

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUTAKA**

#### **A. Kebersihan Gigi dan Mulut**

##### **1. Kebersihan gigi dan mulut**

Kebersihan gigi dan mulut adalah keadaan gigi geligi yang berada di dalam rongga mulut dalam keadaan bersih bebas dari plak dan kotoran lain yang berada di atas permukaan gigi seperti *debris*, dan *calculus* (Setyaningsih, 2007). Pembersihan plak dengan penggunaan benang gigi, menyikat gigi dan penggunaan obat kumur dianjurkan setelah makan adalah usaha terbaik untuk mencegah karies dan penyakit periodontal. Pengangkatan plak secara mekanis dengan menyikat gigi dan *flossing* bermanfaat tanpa memusnahkan flora oral yang normal (Putri, Herijulianti, dan Nurjanah, 2010).

##### **2. Faktor – faktor yang mempengaruhi kebersihan gigi dan mulut**

###### **a. Jenis makanan**

Menurut Tarigan (2013), fungsi mekanis dari makanan yang dimakan berpengaruh dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut, diantaranya:

- 1) Makanan yang bersifat membersihkan gigi dan mulut, yaitu makanan yang berserat dan berair seperti: apel, jambu air, bengkuang, bayam, kangkung dan lain sebagainya.
- 2) Makanan yang dapat merusak gigi, yaitu makanan yang manis, lunak, dan melekat (kariogenik), seperti: coklat, permen, biskuit, permen, minuman bersoda dan lain sebagainya.

## b. Menyikat gigi

Menurut Soebroto (2009), menyikat gigi adalah suatu prosedur yang menjadi keharusan untuk menjaga kebersihan gigi dan mulut. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan waktu menyikat gigi, diantaranya:

### 1) Waktu menyikat gigi

Menyikat gigi disarankan pagi setelah sarapan dan malam sebelum tidur, hal ini dikarenakan pada waktu tidur air ludah berkurang sehingga asam yang dihasilkan oleh plak akan menjadi lebih pekat dan kemampuannya untuk merusak gigi tentunya menjadi lebih besar. Mengurangi kepekatan dari asam, maka plak harus dihilangkan. Gigi juga harus disikat pada waktu pagi hari sesudah sarapan, sehingga kondisi mulut tetap bersih sampai makan siang. Plak memang tetap terus terbentuk setelah menyikat gigi.

### 2) Gunakan pasta gigi yang mengandung *fluoride*

Pasta gigi yang mengandung *fluoride* berperan untuk melindungi gigi dari kerusakan. Menggunakan pasta gigi cukup dengan ukuran sebuah kacang polong, karena yang terpenting adalah teknik menyikat gigi bukan banyak pasta yang digunakan.

## c. Lingkungan fisik dan friksi

Menurut Calsson (dalam Putri, Herijulianti, dan Nurjanah, 2010), faktor-faktor yang memengaruhi proses pembentukan plak gigi adalah sebagai berikut:

1) Lingkungan fisik, meliputi anatomi dan posisi gigi, anatomi jaringan sekitarnya, struktur permukaan gigi yang jelas terlihat setelah dilakukan pewarnaan dengan larutan *disclosing*. Kecembungan permukaan gigi, pada gigi yang letaknya salah, pada permukaan gigi dengan kontur tepi gusi yang buruk,

pada permukaan email yang banyak cacat terlihat jumlah plak yang terbentuk lebih banyak.

2) Friksi atau gesekan oleh makanan yang dikunyah. Pemeliharaan kebersihan mulut dapat mencegah atau mengurangi penumpukan plak pada permukaan gigi. Pengaruh diet terhadap pembentukan plak telah diteliti dalam dua aspek, yaitu pengaruhnya secara fisik dan pengaruhnya sebagai sumber makanan bagi bakteri dalam plak.

