

**HUBUNGAN MALOKLUSI DENGAN**

**KEBIASAAN BURUK PADA ANAK**

**SKRIPSI**

*Diajukan untuk melengkapi salah satu syarat  
Untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran Gigi*



**AINUN MIFTAHUL FAIR**

**J011171341**

**DEPARTEMEN ILMU KEDOKTERAN GIGI ANAK**

**FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2020**

**HUBUNGAN MALOKLUSI DENGAN  
KEBIASAAN BURUK PADA ANAK**

**SKRIPSI**

*Diajukan untuk melengkapi salah satu syarat  
Untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran Gigi*

**AINUN MIFTAHUL FAIR**

**J011171341**

**DEPARTEMEN ILMU KEDOKTERAN GIGI ANAK  
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2020**

**LEMBAR PENGESAHAN**

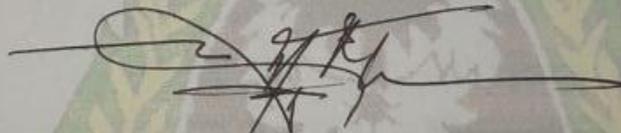
Judul : HUBUNGAN MALOKLUSI DENGAN KEBIASAAN BURUK PADA ANAK

Oleh : AINUN MIFTAHUL FAIR/J011171341

Telah diperiksa dan disahkan pada tanggal, 22 September 2020

Oleh :

**Pembimbing**



**Dr. drg. Marhamah M. Kes**  
**NIP. /196303051989032002**

**Mengetahui,**

**Dekan Fakultas Kedokteran Gigi**

**Universitas Hasanuddin**



**drg. Muhammad Ruslin, M.Kes., Ph.D., Sp. BM (K)**  
**NIP. 197307022001121001**

## SURAT PERNYATAAN

Dengan ini menyatakan mahasiswa yang tercantum di bawah ini:

Nama : Ainun Miftahul Fair

NIM : J011171341

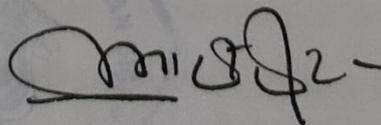
Judul Skripsi : Hubungan Maloklusi Dengan Kebiasaan Buruk Pada Anak

Menyatakan Bahwa judul skripsi yang diajukan adalah judul yang baru dan tidak terdapat di Perpustakaan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas

Hasanuddin

Makassar, 21 September 2020

Koordinator Perpustakaan FGH-UH



Amiruddin, S. Sos

NIP. 19661121 199201 1 003

## PERYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :Ainun Miftahul Fair

Nim :J011171341

Jurusan :Kedokteran Gigi

Program Studi :Pendidikan Kedokteran Gigi

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa skripsi dengan judul “Hubungan Maloklusi Dengan Kebiasaan Buruk Pada Anak”, ini benar-benar disusun dan ditulis oleh yang bersangkutan diatas, dan bukan merupakan pengambilan ahlihan tulisan atau pikiran orang lain dan diakui sebagai hasil tulisan atau pikiran sendiri. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan skripsi ini hals jiplakan, saya bersedia, mencrima sanksi atas perbuatan tersebut.

Deminikan surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 26 September 2020  
Perbuat Pernyataan



**AINUN MIFTAHUL FAIR**  
NIM. J011171341

**ABSTRAK**

**HUBUNGAN MALOKLUSI DAN**

**KEBIASAAN BURUK PADA ANAK**

Ainun Miftahul Fair<sup>1</sup>

Mahasiswa Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin, Indonesia

[ainun.fair@gmail.com](mailto:ainun.fair@gmail.com)

**Latar Belakang:** Kebiasaan buruk merupakan sesuatu yang wajar pada anak usia kurang dari enam tahun dan dapat berhenti dengan sendirinya pada anak usia kurang dari enam tahun. Macam-macam kebiasaan buruk adalah menghisap jari dan ibu jari, Tongue thrusting atau kebiasaan menjururkan lidah, menggigit bibir dan kuku, bernafas melalui mulut, dan lain-lain. Maloklusi adalah bentuk hubungan rahang atas dan rahang bawah yang menyimpang dari bentuk standar yang diterima sebagai bentuk yang normal, maloklusi dapat disebabkan karena tidak ada keseimbangan dentofasial. Keseimbangan dentofasial ini tidak disebabkan oleh satu faktor saja, tetapi beberapa faktor yang mempengaruhi. Faktor yang mempengaruhi adalah keturunan, lingkungan, pertumbuhan dan perkembangan, etnik, fungsional, patologi. **Tujuan :** Untuk mengetahui hubungan kebiasaan buruk dengan maloklusi pada anak. **Metode :** Metode yang digunakan dalam penulisan ini adalah Literatur Riview atau study literatur dengan mengumpulkan informasi yang sesuai dengan topik studi kemudian melakukan sintesa pada jurnal penelitian ilmiah. **Hasil :** Dari hasil sintesa 6 jurnal penelitian ilmiah di dapatkan bahwa kebiasaan buruk pada anak dapat menyebabkan maloklusi yang dapat mengganggu sistem pengunyahan dan estetika pada wajah anak. **Kesimpulan :** Kebiasaan buruk yang terjadi pada anak yang dapat mengganggu pertumbuhan gigi anak, seperti: menghisap ibu jari, bernafas melalui

mulut dan mendorong lidah atau menjulurkan lidah, dll. sehingga dapat menyebabkan maloklusi.

**ABSTRACT**

**MALOCCLUSION AND RELATIONSHIP**

**BAD HABITS IN CHILDREN**

Ainun Miftahul Fair<sup>1</sup>

Mahasiswa Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin, Indonesia

[ainun.fair@gmail.com](mailto:ainun.fair@gmail.com)

**Background:** Bad habits are something that is normal in children aged less than six years and can stop automatically in children aged less than six years. Types of bad habits are finger and thumb sucking, tongue thrusting or the habit of sticking out the tongue, biting lips and nails, breathing through the mouth, and so on. Malocclusion is a form of connection between the maxilla and mandible which deviates from the standard form which is accepted as the normal form. Malocclusion can be caused by the absence of dentofacial balance. This dentofacial balance is not caused by one factor, but several factors that influence it. The influencing factors are heredity, environment, growth and development, ethnicity, functional, pathology. **Objective:** To determine the relationship between bad habits and malocclusion in children. **Method:** The method used in this writing is literature review or literature study by collecting information in accordance with the topic of study and then synthesizing it in scientific research journals. **Review :** From the synthesis of 6 scientific research journals, it was found that bad habits in children can cause malocclusion which can interfere with the chewing system and the aesthetics of the child's face. **Conclusion:** Bad habits that occur in children that can interfere with the growth of the child's teeth, such as: sucking the thumb, breathing through the mouth and pushing the tongue or sticking out the tongue, etc. so that it can cause malocclusion.

