

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Penelitian bertujuan untuk membandingkan status OHI-S *Special Needs Children* antara tunanetra, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa syaraf yang dilakukan pada SLB 1 Bantul, Jl. Wates Km. 3 No. 147 Bantul, Yogyakarta. Populasi penelitian yaitu 220 anak berkebutuhan khusus dengan tingkat pendidikan SD, SMP, dan SMA. Penelitian dilakukan dengan menilai kebersihan gigi dan mulut yang dilakukan terhadap 90 siswa SLB 1 Bantul yang bersedia dan memenuhi kriteria inklusi serta eksklusi penelitian. Pemilihan subyek penelitian dilakukan secara acak (*random sampling*) untuk kemudian diperiksa kebersihan gigi dan mulutnya dengan indeks OHI-S.

Tabel 3. Hasil Analisis Data Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)	Rata – Rata OHI-S
Laki – laki	56	62,2	2,311
Perempuan	34	37,8	2,418
TOTAL	90	100,0	
<i>p value</i>		0,406	

Berdasarkan Tabel 3. Hasil Analisis Data Berdasarkan Jenis Kelamin, subyek penelitian yaitu 90 anak berkebutuhan khusus. Total tersebut terdiri dari 62,2% atau 56 orang laki – laki dan 37,8% atau 34 orang perempuan. Rata – rata skor OHI-S berdasarkan jenis kelamin dari 90 anak berkebutuhan khusus tersebut menunjukkan bahwa anak laki – laki memiliki hasil yang lebih baik dibandingkan

anak perempuan, dengan skor rata – rata OHI-S anak laki – laki yaitu 2,31 sementara rata – rata skor OHI-S untuk anak perempuan menunjukkan skor 2,41.

Perbandingan rata – rata skor OHI-S berdasarkan jenis kelamin kemudian diuji dengan menggunakan uji *independent t – test* untuk diketahui tingkat kemaknannya dan menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0,406, yang berarti menunjukkan hasil yang tidak signifikan karena memiliki hasil lebih dari 0,05 (*P Value* > 0,05).

Tabel 4. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenjang Pendidikan

Jenjang Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)	Rata – Rata OHI-S
SD	49	54,4	2,472
SMP	25	27,8	2,174
SMA	19	17,8	2,259
TOTAL	90	100,0	

Berdasarkan Tabel 4. Karakteristik responden berdasarkan jenjang pendidikan, lebih dari setengah subyek penelitian (54,4%) atau 49 anak adalah siswa SD, 27,8% atau 25 anak adalah siswa SMP, dan sisanya yaitu siswa SMA yang terdiri dari 17,8% atau 19 anak yang bersekolah di SLB 1 Bantul.

Skor OHI-S berdasarkan jenjang pendidikan menunjukkan siswa SD memiliki skor OHI-S yang paling buruk dengan skor 2,47, sementara siswa SMP menunjukkan skor OHI-S 2,17, dan siswa SMA menunjukkan skor 2,25.

Tabel 5. Hasil Analisis Data Jenis Ketunaan

Jenis Ketunaan	Frekuensi	Persentase (%)
Tunanetra	16	17,8
Tunagrahita Ringan	24	26,7
Tunagrahita Sedang	23	25,6
Tunadaksa Ortopedi	10	11,1
Tunadaksa Syaraf	17	18,9
TOTAL	90	100,0

Berdasarkan Tabel 5. Pemeriksaan status OHI-S dilakukan terhadap 90 siswa SLB 1 Bantul yang terdiri dari 16 anak tunanetra (17,8%), 24 anak tunagrahita ringan (26,7%), 23 anak tunagrahita sedang (25,6%), 10 anak tunadaksa ortopedi (11,1%), serta 17 anak tunadaksa syaraf (18,9%).

Uji normalitas data perlu dilakukan untuk mengetahui sebaran data dari hasil penelitian di SLB 1 Bantul apakah berada dalam distribusi data yang normal atau tidak. Uji normalitas data yang digunakan adalah uji *Shapiro – Wilk*, yaitu uji statistik parametrik yang digunakan untuk mengetahui sebaran distribusi data dengan jumlah sampel per kelompok kurang dari 50 sampel.