### **3. Mengukur kebersihan gigi dan mulut**

Menurut Putri, Herijulianti, dan Nurjanah (2010), mengukur kebersihan gigi dan mulut merupakan upaya untuk menentukan keadaan kebersihan gigi dan mulut seseorang, dengan menggunakan suatu *index*. *Index* adalah suatu angka yang menunjukkan keadaan klinis yang didapat pada waktu dilakukan pemeriksaan, dengan cara mengukur luas dari permukaan gigi yang ditutupi oleh plak maupun *calculus*. Mendapatkan nilai yang akurat tentunya di antara pemeriksa harus mempunyai pandangan yang sama dalam penilaian, karena itu perlu sekali dilakukan kalibrasi terlebih dahulu. Pengukuran kebersihan gigi dan mulut menurut Green dan Vermillion adalah menggunakan *index* yang dikenal dengan *Oral Hygiene Index Simplified (OHI-S)* menggunakan rumus  $OHI-S = Debris Index + Calculus Index$ .

#### **a. Kriteria Penilaian**

Green dan Vermillion dalam Putri, Herijulianti, dan Nurjanah (2010), menyatakan bahwa kriteria penilaian *debris* dan *calculus* sama, yaitu mengikuti ketentuan sebagai berikut:

- 1) Baik : jika nilainya antara 0 – 0,6
- 2) Sedang : jika nilainya antara 0,7 – 1,8
- 3) Buruk : jika nilainya antara 1,9 – 3,0.

*Oral Hygiene Index Simplified (OHI-S)* mempunyai kriteria tersendiri, yaitu mengikuti ketentuan sebagai berikut:

- 1) Baik : jika nilainya antara 0,0 – 1,2
- 2) Sedang : jika nilainya antara 1,3 – 3,0
- 3) Buruk : jika nilainya antara 3,1 – 6,0.

b. *Gigi index OHI-S*

Green dan Vermillion dalam Putri, Herijulianti dan Nurjanah (2010), menyatakan bahwa untuk memperoleh nilai *debris index* dan *calculus index* dilakukan pemeriksaan pada gigi dan permukaan tertentu untuk mengetahui banyaknya *debris* dan *calculus*. Gigi-gigi yang dipilih sebagai *gigi index* beserta permukaan *gigi index* yang dianggap mewakili tiap segmen adalah:

- 1) Gigi *molar* permanen satu atas kanan permukaan *buccal*
- 2) Gigi *incisive* permanen satu atas kanan permukaan *labial*
- 3) Gigi *molar* permanen satu atas kiri permukaan *buccal*
- 4) Gigi *molar* permanen satu bawah kiri permukaan *lingual*
- 5) Gigi *incisive* permanen satu bawah kiri permukaan *labial*
- 6) Gigi *molar* permanen satu bawah kanan permukaan *lingual*.

c. *Kriteria Debris Index*

Kriteria-kriteria yang perlu diperhatikan untuk memperoleh *debris index* seperti pada tabel 1 di bawah ini:

Tabel 1  
Kriteria *Debris Index*

No.	Kriteria	Nilai
1	Tidak ada debris atau stain	0
2	Plak menutupi tidak lebih dari $\frac{1}{3}$ permukaan servikal atau terdapat <i>stain</i> ekstrinsik di permukaan yang diperiksa	1
3	Plak menutupi lebih dari $\frac{1}{3}$ tapi kurang dari $\frac{2}{3}$ permukaan yang diperiksa	2
4	Plak menutupi lebih dari $\frac{2}{3}$ permukaan yang diperiksa	3

Sumber: Putri, Herijulianti, dan Nurjanah. Ilmu Pencegahan Penyakit Jaringan Keras dan Jaringan Pendukung Gigi. 2010

$$Debris\ Index = \frac{\text{Jumlah penilaian debris}}{\text{Jumlah gigi yang diperiksa}}$$

d. Kriteria *Calculus Index*

Kriteria-kriteria yang perlu diperhatikan untuk memperoleh *calculus index* seperti pada tabel 2 di bawah ini:

