

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian untuk mengetahui perbedaan status kebersihan gigi dan mulut antara anak tunanetra, tunarungu, tunagrahita ringan, dan tunagrahita sedang dengan menggunakan skor OHI-S telah dilaksanakan pada sejumlah 78 responden yang berada di SLB 1 Bantul. Hasil analisis data diuraikan dalam tabel berikut:

Tabel 2. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase (%)
Laki-laki	39	50
Perempuan	39	50
Total	78	100

Tabel 2 menunjukkan bahwa jumlah responden berjenis kelamin laki-laki dan perempuan memiliki jumlah yang sama yaitu masing-masing sebanyak 39 anak dengan persentase masing-masing 50%.

Tabel 3. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
SD	37	47,4
SMP	18	23,1
SMA	23	29,5
Total	78	100

Tabel 3 menunjukkan bahwa responden anak yang duduk di

bangku SD sebanyak 37 anak (47,4%), duduk di bangku SMP sebanyak 18 anak (23,1%), dan duduk di bangku SMA sebanyak 23 anak (29,5%). Sehingga dapat diketahui bahwa responden terbanyak adalah murid SD.

Tabel 4. Distribusi responden berdasarkan jenis ketunaan

Jenis Ketunaan	Jumlah	Persentase (%)
Tunanetra	16	20,5
Tunarungu	22	28,2
Tunagrahita Ringan	21	26,9
Tunagrahita Sedang	19	24,4
Total	78	100

Berdasarkan tabel 4, didapatkan hasil jumlah anak tunanetra sebanyak 16 anak (20,5%), tunarungu sebanyak 22 anak (28,2%), tunagrahita ringan sebanyak 21 anak (26,9%), dan tunagrahita sedang sebanyak 19 anak (24,4%).

Tabel 5. Hasil uji normalitas data

Skor OHI-S	<i>Saphiro-Wilk</i>	<i>p</i>	Keterangan
Tunanetra	0,942	0,369	Normal
Tunarungu	0,941	0,207	Normal
Tunagrahita ringan	0,954	0,396	Normal
Tunagrahita sedang	0,917	0,102	Normal

Hasil dari uji normalitas *Saphiro-Wilk* yang telah tertera pada tabel 5 diketahui bahwa skor OHI-S pada anak tunanetra memiliki nilai 0,942 dengan nilai signifikansi sebesar 0,369. Hasil uji normalitas skor OHI-S pada anak tunarungu memiliki nilai 0,941 dengan nilai signifikansi sebesar

0,207. Hasil uji normalitas yang didapat dari skor OHI-S anak tunagrahita ringan memiliki nilai sebesar 0,954 dan nilai signifikansi sebesar 0,396. Skor OHI-S anak tunagrahita sedang didapat hasil uji normalitas dengan nilai sebesar 0,917 dengan nilai signifikansi sebesar 0,102. Keempat kategori tersebut memiliki nilai signifikansi diatas 0,05 ($p > 0,05$) sehingga dapat disimpulkan bahwa semua data berdistribusi normal.

Tabel 6. Hasil uji statistik perbedaan skor OHI-S berdasarkan jenis kelamin

Jenis Kelamin	Mean	SD	p
Laki-laki	2,20	0,98	0,09
Perempuan	1,82	1,03	

Berdasarkan tabel 6, rata-rata skor OHI-S pada perempuan lebih baik dibanding laki-laki. Rata-rata skor OHI-S perempuan sebesar 2,20 dengan standar deviasi 0,98 sedangkan rata-rata skor OHI-S laki-laki sebesar 1,82 dengan standar deviasi 1,03. Namun tidak terdapat perbedaan yang signifikan diantara keduanya, ditunjukkan dengan p 0,09 ($p > 0,05$).

