

REHABILITASI DENGAN GIGI TIRUAN PADA PASIEN DENGAN DEFEK CELAH BIBIR DAN PALATUM (LAPORAN KASUS)

Carolina Marpaung*, Chaidar Masulili**

*Peserta Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis Prosthodontisi

**Staf Pengajar Prosthodontisi

Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia

Carolina Marpaung, Chaidar Masulili: Rehabilitasi dengan Gigi Tiruan pada Pasien dengan Defek Celah Bibir dan Palatum (Laporan Kasus). Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Indonesia. 2003; 10(Edisi Khusus): 79-85

Abstract

Prosthodontic treatment for cleft palate and lip patient is generally done to restore the structural defect caused by early cleft operations. The treatment in adults are more difficult due to patient's psychological problems. This case report presents a rehabilitation by making a modified removable partial denture with a continued psychological approaches. A hole was created on the upper denture base and denture was arranged lateral to the remaining teeth. Denture flange was also modified to create a better profile of the patient.

Key words: Cleft palate and lip; modified removable partial denture

Pendahuluan

Insidens kelainan celah bibir dan palatum di Indonesia masih cukup tinggi. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Ross dan Johnston pada tahun 1972, terdapat 2 bayi dengan celah bibir atau palatum dari setiap 1000 kelahiran bayi Asia¹, namun nilai ini semakin bertambah terutama di negara berkembang seperti Indonesia. Kelainan ini umumnya disebabkan oleh faktor genetik dan lingkungan.

Penanganan rehabilitasi pasien dengan kelainan celah bibir dan palatum umumnya dilakukan pada masa anak-anak. Perawatan tersebut melibatkan berbagai pihak, termasuk ahli bedah, gigi dan mulut,

anak, psikologi dan terapi bicara. Tujuan utama perawatan dokter gigi adalah untuk mempertahankan jaringan keras dan lunak di rongga mulut yaitu dengan tindakan ortodontia dan bedah. Perawatan rehabilitasi oleh tim prostodontia dilakukan pada tahap akhir jika perawatan lain tidak dapat melakukan rehabilitasi dengan baik.²

Di Indonesia, kebutuhan perawatan rehabilitasi dengan pembuatan protesa masih cukup tinggi. Hal ini disebabkan oleh karena tindakan interseptif awal tidak dapat dilakukan, baik karena kurang tersedianya tenaga ahli atau keterbatasan biaya. Kesulitan rehabilitasi menjadi lebih tinggi karena perawatan prostodontia pada tahap dewasa memerlukan pendekatan yang berbeda. Pasien telah mengalami akibat

psikologis dari defek wajah yang dimilikinya, dengan demikian pendekatan psikologis sangat diperlukan.

Laporan kasus ini mengemukakan tentang perawatan rehabilitatif dengan pembuatan gigi tiruan sebagian lepas yang dimodifikasi, pada pasien dewasa dengan defek celah bibir dan palatum paska perawatan bedah.

Tinjauan Pustaka

Pada rehabilitasi pasien dengan defek celah bibir dan palatum, perawatan prostodonsia memiliki 4 fungsi, yaitu: Menggantikan gigi dan struktur jaringan yang hilang, stabilisasi segmen celah maksila, mempertahankan posisi gigi, serta memperbaiki hasil perawatan ortodonsia dan bedah mulut yang kurang sempurna. Di Indonesia, sampai sekarang fungsi yang terakhir yang paling banyak dilakukan.^{1,2}

Jaringan parut yang terjadi akibat tindakan operasi awal dapat menghambat dan mengganggu pertumbuhan jaringan mulut dan wajah sehingga menimbulkan morfologi jaringan mulut yang tidak normal. Rekonstruksi defek celah bibir dapat mengakibatkan bibir menjadi terlalu tegang, pendek, dan tipis. Akibat lanjutan yang ditimbulkan adalah terganggunya pertumbuhan rahang atas sehingga pada pasien-pasien ini terlihat keadaan crossbite anterior dan bibir bawah yang sangat menonjol.^{2,3} Bibir bawah mengkompensasi terhambatnya pertumbuhan maksila dengan menjadi hiperaktif saat menelan dan bicara. Hal ini yang menyebabkan tampilan bibir bawah yang menonjol dan tebal.³ Hiperaktifitas otot mentalis juga dapat menimbulkan adanya jaringan lunak yang tebal pada dagu sehingga wajah pasien menjadi lebih panjang.⁴