Tabel 6. Hasil Uji Normalitas Data

Jenis Ketunaan	<i>Shapiro – Wilk</i>	<i>p Value</i>	Keterangan
Tunanetra	0,942	0,369	Normal
Tunagrahita Ringan	0,970	0,670	Normal
Tunagrahita Sedang	0,917	0,059	Normal
Tunadaksa Ortopedi	0,932	0,473	Normal
Tunadaksa Syaraf	0,935	0,261	Normal

Berdasarkan Tabel 6. Hasil uji normalitas data *Shapiro – Wilk* didapatkan nilai signifikansi sebesar 0,369 pada tunanetra, 0,670 pada tunagrahita ringan, 0,059 pada tunagrahita sedang, serta 0,473 dan 0,261 pada tunadaksa ortopedi dan tunadaksa syaraf berturut – turut. Nilai signifikansi skor OHI-S pada kelima kelompok penelitian yaitu lebih dari 0,05 ($p > 0,05$), yang artinya kelima kelompok berada pada data distribusi normal.

Data hasil penelitian kemudian dianalisis dengan menggunakan uji analisis One – Way ANOVA sebagai uji yang dilakukan untuk membandingkan rata – rata lebih dari dua kelompok yang tidak berhubungan agar dapat diketahui apakah

rata – rata kelima kelompok sama atau tidak secara signifikan. Uji analisis ini memiliki tingkat kemaknaan $p < 0,05$.

Tabel 7. Hasil Uji Analisis One – Way ANOVA

Variabel	N	Mean	SD	F (ANOVA)	<i>p Value</i>
Tunanetra	16	1,760	0,705		
Tunagrahita ringan	24	2,375	0,710		
Tunagrahita sedang	23	2,782	0,829	12,452	0,000
Tunadaksa ortopedi	10	1,414	0,393		
Tunadaksa syaraf	17	2,844	0,455		

Berdasarkan Tabel 7. Hasil uji analisis One – Way ANOVA didapatkan rata – rata skor OHI-S pada anak tunanetra sebesar 1,760 dengan standar deviasi 0,705. Hasil rata – rata skor OHI-S 2,375 didapatkan pada anak tunagrahita ringan dengan standar deviasi sebesar 0,710, selanjutnya pada anak tunagrahita sedang rata – rata skor OHI-S yaitu sebesar 2,782 dengan standar deviasi 0,829, kelompok tunadaksa ortopedi dengan rata – rata skor OHI-S sebesar 1,414 serta standar deviasi 0,393, dan yang terakhir tunadaksa syaraf dengan rata – rata skor OHI-S 2,844 serta standar deviasi sebesar 0,455.

Berdasarkan uji analisis One – Way ANOVA diketahui bahwa nilai *p value* pada penelitian di SLB 1 Bantul sebesar 0,000, artinya kelima kelompok tunanetra, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa syaraf memiliki perbedaan yang bermakna secara signifikan rata – rata kebersihan gigi dan mulutnya ($p < 0,05$).

Setelah diketahui tingkat signifikansi rata – rata kebersihan gigi dan mulut kelima kelompok, selanjutnya dilakukan uji analisis *Post – Hoc Test*. Uji analisis

Post – Hoc Test digunakan untuk mengetahui perbedaan rata – rata kesehatan gigi dan mulut diantara kelima kelompok tersebut benar – benar nyata atau tidak.

Tabel 8. Hasil Uji Analisis *Post - Hoc*

Jenis Ketunaan	Pembandingan	<i>p Value</i>	Keterangan
Tunanetra	Tunagrahita Ringan	0,046	Perbedaan Bermakna
	Tunagrahita Sedang	0,000	Perbedaan Bermakna
	Tunadaksa Ortopedi	0,711	Perbedaan Tidak Bermakna
	Tunadaksa Syaraf	0,000	Perbedaan Bermakna
Tunagrahita Ringan	Tunagrahita Sedang	0,248	Perbedaan Tidak Bermakna
	Tunadaksa Ortopedi	0,003	Perbedaan Bermakna
	Tunadaksa Syaraf	0,195	Perbedaan Tidak Bermakna
Tunagrahita Sedang	Tunadaksa Ortopedi	0,000	Perbedaan Bermakna
	Tunadaksa Syaraf	0,998	Perbedaan Tidak Bermakna
Tunadaksa Ortopedi	Tunadaksa Syaraf	0,000	Perbedaan Bermakna

Berdasarkan Tabel 8. Perbandingan skor OHI-S antar jenis ketunaan diketahui bahwa terdapat enam kelompok dengan nilai signifikansi kurang dari 0,05 ($p < 0,05$), yang artinya keenam perbandingan tersebut memiliki perbedaan yang bermakna antar kelompoknya, sedangkan empat kelompok lainnya memiliki perbandingan yang tidak bermakna antar kelompoknya ($p > 0,05$).