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah subhanahu wa ta'ala karena dengan berkat rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul kebiasaan bernapas melalui mulut sebagai faktor etiologi maloklusi. Shalawat serta salam tetap tercurahkan kepada Rasulullah shallallahu 'alaihi wa sallam.

1. Tidak lupa pula penyusun mengucapkan terima kasih kepada ayah dan ibu **Asis Fair S. Sos** dan **Suhaemi** yang selama ini telah memberikan kasih sayang, iringan do'a, serta motivasi kepada penulis. Semoga Allah subhanahu wa ta'ala melimpahkan rahmat-Nya serta memberikan kesehatan kepada ke dua orang tua penulis.
2. **Dr. drg. Marhamah M, Kes** selaku pembimbing yang telah banyak membimbing, memberikan saran, meluangkan waktu dari awal hingga akhir penyusunan skripsi. Terima kasih atas segala bimbingan dan arahan. Semoga Allah subhanahu wa ta'ala melimpahkan rahmat-Nya serta memberikan kesehatan kepada dokter beserta keluarga.
3. **Prof. Dr. drg. Fajriani M, Si** selaku penguji yang telah memberika saran maupun kritik yang membangun. Semoga Allah subhanahu wa ta'ala melimpahkan rahmat-Nya serta memberikan kesehatan kepada dokter beserta keluarga.

4. **drg. Ardiansyah S Pawindru, Sp. Ort (K)** selaku penasehat akademik yang senantiasa memberikan motivasi dan arahan kepada penulis.
5. **drg. Muhammad Ruslin, M.Kes., Ph.D., Sp. BM (K)** selaku dekan FKG UNHAS yang telah memberikan motivasi kepada seluruh mahasiswa dalam menyelesaikan skripsi tepat waktu.
6. Terima kasih kepada **Muammar Asmie** kakak penulis, **Aqilah Salsabilah Fair** adik penulis, yang telah memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis.
7. Terima kasih Kepada **Keluarga Andi Pabottingi** yang telah memberikan motivasi, semangat dan dukungan kepada penulis
8. Sahabat-sahabat Balala Squad, **Andi nining, Ria Agustina, Nur Amila Alwi, Ayu Rizki Amelia, Widya Astuti, Firah Magfirah, Andi Arul, Andi Alvian, Haerul Alwan, Dian Fajrin, Ishak Ashari, Ali Imbran** yang telah memberikan motivasi, semangat dan dukungan kepada penulis.
9. Sahabat-sahabat SMA, **FiNarti, Silmi Sagita Sari, Rahmi Aprilia, Fahrur Nisa, Ahmad Ruwaim Fatwa, Mia Karim, Febriani** yang telah memberikan motivasi, semangat dan dukungan kepada penulis.
10. Terima kasih kepada **Louval Faradillah** yang telah menemani penulis

selama penyusunan skripsi, memberi motivasi, semangat dan dukungan kepada penulis.

11. Teman-teman angkatan **OBTURASI 2017** dan secara khusus untuk teman seperjuangan skripsi penulis **Autika Firlie Irwan** yang telah memberi semangat dan dukungan kepada penulis. **Khaerunnisa Bakri** dan **Rifqiyanti Ismi** yang selalu membantu dalam menyelesaikan tugas akhir penulisan.

12. Teman-teman **Zahrah Nabilah, Fadila Ani Saputri, Nurul Fatiha Thulfaidah, Rifqiyanti Ismi, Fitri, Nurmilah, Ainul Qalbi Mutmainnah, Alya Hiilda Saifuddin, Andi Iyanah Istiyanah, Nurul Huda Danial, Nurul Khaerani Sahar, Rahma Sahara, Putri kusuma wardani, Rini Kartini Kadir, Maulfi Amanda**, Sebagai tim hore dan tim heboh

Hormat kami

Penulis,

Ainun Mifathul Fair

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMBUTAN.....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>vii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xiv</b>
 <b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1    Latar Belakang .....	17
1.2    Rumusan Masalah .....	21
1.3    Tujuan.....	21
1.4    Manfaat.....	21
 <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1    Kebiasaan Buruk .....	23
2.2    Patokanisme Kebiasaan Buruk pada Anak.....	32
2.3    Maloklusi.....	34
2.4    Etiologi Maloklusi.....	35

2.5	Klasifikasi Maloklusi .....	36
2.6	Dampak kebiasaan buruk pada anak .....	44
2.7	Penanganan kebiasaab buruk .....	45

### **BAB III HASIL DAN PEMBAHASAN**

3.1	Hasil .....	50
3.2	Pembahasan.....	60

### **BAB IV PENUTUP**

A.	Kesimpulan.....	67
B.	Saran.....	67

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN-LAMPIRAN**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1.....	40
----------------	----

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 .....	20
Gambar 2.2 .....	20
Gambar 2.3 .....	21
Gambar 2.4 .....	23
Gambar 2.5 .....	28
Gambar 2.6 .....	28
Gambar 2.7 .....	29
Gambar 2.8 .....	30
Gambar 2.9 .....	32
Gambar 2.10 .....	33

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar belakang**

Kebiasaan adalah suatu tindakan berulang yang dilakukan secara otomatis atau spontan. Perilaku ini umumnya terjadi pada masa kanak-kanak dan sebagian besar selesai secara spontan. Suatu kebiasaan di rongga mulut yang dapat menyebabkan maloklusi disebut kebiasaan buruk. Kebiasaan buruk berpengaruh terhadap Fungsi dentofasial seperti proses menguyah, bicara, oklusi gigi, struktur jaringan penyangga gigi maupun estetik<sup>1</sup>.

Kebiasaan buruk merupakan sesuatu yang wajar pada anak usia kurang dari enam tahun dan dapat berhenti dengan sendirinya pada anak usia kurang dari enam tahun<sup>1</sup>. Kebiasaan buruk biasanya berlangsung secara diam-diam sehingga membuat anak tidak sadar bahwa ia sering melakukan hal tersebut. Kebiasaan pada awalnya dilakukan dalam keadaan sadar, tetapi pengulangan membuat turunnya kesadaran dan respon motorik. Akhirnya kebiasaan terbentuk sepenuhnya dan menjadi bagian dari rutinitas pikiran sehingga lebih susah untuk menghilangkan kebiasaan buruk tersebut. Kebiasaan buruk umum dilakukan anak dengan status psikologis normal, tetapi dapat juga terjadi pada anak dengan masalah perkembangan, kesulitan emosional, atau gangguan fisik.<sup>2</sup>

Kebiasaan menghisap jari dapat dimulai sejak bayi masih dalam kandungan ibu yaitu berupa refleks menghisap ibu jari yang lambat laun akan menjadi kebiasaan yang menyenangkan karena rasa sangat nyaman sehingga dapat membuatnya tertidur. Menghisap jari adalah sebuah kebiasaan dimana anak menempatkan ibu jari atau jari yang lain di belakang gigi, kontak dengan bagian

palatal. Aktivitas menghisap ibu jari dan jari lain sangat berkaitan dengan otot-otot sekitar rongga mulut.<sup>2</sup>