Tabel 7. Hasil uji statistik perbedaan skor OHI-S berdasarkan tingkat pendidikan

Tingkat Pendidikan	Mean	SD	F	p
SD	2,19	0,85	1,94	0,15
SMP	2,07	1,00		
SMA	1,67	1,21		

pendidikan

Rata-rata skor OHI-S pada anak SD yaitu 2,19 dengan standar deviasi 0,85. Anak yang duduk di bangku SMP memiliki rata-rata skor OHI-S 2,07 dengan standar deviasi sebesar 1,00 sedangkan anak SMA memiliki rata-rata skor OHI-S 1,67 dengan standar deviasi 1,21. Anak SMA memiliki rata-rata skor OHI-S paling baik dibandingkan SD dan SMP, meskipun tidak terdapat perbedaan yang signifikan diantara ketiganya karena nilai p lebih dari 0,05.

Tabel 8. Hasil uji statistik perbedaan skor OHI-S berdasarkan jenis ketunaan dan hasil analisis uji *One Way Anova*

Variabel	Mean	SD	F	p	Keterangan
Tunanetra	1,760	0,705			
Tunarungu	1,021	0,379	25,351	0,000	Signifikan
Tunagrahita ringan	2,493	0,664			
Tunagrahita sedang	2,833	1,053			

Tabel 8 menunjukkan hasil analisis keempat variabel menggunakan uji *One Way Anova*. Rata-rata skor OHI-S pada anak tunanetra yaitu 1,760 dengan standar deviasi sebesar 0,705. Rata-rata skor OHI-S pada anak tunarungu yaitu 1,021 dengan standar deviasi sebesar 0,379. Anak tunagrahita ringan memiliki rata-rata skor OHI-S sebesar 2,493 dengan standar deviasi sebesar 0,664 sementara anak tunagrahita sedang memiliki rata-rata skor OHI-S sebesar 2,833 dengan standar deviasi sebesar 1,053. Hasil uji analisis One Way ANOVA didapatkan nilai F sebesar 25,351 dengan nilai p sebesar 0,000. Nilai p lebih kecil dari 0,05 ($p < 0,05$)

sehingga dapat diketahui bahwa hipotesis diterima yang berarti terdapat perbedaan yang signifikan pada kebersihan gigi dan mulut antara anak tunanetra, tunarungu, tunagrahita ringan, dan tunagrahita sedang.

Tabel 9. Hasil *Post Hoc Test*

Variabel	Variabel Banding	<i>p</i>	Keterangan
Tunanetra	Tunarungu	0,015	Berbeda signifikan
	Tunagrahita ringan	0,017	Berbeda signifikan
	Tunagrahita sedang	0,000	Berbeda signifikan
Tunarungu	Tunanetra	0,015	Berbeda signifikan
	Tunagrahita ringan	0,000	Berbeda signifikan
	Tunagrahita sedang	0,000	Berbeda signifikan
Tunagrahita ringan	Tunanetra	0,017	Berbeda signifikan
	Tunarungu	0,000	Berbeda signifikan
	Tunagrahita sedang	0,458	Tidak berbeda signifikan
Tunagrahita sedang	Tunanetra	0,000	Berbeda signifikan
	Tunarungu	0,000	Berbeda signifikan
	Tunagrahita ringan	0,458	Tidak berbeda signifikan

Tabel 9 membandingkan skor OHI-S antar variabel untuk mengetahui perbedaan antara jenis ketunaan. Skor OHI-S anak tunanetra jika dibandingkan dengan skor OHI-S anak tunarungu memiliki nilai *p* sebesar 0,015. Nilai *p* kurang dari 0,05 maka terdapat perbedaan yang signifikan antara anak tunanetra dan tunarungu. Skor OHI-S antara anak

tunanetra dan tunagrahita ringan memiliki nilai p dibawah 0,05 yaitu sebesar 0,017 sehingga dapat dikatakan terdapat perbedaan yang signifikan diantara keduanya. Skor OHI-S antara anak tunanetra dan tunagrahita sedang memiliki nilai p 0,000 sehingga dapat dikatakan terdapat perbedaan yang signifikan diantara keduanya. Nilai p pada perbandingan anak tunarungu dan tunagrahita ringan serta tunarungu dan tunagrahita sedang yaitu sebesar 0,000 sehingga dapat dikatakan terdapat perbedaan yang signifikan. Namun nilai p pada anak tunagrahita ringan dan tunagrahita sedang yaitu 0,458 sehingga tidak ada perbedaan yang signifikan diantara keduanya.