Enam perbandingan dengan nilai signifikansi kurang dari 0,05 ($p < 0,05$) yaitu antara tunanetra – tunagrahita ringan (sig. 0,046), tunanetra – tunagrahita sedang (sig. 0,000), tunanetra – tunadaksa syaraf (sig. 0,000), tunagrahita ringan – tunadaksa ortopedi (sig. 0,003), tunagrahita sedang – tunadaksa ortopedi (sig. 0,000), dan yang terakhir yaitu tunadaksa ortopedi – tunadaksa syaraf (sig. 0,000). Empat perbandingan lainnya yang memiliki perbedaan tidak bermakna yaitu pada perbandingan tunanetra – tunadaksa ortopedi (sig. 0,711), tunagrahita ringan –

tunagrahita sedang (sig. 0,248), tunagrahita ringan – tunadaksa syaraf (sig. 0,195), dan tunagrahita sedang – tunadaksa syaraf (sig. 0,998).

B. Pembahasan

Eliminasi plak dan debris dari rongga mulut membutuhkan keahlian dari setiap individu untuk menguasai dan mengontrol pergerakan dalam menyikat gigi serta memahami tujuan dari aktivitas menyikat gigi, yaitu tercapainya kebersihan gigi dan mulut yang baik. Keberhasilan dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut yang baik tersebut merupakan cerminan dari keahlian, kemauan, dan motivasi dari setiap individu mau pun orang yang bertanggung jawab terhadapnya (Parkar, dkk., 2014).

Penelitian – penelitian yang ada menunjukkan bahwa tingkat kebersihan gigi dan mulut anak berkebutuhan khusus memiliki hasil yang lebih buruk dibandingkan dengan anak normal, seperti yang ditunjukkan oleh penelitian di Nalgonda, India. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa anak berkebutuhan khusus memiliki skor OHI-S yang bervariasi, namun baik kelompok anak tunadaksa, tunarungu, tunanetra, mau pun tunagrahita, kesemuanya menunjukkan hasil yang lebih buruk dibandingkan dengan anak normal lainnya. Hal ini terjadi karena anak berkebutuhan khusus menghadapi tantangan yang lebih banyak untuk mencapai tingkat kebersihan gigi dan mulut yang baik, seringkali dikarenakan kurangnya kemampuan dalam melakukan aktivitas dasar dan terganggunya kecerdasan otak, sehingga menjadi rintangan

dalam melaksanakan upaya peningkatan kebersihan gigi dan mulut (Ameer, dkk., 2012).

Perbedaan skor OHI-S juga ditunjukkan kelompok anak berkebutuhan khusus dalam penelitian yang dilakukan pada SLB 1 Bantul. Penelitian ini menunjukkan hasil yang bervariasi pada skor kebersihan gigi dan mulut anak berkebutuhan khusus meski pun semuanya termasuk ke dalam kategori sedang. Anak tunadaksa ortopedi menunjukkan skor OHI-S yang paling baik, kemudian diikuti dengan anak tunanetra, anak tunagrahita ringan, anak tunagrahita sedang, dan skor OHI-S yang paling buruk ditunjukkan oleh anak tunadaksa syaraf. Skor OHI-S anak berkebutuhan khusus pada SLB 1 Bantul yang dianalisis menunjukkan enam dari sepuluh perbandingan memiliki hasil yang signifikan pada perbedaan skor OHI-S antar kelompoknya. Perbedaan skor yang ada dan signifikan tersebut, dapat terjadi dikarenakan perbedaan kemampuan pada masing – masing kelompok berkebutuhan khusus. Penelitian yang ada menunjukkan bahwa variabel terpenting dalam menentukan status kesehatan gigi dan mulut adalah tipe ketunaan pada masing – masing individu dan bagaimana ketunaannya berpengaruh terhadap pemeliharaan yang mencukupi agar tercapai kebersihan gigi dan mulut yang baik (Rao, dkk., 2005).

