

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Kebersihan Gigi dan Mulut

Tujuan utama dari kebersihan gigi dan mulut adalah untuk mencegah pembentukan plak gigi. Kebersihan gigi dan mulut yang buruk akan membentuk akumulasi asam yang memproduksi bakteri pada permukaan gigi. Asam tersebut semakin lama akan mendemineralisasi enamel gigi, sehingga menjadi penyebab dari gigi berlubang. Plak pada gigi juga dapat menginvasi dan menginfeksi gusi, yang mana akan menyebabkan penyakit dan radang pada gusi (Curzon, dkk., 1996 *cit.* Nayana, 2014).

Kebersihan gigi dan mulut dapat diukur dengan beberapa jenis indeks. Contoh dari indeks – indeks tersebut yaitu *oral hygiene index (OHI)*, *simplified oral hygiene index (OHI-S)*, *modified patient hygiene performance index (PHP-M index)*, *plaque free score index*, *plaque control record*, dan *oral health status index* (Marya, 2011).

Oral Hygiene Index digunakan karena dianggap sebagai metode yang simpel dan peka untuk mengukur kebersihan gigi dan mulut secara individu atau pun kelompok, namun mengharuskan penggunaanya membuat keputusan untuk memilih gigi yang akan diperiksa dan memerlukan waktu yang lebih untuk memeriksa 12 gigi – geligi. Sebagai alternatif, maka metode OHI-S

digunakan karena memerlukan waktu yang lebih sedikit walau pun tidak sepeka hasil yang didapat jika dibandingkan dengan metode OHI (Hiremath, 2007).

a. OHI – S

Kebersihan gigi dan mulut dapat dinilai menggunakan OHI-S (Greene & Vermillion, 1964). Kelebihan dari penggunaan metode OHI-S diantaranya adalah mudah digunakan, membutuhkan waktu yang tidak lama sehingga dapat digunakan untuk penelitian lapangan, dapat digunakan sebagai tambahan dalam studi epidemiologikal penyakit periodontal, dapat menentukan status kebersihan gigi dan mulut secara kelompok, berguna dalam evaluasi prosedur pendidikan kesehatan gigi dan mulut, serta kesalahan yang terjadi pada *inter-* mau pun *intra-examiner* lebih sedikit (Hiremath, 2007).

1) Skor yang diberikan pada indeks debris adalah sebagai berikut (Marya, 2011):

0 = Tidak ada debris

1 = Debris lunak yang menutupi tidak lebih 1/3 permukaan gigi (dari arah apikal ke incisal/oklusal) dan atau adanya stain

2 = Debris lunak yang menutupi lebih dari 1/3 permukaan gigi tetapi tidak lebih dari 2/3 permukaan gigi (dari arah apikal ke incisal/oklusal)

3 = Debris lunak yang menutupi lebih dari 2/3 permukaan gigi (dari arah apikal ke incisal/oklusal)

$$\text{Debris Index (DI-S)} = \frac{\text{Jumlah Nilai Debris}}{\text{Jumlah Gigi yang Diperiksa}}$$

Gambar 1. Rumus DI-S (Greene & Vermillion, 1964).

2) Skor yang diberikan pada indeks kalkulus adalah sebagai berikut (Marya, 2011):

0 = Tidak ada kalkulus baik supragingiva mau pun subgingiva

1 = Kalkulus supragingiva yang menutupi tidak lebih 1/3 permukaan gigi (dari arah apikal ke incisal/oklusal)

2 = Kalkulus supragingiva yang menutupi lebih dari 1/3 permukaan gigi tetapi tidak lebih dari 2/3 permukaan gigi (dari arah apikal ke incisal/oklusal) dan atau adanya bercak kalkulus subgingiva

3 = Kalkulus supragingiva yang menutupi lebih dari 2/3 permukaan gigi (dari arah apikal ke incisal/oklusal) dan atau adanya garis kalkulus subgingiva yang besar dan kontinu

$$\text{Calculus Index (CI-S)} = \frac{\text{Jumlah Nilai Calculus}}{\text{Jumlah Gigi yang Diperiksa}}$$

Gambar 2. Rumus CI-S (Greene & Vermillion, 1964).

Permukaan gigi yang diperiksa pada metode OHI-S biasanya adalah permukaan lingual gigi 36 dan 46, permukaan buccal gigi 16 dan 26 serta permukaan labial gigi 11 dan 31 (Shivakumar, 2006).

