

MENGHILANGKAN KEBIASAAN MENGHISAP BIBIR DENGAN ALAT *LIP BUMPER* (Laporan Kasus)

Endang Narni Yuniasih, Hendrarlin Soenawan

Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Anak Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia

Abstract

The Treatment of Lip Sucking with Lip Bumper (A Case Report)

Lip sucking occurred usually on lower lip and probably caused by psychological or environment factor and mostly found on school ages children. Correcting this abnormal habit as early as possible will gave positive correction to malocclusion Practicing myofunctional therapy gradually will eliminate the abnormal habit. In this report lip sucking bad habit was treated with lip bumper and the severity of this bad habit was decreased in six months. *Indonesian Journal of Dentistry 2006; Edisi Khusus KPPIKG XIV: 427-430*

Key words: lip sucking, lip bumper

Pendahuluan

Terdapat bermacam-macam kebiasaan buruk dalam mulut anak, antara lain bernapas melalui mulut, menjulurkan lidah, menggigit bibir, menghisap jari dan menghisap bibir. Kebiasaan buruk pada seseorang bisa berdiri sendiri atau terjadi bersama-sama dengan kebiasaan buruk lainnya. Artinya, pada pasien yang sama dapat terjadi beberapa kebiasaan buruk.^{1,2}

Lip sucking adalah suatu kebiasaan menghisap bibir yang tidak normal yang dilakukan secara terus-menerus baik secara sadar maupun tidak. Umumnya dilakukan pada bibir bawah.³ Kebiasaan menghisap bibir seringkali memunculkan kebiasaan buruk baru lainnya yaitu kebiasaan menjulurkan lidah.^{2,4} Adanya kebiasaan buruk *oral* tidak lagi dianggap normal pada anak yang berusia di atas tiga tahun.⁵

Kebiasaan menghisap bibir lebih jarang terjadi dibandingkan dengan kebiasaan buruk *oral* lainnya, tetapi kebiasaan menghisap yang abnormal bagaimana pun bentuknya dapat menyebabkan maloklusi.^{5,6} Penyebab seseorang mempunyai kebiasaan menghisap bibir diduga karena faktor lingkungan dan faktor psikis.^{2,3}

Beberapa peneliti melaporkan terdapat manifestasi di dalam rongga mulut akibat kebiasaan menghisap bibir yaitu *overjet* yang cukup besar, hubungan molar kelas II, serta adanya *open bite* anterior dan *cross bite* posterior.⁷ Menghisap seringkali merupakan aktivitas kompensasi yang berasal dari *over jet* yang berlebihan dan kesulitan menutup bibir pada saat menelan.⁶ Menurut Robert 1958 faktor lingkungan dan faktor psikis diduga berperan penting sebagai penyebab timbulnya kebiasaan menghisap bibir.⁸

Kebiasaan menghisap bibir dapat terjadi pada semua umur tetapi umumnya terjadi pada anak usia sekolah. Kebiasaan buruk ini tidak terlalu berdampak negatif pada periode gigi sulung., namun bila kebiasaan ini menetap sampai periode gigi insisif permanen erupsi maka kelainan maloklusi akan timbul.^{5,7,8} Karakteristik maloklusi ini terjadi akibat kombinasi tekanan langsung pada gigi serta perubahan pola keseimbangan tekanan bibir dan pipi.⁶

Pada saat menutup mulut, seorang anak lebih mudah melindungi bibir pada bagian lingual gigi insisif rahang atas dari pada insisif rahang bawah, untuk mendapatkan posisi ini ia akan menarik otot-otot mentalis, yang efeknya memperpanjang gerakan bibir bawah ke atas. Aktivitas mentalis yang abnormal dapat dilihat dengan cara mengamati lipatan bibir pada saat menelan.⁶

Saat menghisap bibir, gigi insisif atas akan terdorong ke atas dan ke depan sehingga gigi menjadi protrusif, *vermilion border* menjadi hipertropi. Pada beberapa kasus terjadi iritasi kronis dan keretakan yang meluas dari mukosa kulit dibagian bawah bibir bawah.^{3,6,9}

Tekanan yang terus menerus dari bibir bawah dapat membuat pola pertumbuhan yang abnormal. Bagian bawah bibir antara gigi rahang atas dan rahang bawah dapat menggerakkan insisif atas ke arah labial dan insisif bawah ke lingual sehingga terjadi *open bite* dan jaringan perioral lainnya mengalami pecah-pecah atau luka akibat sering dibasahi.^{2,3,6,10} Sebuah kebiasaan buruk *oral* tidak selalu menyebabkan maloklusi. 50% anak yang memiliki kebiasaan buruk tidak akan terjadi maloklusi. Namun bila didapati maloklusi pada anak yang memiliki kebiasaan buruk *oral*, akan sangat tepat jika dilakukan perawatan sebelum gigi insisif permanen erupsi.⁵