*Tongue thrusting* adalah kebiasaan menjulurkan lidah dan menekan gigi-geligi pada waktu istirahat, selama berbicara, atau menelan. Kebiasaan ini biasa timbul antara lain karena adanya pembesaran amandel atau tonsil, lengkung gigi atas yang menyempit, lidah yang besar atau faktor psikologis. *Tongue thrusting* menyebabkan ketidakseimbangan otot-otot mulut yang akhirnya berakibat pada maloklusi, yaitu berupa gigi insisif terdorong ke depan dan gigitan terbuka (*open bite*) Kebiasaan menjulurkan lidah biasanya dilakukan pada saat menelan (Senjaya, 2012).<sup>3</sup>

Bernapas merupakan mekanisme vital pada tubuh manusia yang secara normal dilakukan melalui hidung. Bernapas melalui mulut merupakan suatu kelainan cara bernapas. Bernapas melalui mulut dapat memengaruhi bentuk rahang. Saat bernapas melalui mulut, otot-otot memberikan tekanan secara terus-menerus sehingga dapat menyebabkan terhambatnya perkembangan rahang bawah dan rahang atas yang membuat rahang menjadi lebih sempit dan dapat berakibat gigi berjejal.<sup>4</sup>

Prevalensi masalah kesehatan gigi dan mulut di Indonesia masih cukup tinggi. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional tahun 2018, prevalensi masalah gigi dan mulut adalah 57,6%. Salah satu kelainan gigi dan mulut yang masih dijumpai pada masyarakat adalah maloklusi.<sup>13</sup> Maloklusi adalah bentuk hubungan rahang atas dan rahang bawah yang menyimpang dari bentuk standar yang diterima sebagai bentuk yang normal, maloklusi dapat disebabkan karena tidak ada keseimbangan dentofasial. Keseimbangan dentofasial ini tidak disebabkan oleh satu faktor saja, tetapi beberapa faktor yang

mempengaruhi. Faktor yang mempengaruhi adalah keturunan, lingkungan, pertumbuhan dan perkembangan, etnik, fungsional, patologi.<sup>6</sup>

Prevalensi maloklusi di Indonesia telah mencapai 80% dari populasi jumlah penduduk masyarakat Indonesia dan menduduki urutan ketiga setelah karies dan penyakit periodontal (Sudarso, 2008). Maloklusi umumnya bukan merupakan proses patologis tetapi proses penyimpangan dari perkembangan normal, yang proses penyimpangannya mulai terjadi pada masa kanak-kanak dini (Proffit *et al.*, 2007).<sup>3</sup>

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana hubungan kebiasaan buruk dengan maloklusi pada anak

## **1.3 Tujuan**

Untuk mengetahui hubungan kebiasaan buruk dengan maloklusi pada anak

## **1.4 Manfaat**

1. Literatur review ini diharapkan dapat menjadi salah satu sumber informasi mengenai hubungan kebiasaan buruk dengan maloklusi pada anak.
2. Literatur review diharapkan dapat bermanfaat bagi masyarakat untuk memperluas wawasan dan pengetahuan tentang hubungan kebiasaan buruk dengan maloklusi pada anak
3. Literatur review diharapkan menjadi informasi ilmiah dalam rangka memperbanyak sumber pengetahuan terutama di bidang ilmu kesehatan gigi anak dan menjadi masukan untuk penelitian.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Kebiasaan buruk**

Kebiasaan oral merupakan kebiasaan di rongga mulut dan dapat berpengaruh terhadap perkembangan struktur dentofasial. Kebiasaan oral diketahui sebagai bagian dari proses tumbuh kembang normal yang dialami oleh anak. Kebiasaan oral dikatakan normal apabila dilakukan pada kisaran usia 3-6 tahun, tetapi apabila kebiasaan tersebut terus berlangsung di atas rentang usia tersebut maka disebut dengan kebiasaan buruk oral. Kebiasaan oral pada umumnya dilakukan oleh anak secara tidak sadar dengan keinginan untuk memenuhi kepuasan. Kebiasaan oral yang dilakukan dalam durasi lama dan intensitas yang tinggi juga dapat mempengaruhi perkembangan otot orofasial. Pernyataan mengenai kebiasaan oral juga tertulis dalam kamus kedokteran Dorland bahwa kebiasaan buruk oral dapat menimbulkan kelainan oklusi.<sup>5</sup>

Kebiasaan buruk oral pada anak memungkinkan terjadinya tekanan abnormal yang dapat menyebabkan beban berlebih pada tulang alveolar, perubahan posisi gigi, dan kelainan oklusi. Salah satu bentuk kebiasaan oral yang paling sering menimbulkan kelainan struktur wajah dan oklusi gigi yaitu kebiasaan bernafas melalui mulut. Kebiasaan ini pada umumnya bersifat sementara, tetapi dalam beberapa kasus ada pula yang berlanjut sampai usia anak semakin meningkat. Sama halnya dengan kebiasaan oral lain, kebiasaan bernafas melalui mulut pada anak yang tidak dihentikan secara dini dapat merubah keseimbangan tekanan pada rahang dan gigi

yang akan berpengaruh pada pertumbuhan kedua rahang dan posisi gigi, sehingga kebiasaan oral ini dapat menyebabkan maloklusi.<sup>5</sup>

Macam-macam kebiasaan buruk adalah menghisap jari dan ibu jari, Tongue thrusting atau kebiasaan menjururkan lidah, menggigit bibir dan kuku, kebiasaan menelan yang salah, bernafas melalui mulut, dan *bruxism*.

### 1. Menghisap jari

Kebiasaan menghisap jari dapat dimulai sejak bayi masih dalam Salah satu pemicu kebiasaan ini adalah karena bayi merasa kurang puas menghisap susu dari ibu, yang mungkin dikarenakan hanya sedikit ASI yang keluar, ibu terlalu sibuk bekerja atau memang tidak ingin menyusui bayinya. Pada saat bayi menghisap susu ibunya, bibir akan menempel pada susu ibu dan tumbuh perasaan nyaman, tetapi jika bayi menghisap susu dari botol maka perasaan tersebut tidak ada. Hal ini menyebabkan dia mencari kepuasan dan kenikmatan dengan menghisap sesuatu, dan yang paling mudah yaitu menghisap jari.<sup>2</sup> Kebiasaan menghisap sesuatu termasuk jari, yang tidak memberi nilai Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah kebiasaan menghisap jari pada anak adalah dengan membuat anak merasa nyaman dan kebutuhannya terpenuhi dengan baik. Hal ini dapat dilakukan misalnya dengan mengusahakan agar bayi menghisap susu ibu selama mungkin, kalau bisa sampai 2 tahun. Dengan demikian kebutuhan anak akan keamanan dan kenyamanan dalam pelukan ibu menjadi terpenuhi. Makanan dan minuman anak juga diberikan pada waktunya sehingga kebutuhan jasmaninya juga tercukupi dengan baik.<sup>2</sup>