Jaringan fibrosa yang terbentuk pada permukaan labial tulang alveolaris akibat rekonstruksi celah bibir dapat menyebabkan infraoklusi gigi-gigi anterior. Hal ini yang menyebabkan hubungan openbite anterior sering terlihat pada pasien-pasien paska operasi celah bibir dan palatum. Jaringan parut paska operasi celah

palatum dapat pula terjadi di lempeng pterygoideus pada tuberositas maksilaris menuju batas palatum keras. Jaringan parut ini menghambat pergerakan jaringan nasomaksilaris ke depan dan pertumbuhan maksila arah anteroposterior.^{1,2} Gangguan arah pertumbuhan dentoalveolar juga terjadi oleh adanya jaringan parut. Gangguan pertumbuhan dan tarikan flap palatal menyebabkan rahang atas yang terlihat kecil.

Rencana perawatan di bidang prostodonsia harus diperhatikan secara cermat karena keadaan-keadaan paska operasi awal yang kurang menguntungkan. Perawatan prostodonsia diharapkan dapat membantu mengatasi keterbatasan-keterbatasan rehabilitasi yang telah dilakukan, baik dari segi estetik, fungsi kunyah dan bicara.²

Morfologi bibir dan palatum, keadaan jaringan periodontal dan gigi-geligi, status karies, dan fungsi bicara merupakan hal yang harus diperhatikan secara cermat pada pasien dengan defek celah bibir dan palatum. Bibir atas yang tipis membutuhkan tambahan dukungan dari gigi tiruan, oleh sebab itu gigi tiruan sebagian lepas dengan sayap labial anterior menjadi pilihan perawatan yang baik. Bibir yang pendek dengan garis tertawa yang tinggi dari pasien dengan defek celah bibir dan palatum menyebabkan basis gigi tiruan akan terlihat saat pasien tertawa lebar. Oleh sebab itu batas, warna dan tekstur basis gigi tiruan lepas harus diperhatikan secara khusus.³

Gangguan pertumbuhan dan perkembangan jaringan rongga mulut juga mengenai jaringan gigi yang menghasilkan keadaan hipoplasia dan hipokalsifikasi. Pada kasus-kasus yang berat, restorasi dengan mahkota tiruan dapat dipertimbangkan. Preparasi untuk pembuatan restorasi cekat harus memperhatikan ruang pulpa gigi-gigi anterior yang besar dengan bentuk tidak teratur. Dalam hal ini pemeriksaan radiografik sangat penting dilakukan. Pembuatan restorasi mahkota tiruan metal porselen dapat dilakukan bila ruang pulpa memungkinkan preparasi yang cukup. Infraerupsi dan inklinasi gigi yang tidak

baik dapat dikoreksi dengan pembuatan mahkota teleskopik atau mahkota pasak.^{4,5}

Gangguan bicara berupa suara yang sengau umum terjadi pada pasien dengan defek celah palatum, bahkan yang telah mengalami operasi rekonstruksi palatum. Hal ini disebabkan oleh karena adanya fistula residual yang menghubungkan rongga mulut dan hidung. Basis palatum pada gigi tiruan sebagian lepas dapat mengatasi gangguan bicara ini.^{1,2}

Kasus

Pasien wanita usia 26 tahun dengan kesehatan umum baik datang ke klinik Prostodonsia FKGUI untuk dibuatkan gigi tiruan agar tidak terlihat ompong dan dapat mengunyah dengan baik. Muka pasien lonjong asimetris dengan profil yang cekung. Hidung terlihat asimetris dengan bibir atas terlihat normal, tipis, asimetris dan pendek sedangkan bibir bawah terlihat normal, tebal dan simetris. Jaringan parut akibat celah bibir terlihat pada sepanjang columna filtrum sinistra. Pasien memiliki garis senyum yang tidak simetris, cenderung ke daerah bekas defek celah bibir. (Gambar 1)