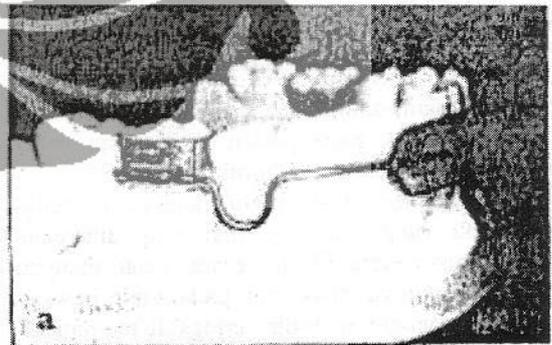
Kerusakan dan keparahan yang disebabkan oleh kebiasaan buruk tidak muncul secara tiba-tiba tetapi tergantung dari waktu bermulanya, lamanya, posisi di mana tekanan diberikan, intensitas, frekuensi, dan pola pertumbuhan pasien.^{3,4,5,7} Bagaimana pun kebiasaan buruk *oral* akan memberikan pengaruh buruk pada pertumbuhan kraniofasial.⁴

Cara terbaik untuk menghentikan kebiasaan buruk ini adalah dengan memberikan nasehat dan menerangkan kepada anak akibat-akibat yang bisa ditimbulkan dari kebiasaan buruk tersebut.⁹ Menurut Romero 1998 mengeliminasi kebiasaan buruk ini akan dapat mengoreksi maloklusi secara spontan.⁵ Latihan atau terapi miofungsional akan membantu mengurangi kebiasaan menghisap bibir.

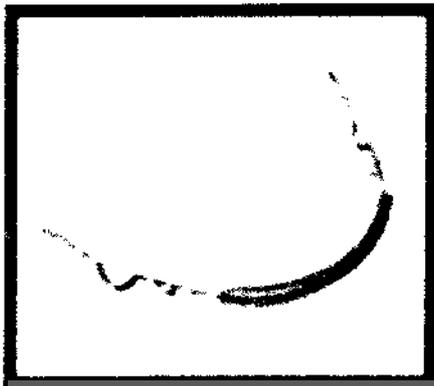
Caranya dengan memajukan bibir atas melebihi insisif atas dan meletakkan bibir bawah melebihi bagian atas atau memasang instrumen logam untuk memperkuat otot bibir dan melakukan tekanan ke arah yang benar pada gigi anterior atas.^{4,7} Jika anak memiliki kemampuan untuk menghentikan kebiasaan buruk tetapi tidak dapat melakukannya sendiri maka pemasangan alat ortodonsia adalah jalan terbaik.⁵

Alat yang dapat membantu menghilangkan kebiasaan buruk menghisap bibir antara lain adalah *lip bumper*.^{4,5,7,9,10} *Lip bumper* yaitu alat ortodonsia fungsional cekat. Cara kerja alat ini yaitu dengan mempengaruhi keseimbangan antara pipi, bibir dan lidah dengan meneruskan gaya dari otot perioral ke gigi-gigi di mana alat tersebut digunakan.^{7,10} Alat ini akan menahan bibir bawah menekan gigi anterior bawah dan menyalurkan tekanan reaksi secara langsung pada gigi molar. Dengan alat ini gigi anterior bawah bebas dari tekanan otot-otot labial dan bukal yang berlebihan, selain itu tekanan yang tersalurkan pada alat akan menggerakkan gigi molar ke distal sehingga dapat mengubah hubungan molar atas dan bawah.^{6,7} Sebaiknya *lip bumper* digunakan pada pasien-pasien yang memiliki otot-otot bukal dan labial yang kuat.^{11,12}

Lip bumper memiliki bagian yang lepas dan bagian yang cekat. Bagian yang cekat terdiri dari 2 molar band yang disemenkan pada gigi molar dengan *tube* sebesar 0,045 inci. *Tube* ini memiliki kemiringan kurang lebih 4 derajat untuk memudahkan pemasangan dan pelepasan. Bagian yang dapat dilepas terdiri dari kawat stainless steel berukuran 0,045 inci yang mengelilingi vestibulum bagian bawah dari molar ke molar diantara gigi dan pipi.^{8,10,13}