(Gambar 2.1: Sumber: Meirina Gartika, The effect of oral habits in the oral cavity of children and its treatment;Padjadjaran Journal of Dentistry:2008)<sup>26</sup>



( Gambar 2.2: Sumber: Meirina Gartika, The effect of oral habits in the oral cavity of children and its treatment;Padjadjaran Journal of Dentistry:2008)<sup>26</sup>

Penanganan psikologis sangat penting namun apabila anak menolak semua nasihat yang ada usaha lain yang dapat kita lakukan yakni dengan perawatan ekstra oral maupun intra oral. Tindakan ekstra oral yang dapat kita lakukan yakni pemberian rasa yang tidak enak pada jari yang dihisap, sehingga anak mulai merasa ada hal yang aneh saat dia menghisap jari dan mengurungkan niatnya untuk menghisap jari. Rasa tidak nyaman saat menghisap juga didapatkan bila jari dibungkus dengan plester atau diberi tudung dengan *thumb* atau *finger guard*.<sup>2</sup>

2. Tongue thrusting atau kebiasaan menjulurkan lidah.

*Tongue thrusting* adalah suatu kebiasaan menjulurkan lidah yang berhubungan dengan proses penelanan yang pada kehidupan manusia mengalami perubahan sejak bayi hingga dewasa. Tanda-tanda *tongue thrust* yang paling sering terjadi adalah lidah maju, mendorong atau terletak diantara gigi-gigi anterior dan adanya aktivitas otot *circum oral* yang berlebihan selama penelanan (Geophine *et al.*, 2005).<sup>3</sup>



(Gambar 2.3: Sumber: *Rajesh J Kamdar, Ibrahim Al-Shahrani, Damaging Oral Habits, Journal of International Oral Health; 2015*)<sup>27</sup>

Kebiasaan menjulurkan lidah merupakan suatu bentuk proses penelanan, yang mendorong lidah ke depan atau lateral atau diantara gigi selama penelanan. Kebiasaan menjulurkan lidah menunjukkan pergerakan lidah melawan pertumbuhan gigi selama penelanan dan pada saat istirahat. Joelijanto (2012) berpendapat bahwa kebiasaan menjulurkan lidah adalah kebiasaan dengan mendorong lidah dan menekan gigi anterior (definisi umum) atau lidah didorong keluar dan diletakkan diantara permukaan insisal gigi-gigi anterior atas dan bawah (definisi konservatif). Kebiasaan ini menggambarkan ketidakseimbangan otot orofasial. Sedangkan Alawiyah dan Sianita (2012) mengatakan bahwa gerakan lidah selama kebiasaan ini berlangsung

pada umumnya hanya singkat, tidak lebih dari satu detik. Namun demikian, individu normal diperkirakan akan melakukan tidak kurang dari 800 kali gerakan menelan per hari dalam keadaan sadar dan bila digabungkan dengan saat tidur, maka total gerakan menelan seseorang bisa mencapai hampir 1000 kali. Tentu saja seribu kali tekanan per hari yang totalnya mungkin hanya beberapa menit, walaupun ringan akan mempengaruhi posisi gigi, baik vertikal (tumpang gigit) maupun horizontal (jarak gigit).<sup>3</sup>

Penyebab utama kebiasaan ini berhubungan dengan psikologi (maturasi) dan anatomi (pertumbuhan) anak itu sendiri. Bayi normal memposisikan lidahnya ke anterior di dalam mulut saat posisi istirahat dan menelan (Aisyah, 2016).<sup>3</sup>

### 3. Bernafas melalui mulut

Salah satu bentuk kebiasaan oral yang paling sering menimbulkan kelainan struktur wajah dan oklusi gigi yaitu kebiasaan bernafas melalui mulut. Kebiasaan ini pada umumnya bersifat sementara, tetapi dalam beberapa kasus ada pula yang berlanjut sampai usia anak semakin meningkat. Sama halnya dengan kebiasaan oral lain, kebiasaan bernafas melalui mulut pada anak yang tidak dihentikan secara dini dapat merubah keseimbangan tekanan pada rahang dan gigi yang akan berpengaruh pada pertumbuhan kedua rahang dan posisi gigi, sehingga kebiasaan oral ini dapat menyebabkan maloklusi.<sup>5</sup>

Kebiasaan bernafas melalui mulut merupakan suatu kelainan cara bernafas. Bernafas melalui mulut dapat memengaruhi bentuk rahang. Saat bernafas melalui mulut, otot-otot memberikan tekanan secara

terus-menerus sehingga dapat menyebabkan terhambatnya perkembangan rahang bawah dan rahang atas yang membuat rahang menjadi lebih sempit dan dapat berakibat gigi berjejal.<sup>4</sup> Posisi mulut pada seseorang yang mengalami kebiasaan bernafas melalui mulut akan selalu berada dalam kondisi terbuka karena berfungsi sebagai jalan keluar masuknya udara. Posisi mulut yang terbuka tidak dapat memberi dukungan yang cukup untuk menahan gigi anterior rahang atas sehingga gigi tersebut mengalami inklinasi berlebih ke labial, sedangkan posisi rahang bawah dan gigi posterior rahang bawah bergeser ke arah distal.



(Gambar 2.4: Sumber: Sukhdeep Singh, Neha Awasthi, Taru Gupta, Mouth Breathing-Its Consequences, Diagnosis & Treatment, ACTA SCIENTIFIC DENTAL SCIENCES, 2020)<sup>28</sup>

Posisi mulut, gigi dan rahang yang abnormal tersebut apabila dibiarkan dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan terjadinya kelainan otot di sekitar mulut sehingga dapat mengakibatkan oklusi gigi yang abnormal atau disebut dengan maloklusi.

