas secara klinis, hanya pada kunjungan ketiga ini pasien merasakan perbaikan dibandingkan kondisi awalnya, dan pada saat ini pasien sudah menghentikan konsumsi pil kontrasepsinya selama 6 minggu.

Penentuan faktor penyebab BMS harus diketahui sejak awal karena itu diperlukan langkah-langkah pencarian faktor penyebab yang berbeda dan menemukan penyakit sistemik maupun penyakit mulut yang memiliki gambaran klinis menyerupai

BMS. Metode pertama yang dilakukan adalah penentuan jenis dan derajat keluhan BMS dengan menggunakan daftar pertanyaan khusus. Kemudian dilakukan pencarian faktor lokal dan sistemik secara komprehensif. Sesudah melakukan perawatan sesuai dengan penyebab maka dilakukan evaluasi terhadap perawatan dengan menggunakan alat yang sama dengan langkah pertama. Pada pasien dengan BMS yang resisten dilakukan pemeriksaan psikologik dengan menggunakan tes yang berbeda. Bila diperlukan maka dilakukan psikoterapi. Akhirnya dilakukan evaluasi dari efek psikoterapi dengan menggunakan tes psikologi dan tes yang sama dengan langkah pertama.^{5,6}

PEMBAHASAN

Klasifikasi BMS berdasarkan etiologi dibagi menjadi dua BMS primer dengan etiologi yang tidak diketahui dan BMS sekunder dengan etiologi yang diketahui. BMS berdasarkan gejala dibagi menjadi BMS tipe 1 dimana pasien tidak memiliki gejala pada sepanjang hari sedangkan pada malam hari semua gejala dirasakan, hal ini terkait dengan gangguan sistemik seperti defisiensi nutrisi dan Diabetes. BMS tipe 2 dimana gejala dirasakan terus menerus sepanjang hari dan gejala pada malam hari yang menyebabkan tidak bisa tidur semalaman, tipe ini dihubungkan dengan kecemasan kronis sampai ke gangguan pola tidur dan hal ini terkait dengan obat-obat antidepresan yang menyebabkan xerostomia. BMS tipe 3 terjadi pada pasien yang memiliki gejala hilang timbul sepanjang hari dengan adanya periode tanpa gejala, biasanya terjadi apabila

sedang cemas atau adanya reaksi alergi terutama alergi makanan.^{10,11}

Tiga keluhan yang paling banyak pada penderita BMS adalah keluhan rasa panas, disgeusia dan xerostomia, sehingga ketiganya disebut *triad symptom* BMS. Keluhan lain yang banyak dikeluhkan adalah rasa haus, sakit kepala, sakit di daerah temporomandibular joint (TMJ), dan rasa nyeri atau sakit saat mengunyah, sakit di daerah leher, pundak dan otot-otot suprahyoid.³ Lokasi yang paling sering terkena pada pasien BMS adalah lidah (50%-70%) diikuti oleh daerah di bawah gigi tiruan atas, bibir, daerah di bawah gigi tiruan bawah, mukosa bukal, tenggorokan dan dasar mulut. Masalah tersebut tetap membutuhkan penatalaksanaan yang tepat meskipun persentasenya tidak terlalu besar.⁶

Patofisiologi dari BMS tidak memiliki penjelasan yang penuh. Beragam penelitian memperlihatkan perbedaan dalam suhu dan indera pengecap dari pasien dengan BMS dibandingkan dengan subjek kontrol. Mekanisme neuropatik untuk BMS yang diketahui saat ini masih merupakan kontroversi atas disfungsi saraf pusat atau perifer yang berhubungan dengan BMS. Beberapa literatur membuktikan adanya keterkaitan BMS dengan neuropati perifer. Pada penelitian lain dilakukan biopsi superfisial pada anterolateral lidah pasien BMS hasilnya memperlihatkan rendahnya kerapatan dari epitel dan jaringan ikat saraf subpapillary dibandingkan pasien kontrol. Perubahan morfologi yaitu adanya degenerasi akson yang mengakibatkan terjadinya neuropati *trigeminal small fiber sensory* dan aksonopati. Borelli dkk, menemukan bahwa peningkatan faktor pertumbuhan saraf dan vital neuropeptida berpengaruh terhadap fungsi nosiseptif pada orang dewasa hal ini sebagai hasil pemeriksaan terhadap subjek penderita BMS.^{9,12}

Beberapa kelainan di rongga mulut dapat menyebabkan timbulnya rasa terbakar yang menyerupai BMS, namun dengan etiologi yang jelas. Kandidiasis oral, penurunan sekresi saliva, perubahan pada jaringan lunak rongga mulut yang dapat disebabkan oleh penipisan epitel dan hilangnya integritas epitel merupakan beberapa

kondisi yang dapat menimbulkan keluhan rasa terbakar di rongga mulut. *Benign migratory glossitis* dan *oral lichen planus* sering pula dihubungkan dengan BMS. Adanya kelainan gingiva dan jaringan periodontal juga dilaporkan dijumpai pada penderita BMS.³

