

GAMBARAN STATUS KESEHATAN GIGI DAN MULUT SISWA TUNAGANDA TINGKAT SD DAN SMP DI SLBG YAYASAN BHAKTI MITRA UTAMA BALEENDAH KABUPATEN BANDUNG

*Description of The Status of Dental And Mouth Health Status of Students With
Disabled Elementary And Junior High School Levels At SLBG Yayasan Bhakti
Mitra Utama Baleendah, Bandung District*

Nindya Apsari¹⁾

¹Rumah Sakit Khusus Gigi dan Mulut (RSKGM) Kota Bandung

*Email : rskgm@bandung.go.id

ABSTRACT

Children with special needs are children who have physical, mental, intellectual, social and emotional limitations. Multiple disabled children are children who experience more than one limitation, where these limitations can become an obstacle in maintaining healthy teeth and mouth. This study aims to determine the index of dental and oral hygiene, as well as the index of caries experience in children with special needs who have multiple disabilities (deaf and mentally retarded). This type of research is descriptive. The study population was dual students (deaf and mentally retarded) at the elementary and junior high school levels at the Bhakti Mitra Utama Foundation, Baleendah Special School, Bandung Regency. The research sample was taken using a total sampling technique with a total sample of 11 people. After that, the resulting data is processed and presented in the form of a frequency distribution table. The results showed that the index of dental and oral hygiene in elementary school respondents as much as 4 out of 6 respondents had poor OHI-S criteria (36.3%). Meanwhile, at the junior high school level, 3 out of 5 respondents had moderate OHI-S criteria (27.3%). The caries experience index for primary and junior high school respondents is included in the low criteria, which is 1.9. The caries experience index of primary teeth for primary school level respondents as many as 4 out of 6 respondents had a bad def-t index (66.7%).

Keywords: *Dental and oral health status, children with multiple disabilities*

ABSTRAK

Anak berkebutuhan khusus merupakan anak yang mempunyai keterbatasan fisik, mental intelektual, sosial, dan emosional. Anak tunaganda merupakan anak yang mengalami lebih dari satu keterbatasan, dimana keterbatasan tersebut dapat menjadi hambatan dalam memelihara kesehatan gigi dan mulutnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui indeks kebersihan gigi dan mulut, serta indeks pengalaman karies pada anak berkebutuhan khusus yang menyandang tunaganda (tunarungu dan tunagrahita). Jenis penelitian ini adalah deskriptif. Populasi penelitian adalah siswa/siswi tunaganda (tunarungu dan tunagrahita) tingkat SD dan SMP di Sekolah Luar Biasa Ganda Yayasan Bhakti Mitra Utama Baleendah Kabupaten Bandung. Sampel penelitian diambil dengan menggunakan teknik *total sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 11 orang. Setelah itu, data yang dihasilkan, diolah dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa indeks kebersihan gigi dan mulut pada responden tingkat SD sebanyak 4 dari 6 responden memiliki kriteria OHI-S buruk (36,3%). Sedangkan pada tingkat SMP sebanyak 3 dari 5 responden memiliki kriteria OHI-S sedang (27,3%). Indeks pengalaman karies gigi tetap responden tingkat SD dan SMP termasuk dalam kriteria rendah, yaitu sebesar 1,9. Indeks pengalaman karies gigi sulung pada responden tingkat SD sebanyak 4 dari 6 responden memiliki indeks def-t buruk (66,7%).