Pada pemeriksaan umum ditemukan kebersihan mulut sedang dengan kuantitas, konsistensi saliva normal. Ukuran lidah besar dengan mobilitas normal dan posisi Wright kelas 1 dan refleks muntah pasien yang tinggi. Pasien memiliki gigitan yang tidak stabil dengan jarak gigit di posterior sebesar 3 mm, gigitan terbuka pada regio 12, gigitan silang pada regio 12, 23, dan 34. Gigitan gunting pada regio 14 dan hubungan rahang pasien prognati. Pasien tidak memiliki kontak saat artikulasi dan daya kunyah normal. Pasien tidak memiliki kebiasaan buruk.

Pada pemeriksaan gigi geligi dan tulang alveolar, ditemukan radiks 16, 11, 21, 26, dan 46 dengan indikasi pencabutan. Gigi 25, 26, dan 46 hilang, gigi 15 dan 13 pada posisi palatoversi dengan indikasi pencabutan, gigi 14 dan 23 terletak mesio-palato torsoversi dan gigi 24

palatoversi. Gigi-gigi 13, 14, 23 dan 24 mengalami transposisi (Gambar 2 dan 3). Pada pemeriksaan roentgen Sefalometri, terlihat jaringan keras palatum yang tipis dan hubungan rahang prognati.

Pasien memiliki palatum yang rendah dengan konstensi jaringan tinggi dan lubang (\varnothing 2mm) di bagian medial regio molar. Relasi rahang anterior prognati dan posterior kiri dan kanan normal. Pasien menunjukkan sikap filosofis terhadap perawatan gigi tiruan.

Perawatan yang dilakukan pada pasien ini terdiri dari 2 tahap, yaitu perawatan pra-prostodontik dan pembuatan protesa atas dan bawah. Perawatan pra-prostodontik dilakukan dengan pembersihan karang gigi serta pencabutan radiks 16, 11, 21, 26, 46 dan gigi 37 yang mengalami fraktur dan gigi 15 yang malposisi di daerah palatum.

Setelah perawatan pra-prostodontik selesai, maka dilakukan pencetakan dengan terlebih dahulu mengaplikasikan anastesi lokal secara topikal ke permukaan palatum. Hal ini dilakukan karena pasien memiliki refleks muntah yang sangat tinggi. Pembuatan gigi tiruan jembatan dilakukan untuk mengganti gigi 36 dan 46 yang hilang. Pencetakan fisiologis rahang atas kemudian dilakukan dengan sendok cetak perorangan menggunakan bahan cetak alginat. Celah-celah palatum pada model studi terlebih dahulu ditutup dengan malam pada pembuatan sendok cetak perorangan. Hal ini untuk mencegah tertekannya daerah tersebut.

Pencatatan gigit dilakukan pada kunjungan selanjutnya. Pencatatan gigit ini dilakukan dengan menggunakan basis akrilik dan galengan gigit malam. Pada regio kiri anterior, malam ditebalkan di daerah labial untuk memperkirakan penambahan ketebalan akrilik untuk rehabilitasi bibir dan prosesus alveolaris pada daerah defek. Penambahan ketebalan malam dilakukan hingga bibir dan sulkus nasolabialis kiri dan kanan terlihat simetris.

Elemen gigi tiruan disusun berdasarkan kontur galengan gigit yang telah dicobakan ke pasien. Karena gigi 23 dan 24 tidak dapat dicabut, maka dilakukan modifikasi pada basis gigi tiruan yaitu

dengan melubangi basis pada regio gigi tersebut. Elemen gigi tiruan kemudian disusun di sebelah bukal kedua gigi 23 dan 24. (Gambar 4)