Gambar 1. *Lip Bumper* pada gigi rahang bawah dilihat dari arah lateral



Gambar 2. Labial Pad dari Lip Bumper

Pada saat di dalam mulut, *lip bumper* harus dapat menjaga bibir dan pipi agar menjauh dari daerah dento alveolar dan efek perlindungan harus diperiksa setiap kunjungan. Posisi kawat harus berada 2 mm dari kaninus bawah, 3-4mm dari premolar, 1-2 mm dari permukaan labial dan pada arah vertical harus berada di 1/3 mahkota premolar dan kaninus.^{8,9} Alat ini harus dipakai 24 jam sehari dan harus mudah dipasang dan dilepas agar dapat dibersihkan.^{10,145}

Laporan Kasus

Pada tanggal 1 September 2004 seorang anak perempuan umur 7 tahun datang dengan diantar ibunya ke klinik IKGA Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia dengan keluhan gigi belakang kiri bawah goyang. Pasien mempunyai kebiasaan buruk menghisap bibir bawah. Hubungan molar satu tetap netroklusi. Menurut klasifikasi Angle termasuk maloklusi kelas I tipe 2.

Untuk menghilangkan kebiasaan buruk dibuatkan alat *lip bumper* sedangkan untuk mempertahankan ruangan yang kosong akibat gigi yang sudah tanggal sebelum waktunya dipasang *lingual arch* yang disolder pada alat *lip bumper*. Sebelum dilakukan pembuatan dan pemasangan alat pencegah maloklusi, terlebih dahulu dilakukan perawatan pada gigi-gigi yang mengalami kerusakan sesuai dengan rencana perawatan.

Pada tanggal 4 Februari 2005 dilakukan pemasangan alat lip bumper dengan kombinasi *lingual arch*. Pemasangan dilakukan 2 tahap. Tahap pertama pemasangan alat cekat berupa molar band yang sudah digabung dengan *lingual arch*. Alat dipasang pada gigi 36 dan 46. Kemudian tahap ke 2 alat lepasan dipasang sesuai dengan ketentuan.

Pasien dan orang tua dilatih untuk memasang dan melepas alat dengan benar.

Selanjutnya pasien datang setiap 2 minggu untuk dilakukan pemeriksaan apakah kebiasaan buruknya berkurang atau tidak, serta dilakukan aktivasi pada alat lepasannya. Setelah 4 kali kontrol kebiasaan buruknya berkurang.

Pembahasan

Menghisap bibir bawah merupakan kebiasaan buruk. Umumnya para orang tua tidak begitu menaruh perhatian dibandingkan dengan kebiasaan buruk lainnya sehingga sering anak datang sudah dalam kondisi yang parah.⁶ Kebiasaan ini dapat terjadi pada semua usia tetapi paling banyak terjadi pada usia sekolah.

Bila kebiasaan buruk ini terjadi pada anak di bawah 3 tahun biasanya akan terjadi *self correction*, tetapi bila kebiasaan tersebut masih dilakukan pada saat gigi insisif permanen erupsi maka akan terjadi kerusakan yang makin parah sehingga memerlukan alat bantu untuk memperbaikinya.^{4,8}

Pada kasus ini pasien memperlihatkan gambaran klinis bibir yang hipertropi, kering, keadaan gigi protrusif, *overbite*, yang dalam dan *over jet* besar. Pasien datang ke klinik IKGA bukan dengan keluhan kebiasaan buruknya tetapi untuk perawatan gigi yang berlubang. Setelah dilakukan pemeriksaan dan pengamatan diketahui anak mempunyai kebiasaan menghisap bibir bawah. Orang tuanya tidak menyadari anaknya mempunyai kebiasaan buruk tersebut.

Penyebab kebiasaan ini berhubungan dengan faktor lingkungan atau psikis.^{2,5}

Pada pasien ini kemungkinan penyebabnya karena faktor lingkungan dan psikis. Saat usia anak 3 tahun ibunya sering melihat bibir anaknya kering dan pecah-pecah sehingga mengobatinya dengan mengoleskan madu pada bibirnya karena rasanya manis anak terus menerus menghisap bibirnya yang akhirnya menjadi kebiasaan. Selain faktor lingkungan, faktor psikis juga mendukung untuk terjadinya kebiasaan ini. OS mempunyai anatomi bibir yang tebal keadaan ini sering menjadi olok-olok keluarganya. OS berusaha menutupi kekurangan dengan menghisap bibir bawahnya untuk disembunyikan.