B. Pembahasan

Kebersihan gigi dan mulut *special needs children* berhubungan dengan kemampuan mereka dalam berkomunikasi, bersosialisasi, serta aktivitas fisik sehari-hari (Venkataraghavan dkk, 2016). Pengukuran kebersihan gigi dan mulut *special needs children* pada penelitian ini menggunakan OHI-S karena dinilai sederhana dan mudah untuk diterapkan pada *special needs children* khususnya anak tunanetra, tunarungu, tunagrahita ringan, dan tunagrahita sedang. Selain itu, telah dibuktikan bahwa penelitian epidemiologi pada kelompok umum maupun kelompok yang memiliki keterbatasan menggunakan metode OHI-S merupakan metode yang berguna untuk mengevaluasi program kesehatan gigi dan mulut (Kaneko, 1976 *cit.* Rao dkk, 2005).

Uji normalitas data dilakukan terlebih dahulu sebelum menganalisis data, menggunakan uji normalitas *Saphiro-Wilk* dan hasil yang didapat yaitu nilai p pada skor OHI-S anak tunanetra, tunarungu, tunagrahita ringan, dan tunagrahita sedang berada di atas 0,05 yang menunjukkan bahwa data tersebut berdistribusi normal.

Rata-rata skor OHI-S *special needs children* berdasarkan jenis kelamin didapatkan bahwa anak laki-laki dan perempuan di SLB 1 Bantul memiliki rata-rata skor OHI-S yang termasuk kedalam kategori sedang. Rata-rata skor OHI-S anak perempuan lebih rendah dibanding anak laki-laki sehingga status kebersihan gigi dan mulut anak perempuan lebih baik jika dibandingkan dengan laki-laki meskipun perbedaan antara kebersihan gigi dan mulut mereka tidak signifikan. Hal ini didukung oleh Jain dkk (2009) yang menyatakan bahwa kebersihan gigi dan mulut serta status periodontal anak laki-laki lebih buruk dibandingkan anak perempuan. Kesadaran sosial yang dimiliki anak perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki sehingga anak perempuan lebih menjaga kebersihan gigi dan mulutnya (Dummer dkk, 1987).

Rata-rata skor OHI-S berdasarkan tingkat pendidikan didapatkan bahwa anak SMA di SLB 1 Bantul memiliki rata-rata OHI-S paling baik dibandingkan anak SD dan SMP. Status kebersihan gigi dan mulut baik anak SD, SMP, maupun SMA di SLB 1 Bantul sama-sama tergolong sedang. Hasil dari penelitian ini didapatkan urutan rata-rata skor OHI-S dari yang paling baik yaitu SMA, SMP, kemudian SD. Hal ini sesuai dengan teori

yang dikemukakan oleh Basuni dkk (2014) bahwa indeks kebersihan gigi dan mulut dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, terbukti dengan anak SMA memiliki status kebersihan gigi dan mulut paling baik. Tingkat kemampuan seseorang dalam memperoleh dan memahami informasi direpresentasikan oleh tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan yang semakin tinggi, semakin baik pula tingkat pemahamannya terhadap informasi kesehatan yang diperolehnya (Sariningrum dan Irdawati, 2009).

