

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. HASIL PENELITIAN

Telah dilakukan penelitian untuk mengetahui perbedaan status OHI-S antara tunarungu, tunagrahita, dan tunadaksa pada SLB 1 Bantul pada bulan April – Mei tahun 2016. Penelitian dilakukan dengan sampel sebanyak 93 siswa SLB Negeri 1 Bantul. SLB Negeri 1 Bantul merupakan sekolah yang mendidik siswa dengan berbagai jenis ketunaan yang beralamat di Jalan Wates 147 Km 3 Ngestiharjo, Kasihan, Bantul. Penelitian dilakukan dengan menilai kebersihan gigi dan mulut menggunakan metode OHI-S (*Oral Hygiene Index – Simplified*) pada anak tunarungu, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi (polio), serta tunadaksa saraf (*cerebral palsy*)

Tabel 2 Karakteristik Sampel Berdasarkan Jenis Ketunaan

Jenis Ketunaan	Frekuensi	Persentase (%)
Tunarungu	24	25,8
Tunagrahita ringan	23	24,7
Tunagrahita sedang	20	21,5
Tunadaksa ortopedi	10	10,8
Tunadaksa saraf	16	17,2
Total	93	100

Berdasarkan Tabel 2 menunjukkan bahwa jumlah sampel tunarungu sebanyak 24 anak (25,8%), tunagrahita ringan sebanyak 23 anak (24,7%), tunagrahita sedang sebanyak 20 anak (21,5%), tunadaksa ortopedi sebanyak 10 anak (10,8%), dan tunadaksa saraf sebanyak 16 anak (17,2%).

Tabel 3 Karakteristik Sampel Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-laki	48	51,6
Perempuan	45	48,4
Total	93	100

Tabel 3 menunjukkan bahwa lebih dari setengah (51,6%) jumlah sampel atau sebesar 48 sampel berjenis kelamin laki-laki. Sedangkan sisanya sebesar 45 sampel (48,4%) berjenis kelamin perempuan.

Tabel 4 Karakteristik Sampel Berdasarkan Jenjang Pendidikan

Jenjang pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
SD	46	49,5
SMP	24	25,8
SMA	23	24,7
Total	93	100

Berdasarkan Tabel 4 hampir setengah dari sampel berada pada jenjang sekolah dasar (SD) yaitu sebanyak 46 (49,5%). Sebanyak 24 sampel (25,8%) adalah murid SMP, dan 23 sampel (24,7%) merupakan murid SMA.

Tabel 5 Rata-Rata Skor OHI-S Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Rata-rata Skor OHI-S	SD	F (t-test)	<i>p</i>
Laki-laki	2,291	0,939	0,006	0,941
Perempuan	1,897	0,884		

Berdasarkan Tabel 5 dapat diketahui rata-rata skor OHI-S pada sampel berjenis kelamin laki-laki sebesar 2,291 dengan standar deviasi 0,939. Sedangkan rata-rata skor OHI-S pada sampel berjenis kelamin perempuan sebesar 1,897 dengan standar deviasi 0,884. Berdasarkan *Independent t-test* didapatkan signifikansi 0,941 ( $p > 0,05$ ) berarti tidak terdapat perbedaan skor OHI-S berdasarkan jenis kelamin.

Sebelum dilakukan analisis data, perlu dilakukan uji normalitas data dari data yang telah diperoleh dari penelitian yang dilakukan di SLB Negeri 1 Bantul. Uji normalitas dilakukan untuk menguji apakah seluruh data yang digunakan pada analisis mempunyai sebaran data yang berdistribusi normal atau tidak. Uji normalitas data dilakukan menggunakan uji *Shapiro-Wilk*. Uji dilakukan pada data skor OHI-S siswa tunarungu, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa saraf.

Tabel 6 Hasil Uji Normalitas Data

Skor OHI-S	<i>Shapiro-Wilk</i>	<i>p</i>	Keterangan
Tunarungu	0,942	0,181	Normal
Tunagrahita ringan	0,974	0,789	Normal
Tunagrahita sedang	0,924	0,121	Normal
Tunadaksa ortopedi	0,924	0,394	Normal
Tunadaksa saraf	0,922	0,183	Normal

Berdasarkan Tabel 6 hasil uji normalitas data *Shapiro-Wilk* diketahui signifikansi data skor OHI-S tunarungu sebesar 0,181. Pada tunagrahita ringan dan sedang sebesar 0,789 dan 0,121. Sedangkan pada tunadaksa ortopedi dan tunadaksa saraf signifikansi sebesar 0,394 dan 0,183. Seluruh signifikansi data skor OHI-S lebih dari 0,05 ( $p > 0,05$ ), maka dapat dinyatakan bahwa seluruh data berdistribusi normal.