Skor OHI-S adalah total dari skor debris index – simplified (DI-S) dan calculus index – simplified (CI-S). DI-S adalah indeks yang digunakan untuk mengukur debris dan stain di permukaan gigi. CI-S adalah indeks

yang digunakan untuk mengukur deposit kalkulus di permukaan mahkota dan leher gigi.

$$\text{OHI-S} = \frac{\text{Debris Index - Simplified (DI-S)} + \text{Calculus Index Simplified (CI-S)}}{6}$$

Gambar 3. Rumus OHI-S (Greene & Vermillion, 1964).

Tingkatan kebersihan gigi dan mulut dapat diketahui berdasarkan skor OHI – S sebagai berikut.

Tabel 1. Skor OHI-S (Greene & Vermillion, 1964).

Kategori	Skor OHI-S
Baik	0,0 – 1,2
Sedang	1,3 – 3,0
Buruk	3,1 – 6,0

2. Anak Berkebutuhan Khusus

a. Pengertian

Special needs children (anak berkebutuhan khusus) adalah anak dengan karakteristik khusus yang berbeda dibandingkan dengan anak pada umumnya tanpa selalu menunjukkan ketidakmampuan mental, emosi atau fisik. Contoh dari anak berkebutuhan khusus diantaranya adalah tunanetra, tunarungu, tunagrahita, tunadaksa, tunalaras, kesulitan belajar, gangguan perilaku, anak berbakat, dan anak dengan gangguan kesehatan (Heward, 2008). Anak berkebutuhan khusus juga dapat diartikan sebagai anak yang mengalami gangguan fisik, mental, intelegensi, dan emosi sehingga membutuhkan pembelajaran secara khusus (Kosasih, 2012).

Beberapa istilah lain juga digunakan sebagai pengganti istilah berkebutuhan khusus seperti *disability*, *impairment*, dan *handicap*. Tahun 1980, *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan masing – masing istilah tersebut sebagai berikut: *Impairment* atau pelemahan adalah hilangnya/abnormalitas dari struktur atau fungsi tubuh, termasuk fungsi fisiologik. Contohnya adalah berkurangnya ketajaman penglihatan, menyusutnya kapasitas pendengaran, berkurangnya kontrol otot, penurunan kemampuan belajar, dan ketidakmampuan berkonsentrasi. *Disability* atau disabilitas diartikan sebagai keterbatasan atau berkurangnya kemampuan untuk melakukan aktivitas yang dianggap dalam batas kemampuan normal manusia. Beberapa orang lebih memilih istilah ‘*difficulty*’ atau kesulitan seperti pada istilah kesulitan belajar. Seseorang dianggap memiliki disabilitas jika terdapat pelemahan secara fisik mau pun mental yang sangat besar membatasi satu atau lebih aktivitas penting termasuk dan tidak terbatas pada: bernafas, merawat tubuh, berkonsentrasi, mendengar, berinteraksi dengan orang lain, belajar, mengangkat, melaksanakan tugas secara manual, meraih benda, membaca, melihat, berbicara, berdiri, berpikir, berjalan, dan bekerja. *Handicap* atau cacat adalah kerugian yang diakibatkan dari pelemahan atau disabilitas yang membatasi/menghambat terpenuhinya aktivitas normal (Scully, dkk., 2007).

b. Etiologi

Etiologi dari anak berkebutuhan khusus terbagi dalam dua jenis, yaitu *developmental disabilities* (disabilitas pada tahap perkembangan) dan *acquired disabilities* (disabilitas dapatan). Disabilitas pada tahap perkembangan terjadi karena pelemahan yang terjadi pada saat lahir hingga usia 18 tahun dan meliputi infeksi di dalam kandungan, kerusakan metabolisme, sindroma fetal alkohol, abnormalitas kromosom, *birth hypoxia*, autisme, *cerebral palsy*, dan infeksi *postnatal* seperti meningitis, atau *encephalities*. Disabilitas dapatan terjadi karena pelemahan yang dialami setelah tahun – tahun perkembangan tersebut, seperti cedera otak yang traumatik, kerusakan *spinal cord*, *multiple sclerosis*, *arthritis*, dan penyakit *Alzheimer* (Scully, dkk., 2007).

c. Jenis Anak Berkebutuhan Khusus

Secara umum rentangan anak berkebutuhan khusus meliputi dua kategori yaitu: anak yang memiliki kebutuhan khusus yang bersifat permanen, yaitu akibat dari kelainan tertentu, dan anak berkebutuhan khusus yang bersifat temporer, yaitu mereka yang mengalami hambatan belajar dan perkembangan yang disebabkan kondisi dan situasi lingkungan. Anak berkebutuhan khusus temporer, apabila tidak mendapatkan intervensi yang tepat dan sesuai dengan hambatan belajarnya bisa menjadi permanen (Garnida, 2015).