Percobaan gigi tiruan malam dilakukan untuk melihat keserasian bentuk, letak dan warna elemen gigi tiruan dengan gigi asli serta dukungan gigi tiruan terhadap bibir dan pipi. Pada tahap ini pasien mengalami kesulitan menerima bentuk sayap labial yang tebal karena dirasakan terlalu menonjol. Penjelasan mengenai anatomi wajah normal kemudian diberikan agar pasien dapat menerima perubahan tersebut. Pasien dapat menerima bentuk protesa setelah sayap labial sedikit dikurangi, serta mendengar pendapat beberapa dokter gigi dan pasien lain. Perawatan dilanjutkan dengan *processing*, penghalusan dan pemasangan gigi tiruan. (Gambar 5)

Pada tahap kontrol setelah memakai protesa selama 24 jam, pasien mengeluh sakit di daerah sayap labial kiri anterior. Pada pemeriksaan klinis terlihat jaringan sebelah labial pada regio kiri anterior kemerahan. Pengasahan basis dilakukan, kemudian dilanjutkan dengan evaluasi adaptasi protesa dan oklusi. Pasien juga mengeluh sulit menelan dan agak mual jika memakai gigi tiruan. Untuk mengatasi hal ini, maka basis posterior sedikit dipendekkan.

Pada tahap ini pasien masih mengeluh sayap labial terlalu cembung. Pasien lebih merasa nyaman memakai gigi tiruan imediatnya yang tidak memiliki sayap labial. Pada kunjungan ini belum dilakukan koreksi kecembungan sayap labial karena pasien tidak mengalami gangguan fungsi sedangkan kecembungan diperlukan untuk memperbaiki estetik pasien. Pasien kembali diberi pengertian tentang kebutuhan perbaikan estetik dan adaptasi yang memerlukan kerjasama pasien. Hal ini terlihat dari garis tertawa yang lebih simetris dibandingkan saat pasien belum memakai protesa.

Pada kontrol kedua, yaitu 1 minggu setelah kontrol pertama, pasien tidak lagi merasakan mual namun mengeluh makanan selalu terjebak di daerah sayap labial. Pada kunjungan ini, kecembungan sayap labial

dikurangi dan anatomis gingiva dibentuk dengan pengasahan. Hal ini dilakukan agar makanan tidak terjebak di atas kecembungan sayap basis gigi tiruan serta memberikan kesan natural pada gigi tiruan tersebut. Pasien merasa puas dengan koreksi bentuk anatomis gingiva. Garis tertawa mengalami perbaikan ke arah simetris (Gambar 6 dan 7)

Setelah 1 bulan memakai protesa, pasien tidak lagi mengeluhkan makanan terjebak. Pasien tidak lagi memakai gigi tiruan immediate-nya dan merasa gigi tiruan yang baru jauh lebih nyaman dan baik dibandingkan gigi tiruan immediate tersebut. Pada tahap ini, garis tertawa semakin simetris dibandingkan kunjungan sebelumnya karena pasien tidak lagi menarik bibirnya ke arah jaringan parut di bibir.

Pembahasan

Perawatan protodonsia pada pasien dengan defek paska operasi celah bibir dan palatum memerlukan modifikasi dalam disain gigi tiruan serta rencana perawatannya.² Hal ini disebabkan adanya jaringan parut paska operasi, gangguan pertumbuhan dan perkembangan maksila, maloklusi dan gangguan fonetik yang umum terjadi.^{2,4}

Pada pasien ini, tindakan pencabutan gigi 15 yang vital dilakukan karena memiliki posisi mesiopalato torsoversi jauh ke palatum. Jika gigi 15 dipertahankan akan menyulitkan pembuatan gigi tiruan serta mengurangi retensi gigi tiruan tersebut. Namun demikian gigi 23 dan 24 yang juga berada pada posisi lebih ke palatum dipertahankan. Pertimbangannya adalah bahwa kedua gigi tersebut berada pada garis defek palatum. Jika memperhatikan gambaran radiografik sefalometri, maka akan terlihat jaringan keras palatum yang terbentuk sangat tipis. Pencabutan gigi 23 dan 24 dapat menyebabkan hubungan oroantral yang akan berbahaya bagi pasien.