Pengujian selanjutnya yaitu melakukan uji analisis menggunakan *One Way ANOVA* karena sebaran data atau uji normalitas menunjukkan data yang normal. Pengujian ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan status OHI-S pada tunarungu, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, serta tunadaksa saraf.

Tabel 7 Hasil Uji Analisis One Way ANOVA

Variabel	N	Mean	SD	F (Anova)	p value
Tunarungu	24	1,017	0,365		
Tunagrahita ringan	23	2,406	0,710		
Tunagrahita sedang	20	2,733	0,702	39,702	0,000
Tunadaksa ortopedi	10	1,457	0,426		
Tunadaksa saraf	16	2,846	0,470		

Table 7 menunjukkan nilai rata-rata skor OHI-S tertinggi pada tunarungu sebesar  $1,017 \pm 0,365$ , diikuti oleh tunadaksa ortopedi dengan rata-rata skor OHI-S sebesar  $1,457 \pm 0,426$ , tunagrahita ringan dengan rata-rata skor OHI-S sebesar  $2,406 \pm 0,710$ , tunagrahita sedang dengan rata-rata skor OHI-S sebesar  $2,733 \pm 0,702$ , dan tunadaksa saraf dengan rata-rata skor OHI-S sebesar  $2,846 \pm 0,470$ . Hasil uji statistik *one way* ANOVA diperoleh nilai F sebesar 39,702 dengan nilai *p value* sebesar 0,000. Nilai *p value* yang lebih besar dari 0,05 ( $p > 0,05$ ) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan status OHI-S antara tunarungu, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa saraf pada murid SLB Negeri 1 Bantul.

Tabel 8 Perbandingan Skor OHI-S antar Jenis Ketunaan

Jenis ketunaan	Pembanding	Signifikansi ( <i>p value</i> )	Keterangan
Tunarungu	Tunagrahita ringan	0,000	Berbeda bermakna
	Tunagrahita sedang	0,000	Berbeda bermakna
	Tunadaksa ortopedi	0,249	Tidak berbeda bermakna
	Tunadaksa saraf	0,000	Berbeda bermakna
Tunagrahita ringan	Tunagrahita sedang	0,337	Tidak berbeda bermakna
	Tunadaksa ortopedi	0,000	Berbeda bermakna
	Tunadaksa saraf	0,133	Tidak berbeda bermakna
Tunagrahita sedang	Tunadaksa ortopedi	0,000	Berbeda bermakna
	Tunadaksa saraf	0,976	Tidak berbeda bermakna
Tunadaksa ortopedi	Tunadaksa saraf	0,000	Berbeda bermakna

Berdasarkan Tabel 8. Perbandingan skor OHI-S antar jenis ketunaan dapat diketahui perbedaan skor OHI-S yang bermakna ( $p < 0,05$ ) yaitu tunarungu dengan tunagrahita ringan, tunarungu dengan tunagrahita sedang, tunarungu dengan tunadaksa saraf, tunagrahita ringan dengan tunadaksa ortopedi, tunagrahita sedang dengan tunadaksa ortopedi, serta tunadaksa ortopedi dengan tunadaksa saraf. Sedangkan jenis ketunaan yang tidak memiliki perbedaan skor OHI-S yang bermakna ( $p > 0,05$ ) yaitu tunarungu dengan tunadaksa ortopedi, tunagrahita ringan dengan tunagrahita sedang, tunagrahita ringan dengan tunadaksa saraf, serta tunagrahita sedang dengan tunadaksa saraf.

## **B. PEMBAHASAN**

Kesehatan gigi dan mulut sangat berperan dalam menunjang kesehatan seseorang. Hal tersebut dikarenakan kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian integral dari kesehatan secara keseluruhan yang dapat mempengaruhi kualitas hidup (Petersen, 2003). Kesehatan gigi dan mulut juga dapat mempengaruhi fungsi bicara, pengunyahan, dan percaya diri.