Tabel 2  
Kriteria *Calculus Index*

No.	Kriteria	Nilai
1	Tidak ada <i>calculus</i> .	0
2	<i>Supra gingival calculus</i> yang menutupi tidak lebih dari $\frac{1}{3}$ permukaan gigi dihitung dari servikal.	1
3	<i>Supra gingival calculus</i> yang menutupi lebih dari $\frac{1}{3}$ tetapi kurang dari $\frac{2}{3}$ permukaan gigi yang diperiksa, atau ada bercak-bercak <i>sub gingival calculus</i> di sekeliling servikal gigi.	2
4	<i>Supra gingival calculus</i> menutupi lebih dari $\frac{2}{3}$ permukaan gigi atau ada <i>sub gingivalcalculus</i> yang menutupi dan melingkari seluruh bagian servikal.	3

Sumber :Putri, Herijulianti, dan Nurjanah. Ilmu Pencegahan Penyakit Jaringan Keras dan Jaringan Pendukung Gigi. 2010

$$\text{Calculus Index} = \frac{\text{Jumlah penilaian calculus}}{\text{Jumlah gigi yang diperiksa}}$$

e. Cara melakukan penilaian *debris* dan *calculus*

Green dan Vermillion dalam Putri, Herijulianti, dan Nurjanah(2010), menyatakan bahwa cara memperoleh penilaian *debris index* dan *calculus index* yang tepat serta seragam perlu dilakukan prosedur pemeriksaan yang terarah dan sistematis yakni:

- 1) Permukaan gigi yang diperiksa adalah permukaan gigi klinis, dan gigi tersebut sudah erupsi sempurna.
- 2) Permukaan gigi klinis tersebut dibagi dengan garis khayal menjadi tiga bagian yang sama besarnya, yaitu:
  - a)  $\frac{1}{3}$  permukaan gigi bagian servikal.
  - b)  $\frac{1}{3}$  permukaan gigi bagian tengah.
  - c)  $\frac{1}{3}$  permukaan gigi bagian *incisal/occlusal*.
- 3) Sonde digerakkan secara mendatar pada permukaan gigi yang diperiksa.
- 4) Cara memperoleh penilaian *debris*:
  - a) Pemeriksaan dilakukan pada bagian  $\frac{1}{3}$  *incisal/ occlusal*. Bila ada *debris* yang terbawa sonde, maka nilai *debris* untuk gigi tersebut adalah 3.
  - b) Pemeriksaan dilanjutkan pada  $\frac{1}{3}$  bagian tengah karena tidak ada *debris* pada  $\frac{1}{3}$  *incisal/ occlusal*, tetapi bila ada *debris* yang terbawa sonde pada  $\frac{1}{3}$  bagian tengah, nilainya 2 (dua).
  - c) Pemeriksaan dilanjutkan pada  $\frac{1}{3}$  *cervical* karena tidak ada *debris* pada  $\frac{1}{3}$  bagian tengah, tetapi bila ada *debris* yang terbawa sonde pada  $\frac{1}{3}$  *cervical*, nilainya 1 (satu), jika tidak ada *debris*, maka nilainya 0 (nol).

5) Cara memperoleh penilaian *calculus*:

a) Jenis *calculus*, *supragingivalcalculus* dan *sub gingival calculus* harus diperhatikan.

b) Pemeriksaan untuk memperoleh penilaian *calculus* sama dengan cara pemeriksaan untuk memperoleh penilaian *debris*.

c) Hasil *debris index* dan *calculus index* harus bentuk *decimal* (dua angka di belakang koma).

f. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penilaian *OHI-S*

Menurut Putri, Herijulianti, dan Nurjanah (2010), *Oral Hygiene Index Simplified (OHI-S)* menggunakan enam permukaan gigi *index* tertentu yang cukup dapat mewakili segmen depan maupun belakang dari seluruh pemeriksaan gigi yang ada di dalam rongga mulut. Gigi *index* pada suatu segmen tidak ada, lakukan penggantian gigi tersebut dengan ketentuan sebagai berikut:

1) Jika gigi *molar* pertama tidak ada, penilaian dilakukan pada gigi *molar* kedua, jika gigi *molar* pertama dan kedua tidak ada penilaian dilakukan pada *molar* ketiga akan tetapi jika gigi *molar* pertama, kedua dan ketiga tidak ada maka tidak ada penilaian untuk segmen tersebut.