## 2.2 Patomekanisme Kebiasaan buruk pada anak

### 1. Menghisap ibu jari

Anak yang melakukan kebiasaan mengisap jari secara *intermittent* dengan intensitas yang tinggi, pergerakan gigi yang terjadi tidaklah banyak, tetapi anak yang mengisap jari secara terus-menerus (lebih dari 6 jam) akan menyebabkan perubahan gigi yang signifikan. Bukti klinis dan eksperimental menyatakan bahwa daya selama 4–6 jam setiap hari merupakan waktu minimum yang menyebabkan pergerakan gigi. Hal ini dipengaruhi oleh frekuensi, intensitas, dan durasi kebiasaan mengisap jari yang dapat mempengaruhi jaringan keras dan lunak di dalam mulut. Durasi memegang peranan paling penting dalam pergerakan gigi akibat kebiasaan mengisap jari.<sup>21</sup>

### 2. Menjulurkan lidah

Alawiyah dan Sianita (2012) mengatakan bahwa gerakan lidah selama kebiasaan ini berlangsung pada umumnya hanya singkat, tidak lebih dari satu detik. Namun demikian, individu normal diperkirakan akan melakukan tidak kurang dari 800 kali gerakan menelan per hari dalam keadaan sadar dan bila digabungkan dengan saat tidur, maka total gerakan menelan seseorang bisa mencapai hampir 1000 kali. Tentu saja seribu kali tekanan per hari yang totalnya mungkin hanya beberapa menit, walaupun ringan akan mempengaruhi posisi gigi, baik vertikal (tumpang gigit) maupun horizontal (jarak gigit).<sup>3</sup>

### 3. Bernafas melalui mulut

Gigi-geligi menempati posisi seimbang diantara 2 komponen otot yang kuat, yaitu otot buccinator dan lidah. Aktivitas otot-otot orofasial dan posisi lidah, kan mempengaruhi bentuk lengkung gigi (Lear, 1969). Subtelny (1970) dan So- low (1984) menyatakan bahwa perkembangan oklusi normal dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu fungsi normal rongga mulut, postur kepala, dan morfologi kranio- fasial

Fungsi normal bibir adalah menahan gigi-gigi anterior dari tekanan lidah sehingga tidak berinklinasi ke labial. Bernafas lewat hidung memungkinkan terjadinya hubungan yang baik antara gigi, lidah, dan pipi (Mc Coy, 1956). Pola pernafasan normal lewat hidung juga memungkinkan terjadinya hu- bungan yang seimbang antara tekanan otot pipi dan sisi lateral lidah, sehingga tidak terdapat ruang kosong yang dapat menyebabkan terjadinya pe- nyimpangan lengkung gigi ke arah lateral (Mc Coy, 1956).

Bernafas lewat mulut merupakan salah satu fungsi abnormal tubuh yang dapat menimbulkan maloklusi (Solow, 1984). Hellsing (1987) dalam penelitian- nya menyimpulkan bahwa bernafas lewat mulut menyebabkan tekanan bibir atas berkurang dan tekanan bibir bawah bertambah. Saat mulut membuka, posisi bibir atas tidak dalam keadaan menekan gigi-gigi anterior, sedangkan bibir bawah yang berfungsi menahan tepi insisal gigi-gigi anterior rahang atas, terletak lebih ke depan dari normal. Mc Coy (1956) dan Hellsing (1987) menyebut- kan bahwa posisi bibir bawah yang demikian merupakan faktor pendorong gigi-gigi anterior rahang atas bergerak ke labial. Tekanan lidah yang besar dan tahanan bibir atas yang

kurang, memungkinkan gigi- gigi anterior rahang atas mengalami inklinasi berlebih ke labial.

## **2.2 Maloklusi**

Maloklusi adalah bentuk hubungan rahang atas dan bawah yang menyimpang dari bentuk standar yang diterima sebagai bentuk yang normal, maloklusi dapat disebabkan karena tidak ada keseimbangan dentofasial.<sup>1</sup> Masalah maloklusi dan pengaruhnya terhadap fungsi mulut dan estetika wajah telah menjadi perhatian besar di bidang kesehatan. Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) maloklusi merupakan masalah kesehatan gigi dan mulut dengan peringkat ketiga, peringkat kedua penyakit periodontal dan peringkat pertama karies gigi.<sup>6</sup>

Maloklusi merupakan salah satu masalah kesehatan gigi dan mulut yang cukup besar, hal ini ditambah dengan tingkat kesadaran perawatan gigi yang masih rendah dan kebiasaan buruk seperti mengisap ibu jari atau benda-benda lain, karena jumlah dan keparahan maloklusi akan terus meningkat maka maloklusi seharusnya dicegah ataupun ditangani.<sup>6</sup> maloklusi terjadi karena kelainan gigi, tulang rahang, kombinasi gigi dan rahang, maupun karena kelainan otot-otot pengunyahan maupun faktor lain, seperti kebiasaan buruk dan faktor genetik.<sup>7</sup> Prevalensi maloklusi di Indonesia masih sangat tinggi yaitu sekitar 80% dari jumlah penduduk dan merupakan salah satu masalah kesehatan gigi dan mulut yang cukup besar. Hal ini ditambah dengan tingkat kesadaran perawatan gigi yang masih rendah dan masyarakat belum menyadari pentingnya pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut.<sup>8</sup>

### 2.3 Etiologi Maloklusi

Etiologi maloklusi dapat digolongkan dalam faktor umum dan faktor lokal. Faktor umum adalah faktor yang tidak berpengaruh langsung pada gigi. Faktor lokal adalah faktor yang berpengaruh langsung pada gigi<sup>1</sup>.

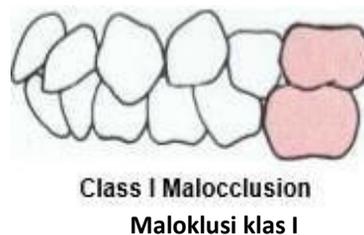
Maloklusi terbentuk akibat interaksi berbagai macam faktor (multifaktorial), baik internal maupun eksternal. Faktor eksternal yang dicurigai sebagai penyebab dari maloklusi adalah kebiasaan yang dilakukan pada masa anak-anak yang dapat mempengaruhi bentuk rahang dan mengakibatkan terjadinya perubahan bentuk atau susunan gigi. Menurut penelitian oleh Jabur dan Nisayif, ada beberapa perilaku yang dikaitkan dengan maloklusi, diantaranya adalah menghisap jari/jempol, mendorong gigi dengan lidah dan juga menggigit kuku atau pensil.<sup>9</sup>

Maloklusi memiliki penyebab yang multifaktorial dan hampir tidak pernah memiliki satu penyebab yang spesifik. Salah satu etiologi dari maloklusi adalah menurut Moyer. Banyak faktor yang dapat menyebabkan terjadinya maloklusi seperti genetik atau herediter, kelainan bawaan, *supernumerary teeth*, kebiasaan buruk dan malnutrisi. Menurut data dari *World Health Organization (WHO)*, menunjukkan bahwa maloklusi merupakan masalah kesehatan mulut ketiga paling penting karena memiliki prevalensi tertinggi ketiga setelah karies dan penyakit periodontal. Studi sebelumnya telah dilakukan untuk mengetahui prevalensi maloklusi pada populasi yang berbeda-beda.<sup>14</sup>

## 2.4 Klasifikasi Maloklusi

### Klas I Angle (*Neutroclusion*)

Ciri utama klas I Angle adalah relasi molar klas I, puncak tonjol mesiobukal gigi molar pertama rahang atas berada pada groove bukal dari molar pertama permanen rahang bawah dengan satu atau lebih gigi anterior malposisi, berjejal serta diastem.<sup>11</sup>