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, kebersihan gigi dan mulut anak tunanetra di SLB 1 Bantul tergolong kategori sedang. Berbeda dengan yang diungkapkan dalam penelitian oleh Samnieng dkk (2014) bahwa anak tunanetra memiliki kebersihan gigi dan mulut yang tergolong buruk dikarenakan karies, kehilangan gigi, dan prevalensi penyakit periodontal. Ganapathi dkk (2015) mengatakan bahwa kebersihan gigi dan mulut anak tunanetra dapat dipertahankan bahkan ditingkatkan dengan metode pendekatan khusus seperti multisensorik. Strategi pendekatan multisensorik ini dinilai cukup efektif dalam mengajarkan anak tunanetra cara membersihkan gigi dan mulut yang dilakukan dengan cara mendengar, memegang, dan merasakan. Selain itu, terus mengajarkan cara dan waktu menyikat gigi yang benar, mengurangi makanan yang lengket dan manis, berkumur setelah makan yang manis, serta mengkonsumsi makanan yang mengandung vitamin C dapat menjadi langkah-langkah untuk meningkatkan status kebersihan gigi dan mulut anak tunanetra (Gadge dkk, 2015).

Bansal (2014) mengatakan bahwa instruksi melalui suara dan pemeriksaan gigi rutin terbukti dapat meningkatkan status kebersihan gigi dan mulut anak tunanetra. Monitoring dan kunjungan reguler ke dokter gigi merupakan hal yang penting dalam meningkatkan status kebersihan gigi dan mulut (Samnieng dkk, 2014) sehingga dokter gigi memegang peran penting termasuk memberikan edukasi ke orangtua dan guru (Gadge, 2015). Orangtua, pengasuh, guru, maupun pihak sekolah diharapkan dapat memberikan perhatian lebih ke anak tunanetra (Ganapathi dkk, 2015). SLB 1 Bantul telah melaksanakan program secara rutin penyuluhan gigi dan mulut yang diberikan kepada orangtua 1 bulan sekali dan pemeriksaan serta perawatan gigi dan mulut anak 1 minggu sekali sehingga anak tunanetra dapat meningkatkan status kebersihan gigi dan mulut mereka. Hal ini sedikit banyak mempengaruhi tingkat pendidikan kesehatan gigi dan mulut anak tunanetra.

Anak tunarungu di SLB 1 Bantul memiliki status kebersihan gigi dan mulut yang tergolong baik. Mereka membutuhkan media yang memberikan informasi mengenai kesehatan gigi untuk meningkatkan akses mereka dalam mencari tahu tentang kesehatan gigi seperti video yang disertai tulisan (Vichayanrat dan Kositpumivate, 2014). Madhuri dkk (2014) mengatakan bahwa cara yang efektif untuk memiliki kebersihan gigi dan mulut yang baik pada anak tunarungu yaitu dengan instruksi secara visual, seperti yang diungkapkan oleh Koch dan Poulsen (2001), gambar dan tulisan dapat digunakan sebagai alat pembantu. Mengajarkan anak

tunarungu menyikat gigi dengan benar dapat dilakukan dengan memperlihatkan cara sikat gigi secara individual agar tercapai manfaat yang diharapkan. Tahap perkembangan dan kemampuan motorik anak juga perlu diperhatikan saat mengajarkan mereka cara menjaga kebersihan gigi dan mulut (Alse dkk, 2015).

Penelitian oleh Agusta dkk (2014) menunjukkan bahwa anak tunarungu di SLB Kota Semarang memiliki pengetahuan yang cukup baik namun masih banyak terdapat anak yang memiliki status kebersihan gigi dan mulut yang buruk. Hal ini disebabkan karena pengetahuan mengenai kebersihan gigi dan mulut yang diberikan oleh sekolah sudah cukup baik namun masih banyak anak yang tidak menerapkan pengetahuan tersebut dengan baik. Pengetahuan yang dimiliki oleh anak tunarungu berpengaruh terhadap tingkat kebersihan gigi dan mulut mereka, sedangkan mereka lebih dapat menyerap pengetahuan jika diberikan dalam bentuk peragaan atau praktek langsung. Status kebersihan gigi dan mulut anak tunarungu di SLB 1 Bantul sudah tergolong baik sehingga dapat dikarenakan pengetahuan yang diberikan oleh pihak sekolah sudah cukup baik dan sudah diterapkan juga oleh orangtua maupun anak tunarungu.

