

# **PERAWATAN DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN GIGI – MULUT PADA MASA KEHAMILAN**

**SAYUTI HASIBUAN**

**Bagian Ilmu Penyakit Mulut  
Fakultas Kedokteran Gigi  
Universitas Sumatera Utara**

## **BAB 1 PENDAHULUAN**

Sebagaimana kesehatan umum dan wanita hamil dirasakan penting untuk diperhatikan, maka sebaiknya pemeliharaan kesehatan dan perawatan gigi mulutpun harus mendapat perhatian juga. Ada anggapan para ibu hamil bahwa kehamilan tidak ada hubungannya dengan keadaan rongga mulut. Pendapat ini adalah salah, sebab apabila kebersihan rongga mulut tidak diperhatikan pada masa kehamilan maka akan terjadi kelainan-kelainan di rongga mulut akibat terjadinya ketidakseimbangan hormon sex wanita dan adanya faktor-faktor intasi lokal dalam rongga mulut (Adyatmaka,1992; Lynch,1984; Solis dkk,1995).

Sebenarnya perawatan gigi dan mulut pada masa kehamilan relatif aman. Tetapi dokter gigi harus tetap mempertimbangkan perlindungan terhadap ibu hamil dan calon , bayi yang sedang berkembang. Keadaan ini memberikan perhatian yang cukup serius bagi dokter gigi dalam melakukan perawatan gigi dan mulut. Dokter gigi juga harus menyadari bahwa pasien yang dihadapi bukanlah pasien yang selalu dalam kondisi kesehatan yang optimal. Untuk itu kadang-kadang perlu bagi dokter gigi untuk menunda perawatan gigi dan mulut terutama sekali pada trimester pertama dan di akhir trimester ketiga dengan alasan pertimbangan riwayat medis pasien. Konsultasi dengan dokter ahli kandungan ada baiknya dilakukan bila ibu hamil memiliki faktor resiko terhadap perawatan yang akan dilakukan.

Untuk mencapai basil perawatan yang optimal dokter gigi sebaiknya memahami proses kehamilan, perkembangan janin, manifestasi kehamilan di rongga mulut dan prosedur-prosedur yang dapat membahayakan keadaan ibu hamil, seperti perawatan yang dapat menimbulkan kelelahan, pemberian obat-obatan dan radiographi gigi. Maksud dari penulisan makalah ini adalah untuk menyegarkan kembali serta menambah ilmu pengetahuan dalam menentukan perencanaan perawatan gigi dan mulut pada masa kehamilan.

## **BAB 2 KEHAMILAN DAN MANIFESTASI KEHAMILAN DI RONGGA MULUT**

### **2.1. KEHAMILAN**

Lama kehamilan rata-rata terhitung mulai hari pertama menstruasi terakhir untuk wanita yang sehat kurang lebih 280 hari atau 40 minggu. Sudah menjadi hal yang lazim untuk membagi kehamilan dalam tiga bagian yang sama atau trimester atau masing- masing 13 minggu atau 3 bulan kalender (Pritchard, 1991 ).

Dalam kehamilan terjadi perubahan-perubahan fisiologis di dalam tubuli, seperti perubahan sistem kardiovaskular, hematologi, respirasi dan endokrin. Kadang-kadang disertai dengan perubahan sikap, keadaan jiwa ataupun tingkah laku (Salim, 1980; Scully dan Cawson, 1993; Sonis dkk, 1995).

Pada trimester pertama, wanita hamil biasanya merasa lesu, mual dan kadang- kadang mengalami muntah-muntah (Burket,1971; Adyatmaka,1992).

Selama trimester kedua pembesaran perut mulai terlihat dari gerakan janin sudah dapat dirasakan oleh ibu.

Rasa lesu, mual dan muntah-muntah biasanya menghilang. Akhir trimester ini detak jantung janin dapat didengar dengan menggunakan stetoskop (Burket, 1971). Selain itu, pada trimester ini merupakan saat terjadinya perubahan hormonal yang dapat mempengaruhi rongga mulut (Adyatmaka, 1992). Pada trimester ketiga, pembesaran perut, pergerakan janin dan detak jantung janin menjadi lebih jelas (Burket, 1971).

