

HALITOSIS

Oleh : Drg. Ester L.H. & Drg. Debora L.T.

Abstract

Halitosis is an offensive odor of the breath due to local and systemic factors. Although halitosis is only a symptom and not a disease, the abnormality of the mouth odors from person with halitosis is an inconvenience condition in social relationship. Diagnosis of halitosis is established by ananesis and physical examination. Laboratorium examination is riquired in some cases. Efforts to eliminate halitosis should be directed towards determining the etiologic factors and the correction of these factors.

Pendahuluan

Problem halitosis dikemukakan pertama kali dalam kepustakaan oleh Cogent pada tahun 1939 (1). Halitosis adalah istilah umum yang menunjukkan pemapasan atau bau mulut yang tidak sedap dengan penyebab multifaktorial. (1, 2, 4, 5) dalam kepustakaan, terminologi halitosis ini bermacam-macam. Ada yang menyebutnya *fetor ex ore* atau *fetor oris* atau *bad breath* (1, 2, 5). Halitosis bukan merupakan suatu penyakit hanya merupakan gejala. Walaupun bukan merupakan suatu penyakit, halitosis merupakan kondisi yang sangat mengganggu dalam lingkungan pergaulan. Sebagian besar penderita sadar bahwa ia menderita halitosis. Kebanyakan dari mereka datang berkonsultasi ke dokter gigi lebih sering dibandingkan ke dokter umum karena menganggap lingkungan rongga mulut merupakan kontributor paling utama dalam hal terjadinya halitosis.

Ada juga penderita yang tidak sadar bahwa ia menderita halitosis. Hal ini disebabkan karena adanya gangguan pada ekseptor perifer dari neuron olfaktorius sehingga penderita menjadi tidak peka terhadap bau (2). Menemukan kasus halitosis memang mudah, namun demikian penanggulangannya memerlukan kecermatan dan ketelitian pemeriksa dan kadang-kadang diperlukan kerjasama dengan dokter umum/dokter ahli.

* Departemen Penyakit Gigi dan Mulut Fakultas Kedokteran UKRIDA
Departemen Penyakit Gigi dan Mulut Fakultas Kedokteran UKRIDA

Patofisiologi Halitosis

Bau napas yang normal merupakan campuran bau yang berasal dari rongga mulut dari saluran napas. Bau mulut yang tidak sedap biasanya terjadi akibat terbentuknya produk sulfur terutama H_2S dan metilmerkaptan (CH_3SH) yang berbau busuk dan mudah menguap. Produk ini terbentuk akibat pemecahan asam amino yang berasal dari substrat dalam rongga mulut (seperti sisa makanan, saliva, darah, terutama sisa sel epitel mulut yang mengalami deskuamasi) oleh mikroorganisme terutama kuman Gram negatif. Produk-produk lainnya seperti amonia, indol, skatol, kadaverin yang secara normal merupakan pembentuk bau dalam sistem pembusukan ternyata tidak merupakan kontributor utama pada proses pembentukan bau mulut yang tidak sedap ini. Proses pembentukan dan pelepasan produk ini sehingga terdeteksi dalam rongga mulut tergantung pada faktor-faktor lokal pH saliva, konsentrasi oksigen, populasi bakteri dan substrat yang diperlukan untuk metabolisme bakteri. Produksi bau ini juga ada hubungannya dengan kondisi rongga mulut yang menyebabkan bergesernya populasi kuman Gram positif menjadi kuman Gram negatif seperti berkurangnya aliran saliva, berkurangnya karbohidrat yang dipakai sebagai substrat bakteri dan kenaikan pH rongga mulut. Predileksi proses pembusukan ini terutama di permukaan dorsoposterior lidah dan celah-celah gigi (2).

Penyebab halitosis multifaktorial di mana masing-masing penyebab dapat memberikan halitosis yang khas sehingga kadang-kadang dapat membantu dalam hal menentukan faktor penyebab halitosis. Dominic (1) mengklasifikasikan penyebab halitosis menjadi 6 kelompok :

1. Faktor lokal yang bersifat patologis
2. Faktor lokal yang bersifat nonpatologis
3. Faktor sistemik yang bersifat patologis
4. Faktor sistemik yang bersifat nonpatologis
5. Faktor sistemik yang akibat penggunaan obat
6. Xerostomia

1. Faktor lokal yang bersifat patologis

Faktor lokal yang bersifat patologis yang dapat menyebabkan terjadinya halitosis, antara lain higiene rongga mulut yang buruk, karies gigi, gingivitis, abses periodontitis, poket periodontal, kontak gigi yang tidak baik sehingga memudahkan

HALITOSIS

retensi sisa makanan. Kondisi-kondisi seperti luka bekas pencabutan gigi, lidah dengan lapisan keputihan tebal, *fissured tongue*, adanya proses ulserasi di rongga mulut, sinusitis kronis, laringitis, tonsilitis, rinitis, ulkus sifilitik, tumor hidung/trakea/bronkitis juga menyebabkan terjadinya halitosis.