Klasifikasi anak berkebutuhan khusus permanen meliputi (Garnida, 2015):

- 1) Anak dengan gangguan penglihatan (tunanetra)
 - a) Anak kurang awas (*low vision*)
 - b) Anak tunanetra total (*totally blind*)
- 2) Anak dengan gangguan pendengaran dan bicara (Tunarungu/Wicara)
 - a) Anak kurang dengar (*hard of hearing*)
 - b) Anak tuli (*deaf*)
- 3) Anak dengan gangguan kecerdasan (Tunagrahita)
 - a) Anak dengan gangguan kecerdasan (intelektual) di bawah rata-rata (tunagrahita)
 - b) Anak dengan kemampuan intelegensi di atas rata-rata
- 4) Anak dengan gangguan anggota gerak (Tunadaksa)
 - a) Anak layuh anggota gerak tubuh (polio)
 - b) Anak dengan gangguan fungsi syaraf otak (cerebral palsy)
- 5) Anak dengan gangguan perilaku dan emosi (Tunalaras)
 - a) Anak dengan gangguan perilaku
 - b) Anak dengan gangguan emosi
- 6) Anak gangguan belajar spesifik
 - a) Anak yang mengalami gangguan perkembangan (*developmental learning disabilities*) mencakup gangguan motorik dan persepsi, bahasa dan komunikasi, memori, dan perilaku sosial

- b) Anak yang mengalami gangguan akademik (membaca, menulis, dan berhitung)
- 7) Anak lamban belajar (*slow learner*)
- a) Anak yang memiliki potensial sedikit dibawah anak normal
 - b) Anak yang menyelesaikan tugas-tugas akademik terlambat dibandingkan teman-teman seusianya (memerlukan waktu yang lebih lama)
- 8) Anak cerdas istimewa dan berbakat istimewa(CIBI)
- 9) Anak autisme
- a) *Autistic Disorder*
 - b) *Asperger syndrome*
 - c) *PDD-NOS (Not Otherwise Specified)*
 - d) *Rett's Disorder*
 - e) *Childhood Disintegrative Disorder*

Menurut Santoso (2012), anak berkebutuhan khusus dibagi dalam dua kelompok untuk keperluan pendidikan luar biasa:

1) Masalah dalam sensorimotor

Anak yang mengalami kelainan sensorimotor biasanya secara umum lebih mudah diidentifikasi yaitu efek terhadap kemampuan melihat, mendengar, dan Bergeraknya. Kelainan sensorimotor tidak selalu berakibat masalah dalam kemampuan intelektualnya. Sebagian besar anak

yang mengalami masalah dalam sensorimotor dapat belajar dan bersekolah dengan baik seperti anak yang tidak mengalami kelainan.

Tiga jenis kelaianan yang termasuk masalah dalam sensorimotor yaitu:

- a) *hearing disorders* (kelainan pendengaran atau tunarungu)
- b) *visual impairment* (kelainan penglihatan atau tunanetra)
- c) *physical impairment* (kelainan fisik atau tunadaksa)

2) Masalah dalam belajar dan tingkah laku

Kelompok anak berkebutuhan khusus yang mengalami masalah dalam belajar adalah:

- a) *Intellectual disability* (keterbelakangan mental atau tunagrahita)
- b) *Learning disability* (ketidakmampuan belajar atau kesulitan belajar khusus)
- c) *Behaviour disorders* (anak nakal atau tunalaras)
- d) *Gifted and talented* (anak berbakat)
- e) *Multi handicap* (cacat lebih dari satu atau tunaganda)