Perubahan vaskular pada masa kehamilan ditandai dengan meningkatnya volume darah sekitar 30% dan kardiak output sekitar 20 -40%. Terjadi sedikit penurunan tekanan darah dengan kemungkinan terjadinya kehilangan kesadaran dan postural hipotension pada trimester pertama (Scully dan Cawson, 1993; Sonis dkk, 1995). Pada akhir kehamilan 1.0% wanita hamil mengalami syndrom supine hypotension yang diakibatkan karena janin menekan vena cava inferior dan terhalangnya venous return ke jantung pada waktu posisi terlentang. Keadaan ini menyebabkan penurunan tekanan darah dan kehilangan kesadaran (Scully dan Cawson, 1993; Sallis dkk, 1995).

Perkembangan janin selama tiga bulan pertama dari kehamilan merupakan suatu proses yang kompleks dari organogenesis. Pada masa ini semua sistem utama organ terbentuk dan janin sangat sensitif terhadap injuri. Pada trimester ini pemberian obat dan radiograph harus dipertimbangkan dan sebaiknya konsultasi ke dokter ahli untuk menghindari terjadinya kecacatan (Scully dan Cawson, 1993; Sonis dkk, 1995; Salim, 1980). Trimester kedua dan ketiga adalah untuk pertumbuhan selanjutnya dan kematangan janin (Scully dan Cawson, 1993; Sallis dkk, 1995), tetapi masih dapat dipengaruhi oleh obat-obatan seperti tetrasiklin (Lynch, 1984).

## **2.2. MANIFESTASI KEHAMILAN DI RONGGA MULUT**

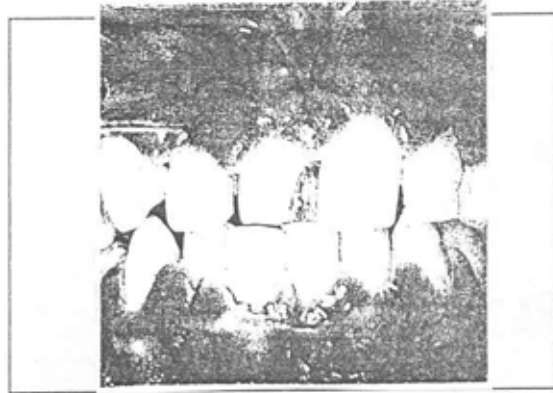
Kehamilan menyebabkan perubahan fisiologis pada tubuh dan termasuk juga di rongga mulut. Hal ini terutama terlihat pada gingiva. Perubahan ini dipengaruhi oleh perubahan pada sistem hormonal dan vaskular bersamaan dengan faktor iritasi lokal dalam rongga mulut (Burket, 1971; Barber dan Graber, 1974; Sallis dkk, 1995).

### **2.2.1. Gingivitis kehamilan (pregnancy gingivitis).**

Istilah gingivitis kehamilan dibuat untuk menggambarkan keadaan klinis peradangan gingiva yang terjadi pada kebanyakan wanita hamil (Lynch, 1984). Keadaan ini terjadi kira-kira 5 -25 % dari wanita hamil (Barber dan Graber, 1974). Perubahan gingiva ini biasanya mulai terlihat sejak bulan kedua dari kehamilan dan mencapai puncaknya pada bulan kedelapan (Barber dan Graber, 1974; Pinborg, 1994; Scully dan Cawson, 1995). Keadaan ini disebabkan karena meningkatnya hormon sex wanita dan vaskularisasi gingiva sehingga memberikan respon yang berlebihan terhadap faktor iritasi lokal (Barber dan Graber, 1974; Lynch, 1984; Sallis dkk, 1995). Dalam hal ini faktor iritasi lokal dapat berupa rangsangan lunak, yaitu plak bakteri dan sisa-sisa makanan, maupun berupa rangsangan keras seperti kalkulus, tepi restorasi yang tidak baik, gigi palsu dan permukaan akar yang kasar (Mustaqim, 1988). Hal ini menunjukkan bahwa kehamilan bukanlah menjadi penyebab langsung dari gingivitis kehamilan, tetapi juga tergantung pada tingkat kebiasaan kebersihan mulut pasien (Burket, 1971; Barber dan Graber, 1974; Sonis dkk, 1995).