Perbandingan antar kelompok skor OHI-S di SLB 1 Bantul antara anak tunanetra dan kelompok berkebutuhan khusus lainnya menunjukkan hasil yang signifikan pada perbandingan antara anak tunanetra – tunagrahita ringan, tunanetra – tunagrahita sedang, dan tunanetra – tunadaksa syaraf, namun

perbedaan yang tidak berarti ditemukan pada perbandingan skor OHI-S antara anak tunanetra – tunadaksa ortopedi. Individu dengan keterbatasan penglihatan atau pun keterbatasan pendengaran pada dasarnya dikatakan memiliki tingkat kebersihan gigi dan mulut yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok berkebutuhan khusus lainnya. Penelitian yang dilakukan oleh Rao, dkk., pada tahun 2005 menunjukkan bahwa anak tunanetra dan tunarungu memiliki skor OHI-S yang lebih baik dibandingkan dengan anak tunagrahita ringan, sedangkan hasil yang paling buruk ditunjukkan oleh anak tunagrahita sedang.

Perbandingan antar kelompok antara anak tunanetra – tunadaksa ortopedi menunjukkan hasil yang tidak signifikan pada perbedaan skor OHI-S keduanya. Hal ini dapat terjadi karena siswa SLB 1 Bantul yang termasuk dalam kelompok tunadaksa ortopedi sebagian besar merupakan anak dengan penyakit polio yang hanya membatasi ruang gerak anak – anak tersebut terkait kelumpuhan pada otot – otot leher, tangan, kaki, mau pun kelumpuhan pada fungsi motorik (Suparno, dkk., 2007) tanpa mempengaruhi tingkat kecerdasan mereka. Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa baik anak tunanetra mau pun tunadaksa ortopedi keduanya sama – sama memiliki keterbatasan dalam ruang gerak tanpa disertai dengan gangguan kecerdasan, sehingga menghasilkan perbedaan skor OHI-S yang tidak signifikan pada penelitian ini.

Perbandingan rata – rata skor OHI-S antar kelompok antara anak tunagrahita ringan – tunanetra serta tunagrahita ringan – tunadaksa ortopedi menunjukkan perbedaan yang signifikan di SLB 1 Bantul, sementara itu

perbedaan yang tidak signifikan ditunjukkan antara tunagrahita ringan – tunagrahita sedang serta tunagrahita ringan – tunadaksa syaraf. Perbandingan kelompok yang menunjukkan hasil tidak signifikan tersebut, baik tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, mau pun tunadaksa syaraf, diketahui ketiganya memiliki persamaan pada keterbatasan masing – masing kelompok dalam tingkat kecerdasan mereka. Perbedaan skor OHI-S yang tidak signifikan pada tiga kelompok tersebut menunjukkan hasil yang berbeda dengan penelitian lain yang menyebutkan bahwa tingkat kecerdasan atau IQ dari masing – masing kelompok berkebutuhan khusus merupakan salah satu faktor yang berpengaruh dalam skor kebersihan gigi dan mulut, yang mana anak tunagrahita ringan tentunya memiliki tingkat kecerdasan yang lebih baik daripada anak tunagrahita sedang. Hal yang bertolak belakang ditunjukkan pada salah satu penelitian yang dilakukan di India yang menyatakan bahwa skor kebersihan gigi dan mulut secara signifikan lebih tinggi pada perbandingan antara subyek yang memiliki retardasi mental parah dibandingkan dengan subyek dengan retardasi mental sedang (Jain, dkk., 2009).

Perbandingan skor OHI-S antar kelompok pada tunagrahita sedang – tunanetra serta tunagrahita sedang – tunadaksa ortopedi menunjukkan hasil yang signifikan. Hasil yang tidak signifikan ditunjukkan pada perbandingan antara tunagrahita sedang – tunagrahita ringan serta tunagrahita sedang – tunadaksa syaraf. Perbandingan antara tunagrahita sedang – tunadaksa syaraf memiliki skor OHI-S yang tidak berbeda jauh di SLB 1 Bantul ini dapat terjadi dikarenakan pada kelompok tunadaksa syaraf, siswa didominasi oleh penderita *cerebral palsy*.