2) Jika gigi *incisive* pertama kanan atas tidak ada, dapat diganti oleh gigi *incisive* kiri atas dan jika gigi *incisive* kiri bawah tidak ada, dapat diganti dengan gigi *incisive* pertama kanan bawah, akan tetapi jika gigi *incisive* pertama kiri atau kanan tidak ada, maka tidak ada penilaian untuk segmen tersebut.

3) Gigi *index* dianggap tidak ada pada keadaan-keadaan seperti: gigi hilang karena dicabut, gigi yang merupakan sisa akar, gigi yang merupakan mahkota jaket, mahkota gigi sudah hilang atau rusak lebih dari ½ bagiannya pada permukaan

*index* akibat karies maupun fraktur, gigi yang erupsinya belum mencapai ½ tinggi mahkota klinis.

4) Penilaian dapat dilakukan jika minimal ada dua gigi *index* yang dapat diperiksa.

#### **4. Cara memelihara kebersihan gigi dan mulut**

Menurut Pratiwi (2009), pembersihan gigi merupakan pencegahan utama mencegah gangguan gigi dan mulut, dilakukan secara mandiri dan profesional antara lain:

- a. Perawatan mandiri dapat dilakukan di rumah dengan sikat gigi secara teratur, dua kali sehari dengan metode yang benar.
- b. Tindakan membersihkan gigi dengan benang gigi (*flossing*) dapat dilakukan satu-dua kali sehari.
- c. Kurangi makan makanan dan minuman yang manis, lunak, dan melekat, seperti: permen, coklat, dodol, biskuit, minuman bersoda dan lain sebagainya. Sikat gigi setiap habis memakan makanan yang manis, lunak dan melekat.
- d. Mengunjungi dokter gigi secara rutin setiap enam bulan sekali untuk pembersihan yang tidak dapat dilakukan dirumah dan pendeteksi awal gangguan-gangguan gigi dan mulut yang mungkin belum disadari.

#### **5. Akibat tidak memelihara kebersihan gigi dan mulut**

- a. Karies gigi

Menurut Tarigan (2013), karies adalah penyakit jaringan gigi yang ditandai dengan kerusakan jaringan, dimulai dari permukaan gigi (ceruk, fisure, dan daerah interproksimal) meluas ke arah pulpa. Karies gigi juga dapat dialami oleh setiap



orang serta dapat timbul pada satu permukaan gigi atau lebih dan dapat meluas ke bagian yang lebih dalam, misalnya dari email ke dentin atau ke pulpa.

*b. Calculus*

*Calculus* adalah plak yang telah mengalami pengerasan, kalsifikasi atau remineralisasi. *Calculus* yang melekat di permukaan gigi biasanya berwarna putih kekuningan sampai coklat kehitaman yang dapat terlihat oleh mata. Permukaannya keras tidak dapat dibersihkan dengan sikat gigi atau tusuk gigi. *Calculus* yang tidak terlihat biasanya tumbuh dibawah gusi, mengakibatkan gusi infeksi, mudah berdarah dan bau mulut. Perkembangannya kemudian menjadi periodontitis, jika kerusakannya sudah mengenai tulang penyangga gigi biasanya ditandai dengan lepasnya garis perlekatan gusi. Kerusakan tulang penyangga gigi inilah yang menyebabkan gigi mulai goyang, jika tidak segera dirawat hal ini berakibat pada tindakan pencabutan gigi (Pratiwi, 2009).

*Calculus*, plak dan sisa makanan yang melekat di leher gigi menunjukkan tingkat kebersihan mulut yang buruk. Posisi gigi yang tidak teratur menyebabkan tidak terjangkaunya sikat gigi dengan gigi, misalnya gigi bagian belakang membutuhkan ujung kepala sikat yang kecil (Pratiwi, 2009).