Kenaikan jumlah estrogen dan progesteron pada masa kehamilan mempengaruhi rongga mulut (gingiva) yang secara mikroskopis terlihat adanya peningkatan proliferasi kapiler, dilatasi pembuluh darah, kenaikan permeabilitas vaskular, edema, infiltrasi, leukosit, degenerasi jaringan ikat sekitar serta proliferasi dan degenerasi sel-sel epitelium (Mustaqim, 1988).

Secara klinis, gingivitis kehamilan ditandai dengan warna merah pada tepi gingiva dan papilla interdental. Pada waktu yang sama, ginggiva membesar, disertai pembengkakan yang terutama memyerang papilla interdental (gambar 1). Gingiva memperlihatkan kecenderungan yang meningkat terhadap pendarahan terutama pada saat menyikat gigi. Kadang-kadang penderita mengalami sedikit rasa sakit (Adyannaka,1992; Pinborg,1994; Scully dan Cawson,1995; Sallis dkk,1995).

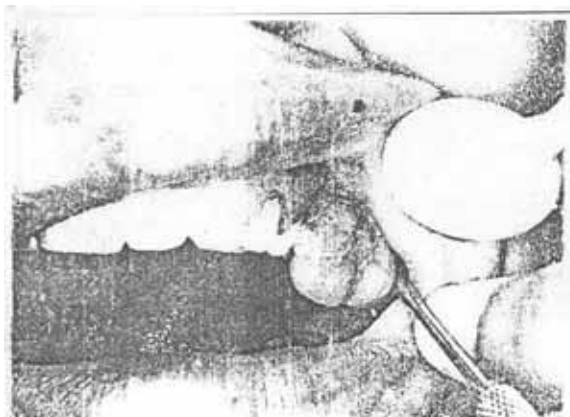


Gambar1. Gingivitis Kehamilan pada wanita berusia 24 tahun kehamilan 6 bulan (Pinborg,1994)

#### 2.2.2. Tumor kehamilan (pregnancy tumor).

Kehamilan dapat pula menimbulkan suatu pembentukan pertumbuhan pada gingiva yang seperti tumor. Istilah yang digunakan untuk keadaan ini adalah pregnancy tumor atau tumor kehamilan, epulis gravidarum ataupun granuloma kehamilan (Barber dan Graber,1974; Pinborg,1994; Sonis dkk,1995).

Tumor kehamilan biasanya berkembang di sekitar daerah papilla interdental dan pada daerah-daerah yang terdapat iritasi lokal, seperti tepi restorasi yang tidak baik, tepi dari gigi yang mengalami karies atau pada paket periodontal (Burket,] 971; Barber dan Graber, 1974). Tampilan klinis terlihat warna gingiva merah keunguan sampai merah kebiruan (Killey dkk,1975; Adyatmaka,1992; Pinborg,1994). Lesi ini lebih sering terjadi pada rahang atas terutama disisi vestibular pada daerah anterior (Pinborg,1994) dan dapat membesar sampai menutupi mahkota gigi (gambar 2) (Barber dan Graber,1974; Adyatmaka,1992). Tumor kehamilan mudah berdarah terutama apabila terkena injuri (Barber dan Graber, 1974).



Gambar 2. Tumor kehamilan pada wanita usia 21 tahun kehamilan 9 bulan

### **2.2.3. Karies Gigi**

Kehamilan tidaklah langsung menyebabkan karies gigi. Meningkatnya karies gigi atau menjadi lebih cepatnya proses karies yang sudah ada pada masa kehamilan lebih disebabkan karena perubahan lingkungan di sekitar gigi dan kebersihan mulut yang kurang (Burket, 1971 ; Forest, 1995).