Kata kunci : Status kesehatan gigi dan mulut, anak tunaganda

PENDAHULUAN

Anak berkebutuhan khusus atau penyandang cacat adalah anak yang mempunyai keterbatasan fisik, mental-intelektual, sosial, maupun emosional, yang berpengaruh secara signifikan dalam proses pertumbuhan atau perkembangannya dibandingkan dengan anak lain seusianya.¹ Undang-Undang Republik Indonesia No. 4 Tahun 1997, tentang Penyandang Cacat, menyatakan bahwa penyandang cacat mempunyai hak dan kesempatan yang sama dalam berbagai aspek kehidupan. Hak tersebut diperjelas dengan Undang-Undang No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, yang menegaskan bahwa semua anak termasuk anak penyandang cacat mempunyai hak dan kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang, perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi serta hak untuk didengar pendapatnya.²

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013, prevalensi penduduk Indonesia dengan disabilitas atau kecacatan sedang sampai sangat berat sebesar 11 %, bervariasi dari yang tertinggi di Sulawesi Selatan (23,8%) dan yang terendah di Papua Barat (4,6%), sedangkan di Jawa Barat sebesar 12,7%. Selain memuat data tentang prevalensi anak dengan disabilitas atau kecacatan, berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013, didapat data indeks DMF-T di Provinsi Jawa Barat yaitu sebesar 4,1 dan termasuk kategori sedang.³

Penyakit gigi dan mulut merupakan penyakit masyarakat yang dapat menyerang semua golongan umur. Apabila tidak dirawat atau diobati dapat menjadi semakin parah karena adanya sifat progresif. Status kesehatan gigi dan mulut meliputi pemeriksaan karies dan kebersihan gigi dan mulut, karena kedua keadaan ini diderita oleh masyarakat Indonesia.⁴

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Rukayah tahun 2014 pada siswa tunarungu di SLB Cicendo Bandung, didapatkan data bahwa sebanyak 21 dari 30 responden memiliki kategori OHI-S buruk yaitu sebesar 70%, indeks DMF-T buruk sebanyak 12 responden (40%), dan indeks def-t buruk sebanyak 20 responden (66,6%). Hasil pemeriksaan tersebut dipengaruhi oleh keterbatasan fisik pada anak, yang menyebabkan fungsi dan kemampuan mereka dalam memelihara kesehatan gigi

yang terbatas.⁵

Sekolah Luar Biasa Ganda Yayasan Bhakti Mitra Utama Baleendah Kabupaten Bandung merupakan salah satu dari sebelas SLB untuk penderita tunaganda di Indonesia. Anak tunaganda adalah anak yang mengalami lebih dari satu hambatan, yang menyandang cacat fisik dan mental.⁶ Di SLB tersebut terdapat beberapa kombinasi keterbatasan, salah satunya adalah tunarungu dengan kombinasi tunagrahita. Tunarungu merupakan anak yang memiliki hambatan dalam pendengaran baik permanen maupun tidak permanen.² Sedangkan tunagrahita merupakan anak yang mempunyai tingkat intelektual di bawah rata-rata.⁷ Salah satu ciri anak tunaganda menurut Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia yaitu anak tunaganda seringkali tidak mampu mengurus kebutuhan dasar mereka sendiri, seperti makan, berpakaian, buang air kecil, dan lain sebagainya. Anak tunaganda (tunarungu dan tunagrahita) yang terdapat di SLBG YBMU Baleendah Kabupaten Bandung merupakan anak tunaganda ringan yang mampu didik dan mampu latih.⁶

Berdasarkan informasi yang penulis dapat dari Kepala Sekolah SLBG YBMU Baleendah Kabupaten Bandung, diketahui bahwa di sekolah tersebut beberapa tahun yang lalu sempat tersedia poli gigi yang disediakan untuk para siswa/siswinya, akan tetapi sekarang sudah ditutup, karena kendala tenaga kesehatan seperti dokter gigi dan perawat gigi.

Berdasarkan informasi yang penulis dapat dari Kepala Sekolah SLBG YBMU Baleendah Kabupaten Bandung, diketahui bahwa di sekolah tersebut beberapa tahun yang lalu sempat tersedia poli gigi yang disediakan untuk para siswa/siswinya, akan tetapi sekarang sudah ditutup, karena kendala tenaga kesehatan seperti dokter gigi dan perawat gigi.