Kesehatan gigi dan mulut merupakan hal yang penting bagi siapa saja, tak terkecuali bagi anak berkebutuhan khusus. Sayangnya kebersihan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus belum optimal. Menurut Rao dkk (2005) kesehatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus lebih rendah dibandingkan dengan anak normal. Hal tersebut dikarenakan kesulitan yang dialami oleh anak berkebutuhan khusus untuk membersihkan gigi dan mulut disebabkan oleh rendahnya kemampuan motorik serta kognitif (Norwood & Slayton, 2013). Kemampuan membersihkan gigi dan mulut juga dipengaruhi oleh kemampuan untuk mengerti instruksi serta umur individu (Rao dkk, 2005). Kurangnya akses untuk perawatan serta tindakan pencegahan juga turut berkontribusi pada rendahnya kebersihan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus (Khursheed dkk, 2015). Faktor-faktor lain yang turut berkontribusi yaitu jenis dan tingkat keparahan ketunaan, kebiasaan anak berkebutuhan khusus, sosial ekonomi, serta obat-obatan yang dikonsumsi anak berkebutuhan khusus (Solanki dkk, 2014).

Penelitian ini dilakukan di SLB Negeri 1 Bantul yang mendidik siswa dengan berbagai jenis ketunaan. Metode yang digunakan untuk menilai

kebersihan gigi dan mulut pada penelitian ini yaitu dengan metode *Oral Hygiene Index-Simplified* (OHI-S). Metode ini digunakan karena selain dapat menunjukkan status kebersihan gigi dan mulut dalam kelompok, metode ini juga mudah digunakan serta membutuhkan waktu yang singkat dalam penggunaannya (Hiremath, 2011). Metode ini cocok untuk menilai kebersihan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus dimana mereka memiliki tingkat kooperatif yang rendah.

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu sebanyak 93 sampel yang terdiri dari 24 tunarungu, 23 tunagrahita ringan, 20 tunagrahita sedang, 10 tunadaksa ortopedi (polio), serta 16 tunadaksa saraf (*cerebral palsy*). Sebanyak 48 sampel berjenis kelamin laki-laki, sedangkan sebanyak 45 sampel berjenis kelamin perempuan. 46 sampel berada pada jenjang pendidikan SD, 24 sampel SMP, serta 23 sampel SMA. Anak yang tidak kooperatif tidak diikutkan dalam penelitian ini dan masuk dalam kriteria eksklusi penelitian karena kemungkinan akan didapatkan status kesehatan gigi dan mulut yang lebih buruk pada anak yang tidak kooperatif.

Rata-rata skor OHI-S pada sampel laki-laki dan sampel perempuan termasuk dalam kategori sedang. Berdasarkan *independent t-test* didapatkan hasil tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara skor OHI-S pada sampel laki-laki dengan skor OHI-S pada sampel perempuan. Hal ini serupa dengan penelitian yang dilakukan Jain dkk (2015) yang melaporkan tidak ada perbedaan skor OHI-S antar jenis kelamin pada anak berkebutuhan khusus di Shimla, India. Tidak adanya perbedaan yang signifikan ini dikarenakan

kebanyakan anak berkebutuhan khusus memiliki ketergantungan pada orangtua atau pengasuh untuk membersihkan gigi dan mulutnya sehingga kondisi kesehatan gigi dan mulutnya berbeda dari anak normal lain (Oredugba & Akindayomi, 2008).

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan status OHI-S antara *special needs children* tunarungu, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, serta tunadaksa saraf. Setelah diketahui bahwa sebaran data mengikuti distribusi normal kemudian dilakukan tes untuk mengetahui ada tidaknya perbedaan dengan menggunakan tes *One Way Anova*. Berdasarkan hasil tes *One Way ANOVA* yang telah dilakukan didapatkan perbedaan yang bermakna antara status OHI-S antara tunarungu, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, serta tunadaksa saraf.