Faktor-faktor yang dapat mendukung lebih cepatnya proses karies yang sudah ada pada wanita hamil seperti pH saliva wanita hamil lebih asam jika dibandingkan dengan yang tidak hamil (Burket, 1971). Kemudian waktu hamil biasanya sering memakan-makanan kecil yang banyak mengandung gula (Forest,1995). Adanya rasa mual dan muntah membuat wanita hamil malas memelihara kebersihan rongga mulutnya, akibatnya serangan asam pada plak yang dipercepat dengan adanya asam dari mulut karena mual atau muntah tadi dapat mempercepat proses terjadinya karies gigi (Forest,1995).

## **BAB 3 PERAWATAN DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA MASA KEHAMILAN**

### **3.1. PRINSIP PENGELOLAAN**

Untuk menghindari kemungkinan terjadinya resiko fatal pada perawatan gigi dan mulut pada masa kehamilan, dalam melaksanakan pengelolaan dokter gigi harus berpegang teguh pada prinsip kerja rutin dengan melaksanakan prosedur diagnosa yang sistematis melalui pemeriksaan yang lengkap.

Dokter gigi harus menyadari bahwa pasien yang dihadapi bukanlah pasien yang selalu berada dalam kondisi kesehatan yang optimal. Untuk itu ada kalanya dokter gigi harus menunda perawatan gigi dari mulut terutama pada trimester pertama dan di akhir trimester ketiga. Hal ini berhubungan dengan keadaan medis dari ibu hamil.

### **3.2. PROSEDUR PERAWATAN GIGI DAN MULUT**

Dalam melakukan perawatan gigi dan mulut pada masa kehamilan, dokter gigi harus berhati-hati dengan mempertimbangkan perlindungan bagi ibu hamil dari calon bayi yang sedang berkembang, khususnya pada trimester pertama (Burket, 1971 ; McCarthy, 1979; Lynch, 1984). Adakalanya dokter gigi menghindari perawatan gigi dan mulut pada trimester pertama dengan berdasarkan pertimbangan riwayat medis pasien, misalnya pada pasien yang mengalami rasa lesu, pusing, mual dari muntah-muntah. Waktu perawatan yang terbaik adalah pada trimester kedua (Lynch, 1984; Scully dan Cawson 1993).

Pada umumnya perawatan yang dilakukan terhadap pasien hamil dibatasi pada prosedur-prosedur operative yang sederhana, seperti penambalan karies gigi, pencabutan gigi yang tidak menimbulkan komplikasi dari tindakan skeling/root planing (Burket, 1971; Lynch,1984; Barber dan Graber,1974). Perawatan terutama ditujukan untuk mengontrol penyakit yang sedang terjadi dan menyingkirkan faktor-faktor yang dapat memperburuk keadaan rongga mulut pada akhir kehamilan dan setelah melahirkan.

Prosedur endodontik standart dapat dilakukan selama masa kehamilan, dilakukan dengan menggunakan tehnik yang aseptis dan menghindari keadaan yang dapat menimbulkan stress bagi pasien (Barber dan Graber,1974).

Prosedur-prosedur yang dapat menimbulkan stress atau yang melelahkan bagi pasien, seperti pengambilan gigi terpendam sebaiknya dihindari atau ditunda dulu I (Burket,1971; McCarthy,1979). Prenancy tumor apabila menimbulkan

gangguan, perdarahan yang berlebihan, dokter gigi dapat melakukan perawatan dengan pembedahan pada masa kehamilan. Perawatan yang dilakukan yaitu dengan melakukan eksisi, kauterisasi atau gingivektomi di bawah anestesi lokal (Barber dan Graber, 1974; Killey, 1979; Sonis dkk, 1995).

### **Radiografi gigi.**

Penggunaan radiograph sebaiknya dihindari terutama pada trimester pertama dari kehamilan. Pada saat ini perkembangan janin sangat peka terhadap radiasi (Lynch, 1984; Scully dan Cawson, 1993; Sonis dkk, 1995). Bila wanita hamil terkena radiasi akan mengakibatkan keguguran, perubahan bentuk atau kelainan pertumbuhan pada janin dan kematian pada janin yang sedang dikandung (Lukman, 1995).