3. Tunanetra

a. Pengertian

Keterbatasan penglihatan didefinisikan sebagai keterbatasan fungsional dari salah satu atau kedua mata/sistem penglihatan dan dapat bermanifestasi dalam penurunan ketajaman penglihatan atau sensitivitas terhadap kontras, hilangnya kemampuan penglihatan, *photophobia*, *diplopia*, distorsi penglihatan, kesulitan persepsi penglihatan, atau berbagai kombinasi

dari hal – hal tersebut. Keterbatasan penglihatan dapat menyebabkan disabilitas yang secara signifikan mempengaruhi kemampuan individu dalam berfungsi secara mandiri, seperti melakukan aktivitas sehari – hari, dan/atau berpekerjaan secara aman di lingkungan. Permasalahan yang secara spesifik, tetapi tidak terbatas dalam hal tersebut, yaitu pada hilangnya kemampuan untuk membaca bacaan berukuran standar, ketidakmampuan atau keterbatasan dalam mengemudi, kesulitan dalam melakukan hal yang berhubungan dengan pekerjaan atau aktivitas pada waktu luang, dan/atau ketidakmampuan untuk mengenal wajah orang – orang yang familiar. Ketika disabilitas tersebut membatasi individu dalam kemandirian secara personal atau sosioekonomik, maka yang terjadi adalah kecacatan penglihatan (Freeman, dkk., 2007).

b. Etiologi

Keterbatasan fungsional dari salah satu atau kedua mata/sistem penglihatan dapat dihasilkan dari bawaan lahir (trauma *prenatal* atau *postnatal*, kelainan genetik atau perkembangan), keturunan (retinitis pigmentosa atau degenerasi macular Stargardt), atau kondisi didapat (infeksi atau penyakit okular, trauma, perubahan karena usia, atau penyakit sistemik) (Freeman, dkk., 2007).

Anak tunanetra terbagi dalam tiga kelompok berdasarkan waktu dan penyebab terjadinya *impairment*/pelemahan. Pertama yaitu secara genetik seperti katarak, albino, distrofi retina, dan retinoblastoma. Kedua yaitu

selama didalam kandungan dan sebelum lahir seperti infeksi kongenital, retinopati akibat prematuritas, encephalopathy hipoksia-iskemik, abnormalitas/kerusakan otak, dan *optic nerve hypoplasia*. Ketiga yaitu setelah kelahiran seperti trauma, infeksi dan *juvenile idiopathic arthritis* (Lisauer, 2001).

c. Klasifikasi

1) Berdasarkan Tingkat Ketajaman Penglihatan

Seseorang yang dikatakan penglihatannya normal, apabila hasil tes Snellen menunjukkan ketajaman penglihatannya 20/20 atau 6/6 meter. Sedangkan untuk seseorang yang mengalami kelainan penglihatan kategori *Low vision* (kurang lihat), yaitu penyandang tunanetra yang memiliki ketajaman penglihatan 6/20m-6/60m. Kondisi yang demikian sesungguhnya penderita masih dapat melihat dengan bantuan alat khusus.

Selanjutnya untuk seseorang yang mengalami kelainan penglihatan kategori berat, atau *The blind*, yaitu penyandang tunanetra yang memiliki tingkat ketajaman penglihatan 6/60m atau kurang. Untuk yang kategori berat ini, masih ada dua kemungkinan (1) penderita adakalanya masih dapat melihat gerakan-gerakan tangan, ataupun (2) hanya dapat membedakan gelap dan terang. Sedangkan tunanetra yang memiliki ketajaman penglihatan dengan visus 0, sudah sama sekali tidak dapat melihat.

2) Berdasarkan adaptasi Pedagogis,

Klasifikasi penyandang tuna netra berdasarkan kemampuan penyesuaiannya dalam pemberian layanan pendidikan khusus yang diperlukan. Klasifikasi dimaksud adalah:

- a) Kemampuan melihat sedang (*moderate visual disability*), dimana pada taraf ini mereka masih dapat melaksanakan tugas-tugas visual yang dilakukan orang awas dengan menggunakan alat bantu khusus serta dengan bantuan cahaya yang cukup.
- b) Ketidakmampuan melihat taraf berat (*severe visual disability*). Pada taraf ini, mereka memiliki penglihatan yang kurang baik, atau kurang akurat meskipun dengan menggunakan alat bantu visual dan modifikasi, sehingga mereka membutuhkan banyak dan tenaga dalam mengerjakan tugas-tugas visual.
- c) Ketidakmampuan melihat taraf sangat berat (*profound visual disability*), pada taraf ini mereka mengalami kesulitan dalam melakukan tugas-tugas visual, dan tidak dapat melakukan tugas-tugas visual yang lebih detail seperti membaca dan menulis. Untuk itu mereka sudah tidak dapat memanfaatkan penglihatannya dalam pendidikan, dan mengandalkan indra perabaan dan pendengaran dalam menempuh pendidikan (Suparno, dkk., 2007).