2.Faktor lokal yang bersifat nonpatologis

Berhentinya aliran liur dan adanya sisa-sisa makanan mengakibatkan terjadinya pembusukan yang menyebabkan halitosis. Hal ini terbukti dengan adanya halitosis pada pagi hari setelah bangun tidur. Demikian juga pada keadaan di mana pergerakan pipi dan lidah berkurang atau pada keadaan di mana *basal metabolic rate* berkurang akan menyebabkan berkurangnya aliran liur yang menghambat *self-cleansing* rongga mulut dan meningkatkan halitosis. Intensitas halitosis juga meningkat seiring dengan meningkatnya umur. Pada kelompok umur 2-5 tahun halitosis biasanya terjadi karena adanya bakteri/sisa makanan pada crypta tonsil. Pada usia pertengahan, intensitas halitosis meningkat karena meningkatnya penyakit periodontal. Pada usia lanjut halitosis disebabkan karena gigi palsu lepas yang kotor (dikenal sebagai *denture breath*) dan berkurangnya saliva. Penggunaan rokok yang berlebihan terutama sigaret juga akan meningkatkan halitosis.

3.Faktor sistemik yang bersifat patologis

Penyakit-penyakit sistemik banyak yang mampu memproduksi halitosis dengan bau khas tertentu seperti diabetes melitus yang tidak terkontrol yang memberikan khas bau amonia, kelainan darah yang memberikan khas bau amis, sirosis hati yang memberikan khas bau darah yang membusuk, gangguan hati akhir akan memberikan khas bau amis ikan, demam rematik akut memberikan khas bau asam, tuberkolusis dan abses paru memberikan khas bau gangren. Halitosis juga dapat disebabkan kelainan metabolisme sejak lahir yang dikaitkan dengan kurangnya/tidak adanya enzim pencernaan. Penderita yang kurang/tidak ada enzim yang mengkonversi trimetilamin bukan saja memberikan halitosis dengan khas bau ikan busuk tetapi juga keringat dan urine yang berbau busuk.

4.Faktor sistemik nonpatologis

Faktor sistemik nonpatologis yang dapat menyebabkan terjadinya halitosis adalah makanan seperti bawang putih, bawang bombay, alkohol, makan daging

HALITOSIS

yang berlebihan. Daging setelah masuk dalam sistem pencernaan akan memproduksi asam lemak yang mudah menguap yang akan diabsorpsi dalam darah dan akhirnya diekskresikan melalui udara pernapasan.

5. Faktor sistemik akibat penggunaan obat

Penggunaan obat tertentu secara sistemik juga dapat memberikan halitosis, misalnya obat antiangina, obat yang mengandung jodium/kloralhidrat, obat antineoplastik, antihistamin, amfetamin, tranquiliser.

6. Xerostomia

Kondisi-kondisi yang menyebabkan xerostomia antara lain bernapas melalui mulut, perokok berat, diabetes melitus, menopause, penyakit-penyakit yang disertai panas yang tinggi atau dehidrasi, gangguan emosi, terapi radiasi lebih dari 800 rad, sindrom Sjogren, aplasia kelenjar liur, penyakit Mikulicz, dan lain-lain.

Diagnosis Halitosis

Mengingat penyebab halitosis multifaktorial, maka perlu identifikasi penyebab halitosis sehingga dapat dilakukan terapi yang tepat (1,2,4). Diagnosis berdasarkan atas :

- I. Data-data penderita
- II. Pemeriksaan fisik
- III. Pemeriksaan laboratorium (bila diperlukan)

I. Data-data penderita

Termasuk di sini antara lain :

1. Keluhan utama
Perlu ditanyakan kapan penderita/orang lain mengetahui halitosis, apakah halitosis ini bersifat konstan atau intermiten
2. Riwayat penyakit di masa lalu dan sekarang
3. Obat-obat yang diminum penderita sekarang

HALITOSIS

Hal ini perlu ditanya mengingat farmakodinamika obat-obat tertentu ternyata ada yang berperan dalam hal terjadinya halitosis.

4. Diet

Perlu ditanyakan bagaimana kebiasaan diet penderita. Banyak makanan sehari-hari dapat memberikan halitosis seperti bawang merah, bawang bombay, bawang putih, alkohol dan lain-lain.

5. Rokok

II. Pemeriksaan Fisik

1. Evaluasi asal bau

Evaluasi asal bau perlu dilakukan mengingat bau pernapasan yang normal merupakan campuran bau dari rongga mulut dan saluran napas, sehingga dapat membantu dalam mendiagnosis bandingkan apakah penyebabnya faktor lokal atau faktor sistemik.