Van Der Ploeg dkk melaporkan hasil tes psikologi pada 184 pasien BMS ditemukan gejala psikologis seperti kecemasan, depresi, neurotik. Lamey dan Lamb mengatakan kecemasan merupakan keluhan khas bagi BMS dibandingkan dengan depresi. Basker dkk menyatakan bahwa kecemasan dan *cancerphobia* merupakan faktor penyebab. Main dan Basker menyatakan *cancerphobia* dan kecemasan menyebabkan BMS pada 20% penderita.⁶

Penelitian terbaru menduga bahwa faktor psikologi memiliki peran penting dalam BMS dan mendukung etiologi multifaktor, perubahan fisik bisa jadi akibat interaksi faktor psikologi. Banyak pasien dengan gejala kecemasan, depresi, dan gangguan kepribadian, dan hal ini diperlihatkan pasien dengan BMS memiliki tendensi besar dalam terhadap nyeri somatik dan gejala psikiatri. *Cancerphobia* diperlihatkan oleh 20-30% pasien BMS, yang paling bawah dari sosialisasi dan tertinggi dari kecemasan somatik telah diobservasi terjadi sebagai tekanan otot, tendensi tinggi akan kekhawatiran kesehatan dan kesedihan yang mendalam. BMS dianggap sebagai gangguan nyeri kronis yang berakibat buruk terhadap kualitas hidup seseorang.⁴

Idealnya pemeriksaan penunjang diperlukan untuk mengetahui adanya kelainan yang berhubungan dengan defisiensi hematinik, diabetes mellitus, kelainan tiroid, hiposalivasi atau infeksi kandida. Pemeriksaan laju aliran saliva juga diperlukan untuk mengetahui adanya suatu hiposalivasi yang juga dapat menimbulkan sensasi terbakar. Selain itu biopsi dan pemeriksaan imunohistokimia mungkin diperlukan untuk membuktikan adanya neuropati.^{3,13}

KESIMPULAN

Depresi dan kecemasan merupakan permasalahan yang sering timbul pada pasien BMS yang

mengalami menopause, pada kondisi pasien dengan kecemasan tinggi penting bagi dokter gigi untuk memberikan informasi dan edukasi serta dukungan terhadap pasien. Konsultasi yang baik dapat menimbulkan pengertian yang lebih dalam sehingga pasien dapat mengeliminasi rasa cemasnya. Keberhasilan pendekatan psikologis dan medis akan membantu dalam penatalaksanaan yang tepat pada pasien BMS.

DAFTAR PUSTAKA

1. Buchanan JA, Zakrzewska JM. Burning mouth syndrome. *Journal Clin Evid*. 2010; 1–9.
2. Drage LA, RSR. Burning mouth syndrome. *J of Med*. 2003; 21: 135–145.
3. Rahmayanti F. Sindroma mulut terbakar. *Indones J Dent*. 2006; Edisi Khusus: 17–21.
4. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Andujar-Mateos P, Sánchez-Siles M, Gómez-García F. Burning mouth syndrome: an update. *Med oral, Patol oral y cirugía bucal*. 2010; 15(4): e562-8.
5. Ferensztajn E. Burning mouth syndrome: pathogenic and therapeutic concepts. *Psychiatr Pol*. 2013; 47(6): 973–88.
6. Setyawati T. Penyebab dan pengelolaan sindroma mulut terbakar. Jakarta: jurnal Kedokteran Gigi Universitas Indonesia; 1997. 39–45.
7. Tatalović Vorkapić S. Electrophysiological differences in sanguine. *J Choleric*. 2011; 1(2).
8. Yanti S, Nasution SZ. Pola asuh keluarga dan tipe kepribadian remaja di SMPN 7 Medan. *J Ilmiah Poltekkes*. 2010; 47–51.
9. Gurvits GE, Tan A. Burning mouth syndrome. *World J Gastroenterol*. 2013; 19(5): 665–672.
10. Sunil A, Mukunda A, Gonsalves MN, Basheer A Bin, Deepthi K. An overview of burning mouth syndrome. *Indian J Clin Pract*. 2012; 23(3).
11. Blasberg B, Greenberg MS. Orofacial Pain. In: Greenberg MS, Glick M, eds. *Burket's Oral Medicine Diagnosis and Treatment*. 10th ed. Hamilton: BC Decker Inc.; 2003. 307-40.
12. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, et al. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the international RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group†. *J oral facial pain headache*. 2014; 28(1): 6–27.
13. Romero-Reyes M, Uyanik JM. Orofacial pain management: Current perspectives. *J Pain Res*. 2014; 7: 99–115.