4. Tunagrahita

a. Pengertian

Anak tunagrahita adalah suatu kondisi anak yang kecerdasannya jauh dibawah rata – rata dan ditandai oleh keterbatasan intelegensi dan ketidakcakapan terhadap komunikasi sosial. Anak tunagrahita juga sering dikenal dengan istilah terbelakang mental dikarenakan keterbatasan kecerdasannya yang mengakibatkan anak tunagrahita sukar untuk mengikuti pendidikan di sekolah biasa (Kosasih, 2012).

Tiga kriteria harus terpenuhi untuk dapat mendiagnosis seseorang merupakan anak tunagrahita. Pertama, fungsi intelektual secara signifikan dibawah rata rata, skor IQ dibawah 70 atau pada bayi penilaian klinis fungsi intelektual di bawah rata – rata . Kedua, ketidakmampuan beradaptasi yang signifikan, minimal mengalami dua dari kriteria berikut: komunikasi, kemampuan merawat diri, pekerjaan rumah tangga, kemampuan sosial dan interpersonal, pemberdayaan masyarakat, mengerti arah, kemampuan akademik, bekerja, rekreasi, kesehatan, dan keamanan. Ketiga, pada waktu terjadi anak tersebut berumur di bawah 18 tahun (Shapiro & Batshaw, 2011).

b. Etiologi

Anak tunagrahita dengan jenis *mild*/ringan (biasa dihubungkan dengan pengaruh lingkungan) dan *severe*/berat (biasa dihubungkan dengan penyebab biologis) merupakan kasus tunagrahita dengan populasi paling banyak ditemukan. Penyebab pasti pada tunagrahita jenis *mild*/ringan

teridentifikasi pada <50% kasus, dengan penyebab biologis yang umum yaitu pengaruh genetik atau sindroma kromosomal dengan cacat bawaan lahir yang bersifat ganda, mayor, atau minor (*velocardiofacial syndrome, Williams syndrome, Noonan's syndrome*), hambatan pertumbuhan di dalam kandungan, prematuritas, *perinatal insults*, penyalahgunaan obat – obatan di dalam kandungan (termasuk alkohol), dan kelainan seks kromosom. Jenis ini seringkali menjadi penyakit turunan pada keluarga.

Anak tunagrahita dengan jenis *severe*/berat memiliki penyebab biologis (seringkali prenatal) yang dapat teridentifikasi pada >75% kasus. Penyebab tersebut antara lain kromosomal (seperti *Down syndrome, Wolf-Hirschhorn syndrome, deletion 1p36 syndrome*) dan penyebab genetik dan kelainan epigenetic (seperti *fragile X syndrome, Rett syndrome, Angelman and Prader-Willi syndromes*), abnormalitas perkembangan otak (seperti *lissencephaly*), dan kelainan bawaan lahir pada metabolisme tubuh atau kelainan *neurrodegenerative* (seperti *mucopolysacchaaridoses*). Sejalan dengan berbagai penelitian, ditemukan bahwa kelainan yang mengganggu embriogenesis tahap awal adalah penyebab paling parah, semakin awal permasalahan tersebut terjadi, semakin tinggi tingkat keparahan yang terjadi (Shapiro & Batshaw, 2011).

c. Klasifikasi

Pengklasifikasian anak tunagrahita perlu dilakukan untuk memudahkan guru dalam menyusun program layanan/pendidikan dan

melaksanakannya secara tepat. Perlu diperhatikan bahwa perbedaan individu (individual differences) pada anak tunagrahita bervariasi sangat besar, demikian juga dalam pengklasifikasian terdapat cara yang sangat bervariasi tergantung dasar pandang dalam pengelompokannya. Klasifikasi itu sebagai berikut (Suparno, dkk., 2007):

1) Klasifikasi yang berpandangan medis, dalam bidang ini memandang variasi anak tunagrahita dari keadaan tipe klinis. Tipe klinis pada tanda anatomik dan fisiologik yang mengalami patologik atau penyimpangan. Kelompok tipe klinis di antaranya:

a) *Down Syndrom* (dahulu disebut Mongoloid)