Berdasarkan uraian tersebut, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai "Gambaran Status Kesehatan Gigi dan Mulut Siswa Tunaganda (Tunarungu dan Tunagrahita) Tingkat SD dan SMP di Sekolah Luar Biasa Ganda Yayasan Bhakti Mitra Utama Baleendah Kabupaten Bandung."

METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian deskriptif. Tujuan utama metode deskriptif adalah membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif. Keadaan yang digambarkan adalah nilai OHI-S, DMF-T, dan def-t pada siswa tunaganda (tunarungu dan tunagrahita) tingkat SD dan SMP di SLBG YBMU Baleendah Kabupaten Bandung.

Penelitian dilaksanakan mulai bulan November-Juni 2015, yang meliputi kegiatan persiapan surat izin, pengumpulan data, pengolahan data, dan penyusunan data. Penelitian dilaksanakan di SLBG YBMU Baleendah Kabupaten Bandung.

Populasi dalam penelitian ini yaitu siswa tunaganda (tunarungu dan tunagrahita) tingkat SD dan SMP di SLBG YBMU Baleendah Kabupaten Bandung yang berjumlah 11 orang siswa. Teknik pengambilan sampel adalah dengan menggunakan teknik *total sampling*, yaitu 11 orang siswa.

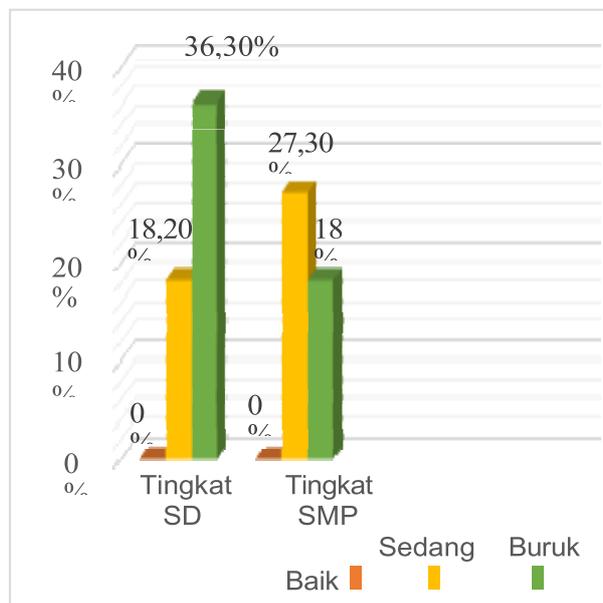
Jenis data yang dikumpulkan adalah data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh dari pemeriksaan langsung kondisi kebersihan gigi dan mulut, pemeriksaan karies, serta kuesioner yang diisi oleh siswa/siswi tunaganda. Sedangkan data sekunder adalah data yang berisi nama siswa tunaganda (tunarungu dan tunagrahita) tingkat SD dan SMP yang diperoleh dari SLBG YBMU Baleendah Kabupaten Bandung.

Penelitian dilakukan dengan melalui tahap persiapan terlebih dahulu yang meliputi perizinan ke SLBG YBMU Baleendah Kabupaten Bandung, pembuatan kuesioner, dan persiapan alat dan bahan penelitian. Pelaksanaan penelitian dilakukan dengan memberikan *informed consent* kepada orang tua/wali siswa. Kemudian data dikumpulkan dengan cara membagikan kuesioner untuk diisi oleh siswa. Setelah pengisian kuesioner selesai, peneliti melakukan pemeriksaan status kesehatan gigi dan mulut yang meliputi OHI-S, DMF-T, dan def-t.

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan pada anak tunaganda (tunarungu dan tunagrahita) di SLBG YBMU Baleendah Kabupaten Bandung berjumlah 11 responden, 6 responden tingkat

Sekolah Dasar (SD) dan 5 responden tingkat Sekolah Menengah Pertama (SMP).