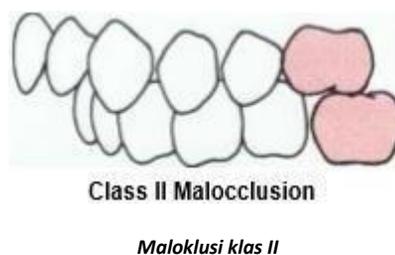


(Gambar 2.5: Sumber: Proffit RW, Fields WH, Sarver MD, *Contemporary*

*orthodontics, 6rd ed; Singh G. Elsevier . 2019. p. 3)*

### Klas II Angle (*Distoclusion*)

Molar pertama permanen rahang atas terletak lebih ke mesial daripada molar pertama permanen rahang bawah atau puncak tonjol mesiobukal gigi molar pertama permanen rahang atas letaknya lebih ke anterior daripada groove bukal gigi molar pertama permanen rahang bawah.<sup>11</sup>

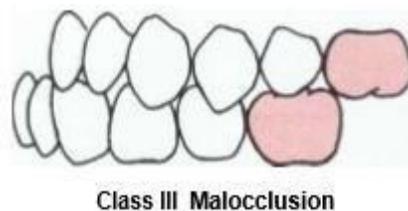


(Gambar 2.6: Sumber: Proffit RW, Fields WH, Sarver MD, *Contemporary*

*orthodontics, 6rd ed; Singh G. Elsevier . 2019. p. 3)*

### Klas III Angle

Pada klas III Angle, gigi molar pertama permanen rahang atas terletak lebih ke distal dari gigi molar pertama permanen rahang bawah atau puncak tonjol mesiobukal gigi molar pertama permanen rahang atas letaknya lebih ke posterior dari groove bukal gigi molar pertama permanen rahang bawah.<sup>11</sup>



**Maloklusi klas III**

( Gambar 2.7 Sumber: Proffit RW, Fields WH, Sarver MD, *Contemporary*

*orthodontics, 6rd ed; Singh G. Elsevier . 2019. p. 3)*

### **Modifikasi Dewey dari Klasifikasi Angle**

Dewey memperkenalkan modifikasi dari klasifikasi maloklusi Angle. Dewey membagi klas I Angle ke dalam lima tipe, dan klas III Angle ke dalam 3 tipe.

#### **a. Modifikasi Dewey Klas I**

1. Tipe 1 yaitu maloklusi klas I dengan gigi anterior yang berjejal
2. Tipe 2 yaitu maloklusi klas I dengan insisiv maksila yang protrusif.
3. Tipe 3 yaitu maloklusi klas I dengan gigitan silang anterior.
4. Tipe 4 yaitu maloklusi klas I dengan gigitan silang posterior.
5. Tipe 5 yaitu maloklusi klas I dengan molar permanen

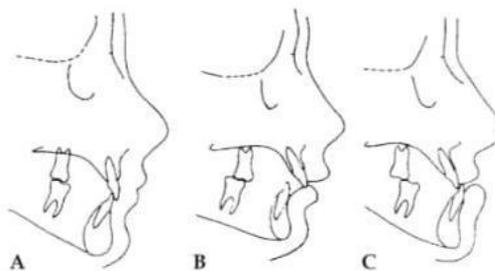
telah bergerak ke mesial.

b. Modifikasi Dewey Klas III

- a. Tipe 1 yaitu maloklusi klas III, dengan rahang atas dan bawah yang jika dilihat secara terpisah terlihat normal. Namun, ketika rahang beroklusi pasien menunjukkan
  - b. insisivus yang edge to edge, yang kemudian menyebabkan mandibula bergerak ke depan.
- c. Tipe 2 yaitu maloklusi klas III, dengan insisivus mandibula berjejal dan memiliki relasi ke lingual terhadap insisivus maksila.
- d. Tipe 3 yaitu maloklusi klas III, dengan insisivus maksila berjejal dan gigitan silang gigi anterior mandibula.<sup>12</sup>

### Relasi Skelet Menurut Tiga Bidang Orientasi

Relasi skelet jurusan sagital tergantung pada panjang maksila, panjang mandibula dan panjang basis kranium yang berhubungan dengan maksila serta sendi temporomandibula. Bila tidak ada foto sefalometri relasi ini secara garis besar dapat dilihat dari profil pasien di klinik. Bila relasi mandibula terhadap maksila normal disebut relasi kelas I, bila mandibula relatif lebih distal terhadap maksila disebut relasi kelas II dan bila mandibula jauh lebih mesial daripada maksila disebut relasi kelas III.



*A. Relasi Skelet Kelas I, B. Kelas II, C. Kelas III*

(Gambar 2.8)

Dalam jurusan vertikal terdapat ruangan di antara basis skeletal rahang atas dan bawah yang disebut ruang antar rahang. Tingginya ruangan ini tergantung pada bentuk mandibula dan panjang muskulus mastikasi pada saat istirahat. Bila bagian anterior ruangan antrahang besar kemungkinan terjadi gigitan terbuka.

Kelainan dalam jurusan transversal dapat menyebabkan adanya gigitan silang di regio posterior. Untuk menentukan secara tepat dapat digunakan foto sefalometri posteroanterior. Dapat juga dilihat pada model studi untuk memperkirakan apakah basis maksila yang sempit ialah apabila inklinasi gigi posterior mengerah ke bukal tetapi masih terjadi gigitan silang posterior kemungkinan besar basis maksilanya sempit.

### **Perkembangan Relasi Skelet Kelas II dan Kelas III**

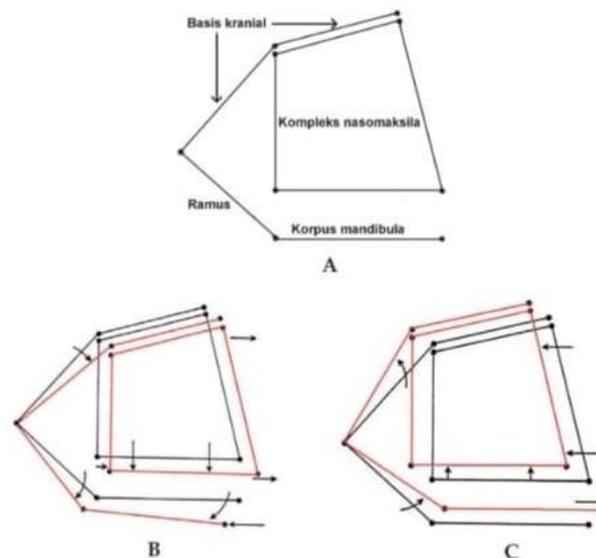
Secara garis besar pertumbuhan yang menyebabkan maloklusi kelas II dapat dijelaskan sebagai berikut. Pada individu yang mempunyai bentuk kepala dolikosefalik kraniumnya relatif panjang dalam jurusan horizontal tetapi sempit sehingga basis kranium agak datar dengan kata lain sudut basis kranium bagian tengah dan anterior lebih terbuka.