Menurut Putri, Herijulianti dan Nurjanah (2010), *calculus* dapat dibedakan berdasarkan hubungannya terhadap *gingivalmargin*, yaitu:

1) *Calculussupragingival*

*Calculussupragingival* adalah *calculus* yang melekat pada permukaan mahkota gigi mulai dari puncak *gingival margin* dan dapat dilihat. *Calculus* ini berwarna putih kekuningan.

## 2) *Calculussubgingival*

*Calculussubgingival* adalah *calculus* yang berada di bawah batas *gingivalmargin*, biasanya pada daerah saku gusi. *Calculus* ini berwarna coklat tua atau hijau kehitam–hitaman.

### c. Bau mulut

Bau mulut (*halitosis*) adalah bau nafas yang tidak enak, tidak menyenangkan dan menusuk hidung. Bau mulut dapat diatasi dengan menjaga kebersihan gigi dan mulut (Soebroto, 2009).

### d. Radang gusi

*Gingivitis* adalah peradangan pada gusi (*gingival*). *Gingivitis* sering terjadi dan bisa timbul kapan saja. Plak merupakan penyebab utama dari *gingivitis*. Plak merupakan suatu lapisan yang utamanya terdiri dari bakteri (Soebroto, 2009).

## **B. Sekolah Luar Biasa (SLB)**

### **1. Pengertian sekolah luar biasa**

Sekolah luar biasa (SLB) adalah sekolah untuk anak dengan karakteristik khusus yang berbeda dengan anak pada umumnya tanpa selalu menunjukkan pada ketidakmampuan mental, emosi, atau fisik antara lain tunanetra, tunarungu, tunagrahita, tunadaksa, tunalaras, kesulitan belajar, gangguan prilaku, dan anak dengan gangguan kesehatan. Sekolah luar biasa memerlukan bentuk pelayanan pendidikan khusus yang sesuai dengan kemampuan dan potensi yang dimiliki anak-anak berkebutuhan khusus, contohnya bagi tunanetra mereka memerlukan modifikasi teks bacaan menjadi tulisan *braille* dan tunarungu berkomunikasi

menggunakan bahasa isyarat. SLB biasanya bersekolah sesuai dengan kekhususannya masing-masing. SLB bagian A untuk tunanetra, SLB bagian B untuk tunarungu, SLB bagian C untuk tunagrahita, SLB bagian D untuk tunadaksa, SLB bagian G untuk cacat ganda (Saifias, 2012).

## **2. Tunarungu**

Anak tunarungu merupakan anak yang mempunyai gangguan pada pendengaran sehingga tidak dapat mendengar bunyi dengan sempurna atau bahkan tidak dapat mendengar sama sekali, tetapi dipercaya bahwa tidak ada satupun manusia yang tidak bisa mendengar sama sekali. Walaupun sangat sedikit, masih ada sisa-sisa pendengaran yang masih bisa dioptimalkan pada anak tunarungu (Mamesah, 2015). Menurut Widasari(2014), mengemukakan bahwa seseorang yang tidak atau kurang mampu mendengar suara dikatakan tunarungu. Ketunarunguan dibedakan menjadi dua katagori, yaitu tuli dan kurang mendengar. Tuli adalah anak yang indra pendengarannya mengalami kerusakan dalam taraf berat sehingga pendengarannya tidak berfungsi lagi. Kurang dengar adalah anak yang indera pendengarannya mengalami kerusakan tetapi masih dapat berfungsi untuk mendengar, baik dengan maupun tanpa menggunakan alat bantu dengar (hearing aids). Istilah tunarungu diambil dari kata “tuna” dan “rungu”, tuna artinya kurang dan rungung artinya pendengaran. Anak tunarungu secara fisik tidak berbeda dengan anak dengar pada umumnya, pada saat berkomunikasi barulah diketahui bahwa anak tersebut mengalami ketunarunguan.

## **3. Karakteristik anak tunarungu**

Kecerdasan seseorang seringkali dihubungkan dengan prestasi akademis sehingga orientasi akademis tertentu seseorang merupakan gambaran nyata

sebuah kecerdasannya. Menurut Suhardiyana (2010), Anak tunarungu mempunyai 3 karakteristik, yaitu:

a. Karakteristik anak tunarungu dalam aspek akademik.