Apabila radiograph diperlukan sekali, terutama untuk membantu menegakkan diagnosa yang tepat, pada pasien hamil harus diberikan pengamanan untuk menghindari terjadinya pengaruh negatif radiasi pada janin. Baju timah atau apron dapat digunakan sebagai perlindungan yang adekuat (Lynch, 1984; Sonis dkk, 1995; Lukman, 1995).

### **Pemakaian obat-obatan.**

Pemberian obat-obatan pada masa kehamilan merupakan hal yang penting untuk diperhatikan. Seperti kita ketahui, dalam kedokteran gigi obat-obatan berfungsi untuk menyempurnakan hasil perawatan gigi yang dilakukan. Tetapi pada pasien hamil sebaiknya pemberian obat-obatan sedapat mungkin dihindari, terutama pada trimester pertama (Mc Carthy, 1979; Scully dan Cawson, 1993; Sonis dkk, 1995). Hal ini bertujuan untuk menghindari kemungkinan terjadinya pengaruh teratogenik obat pada janin. Penganuh teratogenik yaitu terjadinya gangguan pertumbuhan janin, merupakan kejadian yang sungguh penting karena dapat menyebabkan kematian janin dalam rahim, keguguran dan cacat bawaan yang sementara ataupun menetap (Samin, 1986). Faktor penentu terjadinya pengaruh teratogenik pada penggunaan obat bagi wanita hamil yaitu status fisiologi ibu, status patologi ibu, usia kehamilan saat pemberian obat, kemudahan filtrasi obat melalui plasenta, dosis dan lama terapi obat dan daya teratogenik obat (Samin, 1986).

Beberapa obat-obatan yang biasa digunakan di kedokteran gigi belum menunjukkan pengaruh yang buruk pada janin (Mc Carthy, 1979; Scully dan Cawson, 1993; Sonis dkk, 1995). Tetapi ada obat-obatan yang dengan cepat dapat melalui plasenta, dan setiap dokter gigi harus sadar akan kemungkinan pengaruh negatif yang mengenai janin (Salim, 1980; Lynch, 1984).

Pada tabel 1 menunjukkan obat-obatan yang diindikasikan dan kontraindikasi pasien hamil. Obat ini harus diketahui dokter gigi agar dapat memakai obat yang dan tidak menggunakan obat yang kontraindikasi (Mc Carthy, 1979; Scully dan on, 1993; Salim, 1980; Sonis dkk, 1995).

Tabel 1. Pemberian obat-obatan pada pasien hamil.

	Ya	Tidak
Analgesik	Paracetamol	Aspirin As. Mefeamat Diamorphine Pentazocine
Antibiotik	Penesilin Eritromisin Sefalosporin	Streptomisin Tetrasikin Rifampisin
Anestasi Lokal	Lidokain	
Lain – lain		Kortikosteroid Karbamazepin Danazol Thalidomide Diazepam

### 3.3. PROGRAM PEMELIHARAAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT DALAM KEHAMILAN.

Keperluan akan pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada masa kehamilan untuk diperhatikan. Adanya kerusakan gigi atau pendarahan dan pembengkakan gusi atau gejala lainnya di rongga mulut akan menimbulkan berbagai gangguan terutama pada waktu makan (Adyatmaka,1992).

Untuk mencegah timbulnya gangguan di rongga mulut selama masa kehamilan, perlu diciptakan tingkat kebersihan mulut yang optimal. Pelaksanaan program kontrol plak penting dilakukan untuk mencegah peradangan pada gingiva akibat iritasi lokal, gangguan keseimbangan hormonal dan kelainan-kelainan di rongga mulut selama masa kehamilan.

Ada beberapa hal yang perlu ditekankan kepada ibu hamil dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut agar terhindar dari penyakit gigi dan mulut selama masa kehamilan, yaitu :

1. Bila ibu hamil mengalami muntah-muntah, setelah ini segera bersihkan mulut dengan berkumur-kumur atau menyikat gigi.
2. Mengatur pola makanan 4 sehat 5 sempurna dan menghindari makanan yang bersitat kariogenik.
3. Menyikat gigi secara teratur.
4. Memeriksa keadaan rongga mulut ke dokter gigi. Kunjungan ke dokter gigi pada masa kehamilan bukanlah merupakan hal yang kontraindikasi.