Anak tunagrahita baik ringan maupun sedang memiliki status kebersihan gigi dan mulut yang termasuk kategori sedang pada penelitian ini. Hal ini sesuai dengan penelitian Azzahra dkk (2014), kebersihan gigi dan mulut anak tunagrahita di SDLB C Dharma Wanita Persatuan Provinsi Kalimantan Selatan Banjarmasin termasuk sedang karena orangtua mereka

mengajarkan dan mendampingi mereka saat menggosok gigi. Mereka cenderung susah untuk menyikat giginya dengan benar dan teratur (Koch dan Poulsen, 2001) sehingga mereka membutuhkan seseorang untuk membantu mereka menjaga kebersihan gigi dan mulutnya (Teixeira dkk, 2015). Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Kothari dkk (2016), kebersihan gigi dan mulut anak tunagrahita cenderung buruk karena tidak menyikat gigi serta tidak ada pengawasan saat membersihkan gigi. Jain dkk (2009) berpendapat bahwa kebersihan gigi dan mulut mereka dipengaruhi tingkat pengetahuan orangtua. Mengadakan program promosi kesehatan gigi dan mulut di sekolah serta edukasi kepada orangtua dapat meningkatkan kebersihan gigi dan mulut mereka. Pemberian fasilitas dan perawatan gigi dan mulut merupakan salah satu cara promosi kesehatan gigi dan mulut. SLB 1 Bantul seperti yang telah disebutkan, memiliki program sekolah seperti pemeriksaan rutin seminggu sekali dan penyuluhan kepada orangtua sebulan sekali sehingga status kebersihan gigi dan mulut mereka dapat ditingkatkan.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dan data yang telah dianalisis, didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada status kebersihan gigi dan mulut antara anak tunanetra dan tunarungu. Kebersihan gigi dan mulut anak tunarungu lebih baik dibandingkan anak tunanetra sebagaimana yang diungkapkan oleh Reddy dkk (2013) bahwa anak tunarungu masih dapat melihat cara menggosok gigi yang benar. Hasil perbandingan status kebersihan gigi dan mulut antara anak tunanetra dan

tunagrahita ringan maupun sedang yaitu terdapat perbedaan yang signifikan. Kebersihan gigi dan mulut anak tunanetra lebih baik jika dibandingkan dengan anak tunagrahita ringan. Begitu juga jika dibandingkan dengan anak tunagrahita sedang, kebersihan gigi dan mulut anak tunanetra lebih baik. Anak tunagrahita memiliki intelektual di bawah rata-rata (Kosasih, 2012) sehingga mereka memiliki keterlambatan dalam hal perhatian, persepsi, ingatan, dan berfikir (Welbury dkk, 2005). Keterbatasan yang mereka miliki ini menjadi penghambat mereka untuk lebih memahami cara menjaga kebersihan gigi dan mulut. Berbeda dengan anak tunanetra yang masih memiliki intelektual yang sama jika dibandingkan dengan anak normal lainnya (Kolk, 1977), sehingga mereka masih mampu untuk berfikir layaknya anak biasa yang memungkinkan mereka lebih dapat memahami cara menjaga kebersihan gigi dan mulut lebih cepat dibanding anak tunagrahita.

Kebersihan gigi dan mulut anak tunarungu memiliki perbedaan yang signifikan jika dibandingkan dengan kebersihan gigi dan mulut anak tunagrahita ringan maupun sedang di SLB 1 Bantul setelah ditinjau dari skor OHI-S nya. Skor OHI-S anak tunarungu masuk ke dalam kategori baik sedangkan anak tunagrahita ringan maupun sedang masuk ke dalam kategori sedang. Anak tunarungu dapat menerima informasi mengenai kesehatan gigi dan mulut karena mereka masih memiliki kemampuan intelektual yang normal (Suparno, 2007) sehingga mereka tidak memiliki masalah dalam proses berfikirnya. Berbeda dengan anak tunagrahita yang

memiliki masalah dalam proses berfikirnya (Welbury dkk, 2005) sehingga mempengaruhi proses penerimaan informasi mengenai kesehatan gigi dan mulut.