Keterbatasan dalam kemampuan berbicara dan berbahasa mengakibatkan anak tunarungu cenderung memiliki prestasi yang rendah dalam mata pelajaran yang bersifat verbal dan cenderung sama dalam mata pelajaran yang bersifat non verbal dengan anak normal seusianya.

b. Karakteristik tunarungu dari segi fisik/kesehatan.

Jalannya kaku dan agak membungkuk (jika organ keseimbangan yang ada pada telinga bagian dalam terganggu), gerak matanya lebih cepat, gerakan tangannya cepat dan lincah, dan pernafasannya pendek, sedangkan dalam aspek kesehatan, pada umumnya sama dengan orang yang normal lainnya.

c. Karakteristik anak tunarungu dalam aspek sosial-emosial adalah sebagai berikut:

1) Pergaulan terbatas dengan sesama tunarungu, sebagai akibat dari keterbatasan dalam kemampuan berkomunikasi.

2) Sifat ego-sentris yang melebihi anak normal, yang ditunjukkan dengan sulitnya mereka menempatkan diri pada situasi berpikir dan perasaan orang lain, sulitnya menyesuaikan diri, serta tindakannya lebih terpusat pada ego, sehingga kalau ada keinginan harus selalu dipenuhi.

3) Perasaan takut/khawatir terhadap lingkungan sekitar, yang menyebabkan ia tergantung pada orang lain serta kurang percaya diri.

- 4) Perhatian anak tunarungu sulit dialihkan, apabila sudah menyenangkan suatu benda atau pekerjaan tertentu.
- 5) Memiliki sifat polos, serta perasaannya umumnya dalam keadaan ekstrim tanpa banyak nuansa.
- 6) Cepat marah dan mudah tersinggung, sebagai akibat seringnya mengalami kekecewaan karena sulitnya menyampaikan perasaan/keinginannya secara lisan ataupun dalam memahami pembicaraan orang lain

#### **4. Klasifikasi ketunarunguan**

Menurut Setiani (2013), ketunarunguan dapat diklasifikasikan ke dalam empat katagori, yaitu:

- a. Ketunarunguan ringan (*mild hearing impairment*), yaitu kondisi dimana anak masih dapat mendengar bunyi dengan intensitas 27- 40 dB. Masih mampu mendengar suara dalam jarak yang dekat. Dalam proses belajar mengajar di sekolah, kesulitan ini masih bisa diatasi dengan menempatkan anak pada posisi strategis dan membutuhkan terapi wicara.
- b. Ketunarunguan sedang (*moderate hearing impairment*), yaitu kondisi di mana anak masih dapat mendengar bunyi dengan intensitas 41-55 dB. Seorang anak yang mengalami kondisi tunarungu dalam tingkatan ini hanya mampu mengerti percakapan dalam jarak 3 kaki dan harus dalam keadaan berhadap-hadapan. Anak dalam kondisi ini sudah tidak dapat memahami percakapan dalam bentuk diskusi dan biasanya sudah membutuhkan alat bantu dengar (*hearing aids*) dan terapi wicara. Terapi wicara sudah dibutuhkan karena kurangnya kosakata yang masuk ke otak sehingga berpengaruh pada kemampuan bicara.

c. Ketunarunguan berat (*severe hearing impairment*), yaitu kondisi di mana orang hanya dapat mendengar bunyi dengan intensitas 56-90 dB. Kondisi [anak tunarungu](#) pada tingkat ini sudah membutuhkan bantuan alat bantu dengar sepanjang waktu. Anak dengan tunarungu sedikit memahami percakapan pembicara bila memperhatikan wajah pembicara dengan suara keras, anak tunarungu pada kondisi tersebut masih dapat belajar berbicara dengan mengandalkan sisa pendengaran dengan cara yang khusus.

d. Ketunarunguan parah/tuli (*profound hearing impairment*), yaitu kondisi di mana anak tunarungu hanya dapat mendengar bunyi dengan intensitas 91 dB atau lebih keras. Anak tunarungu dalam tingkatan ini cenderung bergantung pada penglihatan daripada pendengaran untuk proses menerima informasi dan yang bersangkutan dianggap tuli.