Keadaan ini mengakibatkan beberapa perubahan pada muka, yaitu:

- Kompleks nasomaksila lebih protusif terhadap mandibula karena basis kranium rotasi ke depan dan juga bagian tengah dan anterior basis kranium lebih panjang.
- Kompleks nasomaksila relatif lebih rendah dari pada kondili mandibula yang mengakibatkan adanya rotasi seluruh mandibula ke belakang dan ke bawah.

➤ Bidang oklusal mengarah ke bawah (*downward inclined*).

Keadaan-keadaan yang di atas menyebabkan cenderung retrusi mandibula, relasi molar kelas II dan profil yang retognatik.

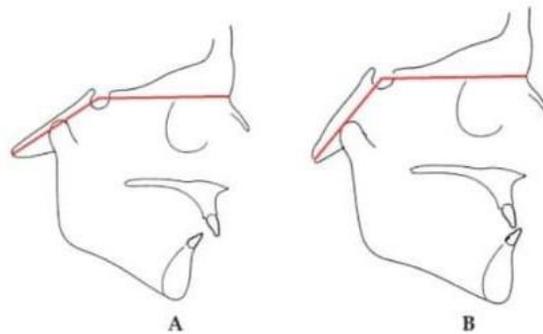


A. Perkembangan skeletal normal. B. Perkembangan skeletal kelas II.

C. Perkembangan skeletal kelas III (modifikasi dari Enlow dan Hans, 1996)

(Gambar 2.9)

Secara garis besar pertumbuhan yang menyebabkan maloklusi kelas III dapat dijelaskan sebagai berikut. Seseorang dengan bentuk kepala yang brakisefalik mempunyai kepala yang bulat dan lebih lebar yang mempengaruhi dasar basis kranium. Basis kranium lebih tegak dengan sudut yang lebih kecil sehingga dimensi anteroposterior fossa kranial tengah pendek. Efeknya pada wajah adalah maksila terletak lebih ke posterior, panjang horizontal kompleks nasomaksila juga relatif pendek. Hasil akhirnya adalah kompleks nasomaksila yang relatif retrusif dan mandibula yang relatif lebih maju.



Gambar 2.10: Pola Skelet: A. Kelas II. B. Kelas III

### Perbedaan Pertumbuhan Skeletal kelas II dan II

- Pada Maloklusi kelas II bentuk kepala biasanya dolikosefalik atau mesosefalik. Fosa kranial anterior relatif panjang dan sempit. Karena bagian ini merupakan pola untuk kompleks nasomaksila maka palatum dan lengkung maksila juga panjang dan sempit. Pada maloklusi kelas III bentuk kepala biasanya brakisefalik, fosa kranial anterior maupun tengah relatif pendek dan lebar sehingga palatum dan lengkung maksila juga pendek dan lebar.
- Pada maloklusi kelas II lengkung mandibula relatif pendek daripada maksila sedangkan pada maloklusi kelas III lengkung mandibula relatif lebih panjang dari pada maksila.
- Fosa kranial tengah pada maloklusi kelas II mempunyai inklinasi yang mengarah ke depan dan ke bawah, kompleks nasomaksila lebih protrusif sedangkan pada maloklusi kelas III mempunyai inklinasi yang mengarah keatas dan belakang dengan kompleks nasomaksila lebih retrusif.
- Kompleks nasomaksila pada kelas II relatif lebih panjang daripada dimensi vertikal ramus (atau ramus relatif lebih pendek). Muka bagian tengah yang panjang disertai fosa kranial tengah yang berarah kedepan

dan bawah menyebabkan adanya rotasi mandibula ke belakang dan kebawah pada maloklusi kelas II. Pada kelas III mandibula berotasi kedepan sesuai dengan adanya rotasi fosa kranial tengah ke atas dan bagian ke belakang disertai daerah hidung yang relatif pendek. Muka bagian belakang relatif pendek dibandingkan dengan dimensi vertikal ramus mandibula. Penyebab wajah pasien dengan maloklusi kelas III yang terlihat panjang adalah mandibula dan bukan muka bagian tengahnya.

- Sudut gonion pada maloklusi kelas II biasanya kecil sehingga menyebabkan mandibula pendek sedangkan pada kelas III terbuka sehingga mandibula panjang dan kadang-kadang memberikan gambaran spesifik maloklusi kelas III
- Lebar horizontal ramus ikut menentukan keparahan maloklusi kelas II maupun kelas III.

Bila ramus lebar sempit daripada normalnya pada maloklusi kelas II maka maloklusi yang terjadi semakin parah karena panjang relatif mandibula berkurang demikian juga sebaliknya bila ramus lebar akan mengurangi keparahan maloklusi karena panjang relatif mandibula lebih panjang. Kebalikannya pada maloklusi kelas II bila ramus sempit maloklusi tidak akan separah bila ramus lebar.

## **2.5 Dampak kebiasaan buruk pada anak**

### **1. Menghisap jari**

Menghisap ibu jari diperkirakan akan memberi efek yang berbeda daripada menghisap jari lain. Tapi yang paling sering

terjadi adalah ibu jari yang berada di antara gigi-gigi anterior yang sedang erupsi sehingga menimbulkan gigitan terbuka anterior yang bisa asimetris, tergantung pada posisi jari yang dihisap<sup>2</sup>

## 2. Mendorong lidah

*Tongue thrusting* adalah kebiasaan menjulurkan lidah dan menekan gigi-geligi pada waktu istirahat, selama berbicara, atau menelan. Kebiasaan ini biasa timbul antara lain karena adanya pembesaran amandel atau tonsil, lengkung gigi atas yang menyempit, lidah yang besar atau faktor psikologis. *Tongue thrusting* menyebabkan ketidakseimbangan otot-otot mulut yang akhirnya berakibat pada maloklusi, yaitu berupa gigi insisif terdorong ke depan dan gigitan terbuka (*open bite*) Kebiasaan menjulurkan lidah biasanya dilakukan pada saat menelan (Senjaya, 2012).<sup>3</sup>

## 3. Bernafas melalui mulut

Seseorang yang mempunyai kebiasaan bernafas melalui mulut, maka rahang bawah dan lidah letaknya lebih rendah dari biasanya dan kepala akan terlihat lebih memanjang. Apabila perubahan postur ini dibiarkan, maka tinggi muka akan bertambah dan gigi posterior akan menjadi ekstrusi. Apabila terjadi pertumbuhan kearah vertikal, maka rahang bawah berotasi ke bawah dan ke belakang, sehingga menyebabkan gigitan terbuka anterior dan jarak gigit bertambah besar dan hal ini akan meningkatkan tekanan pada pipi yang menyebabkan lengkung gigi rahang atas menjadi sempit.<sup>15</sup>