Gambar 4.1 Indeks OHI-S Siswa/siswi Tunaganda (Tunarungu dan Tunagrahita) Tingkat SD dan SMP di SLBG YBMU Baleendah Kabupaten Bandung

Sebelum melakukan penelitian, peneliti memberikan lembar informed consent untuk mendapatkan persetujuan dari orangtua/wali serta wali kelas responden dan dilanjutkan dengan memberikan lembar kuesioner kepada siswa/siswi tunaganda (tunarungu dan tunagrahita) untuk mengetahui perilaku pemeliharaan dan pengetahuan responden tentang kesehatan gigi dan mulut. Tahap selanjutnya, peneliti melakukan pemeriksaan gigi dan mulut secara langsung kepada responden dengan menggunakan metode pengukuran kebersihan gigi dan mulut dengan indeks OHI-S, dan metode pengukuran indeks pengalaman karies gigi dengan indeks DMF-T (untuk gigi tetap) serta indeks def-t (untuk gigi sulung).

Data hasil penelitian disajikan dengan bentuk tabel distribusi frekuensi sebagai berikut :

Tabel 4.1
Tabel Distribusi Frekuensi Indeks OHI-S
Siswa/siswi Tunaganda (Tunarungu dan
Tunagrahita) di SLBG YBMU Baleendah Kabupaten
Bandung

No	Respon- den	N (%)	Kriteria
1.	Tingkat SD	0 (0%)	Baik (0 - 1,20)
		2 (18,2%)	Sedang (1,30 - 3,00)
		4 (36,3%)	Buruk (3,10 - 6,00)
2.	Tingkat SMP	0 (0%)	Baik (0 - 1,20)
		3 (27,3%)	Sedang (1,30 - 3,00)
		2 (18,2%)	Buruk (3,10 - 6,00)

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi di atas, indeks kebersihan gigi dan mulut pada siswa/siswi tunaganda (tunarungu dan tunagrahita) tingkat SD menunjukkan bahwa 4 dari 6 responden memiliki kriteria OHI-S buruk (36,3%). Sedangkan di tingkat SMP menunjukkan bahwa 3 dari 5 responden memiliki kriteria OHI-S sedang (27,3%).

Tabel 4.2
Tabel Distribusi Frekuensi Indeks DMF-T
Siswa/siswi Tunaganda(Tunarungu dan
Tunagrahita) di SLBG YBMU Baleendah Kabupaten
Bandung

No	Kriteria	N (%)
1.	Sangat rendah (0,0-1,1)	0 (0%)
2.	Rendah (1,2-2,6)	11 (100%)
3.	Sedang (2,7-4,4)	0 (0%)
4.	Tinggi (4,5-6,5)	0 (0%)
5.	Sangat tinggi (>6,6)	0 (0%)
	Jumlah	11 (100%)

Tabel 4.3
Tabel Distribusi Frekuensi Indeks def-t Siswa/siswi
Tunaganda(Tunarungu dan Tunagrahita) di SLBG
YBMU Baleendah Kabupaten Bandung

No	Respon- den	N (%)	Kriteria
1.	Tingkat SD	2 (33,3%)	Baik (≤ 2)
		4 (66,7%)	Buruk (≥ 2)
2.	Tingkat SMP	0 (0%)	Baik (≤ 2)
		0 (0%)	Buruk (≥ 2)

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi di atas, indeks pengalaman karies gigi sulung

pada siswa/siswi tunaganda (tunarungu dan tunagrahita) tingkat SD menunjukkan bahwa 4 dari 6 responden memiliki indeks def-t buruk (66,7%).

PEMBAHASAN

Responden tunaganda tingkat SD yang memiliki keterbatasan pendengaran (tunarungu) termasuk dalam klasifikasi tunarungu tingkatmenengah, dimana mereka hanya dapat mengerti bahasa percakapan. Sedangkan responden tunarungu tingkat SMP, termasuk dalam klasifikasi tunarungu tingkat ringan, dimana mereka masih bisa mendengar bunyi-bunyi yang jauh, dan hanya membutuhkan terapi bicara.⁷ Oleh karena itu, pada saat penelitian, peneliti melibatkan responden tingkat SMP untuk membantu peneliti dalam melakukan komunikasi dengan responden tingkat SD dalam prosedur pengambilan data dengan cara menerjemahkan bahasa isyarat.