## **5. Faktor penyebab anak tunarungu**

Menurut Rohmatun (2011), faktor penyebab ketunarunguan bermacam-macam, secara etiologi atau penyebab kapan terjadinya anak menjadi tunarungu. Pre natal atau anak masih dalam kandungan seperti faktor keturunan, penyakit cacar air, campak dan sebagainya. *Neo natal* atau baru lahir/saat lahir, misalnya lahir prematur. *Post natal* atau sesudah anak lahir seperti infeksi, meningitis, tunarungu perspektif yang bersifat keturunan. Penyebab adanya ketunarunguan dapat dikelompokkan sebagai berikut:

a. Faktor dari dalam diri anak

1) Faktor penyebabnya dapat dikarenakan adanya kelainan genetik salah satu orang tuanya atau keluarga yang mengalami ketunarunguan.

2) Kerusakan plasenta yang mempengaruhi perkembangan janin karena keracunan darah sang ibu saat mengandung.

b. Faktor dari luar anak

1) Faktor kecelakaan yang mengakibatkan kerusakan alat pendengaran telinga bagian dalam, tengah, maupun luar.

2) Meningitis atau radang pada selaput otak.

3) Otitis media adalah radang telinga bagian tengah sehingga menimbulkan nanah dan jika parah penyakit ini dapat mengakibatkan kehilangan pendengaran dalam derajat ringan atau sedang.

4) Terjadinya infeksi pada saat dilahirkan atau saat kelahiran.

## **6. Prilaku pelihara diri dalam kesehatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus**

a. Kemampuan pelihara diri anak berkebutuhan khusus

Menurut Hayati *dalam* Istiqomah (2013), kemampuan pelihara diri adalah kecakapan atau ketrampilan diri untuk mengurus atau menolong diri sendiri dalam kehidupan sehari-hari, sehingga tidak bergantung dengan orang lain. Anak berkebutuhan khusus biasanya kurang mampu dalam melakukan perawatan dirinya karena adanya ketidakmampuan dalam berinteraksi, komunikasi, dan perilaku. Bagi anak tunarunggu tujuan latihan membina diri adalah agar dapat melakukan sendiri kebutuhannya sehari-hari, menumbuhkan rasa percaya diri dan meminimalkan bantuan yang diberikan, memiliki kebiasaan tertib dan teratur, dapat menjaga kebersihan dan kesehatan badan, mampu beradaptasi dengan lingkungan pada kondisi atau situasi tertentu, serta mampu menjaga diri dan menghindar dari hal-hal yang membahayakan.

b. Pengaruh dukungan keluarga terhadap kemampuan merawat diri

Menurut Amin *dalam* Istiqomah (2013), dengan keterbatasan yang ada dan daya kemampuan yang anak berkebutuhan khusus miliki, menimbulkan munculnya berbagai masalah, diantaranya adalah: masalah kesulitan dalam kehidupan sehari-hari (kemampuan merawat diri), masalah kesulitan belajar dan masalah penyesuaian diri. Salah satunya permasalahan anak tunarungu yaitu masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan pemeliharaan diri dalam kehidupan sehari-hari. Pemeliharaan kehidupan sehari-harinya sangat memerlukan perhatian dalam melatih dan membiasakan anak untuk merawat dirinya sendiri, salah satunya memerlukan dukungan keluarga. Keluarga mempunyai peran dan pengaruh yang sangat penting terhadap perkembangan anak. Sikap dan perlakuan keluarga banyak menentukan keberhasilan anak dalam belajar. Sehingga dukungan keluarga berpengaruh terhadap kemampuan merawat diri anak karena dengan keluarga memberi dukungan dalam membantu atau membimbing anaknya dalam merawat diri, maka dengan proses bimbingan atau belajar anak lama-kelamaan akan mampu untuk merawat dirinya atau mengurus dirinya sendiri.