Hasil analisis tes *post hoc* menunjukkan perbedaan bermakna ( $p < 0,05$ ) terdapat pada tunarungu dengan tunagrahita ringan, tunarungu dengan tunagrahita sedang, tunarungu dengan tunadaksa saraf, tunagrahita ringan dengan tunadaksa ortopedi, tunagrahita sedang dengan tunadaksa ortopedi, serta tunadaksa ortopedi dengan tunadaksa saraf. Sedangkan tunarungu dengan tunadaksa ortopedi, tunagrahita ringan dengan tunagrahita sedang, tunagrahita ringan dengan tunadaksa saraf, serta tunagrahita sedang dengan tunadaksa saraf tidak memiliki perbedaan yang bermakna.

Pada penelitian ini didapatkan skor OHI-S tunarungu termasuk dalam kategori baik. Hasil ini serupa dengan penelitian yang dilakukan Reddy dkk

(2013) yang melaporkan status OHI-S pada tunarungu di Kota Bhopal, India termasuk dalam kategori baik. Khalaf dkk (2015) juga melaporkan skor OHI-S pada tunarungu di Kota Gaza, Mesir termasuk dalam kategori baik. Hal ini dikarenakan tunarungu masih mampu memvisualisasikan kegiatan menyikat gigi, yang merupakan hal yang penting untuk mempertahankan kebersihan gigi dan mulut. Keadaan keterampilan motorik yang baik juga turut berpengaruh pada status kebersihan gigi dan mulut tunarungu (Reddy dkk, 2013).

Rata-rata skor OHI-S terendah pada penelitian ini yaitu pada tunarungu. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Rao dkk (2005) yang menilai status kebersihan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus di Karnataka, India. Pada penelitian tersebut didapatkan skor OHI-S tunarungu yang lebih baik dibandingkan jenis anak berkebutuhan khusus lainnya seperti tunagrahita dan tunadaksa. Khursheed dkk (2015) berdasarkan penelitiannya di Distrik Mathura, India juga melaporkan hal yang sama yaitu skor OHI-S pada tunarungu lebih rendah dibandingkan dengan jenis anak berkebutuhan khusus lain. Skor OHI-S yang baik pada tunarungu dibandingkan dengan jenis ketunaan lain dikarenakan tunarungu memiliki karakteristik yang hampir mendekati anak normal, dimana mereka mampu menggunakan kemampuan secara manual dan intelektual (Rao dkk, 2005).

Rata-rata skor OHI-S pada tunagrahita ringan dan tunagrahita sedang termasuk ke dalam kategori sedang. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Azzahra dkk (2004) di Banjarmasin, Kalimantan Selatan yang

mendapati status OHI-S pada anak tunagrahita termasuk dalam kategori sedang. Khursheed dkk (2015) juga melaporkan status OHI-S yang tergolong sedang pada tunagrahita berdasarkan penelitian yang dilakukan di Distrik Mathura, India. Hal ini menunjukkan belum optimalnya kesehatan gigi dan mulut pada tunagrahita. Ketidakmampuan untuk mengerti prosedur pembersihan rongga mulut menjadi salah satu faktor yang berkontribusi terhadap status kesehatan gigi dan mulut yang belum optimal pada tunagrahita (Koch & Poulsen, 2006).

Berdasarkan analisa *post hoc* yang telah dilakukan diketahui bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara skor OHI-S tunagrahita ringan dengan tunagrahita sedang. Hal ini berbeda dengan penelitian yang telah dilakukan Rao dkk (2005) serta Ratulangi (2016) dimana terdapat perbedaan skor OHI-S antara tunagrahita ringan dengan tunagrahita sedang. Tunagrahita sedang memiliki tingkat IQ yang lebih rendah dibandingkan dengan tunagrahita sedang (Kosasih, 2012). Menurut Rao dkk (2005) tingkat kebersihan gigi dan mulut memburuk sejalan dengan tingkat keparahan keterbatasan intelektual pada tunagrahita. Hal tersebut mengimplikasikan bahwa terdapat sebuah korelasi antara tingkat kebersihan gigi dan mulut dengan keparahan ketunaan (Rao dkk, 2005). Semakin tinggi IQ individu maka semakin tinggi daya tangkap atau kemampuan individu untuk memahami informasi yang ada. Menurut Ratulangi (2006) tunagrahita ringan masih mampu untuk merawat diri sendiri walaupun lebih lambat dibandingkan anak normal dan membutuhkan bantuan sedangkan tunagrahita

sedang membutuhkan bantuan yang lebih dibandingkan tunagrahita ringan ketika melakukan aktivitas sehingga harus terus mendapatkan pengawasan (Ratulangi, 2016). Hasil yang berbeda pada penelitian ini bisa disebabkan karena adanya faktor intervensi orangtua. Orangtua sangat berperan penting dalam kebersihan gigi dan mulut anak berkebutuhan khusus karena anak berkebutuhan khusus memiliki ketergantungan terhadap orangtua atau pengasuh untuk membersihkan rongga mulutnya (Kadam dkk, 2014)