Cerebral palsy merupakan penyakit yang menghambat perkembangan gerak dan postur tubuh sehingga menyebabkan keterbatasan aktivitas pada penderitanya terkait gangguan non – progresif yang terjadi pada perkembangan otak ketika penderitanya masih pada tahap janin (Sumaya, dkk., 2014). Gangguan perkembangan otak disertai dengan terbatasnya kemampuan motorik anak *cerebral palsy* inilah yang seringkali mempengaruhi kemampuan belajar penderitanya sehingga memiliki tingkat kebersihan gigi dan mulut yang buruk.

Perbandingan skor OHI-S antar kelompok pada anak tunadaksa ortopedi – tunagrahita ringan, tunadaksa ortopedi – tunagrahita sedang, serta tunadaksa ortopedi – tunadaksa syaraf menunjukkan hasil yang signifikan, sementara perbandingan yang tidak signifikan yaitu antara anak tunadaksa ortopedi – tunanetra. Perbandingan antara anak tunadaksa ortopedi – tunadaksa syaraf menunjukkan hasil yang signifikan, dengan skor OHI-S pada anak tunadaksa ortopedi menunjukkan hasil yang lebih baik dibandingkan dengan anak tunadaksa syaraf. Hal ini sejalan dengan penelitian yang ada di Mohali, India dimana anak dengan keterbatasan fisik saja secara signifikan memiliki skor OHI-S yang lebih baik dibandingkan dengan anak yang mengalami keterbatasan fisik disertai dengan keterbatasan mental (Kaur, dkk., 2013).

Penelitian ini menunjukkan terdapat perbedaan skor OHI-S pada kelima kelompok berkebutuhan khusus secara keseluruhan yang signifikan, meski pun tidak semua perbandingan antar kelompok menunjukkan hal yang serupa. Perbedaan tersebut, bagaimana pun juga, menunjukkan bahwa kebersihan gigi

dan mulut anak berkebutuhan khusus termasuk ke dalam kategori sedang pada penilaian OHI-S sehingga diperlukan upaya peningkatan tingkat kebersihan gigi dan mulut. Berbagai hal dapat menjadi penyebab dari rendahnya tingkat kebersihan gigi dan mulut anak berkebutuhan khusus, hal – hal tersebut diantaranya adalah tingkat kecerdasan individu, usia, diagnosis medis, tingkat pendidikan orang tua, serta usaha untuk menjaga kebersihan gigi dan mulut (Jain, dkk., 2009).

Perbedaan skor OHI-S berdasarkan jenis kelamin pada penelitian ini menunjukkan skor OHI-S anak laki – laki yang lebih baik dibandingkan dengan anak perempuan, walau pun tidak secara signifikan. Penelitian yang dilakukan oleh Parkar, dkk. (2014) menunjukkan hasil yang bertentangan dengan penelitian ini, dimana tingkat kebersihan gigi dan mulut pada anak berkebutuhan khusus kelompok tunanetra menunjukkan hasil yang lebih baik pada anak perempuan dibandingkan dengan anak laki – laki secara signifikan. Penelitian lainnya yang telah dilakukan di Banjarmasin, Kalimantan Selatan menyatakan hal yang sejalan dengan penelitian yang ada di SLB 1 Bantul, di mana penelitian tersebut menunjukkan tingkat kebersihan gigi dan mulut anak laki – laki yang lebih baik dibandingkan anak perempuan. Perbedaan tersebut dapat terjadi karena pada anak perempuan, anak – anak tersebut terpapar faktor – faktor yang dapat berpengaruh terhadap tingkat kebersihan gigi dan mulut seperti masa perkembangan yang lebih cepat, seringkali anak perempuan mengalami gangguan kesetimbangan hormonal, stress, serta frekuensi mengkonsumsi makanan dan minuman manis diantara jam

makan yang lebih sering dibandingkan dengan anak laki – laki (Azzahra, dkk., 2014).