Pada tipe ini terlihat raut rupanya menyerupai orang Mongol dengan ciri: mata sipit dan miring, lidah tebal dan terbelah-belah serta biasanya menjulur keluar, telinga kecil, tangan kering, semakin dewasa kulitnya semakin kasar, pipi bulat, bibir tebal dan besar, tangan bulat dan lemah, kecil, tulang tengkorak dari muka hingga belakang tampak pendek.

b) Kretin

Pada tipe kretin nampak seperti orang cebol dengan ciri: badan pendek, kaki tangan pendek, kulit kering, tebal, dan keriput, rambut kering, kuku pendek dan tebal.

c) *Hydrocephalus*

Gejala yang nampak adalah semakin membesarnya Cranium (tengkorak kepala) yang disebabkan oleh semakin bertambahnya atau bertimbunnya cairan Cerebro-spinal pada kepala. Cairan ini memberi tekanan pada otak besar (*cerebrum*) yang menyebabkan kemunduran fungsi otak.

d) *Microcephalus*, *Macrocephalus*, *Brachicephalus* dan *Schaphocephalus*

Keempat istilah tersebut menunjukkan kelainan bentuk dan ukuran kepala, yang masing-masing dijelaskan sebagai berikut:

Microcephalus : bentuk ukuran kepala yang kecil

Macrocephalus : bentuk ukuran kepala lebih besar dari ukuran normal

Brachicephalus : bentuk kepala yang melebar

Schaphocephalus: memiliki ukuran kepala yang panjang sehingga menyerupai menara

e) *Cerebral Palsy* (kelompok kelumpuhan pada otak)

Kelumpuhan pada otak mengganggu fungsi kecerdasan, di samping kemungkinan mengganggu pusat koordinasi gerak, sehingga kelainan cerebral palsy terdiri tunagrahita dan gangguan koordinasi gerak. Gangguan koordinasi gerak menjadi kajian bidang penanganan tunadaksa, sedangkan gangguan kecerdasan menjadi kajian bidang penanganan tunagrahita.

f) Rusak otak (*Brain Damage*)

Kerusakan otak berpengaruh terhadap berbagai kemampuan yang dikendalikan oleh pusat susunan saraf yang selanjutnya dapat terjadi gangguan kecerdasan, gangguan pengamatan, gangguan tingkah laku, gangguan perhatian, gangguan motorik.

2) Klasifikasi yang berpandangan pendidikan, memandang variasi anak tunagrahita dalam kemampuannya mengikuti pendidikan. Kalangan *American Education* mengelompokkan menjadi *Educable mentally retarded*, *Trainable mentally retarded* dan *Totally / custodial dependent* yang diterjemahkan dalam bahasa Indonesia: mampu didik, mampu latih, dan perlu rawat. Pengelompokan tersebut sebagai berikut:

a) Mampu didik, anak ini setingkat *mild*, *Borderline*, *Marginally dependent*, *moron*, dan *debil*. IQ mereka berkisar 50/55-70/75.

b) Mampu latih, setingkat dengan *Moderate*, *semi dependent*, *imbesil*, dan memiliki tingkat kecerdasan IQ berkisar 20/25-50/55.

c) Perlu rawat, mereka termasuk *Totally dependent or profoundly mentally retarded*, *severe*, *idiot*, dan tingkat kecerdasan mereka berkisar 0/5-20/25.

3) Klasifikasi yang berpandangan sosiologis memandang variasi tunagrahita dalam kemampuannya mandiri di masyarakat, atau peran yang dapat dilakukan masyarakat. Menurut *American Association of Mental Deficiency* klasifikasi itu sebagai berikut:

- a) Tunagrahita ringan; tingkat kecerdasan (IQ) mereka berkisar 50-70, dalam penyesuaian sosial maupun bergaul, mampu menyesuaikan diri pada lingkungan sosial yang lebih luas dan mampu melakukan pekerjaan setingkat semi terampil.
- b) Tunagrahita sedang; tingkat kecerdasan (IQ) mereka berkisar antara 30-50; mampu melakukan keterampilan mengurus diri sendiri (self-help); mampu mengadakan adaptasi sosial di lingkungan terdekat; dan mampu mengerjakan pekerjaan rutin yang perlu pengawasan atau bekerja di tempat kerja terlindung (sheltered work-shop).
- c) Tunagrahita berat dan sangat berat, mereka sepanjang kehidupannya selalu tergantung bantuan dan perawatan orang lain. Ada yang masih mampu dilatih mengurus sendiri dan berkomunikasi secara sederhana dalam batas tertentu. Anak tersebut biasanya memiliki tingkat kecerdasan (IQ) kurang dari 30.