Berdasarkan data yang diperoleh, tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada kebersihan gigi dan mulut anak tunagrahita ringan dan tunagrahita sedang. Penelitian oleh Gizani, dkk (1997) *cit.* Sharma, dkk (2016) menyebutkan bahwa derajat defisiensi mental tidak mempengaruhi kebersihan gigi dan mulut. Hal ini bertolak belakang dengan yang disebutkan oleh Teixeira dkk (2015) dan Jain dkk (2009) bahwa kebersihan gigi dan mulut mereka dipengaruhi oleh derajat defisiensi mental atau level IQ mereka. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada kedua kategori tunagrahita tersebut dapat disebabkan oleh tingkat pengetahuan orangtua di SLB 1 Bantul yang telah mendapatkan penyuluhan mengenai kesehatan gigi dan mulut setiap bulan. Hal ini diperkuat oleh Jain dkk (2009) yang mengatakan bahwa kesehatan gigi dan mulut anak tunagrahita dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan orangtua. Perilaku dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut, sosial ekonomi, lingkungan, dan pelayanan kesehatan merupakan faktor yang mempengaruhi kesehatan (Mubarak, 2012). SLB 1 Bantul telah memiliki pelayanan kesehatan di sekolah berupa pemeriksaan dan perawatan gigi dan mulut sehingga tidak menutup kemungkinan anak tunagrahita ringan dan tunagrahita sedang memiliki kebersihan gigi dan mulut yang tidak berbeda secara signifikan.

Berdasarkan uji analisis One Way Anova, didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan kebersihan gigi dan mulut yang signifikan antara tunanetra, tunarungu, tunagrahita ringan, dan tunagrahita sedang. Urutan rata-rata skor OHI-S bila diurutkan dari yang memiliki skor paling baik yaitu tunarungu, tunanetra, tunagrahita ringan, dan tunagrahita sedang. Urutan ini sesuai dengan teori yang telah dikemukakan sebelumnya bahwa anak tunarungu dan tunanetra masih memiliki tingkat intelektual seperti anak normal lainnya hanya bedanya mereka memiliki hambatan indera pendengaran pada tunarungu dan hambatan indera penglihatan pada tunanetra sehingga mereka masih dapat menerima informasi lebih baik jika dibandingkan anak tunagrahita. Anak tunarungu dapat menerima informasi lebih baik karena mereka masih dapat melihat sehingga mereka dapat memahami cara menjaga kebersihan gigi dan mulut lebih cepat dibandingkan anak tunanetra. Sesuai dengan teori diatas, tingkat IQ anak tunagrahita mempengaruhi status kebersihan gigi dan mulut mereka. Walaupun pada penelitian ini tidak terdapat perbedaan yang signifikan diantara keduanya namun sesuai dengan teori tersebut, kebersihan gigi dan mulut anak tunagrahita ringan lebih baik dibandingkan tunagrahita sedang.

Kebersihan gigi dan mulut *special needs children* dapat ditingkatkan melalui perhatian orangtua, pekerja kesehatan, dan kontrol dokter gigi rutin (Voza dkk, 2015). Keterbatasan yang mereka miliki membuat mereka lebih rentan mengalami karies maupun penyakit periodontal sehingga perlu dilakukan pencegahan seperti edukasi kesehatan gigi dan mulut, diet,

fissure sealant, dan membantu mereka meningkatkan kemampuan membersihkan gigi dan mulut (Purohit dan Singh, 2012). Penelitian ini telah menunjukkan bahwa peran orangtua, guru, serta pihak SLB 1 Bantul dapat meningkatkan status kebersihan gigi dan mulut *special needs children* terutama anak tunanetra, tunarungu, tunagrahita ringan, dan tunagrahita sedang.