## 2.6 Penanganan kebiasaab buruk

1. menghisap jari

Kebiasaan buruk menghisap jari tidak memerlukan penanganan apapun jika kebiasaan berhenti sebelum usia . tahun dan segera setelah dapat dihentikan, maloklusi akan terkoreksi secara spontan. Kebiasaan menghisap jari umumnya berhenti pada usia 2 tahun atau pada sekitar usia 4 tahun ketika interaksi anak dengan temannya meningkat. Menghisap ibu jari dapat dihentikan dengan memberikan nasehat berupa penjelasan secara halus dan bijaksana agar anak bersifat kooperatif. Dalam memberikan penjelasan, perlu diupayakan anak sadar dan tahu betul mengapa ia harus menghentikan kebiasaannya, misalnya tentang dampak negatif kotoran pada sela-sela kuku yang akan masuk ke mulut dan menyebabkan sakit perut. Anak-anak memiliki keterbatasan kemampuan penalaran secara logis, namun tetap perlu diberitahu bahwa gigi giginya kelak akan terlihat lebih baik jika mereka

menghentikan kebiasaan itu. Pada saat gigi anterior permanen akan erupsi, anak perlu dimotifasi untuk menghentikan kebiasaan menghisap jari. Komunikasi langsung dengan anak dilakukan untuk mengetahui apakah dia cukup matang untuk memahami akibat kebiasaannya. Upaya lain yang dapat dilakukan adalah memberikan dukungan pada anak agar anak merasa bangga dan percaya diri, menerapkan system reward, menerapkan terapi pengingat, dan apabila usaha di atas masih belum berhasil dapat digunakan bantuan berupa peranti ortodonti sebagai bentuk upaya akhir. Penanganan kebiasaan buruk menghisap jari dapat dilakukan ekstra oral ataupun intra oral. Penanganan secara ekstra oral dapat dilakukan antara lain dengan terapi pengingat. Prinsipnya adalah

membuat jari yang dihisap menjadi tidak nyaman, yang dapat dilakukan dengan memberikan perasa yang tidak enak/pahit pada jari anak, memasang plester pada jari, memberikan sarung tangan atau pembungkus tangan jari. Kebiasaan menghisap jari juga dapat menimbulkan luka pada jari. Keadaan ini dapat diatasi dengan memberi pelindung jari (thumb guard atau finger guard) yang bisa terbuat dari plastik atau dari akrilik yang diikatkan ke pergelangan tangan.

Cara lain adalah dengan membatasi gerakan tangan, misalnya dengan memakai pelindung siku/ elbow guard atau perban pada siku. Untuk membuat pelindung siku diperlukan model kerja yang didapat dari mencetak siku dengan bahan cetak polyvinylosiloxane. Selanjutnya elbow guard dibuat dari akrilik dan pada bagian luar dapat diberi chip music dan penguat suara. Pada permukaan bagian dalam diberi saklar dan dilapisi spons sebagai bantalan untuk kenyamanan pemakaian. Pelindung siku akrilik dengan alarm. A) bagian luar; B) bagian dalam; C) saat digunakan. Perban pada siku tangan adalah sebuah cara alternatif untuk menangani anak usia sekolah yang mempunyai kebiasaan buruk menghisap jari. Perban menjadi pengontrol atas usaha menghisap jari dengan membuat gerakan tangan ke arah mulut menjadi sedikit terhambat. Perban pada siku, A) saat anak ingin menghisap jari; B) anak mulai melepas hisapan tangannya. Apabila usia anak lebih dari 7 tahun dan masih melakukan kebiasaan ini, sebaiknya orangtua bekerjasama dengan dokter gigi untuk menghentikan kebiasaan buruk tersebut, terutama bila metode pendekatan psikologis tidak berhasil. Peranti ortodonti yang

dibutuhkan dalam menangani kasus ini biasanya berupa peranti cekat ataupun peranti lepas yang dilengkapi dengan taju-taju/crib.<sup>20-23</sup> Taju-taju dapat berupa lup multipel, spur, maupun bentukan lain sejenis.<sup>2</sup>

## 2. Menjulurkan lidah atau mendorong lidah

Menurut Aisyah (2016), penanganan yang bisa dilakukan untuk menghilangkan kebiasaan menjulurkan lidah pada anak-anak, antara lain: 1) terapi bicara; 2) terapi *myofunctional*, menarik bibir bawah pasien. Sementara bibir menjauh dari gigi, pasien diminta untuk menelan. Jika pasien biasa menjulurkan lidahnya, bibir akan menjadi sedemikian kencang seolah berusaha untuk menarik jari-jari yang menarik bibir pada saat pasien berusaha menelan. Pasien yang menjulurkan lidah tidak dapat melakukan prosedur penelanan mekanis sampai bibi-bibir membuka rongga mulut; 3) latihan lidah, berlatih meletakkan posisi lidah yang benar saat

menelan. Pasien belajar melakukan “klik”. Prosedur ini mengharuskan pasien meletakkan ujung lidah pada atap mulut dan menghentakkannya lepas dari palatum untuk membuat suara “klik”. Posisi lidah pada palatum selama aktivitas ini kira-kira seperti posisi jika menelan dengan tepat. Pasien juga diminta membuat suara gumaman dimana pasien akan menghisap udara ke dalam atap mulutnya di sekeliling lidah. Selama latihan ini, lidah secara alamiah meletakkan dirinya ke atap anterior palatum. Selanjutnya pasien akan meletakkan ujung lidah di posisi ini dan menelan. Latihan ini dilakukan terus-menerus sampai gerakan otot-otot menjadi lebih mudah dan lebih alamiah; 4) pemakaian peranti

ortodonti baik peranti lepasan maupun peranti cekat (*tongue crib* atau *rakes*). Baik aplikasi cekat maupun lepasan, keduanya sangat membantu menghilangkan kebiasaan menjulurkan lidah.<sup>3</sup>

### 3. Bernafas melalui mulut

Apabila penanganan dari kebiasaan buruk bernafas melalui mulut dilakukan pada masa tumbuh kembang yang tepat, maka penyembuhannya dapat dicapai dalam jangka waktu yang singkat dan diperoleh hasil yang memuaskan. Penanganan bernafas melalui mulut sebaiknya dirawat segera pada masa geligi bercampur.

Pada umumnya penanganan dengan memalrai alat intra oral yaitu” oral screen”. apabila pasien di dalam perawatannya kooperatif, maka hasilnya akan sangat memuaskan. Oral screen merupakan alat yanga baik, murah dan mudah pembuatannya. Pergerakan yang ditimbulkannya merupakan pergerakan fisiologis dan prinsip kerjanya seakan-akan mulut di tutup dengan plat akrilik.<sup>16</sup>