Menurut Romero (1998), koreksi spontan akan dapat terjadi bila kebiasaan buruk hilang sebelum gigi insisif tetap erupsi.⁵ Pada saat datang ke klinik IKGA usia anak 7 tahun, gigi insisif atas

dan bawah sudah erupsi sehingga sulit untuk terjadi koreksi spontan tanpa bantuan alat ortodonsia, maka pada pasien ini dibuatkan alat *lip bumper* yang dipasang pada rahang bawah. Pemakaian alat ini dapat dikombinasikan bersamaan dengan perawatan cekat lainnya.¹⁵

Pada pemakaian alat orthodonti cekat faktor higiene oral sangat berpengaruh pada keberhasilan perawatan. Kebersihan mulut yang baik menjadi sarat mutlak pada pemakaian alat cekat. Pasien ini mempunyai higiene oral yang buruk, maka sebelum dilakukan pemasangan alat cekat terlebih dahulu dilakukan DHE dan oral profilaksis, serta memonitor kebersihan mulutnya selama perawatan.

Pasien ini mengalami *premature loss* pada gigi 84,85. Supaya tidak terjadi penyempitan ruang akibat tanggalnya gigi sebelum waktunya maka ruang yang ada harus dipertahankan, maka dibuatkan *lingual arch*. *Lingual arch* ini disolder pada alat *lip bumper*.

Alat *lip bumper* ini terdiri atas 2 komponen yaitu alat lepasan dan alat cekat yang di semen pada gigi molar.^{10,11} Pemasangan dilakukan 2 tahap. Tahap pertama pemasangan alat cekat berupa *molar band* yang sudah dikombinasikan dengan *lingual arch*. Kemudian alat lepasan dipasang sesuai dengan ketentuan.

Setelah dua bulan OS menggunakan alat lip bumper, kebiasaan buruknya berkurang. Walaupun kebiasaan buruknya berangsur-angsur hilang alat masih tetap dipakai. Menurut Viazis 1993 sebaiknya alat ini dipakai 6-18 bulan sampai pasien benar-benar dapat menghilangkan kebiasaan buruknya dan tidak akan mengulanginya.¹⁵

Kesimpulan

Kebiasaan menghisap bibir merupakan kebiasaan buruk yang dapat menyebabkan maloklusi. Bila kebiasaan tersebut tidak dihilangkan sampai gigi insisif permanen erupsi maka perawatannya akan semakin sulit dan memerlukan alat

ortodonsia. Latihan menutup mulut yang benar dan penggunaan alat *lip bumper* dapat membantu untuk menghilangkan kebiasaan buruk tersebut.

Daftar Acuan

1. Peterson JE. *Pediatric Dentistry*. St Louis: Mosby. 1982: 361-64.
2. Loos K. *Can Lip Sucking Cause Dental Problems?* Available at http://www.parensplacc.com/expert/dentist/qas/o_201603_114069.00.html. Diakses 12-5-2005
3. Finn S. *Clinical Pedodontics 2nd ed*. Philadelphia: WB Saunders Company. 1975: 318-325.
4. Subtelny D. *Early Orthodontic Treatment*. Chicago: Quintessence Publishing Co., 1991:165-6.
5. Romero M. Open Bite Due to Lip Sucking: a Case Report. *J Clin Pediatr Dent* 1998; 22(3): 207-10.
6. William R. *Contemporary Orthodontics*. 3rd ed., St Louis: Mosby, 1939: 458-60.
7. Robert H. *A Text-book of Orthodontics*. 4th ed Philadelphia: Lea and Febrieger., 1958: 196-211.
8. Graber TM, VanArsdall RL. *Orthodontics Current Principles and Techniques 2nd ed.*, St Louis: Mosby 1994:763-6.
9. Wei SHY. *Pediatric Dentistry: Total Patient Care*. Philadelphia: Lea and Febrieger. 1988: 222-3.
10. Pinkham JR. *Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence*. Philadelphia: WB Saunders, 1988: 185-6
11. McNamara JA, Brudon WL. *Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. Michigan: Needham Press, Inc. 2004:51.
12. Graber TM. *Removable Orthodontic Appliances 2nd ed*. Philadelphia: WB Saunders, 1984: 80-4
13. Robert EM. *Handbook of Orthodontics for the Student and General Practitioner*. 3rd ed., Chicago: Medical Publ., 1998: 743.
14. Allen D. Lip Bumper Appliance. Wheaton Orthodontic Center. http://www.wheatonorthodontics.com/lip_bumper.shtml. 2005 Diakses 24 Juni 2005
15. Viazis AD *Atlas of Orthodontics Principles and Clinical Application*. Philadelphia: WB Saunders. 1993. 215-7.