Caranya :

Penderita disuruh mengatupkan bibirnya rapat-rapat dan kemudian disuruh menghembuskan napas melalui lubang hidung ke arah telapak tangan/kartu dengan kuat-kuat. Bila tercium bau tidak sedap maka penyebab halitosis berasal dari saluran napas. Jika tidak tercium bau tidak sedap berarti halitosis ini berasal dari rongga mulut.

Bahwa asal bau ternyata dari rongga mulut dapat diperkuat dengan melakukan uji ulang yang caranya adalah menyuruh penderita menutup hidung rapat-rapat dengan menjepit cuping hidung dengan jari-jari tangan, kemudian penderita disuruh menghembuskan napas melalui rongga mulut. Jika tercium bau tidak sedap maka memang halitosis ini berasal dari rongga mulut. Bila halitosis berasal dari rongga mulut, maka penanganannya merupakan tanggung jawab dokter gigi. Bila halitosis berasal bukan dari rongga hidung maka penderita perlu dikonsultasikan ke dokter umum/internis/ahli THT.

2. Pemeriksaan intraoral.

Pemeriksaan intraoral perlu dalam penanganan halitosis karena sebagian besar halitosis berasal dari rongga mulut. Pada pemeriksaan intraoral ini perlu juga diperhatikan adanya lesi-lesi yang terjadi akibat manifestasi penyakit sistemik dalam rongga mulut. Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan bibir, vestibulum, lidah, jaringan mukosa mulut, gigi geligi, jaringan penyangga gigi, ada tidaknya gigi tiruan lepas/cekat.

Penanggulangan Halitosis

Penanggulangan halitosis tergantung dari penyebab. Rongga mulut memang merupakan kontributor utama terjadinya halitosis. Maka tindakan dokter gigi adalah menghilangkan semua faktor lokal baik yang patologis maupun nonpatologis, yang menyebabkan halitosis termasuk di sini melakukan penambalan gigi dan pemolesan setiap tambalan, membersihkan karang gigi, melakukan pencabutan gigi, memperbaiki poket periodontal serta memperbaiki setiap kondisi yang memberi kesempatan untuk penimbunan dan pembusukan sisa makanan. Mengingat lidah juga merupakan tempat yang ideal bagi retensi sisa makanan atau sel-sel yang mengalami deskuamasi atau bakteri yang mampu membentuk bau tidak sedap, maka dianjurkan juga untuk menyikat lidah bersamaan waktu menyikat gigi.

Pada pemakai gigi tiruan lepas maka dianjurkan untuk membersihkan gigi tiruannya setiap hari setelah makanan. Demikian pula gigi tiruan lepas ini harus dilepas pada waktu tidur dan direndam dalam air. Bila gigi tiruan lepas tidak stabil perlu dibuatkan yang baru. Penderita dianjurkan juga untuk minum 8-10 gelas air setiap hari untuk mengurangi bau tidak enak. Ada beberapa peneliti yang menganjurkan penderita halitosis mengunyah permen karet dengan alasan mengunyah permen karet merangsang pergerakan otot-otot mustikasi, pipi dan lidah sehingga meningkatkan saliva yang berguna untuk membersihkan sisa makan. Apabila penyebab halitosis berhubungan dengan fakta sistemik yang patologis maka penanganannya diserahkan pada dokter umum untuk mengobati penyakit sistemiknya (1, 2, 3, 4, 5).

HALITOSIS

Kesimpulan

1. Penyebab halitosis multifaktorial bisa faktor lokal atau faktor sistemik
2. Identifikasi penyebab halitosis perlu sehingga dapat dilakukan terapi yang tepat
3. Lingkungan rongga mulut merupakan kontributor utama terjadinya halitosis
4. Wewenang penanggulangan halitosis bisa di tangan dokter gigi atau dokter umum.

Kepustakaan

1. Dominic P.L., Allentown P.A : Halitosis : An Etiologic Classification, A treatment approach and prevention, Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 54 : 521-526, 1982
2. Dowell J.D, Kassebaum D.K. : Diagnosis and treating halitosis, Journal of the American Dental Association, 124 : 55-64, 1993
3. Goldher, P : Oral Manifestation in Harrison's Principal of Internal Medicine, edited by Thorn G.W, et al, 8 th ed, Mc GrawHill co, 1989, hal 200.
4. Rusliyanto Hartono : Halitosis, diagnosis dan upaya penanggulangannya
5. Schmidt, N.F, Tarbet, W.J. : The effect of oral rinse on organoleptic month odor ratings and level of volatile sulfur compounds, Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 45, : 876-883, 1978.