Kombinasi tunagrahita dalam responden tunaganda tingkat SD dan SMP termasuk dalam klasifikasi tunagrahita ringan. Hal tersebut sejalan dengan klasifikasi anak tunagrahita menurut AAMD dan PP No. 72 tahun 1991, yang menyatakan bahwa anak tunagrahita ringan mempunyai kemampuan berkembang dalam pelajaran akademik, dan penyesuaian sosial.

Untuk menunjang hasil pemeriksaan kebersihan gigi dan mulut serta pemeriksaan karies, peneliti memberikan lembar kuesioner kepada responden, dengan tujuan untuk melihat kebiasaan dan pengetahuan responden dalam memelihara kesehatan gigi dan mulut. Teknis pengisian kuesioner sendiri, untuk responden tingkat SMP dapat mengisi sendiri kuesioner tersebut, berbeda halnya dengan responden tingkat SD, dimana mereka mengisi kuesioner didampingi oleh guru kelas, karena mereka belum bisa membaca dengan baik.

Dari hasil penelitian, didapatkan data bahwa indeks OHI-S responden tingkat SD sebagian besar memiliki indeks OHI-S dengan kriteria buruk, indeks DMF-T dengan kriteria baik, dan indeks def-t dengan kriteria buruk. Sedangkan pada responden tingkat SMP sebagian besar memiliki indeks OHI-S dengan kriteria sedang dan indeks DMF-T dengan kriteria baik.

Pada tabel 4.1 yaitu tabel tentang kebersihan gigi dan mulut menunjukkan

bahwa indeks kebersihan gigi dan mulut pada siswa/siswi tunaganda (tunarungu dan tunagrahita) tingkat SD sebanyak 2 responden memiliki kriteria OHI-S sedang (18,2%) dan 4 responden memiliki kriteria OHI-S buruk (36,3%). Berdasarkan hasil observasi saat dilakukan kegiatan Sikat Gigi Massal (SGM), teknik atau cara menyikat gigi responden tidak tepat dan tidak semua bagian gigi terbersihkan dengan baik. Selain itu, hambatan komunikasi pun menjadi salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kebersihan gigi dan mulut, yaitu hambatan dalam menerima dan menyerap informasi mengenai kesehatan gigi dan mulut. Hal tersebut sejalan dengan teori yang mengatakan bahwa anak dengan gangguan intelektual mungkin mengalami kesulitan untuk mempertahankan dan mengingat informasi. Selain itu, anak penyandang tunagrahita karena keterbatasan mentalnya tidak bisa diberitahu hanya sekali, harus dilakukan berulang kali sehingga menjadi terampil dan terbiasa melakukannya sendiri.⁸ Sama halnya dengan responden tingkat Sekolah Dasar (SD), responden tingkat Sekolah Menengah Pertama (SMP) pun rata-rata memiliki kebersihan gigi dan mulut dengan kriteria sedang dan buruk. Pada tingkat SMP sebanyak 3 responden memiliki kriteria OHI-S sedang (27,3%) dan 2 responden memiliki kriteria OHI-S buruk (18,2%). Hal tersebut sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa penderita cacat mempunyai keterbatasan untuk melaksanakan prosedur membersihkan mulut.⁹

Berdasarkan hasil kuesioner pada responden tingkat SD dan SMP, didapat data bahwa rata-rata responden kurang tepat dalam hal waktu dan teknik atau cara menyikat gigi, serta kurangnya konsumsi buah dan sayur yang berserat. Berdasarkan informasi yang penulis dapat dari Kepala Sekolah SLBG YBMU Baleendah Kabupaten Bandung, di Sekolah tersebut tidak pernah dilakukan Sikat Gigi Massal (SGM) secara rutin kepada para siswa. Hal tersebut juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kebersihan gigi dan mulut siswa. Pemeriksaan kebersihan gigi dan mulut pada responden dapat dilakukan dengan cara menggunakan larutan disklosing atau tanpa menggunakan larutan disklosing.¹⁰ Dalam penelitian ini, peneliti memilih tidak menggunakan larutan disklosing, melainkan

menggunakan kacamulut dan sonde. Hal tersebut karena keterbatasan peneliti dalam menjelaskan instruksi penggunaan larutan disklosing kepada responden.