Perbandingan skor OHI-S juga dilakukan berdasarkan tingkat pendidikan anak berkebutuhan khusus, yang mana tingkat pendidikan tersebut sejalan dengan peningkatan usia pada masing – masing individu. Penelitian pada SLB 1 Bantul menunjukkan rata – rata skor OHI-S yang paling buruk pada tingkat SD, kemudian diikuti dengan tingkat SMA, dan yang paling baik yaitu pada tingkat SMP. Hasil tersebut bertentangan dengan teori yang ada, di mana tingkat kebersihan gigi dan mulut menunjukkan hasil yang semakin buruk sejalan dengan bertambahnya usia sebagai akibat dari penumpukan plak dan karang gigi. Penelitian yang dilakukan pada anak retardasi mental oleh Kothari (2016) di Gujarat, India menunjukkan usia merupakan faktor yang mempengaruhi tingkat kebersihan gigi dan mulut dimana peningkatan skor OHI-S yang signifikan ditunjukkan sejalan dengan peningkatan usia yaitu pada kelompok usia 5 – 10 tahun yang menunjukkan skor 1,48, kelompok usia 11 – 15 tahun menunjukkan skor OHI-S yang paling baik, kemudian diikuti oleh kelompok usia 16 – 20 tahun, kelompok usia 21 – 25 tahun, dan yang terakhir kelompok usia 26 – 30 tahun dengan skor OHI-S yang paling buruk.

Berbagai upaya dapat dilakukan untuk mencapai tingkat kebersihan gigi dan mulut yang baik. Salah satu upaya yang telah dilakukan di SLB 1 Bantul yaitu dengan mengedukasi orang tua siswa tentang kesehatan gigi dan mulut serta pemberian perawatan gigi kepada siswa – siswi di SLB 1 Bantul seperti

penambalan atau pun pencabutan gigi. Upaya tersebut telah dilakukan, meski pun tampaknya masih belum memberikan hasil yang optimal pada tingkat kebersihan gigi dan mulut anak berkebutuhan khusus di SLB 1 Bantul dilihat dari penelitian yang telah dilakukan dimana hasil skor OHI-S masih menunjukkan kategori sedang pada semua kelompok berkebutuhan khusus. Penelitian yang menyatakan buruknya tingkat kebersihan gigi dan mulut tersebut pada anak berkebutuhan khusus dapat disebabkan oleh berbagai macam hambatan seperti tingginya dana yang diperlukan dalam melakukan perawatan gigi, kurangnya dokter gigi yang terlatih dan berpengalaman dalam menangani anak berkebutuhan khusus, atau pun hambatan lainnya untuk mendapatkan perawatan gigi yang mumpuni seperti fasilitas yang kurang memadai karena keterbatasan dana, hingga perlunya perawatan kompleks yang membutuhkan penanganan khusus atau pun anastesi umum. Penelitian tersebut juga menyatakan bahwa perawatan gigi merupakan kebutuhan perawatan kesehatan yang paling sering tidak dapat dipenuhi pada anak berkebutuhan khusus (Tagelsir, dkk., 2013).

Edukasi orang tua merupakan hal yang sangat penting, karena anak berkebutuhan khusus seringkali mengalami kesulitan dalam melakukan berbagai kegiatan sehari – hari sehingga peran orang tua sangat dibutuhkan dalam membantu anak – anak berkebutuhan khusus tersebut. Orang tua dapat sangat berperan khususnya dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut seperti membantu anak berkebutuhan khusus dalam menyikat gigi mereka. Penelitian yang dilakukan di Karthoum State, India menunjukkan tingkat kebersihan gigi dan

mulut yang lebih buruk secara signifikan ditemukan pada anak berkebutuhan khusus yang menyikat giginya sendiri, dibandingkan dengan anak berkebutuhan khusus yang dibantu oleh orang lain untuk menyikat gigi mereka (Hashim, 2012).

Upaya lain dapat dilakukan untuk meningkatkan kebersihan gigi dan mulut, salah satunya yaitu dengan pemberian edukasi terhadap individu – individu berkebutuhan khusus, yang mana diperlukan pendekatan khusus sesuai dengan keterbatasan dari masing – masing individu tersebut agar mereka dapat lebih memahami tujuan dari kebersihan gigi dan mulut serta mempraktekannya dengan lebih baik.

Pada anak dengan keterbatasan penglihatan, penyampaian edukasi kebersihan gigi dan mulut dapat dilakukan dengan alat penunjang audio. Alat penunjang audio tersebut terbukti berhasil meningkatkan kebersihan gigi dan mulut pada sebuah penelitian yang dilakukan di Chandigarh, India. Penelitian dilakukan dengan cara memperdengarkan alat penunjang audio setiap pagi hari selama satu bulan dengan materi edukasi tentang kebersihan gigi dan mulut yang diberikan pada sekolah anak berkebutuhan khusus tunanetra. Hasil penelitian tersebut menunjukkan kebersihan gigi dan mulut anak tunanetra yang secara signifikan meningkat setelah pemberian media ajar audio disertai dengan pengawasan yang teratur dalam menyikat gigi pada anak – anak tersebut (Bansal, 2014).