5. Tunadaksa

a. Pengertian

Seseorang yang tunadaksa adalah orang yang mengalami kesulitan mengoptimalkan fungsi anggota tubuh sebagai bawaan, akibat luka, penyakit, atau pertumbuhan yang salah bentuk. Akibatnya, kemampuan orang itu untuk melakukan gerakan – gerakan tubuh tertentu mengalami penurunan. Tunadaksa dapat pula didefinisikan sebagai ketidakmampuan anggota tubuh untuk melaksanakan fungsinya yang disebabkan oleh

berkurangnya kemampuan anggota tubuh untuk melaksanakan fungsi secara normal, sebagai akibat bawaan luka, penyakit, atau pertumbuhan yang tidak sempurna sehingga untuk kepentingan pembelajarannya perlu layanan secara khusus (Kosasih, 2012).

b. Etiologi

Kondisi kelainan pada fungsi anggota tubuh (tunadaksa) dapat terjadi pada saat *prenatal*, *neonatal*, mau pun *postnatal*. Insiden kelainan fungsi anggota tubuh atau ketunadaksaan, yang terjadi sebelum bayi lahir atau ketika dalam kandungan, di antaranya dikarenakan faktor genetik dan kerusakan pada sistem syaraf pusat.

Faktor lain yang menyebabkan kelainan pada bayi selama dalam kandungan ialah *anoxia prenatal*, gangguan metabolisme pada ibu, dan faktor *rhesus*. Kondisi ketunadaksaan yang terjadi pada masa kelahiran bayi diantaranya kesulitan saat persalinan karena letak bayi sungsang atau panggul ibu terlalu kecil, pendarahan pada otak saat kelahiran, kelahiran prematur, dan gangguan pada *placenta* yang dapat mengurangi oksigen sehingga mengakibatkan terjadinya *anoxia*.

Ketunadaksaan yang terjadi pada masa setelah anak lahir, di antaranya faktor penyakit, faktor kecelakaan, dan pertumbuhan tubuh atau tulang yang tidak sempurna (Kosasih, 2012).

c. Klasifikasi

Menurut tingkat kelainannya, anak-anak tunadaksa dapat diklasifikasikan sebagai berikut (Suparno, dkk., 2007):

1) Cerebral palsy (CP) :

- a) Ringan, dapat berjalan tanpa alat bantu, mampu berbicara dan dapat menolong dirinya sendiri.
- b) Sedang, memerlukan bantuan untuk berjalan, latihan berbicara, dan mengurus diri sendiri.
- c) Berat, memerlukan perawatan tetap dalam ambulansi, berbicara, dan menolong diri sendiri.

2) Berdasarkan letaknya

- a) Spastic, kekakuan pada sebagian atau seluruh ototnya.
- b) Dyskenisia, gerakannya tak terkontrol (athetosis), serta terjadinya kekakuan pada seluruh tubuh yang sulit digerakkan (rigid).
- c) Ataxia, gangguan keseimbangan, koordinasi mata dan tangan tidak berfungsi, dan cara berjalannya gontai.
- d) Campuran, yang mengalami kelainan ganda

3) Polio

- a) Tipe spinal, kelumpuhan pada otot-otot leher, sekat dada, tangan dan kaki.
- b) Tipe bulbar, kelumpuhan fungsi motorik pada satu atau lebih saraf tepi yang menyebabkan adanya gangguan pernapasan.

- c) Tipe bulbispinalis, gangguan antara tipe spinal dan bulbair.
- d) Encephalitis, yang umumnya ditandai dengan adanya demam, kesadaran menurun, tremor, dan kadang-kadang kejang.

Menurut Kosasih (2012), klasifikasi karakteristik kelainan anak yang dikategorikan sebagai penyandang tunadaksa ke dalam dua jenis, yaitu tunadaksa ortopedi (*orthopedically handicapped*) dan anak tunadaksa syaraf (*neurologically handicapped*).