Berdasarkan hasil penelitian di atas, kebersihan gigi dan mulut responden tingkat SD lebih buruk dibandingkan tingkat SMP, hal tersebut karena responden tingkat SD lebih sulit untuk diajak berkomunikasi dan masih membutuhkan bantuan dari *helper* untuk memelihara kebersihan gigi dan mulut. Berbeda dengan responden tingkat SMP yang lebih mudah diajak untuk berkomunikasi, dan mereka lebih banyak mengetahui tentang cara untuk memelihara kebersihan gigi dan mulut dibandingkan responden tingkat SD. Untuk meningkatkan kebersihan gigi dan mulut dari kriteria sedang dan buruk menjadi baik, dapat dilakukan dengan cara mengadakan penyuluhan secara rutin kepada siswa/siswi tentang cara memelihara kebersihan gigi dan mulut menggunakan metode dan media yang menarik serta memudahkan siswa/siswi untuk menyerap informasi. Metode yang tepat untuk digunakan yaitu metode demonstrasi dengan media *visual* berupa penampilan video yang diperagakan oleh model. Hal tersebut dimaksudkan agar siswa/siswi lebih mudah untuk menyerap informasi, mengingat keterbatasan fisik yang dimiliki oleh siswa/siswi di Sekolah tersebut. Selain itu, bisa juga dengan mengadakan kegiatan Sikat Gigi Massal (SGM) setiap minggunya, karena dengan diadakannya kegiatan tersebut, siswa/siswi akan lebih terampil dalam hal menyikat gigi.

Pada tabel 4.2 yaitu tabel tentang pengalaman karies gigi tetap menunjukkan bahwa indeks pengalaman karies gigi tetap pada siswa/siswi tunaganda (tunarungu dan tunagrahita) tingkat SD dan SMP termasuk dalam kriteria rendah, yaitu sebesar 1,9. Hal tersebut karena rata-rata usia responden dengan usia 6-8 tahun. Dimana pada usia tersebut gigi tetap yang sudah erupsi yaitu gigi molar 1 rahang atas, insisivus 1 rahang atas, molar 1 rahang bawah, insisivus 1 rahang bawah, serta insisivus 2 rahang bawah.¹¹ Hal tersebut sesuai dengan keadaan gigi yang ditemukan pada responden, dimana 6 responden tingkat SD baru memiliki 8 gigi tetap dalam mulutnya, oleh karena itu rata-rata gigi tetap masih dalam keadaan yang bagus. Sedangkan pada responden tingkat

SMP dengan rentang usia 14-16 tahun, dimana pada usia tersebut seluruh gigi tetap (kecuali molar 3 rahang atas dan rahang bawah) sudah erupsi dengan sempurna. Berdasarkan hasil kuesioner yang didapat penulis, tiga responden tingkat SMP tersebut memiliki pengetahuan yang cukup baik dalam memelihara kesehatan gigi dan mulut, walaupun ketiganya gemar mengkonsumsi makanan dan minuman yang manis dan lengket. Selain itu, indeks DMF-T tergolong rendah, karena faktor-faktor penyebab karies tidak hanya dipengaruhi oleh pola makan saja, tetapi dipengaruhi pula oleh mikroorganisme plak, waktu, gigi, dan saliva.¹⁰