Pada penelitian ini juga didapatkan rata-rata skor OHI-S pada tunadaksa ortopedi termasuk dalam kategori sedang. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Kaur dkk (2013) berdasarkan penelitian di Mohali India yang mendapatkan status kesehatan gigi dan mulut pada tunadaksa ortopedi yang termasuk dalam kategori sedang. Rao dkk (2005) juga melaporkan dalam penelitiannya bahwa status OHI-S pada tunadaksa ortopedi termasuk dalam kategori sedang. Ketidakmampuan secara fisik untuk membersihkan rongga mulut secara benar menjadi alasan belum optimalnya kebersihan gigi dan mulut pada tunadaksa. Tunadaksa ortopedi juga menunjukkan ketergantungan untuk membersihkan rongga mulut pada orangtua atau perawat. Selain itu latar belakang sosial ekonomi juga berpengaruh terhadap kebersihan gigi dan mulut tunadaksa ortopedi (Tak dkk, 2012).

Skor OHI-S pada tunadaksa saraf dalam penelitian ini termasuk dalam kategori sedang. Kadam dkk (2014) melaporkan hal yang serupa pada penelitian yang dilakukan di Maharashtra, India. Kategori OHI-S tunadaksa

saraf yang sedang juga didapatkan Sinha dkk (2015) berdasarkan penelitian di India. Pada tunadaksa saraf, keadaan maloklusi serta keterbatasan gerak dari anggota badan disamping adanya keterbatasan intelektual menjadi penghalang untuk status kebersihan gigi dan mulut yang baik (Kadam dkk, 2014). Kondisi kesehatan yang dialami tunadaksa saraf menyebabkan ketidakmampuan untuk membersihkan gigi dan mulut yang merupakan hal yang penting untuk mempertahankan kebersihan gigi dan mulut (Chandna dkk, 2011). Ketergantungan terhadap pengasuh juga turut berkontribusi terhadap belum optimalnya kebersihan gigi dan mulut pada tunadaksa saraf (Norwood & Slayton, 2013).

Berdasarkan analisa *post hoc* didapatkan perbedaan yang bermakna antara skor OHI-S pada tunadaksa ortopedi dengan tunadaksa saraf dimana skor OHI-S pada tunadaksa ortopedi lebih baik dibandingkan dengan tunadaksa saraf. Tunadaksa ortopedi mengalami gangguan pada anggota gerak yang dibawa sejak lahir maupun yang diperoleh kemudian sehingga mengakibatkan terganggunya fungsi tubuh secara normal. Sedangkan pada tunadaksa saraf disfungsi otak juga terjadi disamping adanya gangguan motorik atau anggota gerak (Kosasih, 2012). Status kesehatan gigi dan mulut yang lebih baik pada tunadaksa ortopedi dikarenakan mereka masih mampu untuk memahami pentingnya kesehatan gigi dan mulut yang baik serta masih mampu untuk mengerti arahan yang diberikan oleh pengasuhnya (Kaur dkk, 2013).

Skor OHI-S pada tunadaksa ortopedi juga memiliki perbedaan yang bermakna bila dibandingkan dengan tunagrahita ringan maupun tunagrahita sedang. Tunadaksa ortopedi memiliki skor OHI-S yang lebih rendah dibandingkan dengan tunagrahita ringan maupun tunagrahita sedang. Walaupun tunadaksa ortopedi memiliki keterbatasan yaitu gangguan pada anggota gerak yang diperoleh sejak lahir ataupun yang diperoleh kemudian, tunadaksa ortopedi tidak mengalami keterbatasan IQ seperti yang dialami tunagrahita ringan maupun sedang. Hal tersebut menyebabkan tunadaksa ortopedi masih mampu untuk memahami pentingnya kebersihan gigi dan mulut serta mengerti prosedur pembersihan gigi dan mulut yang merupakan hal yang penting untuk menjaga kebersihan gigi dan mulut.