## **BAB 4 KESIMPULAN DAN SARAN**

### **4.1. KESIMPULAN**

Proses kehamilan menyebabkan perubahan-perubahan fisiologis pada dan termasuk juga di rongga mulut. Perubahan di rongga mulut dipengaruhi oleh sistem hormonal bersamaan dengan faktor iritasi lokal di dalam rongga mulut

Pada masa kehamilan, dokter gigi dapat melakukan perawatan gigi dan mulut, tetapi harus dengan mempertimbangkan perlindungan terhadap ibu hamil dan janin yang sedang berkembang. Waktu perawatan yang terbaik adalah pada trimester kedua.

Perawatan gigi dan mulut pada masa kehamilan dapat melibatkan beberapa hal yang berbahaya seperti radiography, pemberian obat-obatan dan prosedur yang dapat menimbulkan kelelahan dan stress.

Perawatan dan pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut selama masa kehamilan adalah penting sebagai bagian dari pengawasan kesehatan seluruhnya.

### **4.2. SARAN**

Dalam melakukan perawatan gigi dan mulut pada pasien hamil, ada baiknya dokter gigi memahami proses kehamilan dan perkembangan janin. Mengingat akan pengaruhnya terhadap janin, sangatlah bijaksana untuk menghindari radiography dan pemberian obat-obatan terutama sekali pada trimester pertama.

## **DAFTAR RUJUKAN**

- Adyatmaka, A. 1992. Buku Pegangan Materi Kesehatan Gigi Mulut Untuk Kegiatan KIA diPosyandu (UKGMD). Departemen Kesehatan RI. 1-8.
- Barber, HRK; Graber, EA. 1974. *Surgical Diseases in Pregnancy*. Philadelphia. WB Saunders Company. 257-258.
- Burket, L W. 1971. *Oral Medicine, Diagnosis and Treatment* .Ed. Ke-6. Philadelphia. JB Lippincot Company.
- Forest, JO. 1995. *Pencegahan Penyakit Mulut*, alih bahasa drg. Lilian Yuwono. Ed. Ke-2. Hipokrates. Jakarta. 114-115.
- Killey, HC; Steward, GR; Kay, LW. 1975. *An Outline of Oral Surgery, Part 1*. Bristol. John Wright & Son's Ltd. 170.
- Lukman, D. 1995. *Dasar-dasar Radiologi Dalam Kedokteran Gigi*. Ed. Ke-2. Jakarta. Widya Medika. 36,62.
- Lynch, MA. 1984. *Burket Oral Medicine, Diagnosis and Treatment*. Ed. Ke-8. Philadelphia. JB Lippincot Company. 837-840.
- Mc Carthy, FM. 1979. *Emergencies in Dental Practice*. Ed. Ke-3. Philadelphia. WB Saunders Company. 417-418.
- Piborg, JJ. 1994. *Atlas Penyakit Mulut*, alih bahasa drg. Kartika Wangsaraharja. Ed. Ke .1 Binarupa Akasara. Jakarta. 226-227.

Pritchard, JA; Mac Donald, PC; Gand, NF. 1991. *Obstetri William*. Ed. Ke-17. Surabaya. Airlangga University Press. 282, 303.

Scully, C. Crowson, RA. 1993. *Medical Problems in Dentistri*. Ed. Ke-3. Oxford. Wright. :292-296.

Scully, C; Cawson, RA. 1995. *Atlas Bantu Kedokleran Gigi Penyakit Mulut*, alih bahasa Lilian Yuwono. Hipokrates. Jakarta. 123.

Sonis,ST; Fauzio, RC; Fang, L. 1995. *Principles and Practice of Oral Medicine*. Ed. Ke-2 Philadelphia. WB Saunders Company. 164-167.