Berdasarkan hasil penelitian di atas, untuk mencegah bertambahnya nilai DMF-T pada responden, dapat dilakukan dengan cara mengadakan program UKGS (Usaha Kesehatan Gigi Sekolah) dengan menyelenggarakan program promotif berupa pelajaran mengenai kesehatan gigi dan mulut, serta preventif berupa sikat gigi massal.¹² Selain itu, kegiatan-kegiatan dalam program UKGS yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kesehatan gigi dan mulut, diantaranya : 1) Kegiatan preventif, yaitu kegiatan yang bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit gigi dan mulut, dapat dilakukan dengan cara mengadakan kegiatan SGM (Sikat Gigi Massal) yang bertujuan untuk merubah pola tingkah laku responden dalam memelihara kesehatan gigi dan mulut, serta kegiatan TAF (Topikal Aplikasi Fluor) atau berkumur fluor, karena fungsi fluor yaitu untuk memperkuat struktur email, sehingga dapat mencegah terjadinya gigi berlubang. 2) Kegiatan promotif, yaitu kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan gigi dan mulut, dapat dilakukan dengan cara memberikan penyuluhan kesehatan gigi dan mulut yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuankesehatan gigi dan mulut, serta merubah pola tingkah laku respondendalam memelihara kesehatan gigi dan mulut. 3) Kegiatan kuratif, yaitu kegiatan yang bertujuan untuk mengobati penyakit gigi dan mulut, dapat dilakukan dengan cara melakukan perawatan penambalan yang difokuskan pada gigi tetap, sehingga status gigi berlubang berubah menjadi gigi yang sudah ditambal.^{13,14}

Pada tabel 4.3 yaitu tabel tentang pengalaman karies gigi sulung menunjukkan bahwa indeks pengalaman karies gigi sulung

pada siswa/siswi tunaganda (tunarungu dan tunagrahita) tingkat SD sebanyak 2 responden memiliki indeks def-t baik (33,3%) dan 4 responden memiliki indeks def-t buruk (66,7%). Hal tersebut sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa sebagian besar penderita tunagrahita mempunyai kesehatan mulut yang buruk dari penderita normal, karena kondisi keterbelakangan anak tersebut menyebabkan fungsi dan kemampuan mereka dalam kesehatan giginya terbatas, serta kurangnya pengetahuan dan perhatian orangtua terhadap kesehatan gigi dan mulut pada anak-anak dengan keterbelakangan mental.⁸ Berdasarkan hasil observasi saat kegiatan Sikat Gigi Massal (SGM), seluruh responden tingkat SD kurang tepat dalam teknik atau cara menyikat gigi, hal tersebut didukung dengan hasil kuesioner yang didapat, bahwa selain waktu dan teknik atau cara menyikat gigi yang tidak tepat, responden pun sangat gemar mengkonsumsi makanan yang manis dan lengket (seperti coklat, permen, es krim), minuman yang manis (sirup, teh manis), tidak rutin kontrol ke klinik gigi atau puskesmas (responden hanya memeriksakan gigi jika sakit atau ada keluhan saja), serta pengetahuan tentang makanan, minuman yang baik dan tidak baik untuk kesehatan gigi dan mulut yang kurang.¹³

Berdasarkan hasil penelitian di atas, untuk mencegah bertambahnya nilai def-t, dapat dilakukan dengan cara mengadakan program UKGS (Usaha Kesehatan Gigi Sekolah) dengan program yang tercakup didalamnya, dengan tujuan agar status kesehatan gigi dan mulut siswa/siswi lebih terpantau, sehingga diharapkan jumlah gigi susu yang berlubang tidak semakin bertambah. Selain itu, dengan diadakannya program UKGS di Sekolah, siswa/siswi menjadi lebih berani dan terbiasa mengenal alat-alat untuk pemeriksaan gigi dan mulut, karena berdasarkan hasil observasi yang penulis dapatkan saat penelitian, rata-rata responden takut melihat alat-alat pemeriksaan gigi dan mulut, seperti kacamulut dan sonde, sehingga diperlukan pendekatan terlebih dahulu pada responden agar tidak menimbulkan rasa trauma untuk periksa gigi.