Modifikasi disain dengan pemotongan basis di regio gigi 23 dan 24

dipertimbangkan juga untuk fungsi estetik. Kemungkinan terjebaknya makanan di daerah tersebut tidak menjadi masalah karena pasien dapat menjaga kesehatan mulutnya dengan baik selama menjalani tahapan pembuatan gigi tiruan. Elemen gigi tiruan disusun di depan gigi asli untuk memperbaiki lengkung rahang atas yang tidak simetris. Modifikasi ini lebih ditekankan pada fungsi estetik karena hubungan rahang prognati dengan jarak yang besar tidak dapat diperbaiki dengan protesa

Sayap labial anterior kiri dipertebal semaksimal mungkin untuk mendukung bibir serta sulkus nasolabial kiri dan kanan sehingga terlihat lebih simetris. Pola tersenyum pasien yang tidak simetris sebelum memakai gigi tiruan, mengalami perbaikan setelah memakai gigi tiruan. Sebelum memakai gigi tiruan, pasien cenderung menarik bibirnya ke kiri saat tersenyum untuk mengkompensasi cekungnya bibir atas sebelah kiri. Pada kunjungan kontrol ketiga, pasien telah menunjukkan pola tersenyum yang simetris. Psikologis pasien perlu diperhatikan dan dibangun oleh dokter gigi karena pasien merasatelah lama merasa tidak percaya diri dengan defek yang dimilikinya. Dokter gigi harus membina hubungan yang dekat dengan pasien agar pasien dapat menerima dan percaya bahwa perawatan yang diberikan dapat memperbaiki fungsi kunyah dan estetik yang dibutuhkannya. ⁵ sakit pada daerah tersebut dan merangsang refleks muntah pasien yang tinggi.

Pada pasien dengan defek celah bibir dan palatum ini, fungsi bicara tidak terlalu mengganggu. Bunyi sengau tidak begitu jelas karena fistula resi dual tidak besar. Hubungan rahang yang prognati dengan jarak yang cukup jauh menyebabkan pasien tidak dapat mengucapkan /r/ dan /s/. Basis gigi tiruan hanya dapat mengurangi bunyi sengau dan memperbaiki kesehatan mulut pasien

karena celah-celah yang dapat menjadi tempat berkumpulnya makanan tertutup.

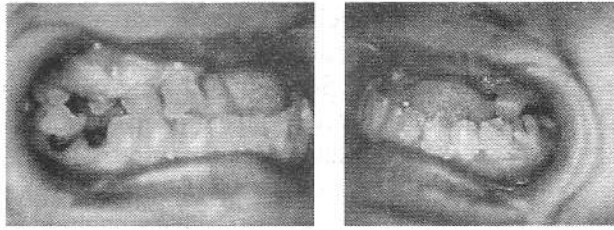
Sebelum tahap *processing* akrilik, celah-celah palatum pada model kerja harus ditutup dengan gips. Hal ini dilakukan agar memudahkan pemasangan gigi tiruan dan menghindari tertekannya palatum saat gigi tiruan dipakai berfungsi. Basis akrilik yang menekan palatum akan menyebabkan rasa

Kesimpulan

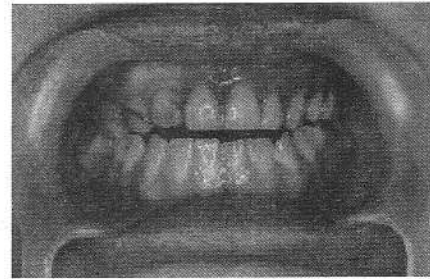
Pasien dengan kelainan defek bibir dan palatum umumnya memerlukan rehabilitasi dengan menggunakan protesa karena perkembangan jaringan rongga mulut yang terganggu akibat jaringan parut yang terjadi paska tindakan operasi. Modifikasi disain gigi tiruan dilakukan sesuai dengan keadaan rongga mulut dan ekstra oral pasien. Gigi Tiruan Sebagian Lepas merupakan pilihan yang baik dalam rehabilitasi pasien dengan defek celah bibir dan palatum karena memiliki sayap labial untuk menambah dukungan bibir dan sulkus nasolabialis dan basis palatum untuk memperbaiki fungsi bicara pasien. Psikologis pasien juga memegang peranan penting dalam keberhasilan perawatan yang diberikan dokter gigi, oleh karena itu seorang dokter gigi harus mampu membangun dan memperbaiki psikologis pasien selama perawatan gigi dan mulutnya.