Pada anak tunagrahita ringan, anak – anak tersebut mengalami gangguan kecerdasan ringan dan memiliki IQ dikisaran 50 – 70, yang mana skor IQ tersebut

termasuk ke dalam kategori mampu didik (Suparno, dkk., 2007). Pendekatan dapat dilakukan dengan cara penyampaian edukasi kebersihan gigi dan mulut yang dilakukan secara sederhana dan menyenangkan, sehingga anak dapat lebih mudah memahami maksud dan tujuan dari membersihkan gigi dan mulut tersebut.

Pada anak tunagrahita sedang, anak-anak tersebut mengalami gangguan kecerdasan sedang dengan skor IQ berada dikisaran 30 – 50, yang mana skor IQ tersebut termasuk ke dalam kategori mampu latih (Suparno, dkk., 2007). Pendekatan yang dapat dilakukan untuk memberikan edukasi tentang kebersihan gigi dan mulut yaitu dengan cara pelatihan khusus antara satu anak dengan satu pengajar, sehingga pergerakan anak tunagrahita sedang tersebut dalam menyikat gigi dapat diajarkan dengan cara yang lebih baik sesuai dengan metode menyikat gigi yang benar dan dapat terlatih dalam melakukan penyikatan gigi, dengan harapan anak – anak tersebut akan bisa dan terbiasa melakukan aktivitas membersihkan gigi dan mulut nantinya.

Pada anak tunadaksa ortopedi, rendahnya tingkat kebersihan gigi dan mulut dapat terjadi karena keterbatasan motorik, kurangnya pengetahuan mengenai kebersihan gigi dan mulut, serta teknik menyikat gigi yang kurang efektif. Upaya peningkatan kebersihan gigi dan mulut dapat dilakukan dengan cara penggunaan sikat gigi bertenaga baterai yang sangat cocok digunakan oleh individu dengan keterbatasan motorik (Rao, dkk., 2005), sehingga dapat mempermudah anak – anak tunadaksa ortopedi tersebut dalam menyikat gigi dan menjaga kebersihan gigi dan mulut.

Pada anak tunadaksa syaraf yang mengalami keterbatasan motorik dan gangguan kecerdasan, dapat dilakukan pendekatan dengan penggabungan beberapa metode seperti pemberian edukasi yang sederhana mau pun penyampaian edukasi yang berulang sesuai dengan tingkat kemampuan belajar mereka, baik mampu didik mau pun mampu latih, sehingga anak tunadaksa syaraf dapat memahami cara menjaga kebersihan gigi dan mulut. Metode edukasi tersebut dapat digabungkan dengan penggunaan sikat gigi bertenaga baterai atau pun sikat gigi yang dirancang khusus sesuai kemampuan individu, sehingga dapat mempermudah mereka untuk melakukan penyikatan gigi dengan keterbatasan mereka dalam kemampuan gerakan motorik.

Perawatan gigi dan mulut merupakan kebutuhan yang paling sering tidak dapat terpenuhi pada anak berkebutuhan khusus. Hal ini dapat terjadi karena berbagai faktor seperti kurangnya pengetahuan tentang praktek kebersihan gigi dan mulut yang baik oleh pihak – pihak terkait anak berkebutuhan khusus, kurangnya motivasi, rendahnya prioritas yang diberikan terkait kebersihan gigi dan mulut di masyarakat, kurangnya fasilitas untuk penanganan awal, teratur, dan segera dalam perawatan gigi, status sosial – ekonomi yang buruk dari orangtua mau pun pengasuh anak berkebutuhan khusus, serta biaya perawatan yang tinggi, kesemuanya merupakan penyebab banyaknya perawatan gigi yang dibutuhkan oleh anak berkebutuhan khusus (Parkar, dkk., 2014). Kepedulian antara orang tua, pengasuh, sekolah berkebutuhan khusus, dokter gigi, serta pihak – pihak terkait anak berkebutuhan khusus lainnya diharapkan dapat bekerja sama dengan baik

dalam rangka meningkatkan kebersihan gigi dan mulut anak berkebutuhan khusus sehingga tercapai tingkat kebersihan gigi dan mulut yang baik pada anak – anak tersebut.