SIMPULAN

1. Indeks kebersihan gigi dan mulut pada

siswa/siswi tunaganda (tunarungu dan tunagrahita) tingkat SD sebanyak 2 responden memiliki kriteria OHI-S sedang (18,2%) dan 4 responden memiliki kriteria OHI- S buruk (36,3%). Sedangkan pada tingkat SMP sebanyak 3 responden memiliki kriteria OHI-S sedang (27,3%) dan 2 responden memiliki kriteria OHI-S buruk (18,2%).

2. Indeks pengalaman karies gigi tetap pada siswa/siswi tunaganda (tunarungu dan tunagrahita) tingkat SD dan SMP termasuk dalam kriteria rendah yaitu sebesar 1,9.
3. Indeks pengalaman karies gigi sulung pada siswa/siswi tunaganda (tunarungu dan tunagrahita) tingkat SD sebanyak 2 responden memiliki indeks def-t baik (33,3%) dan 4 responden memiliki indeks def-t buruk (66,7%).

DAFTAR RUJUKAN

1. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia. 2013. *Panduan Penanganan Anak Berkebutuhan Khusus Bagi Pendamping (Orangtua, Keluarga, dan Masyarakat)*.
2. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Bina Kesehatan Anak Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Pedoman Pelayanan Kesehatan Anak di Sekolah Luar Biasa (SLB) bagi Petugas Kesehatan*.
3. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Tahun 2013*. Jakarta : Bakti Husada.
4. Depkes 2004 dan Depkes 2008 tentang Kesehatan Gigi dan Mulut. <http://dkk.sukoharjokab.go.id> . Tanggal 3 Januari 2015.
5. Rukayah, U.S . 2014. Gambaran OHI-S, def-t, dan DMF-T Pada Murid Tuna Rungu Sekolah Dasar di Sekolah Luar Biasa Cicendo Bandung (*Karya Tulis Ilmiah*). Bandung: Poltekkes Kemenkes Bandung Jurusan Keperawatan Gigi.
6. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Penyandang Disabilitas Pada Anak*.
7. Delphie, B. 2006. *Pembelajaran Anak Berkebutuhan Khusus*. Bandung : PT Refika Aditama.
8. Sihotang, S. 2014. Gambaran Frekuensi, Waktu, dan Metode Menyikat Gigi Terhadap Kebersihan Gigi dan Mulut Pada Anak Tunagrahita di SLBNurul Iman (*Karya Tulis Ilmiah*). Bandung: Poltekkes Kemenkes Bandung Jurusan Keperawatan Gigi.
9. Widasari, D. 2010. Perbedaan Status Kesehatan Gigi dan Mulut Pada Anak Tuna Rungu dengan Anak Tidak Tuna Rungu Usia 6 Sampai 12 Tahun (*Skripsi*). Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember.
10. Putri, M.H ., Eliza H., Neneng N. 2010. *Ilmu Pencegahan Penyakit Jaringan Keras dan Jaringan Pendukung Gigi*. Jakarta : EGC
11. Usri, K., Eriska L., Tenny S.D., Nunung R., Asep J.A., Dudi A., Irman S. 2012. *Diagnosis & Terapi Penyakit Gigi dan Mulut Edisi 2*. Bandung: LSKI.
12. Herijulianti, E., Tati S., Sri A. 2002. *Pendidikan Kesehatan Gigi*. Jakarta : EGC
13. Andiani, A. 2012. Gambaran Kebersihan Gigi dan Mulut serta Karies Gigi pada Anak Sekolah Dasar di SDN. Hegarmanah Kec. Jatinangor Kab. Sumedang (*Karya Tulis Ilmiah*). Bandung: Poltekkes Kemenkes Bandung Jurusan Keperawatan Gigi.
14. Kidd, E.A.M., Bechal S.J., 2012. *Dasar-dasar Karies Penyakit dan Penanggulangan*. Jakarta : EGC