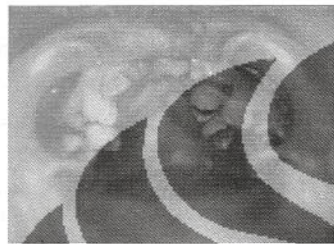
Gambar 1. Gambaran ekstra oral pasien menunjukkan asimetris muka dengan profil cekung



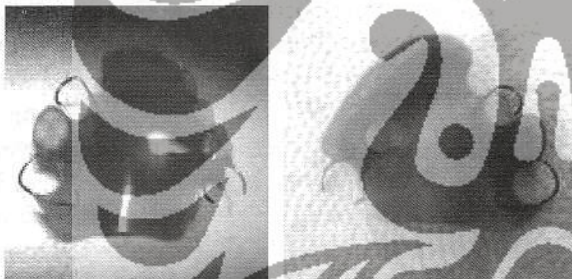
Gambar 2. Gambaran Intraoral pasien menunjukkan gambaran khas penderita celah palatal yang telah menjalani operasi yaitu hubungan rahang protrusif dan lidah yang besar karena terhambatnya pertumbuhan maksila



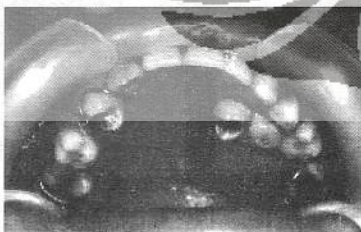
Gambar 6. Pengasahan sayap labial protesa memperbaiki kenyamanan dan estetik pasien.



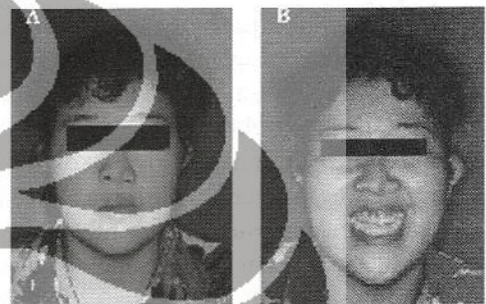
Gambar 3. Jaringan palatum terlihat tidak beraturan akibat tindakan bedah penutupan defek celah di palatum. Lubang kecil di bagian pertengahan palatum menunjukkan hubungan oroantral yang tidak dapat diperbaiki dengan tindakan bedah.



Gambar 4. Disain Gigi Tiruan Sebagian Lepas Akriik Paradental dengan modifikasi lubang di bagian palatum



Gambar 5. Protesa tampak atas, penyusunan gigi anterior kiri dilakukan di sebelah anterior gigi asli untuk memperbaiki estetik pasien



Gambar 7. Gambaran pasien sebelum (A) dan sesudah (B) memakai protesa. Wajah pasien yang tidak simetris dapat diperbaiki dengan pemakaian protesa

Daftar Pustaka

1. Ross RB, Johnston MC. *Cleft Lip and Palate*. The Williams & Wilkins co. Baltimore. 1972. bab 3 dan 4
2. Chierici G. *Cleft Palate Rehabilitation dalam Prosthodontic treatment for partially edentulous patients* editor Zarc GB, CV Mosby co., St. Louis, 1979: 435-50
3. Stewart KL, Rudd KD, Keubker WA. *Clinical removable partial prosthodontics*. Ishiyaku EuroAmerica. St Louis, 1992 : 650 – 65
4. Immekus JE, Aramany M. A fixed-removable partial denture for cleft palate patients. *J Prosthet. Dent* 1975;34: 286-91
5. Kantorowicz GF. Bridge prostheses for cleft palate patients. An analysis. *Br Dent J* 1975;139: 92-97