Belum optimalnya kesehatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus ini memerlukan perhatian yang segera untuk adanya peningkatan usaha pencegahan serta perawatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus (Al-Qahtani & Wyne, 2004). Kegiatan promotif dan preventif harus dilakukan untuk meningkatkan kesehatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus salah satunya dengan dilakukan edukasi terhadap anak berkebutuhan khusus tentang pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut. Karakteristik yang berbeda pada anak berkebutuhan khusus membutuhkan metode yang berbeda dalam cara penyampaian edukasi tersebut. Misalnya edukasi pada tunarungu diperlukan media berupa visual karena dianggap lebih efektif untuk mengedukasi tentang kesehatan gigi dan mulut pada tunarungu (Koch & Poulsen, 2006).

Peran orangtua atau pengasuh berpengaruh terhadap kondisi kesehatan gigi dan mulut anak berkebutuhan khusus karena sebagian besar anak berkebutuhan khusus memiliki ketergantungan pada orangtua atau pengasuh untuk membersihkan rongga mulutnya. Menurut Kadam dkk (2014) anak berkebutuhan khusus yang menyikat gigi dengan bantuan orangtua atau pengasuh memiliki kebersihan rongga mulut yang lebih baik dibandingkan anak berkebutuhan khusus yang menyikat gigi sendiri. Oleh karena itu pentingnya kesadaran bagi orangtua ataupun pengasuh untuk lebih memperhatikan kesehatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus. Pendidikan tentang kesehatan gigi dan mulut juga perlu diberikan kepada orangtua maupun pengasuh disamping pada anak berkebutuhan khusus itu sendiri. Pengetahuan tentang kesehatan gigi dan mulut yang baik pada orangtua atau pengasuh akan memberikan dampak yang positif terhadap kebersihan rongga mulut pada anak berkebutuhan khusus. Sedangkan kurangnya pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada orangtua serta pengasuh menyebabkan kurangnya kesadaran terhadap kebersihan gigi dan mulut anak berkebutuhan khusus (Kadam dkk, 2014).

Faktor lain yang menyebabkan belum optimalnya kesehatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus yaitu kurangnya akses untuk mendapatkan perawatan gigi (Khursheed dkk, 2015). Orangtua biasanya merasa ragu-ragu untuk membawa anak berkebutuhan khusus ke dokter gigi karena kebanyakan dokter gigi tidak memiliki kemampuan yang cukup untuk menangani perilaku anak berkebutuhan khusus (Norwood & Slayton, 2013).

Hal ini bisa disebabkan karena sampai saat ini penanganan pasien berkebutuhan khusus tidak diajarkan di kurikulum pendidikan di sebagian besar sekolah kedokteran gigi (Solanki dkk, 2014). Dokter gigi juga seharusnya ikut berperan untuk meningkatkan kesehatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus dengan membuat kunjungan rutin ke sekolah serta mengedukasi orangtua tentang pentingnya kesehatan gigi dan mulut. Peningkatan kesehatan gigi dan mulut dapat dilakukan dengan melakukan program berbasis sekolah yang komprehensif seperti edukasi, pemberian suplemen fluoride dan *sealants*, serta konseling diet dan nutrisi (Kadam dkk, 2014).

SLB Negeri 1 Bantul telah berupaya melakukan peningkatan kebersihan gigi dan mulut pada anak didiknya. Hal ini terlihat dari adanya kelompok dokter gigi yang datang ke sekolah tersebut setiap minggunya. Program-program yang telah dijalankan oleh kelompok dokter gigi yang datang setiap hari Kamis tersebut meliputi pemeriksaan rutin serta tindakan kuratif lain. Sedangkan tindakan promotif dan preventif dilakukan sebulan sekali berupa penyuluhan terhadap orangtua dan siswa serta pemberian *fissure sealant*. Dengan perencanaan yang tepat, komunikasi yang baik, serta terbukanya akses fasilitas kesehatan dapat meningkatkan kesehatan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus (Kadam dkk, 2014).