1) Tunadaksa ortopedi

Anak tunadaksa ortopedi adalah anak tunadaksa yang mengalami kelainan, kecacatan ketunaan tertentu pada bagian tulang, otot tubuh, atau pun daerah persendian, baik itu yang dibawa sejak lahir (*congenital*) maupun yang diperoleh kemudian (karena penyakit atau kecelakaan) sehingga mengakibatkan terganggunya fungsi tubuh secara normal. Kelainan yang termasuk dalam kategori tunadaksa ortopedi ini diantaranya *poliomyelitis*, *tuberculosis* tulang, *osteomyelitis*, *arthritis*, *paraplegia*, *bemiplegia*, *muscle dystrophia*, kelainan pertumbuhan anggota tubuh atau anggota badan yang tidak sempurna, cacat punggung, amputasi tangan, lengan, kaki, dan lain – lain.

2) Tunadaksa syaraf

Anak tunadaksa syaraf (*neurologically handicapped*) adalah anak tunadaksa yang mengalami kelainan akibat gangguan pada susunan syaraf di otak. Sebagai pengontrol tubuh, otak memiliki sejumlah syaraf yang

menjadi pengendali mekanisme tubuh. Jika otak mengalami kelainan, sesuatu akan terjadi pada organisme fisik, emosi, dan mental.

Efek luka pada bagian otak tertentu, penderita akan mengalami gangguan dalam perkembangan, mungkin akan berakibat ketidakmampuan dalam melaksanakan berbagai bentuk kegiatan. Salah satu bentuk kelainan yang terjadi pada fungsi otak dapat dilihat pada anak *cerebral palsy*.

6. Sekolah Luar Biasa

a. Pengertian

Sistem layanan pendidikan segregasi adalah sistem pendidikan yang terpisah dari sistem pendidikan anak normal. Pendidikan anak berkebutuhan khusus melalui sistem segregasi maksudnya adalah penyelenggaraan pendidikan yang dilaksanakan secara khusus, dan terpisah dari penyelenggaraan pendidikan untuk anak normal. Artinya, anak berkebutuhan khusus diberikan layanan pendidikan pada lembaga pendidikan khusus untuk anak berkebutuhan khusus, seperti Sekolah Luar Biasa (SLB), Sekolah Dasar Luar Biasa, Sekolah Menengah Pertama Luar Biasa, dan Sekolah Menengah Atas Luar Biasa (Suparno, dkk., 2007).

b. Undang – Undang Terkait Sekolah Luar Biasa

Sejalan dengan perbaikan sistem perundangan di RI, yaitu UU RI No. 2 tahun 1989 dan PP No. 72 tahun 1991, dalam pasal 4 PP No. 72 tahun 1991 satuan pendidikan luar biasa terdiri dari:

- 1) Sekolah Dasar Luar Biasa (SDLB) dengan lama pendidikan minimal enam tahun.
- 2) Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama Luar Biasa (SLTPLB) minimal tiga tahun.
- 3) Sekolah Menengah Luar Biasa (SMLB) minimal tiga tahun.

Pada pasal 6 PP No. 72 tahun 1991 juga dimungkinkan penyelenggaraan Taman Kanak-kanak Luar Biasa (TKLB) dengan lama pendidikan satu sampai tiga tahun (Suparno, dkk., 2007).

Menurut Peraturan Pemerintah No. 17 Tahun 2010 Pasal 129 ayat (3) menetapkan bahwa Peserta didik berkelainan terdiri atas peserta didik yang:

- 1) tunanetra; 2) tunarungu; 3) tunawicara; 4) tunagrahita; 5) tunadaksa; 6) tunalaras; 7) berkesulitan belajar; 8) lamban belajar; 9) autisme; 10) memiliki gangguan motorik; 11) menjadi korban penyalahgunaan narkoba, obat terlarang, dan zat adiktif lain; dan 12) memiliki kelainan lain.

c. Jenis

Ada empat bentuk penyelenggaraan pendidikan dengan sistem segregasi, yaitu (Suparno, dkk., 2007):

1) Sekolah Luar Biasa (SLB)

Bentuk Sekolah Luar Biasa merupakan bentuk sekolah yang paling tua. Bentuk SLB merupakan bentuk unit pendidikan. Artinya, penyelenggaraan sekolah mulai dari tingkat persiapan sampai dengan

tingkat lanjutan diselenggarakan dalam satu unit sekolah dengan satu kepala sekolah.

Sekolah Luar Biasa merupakan lembaga pendidikan yang dipersiapkan untuk menangani dan memberikan pelayanan pendidikan secara khusus bagi penyandang jenis kelainan tertentu. Dalam pelaksanaannya SLB terbagi atas beberapa jenis sesuai kelainan peserta didik, yaitu:

- a) SLB Bagian A, yaitu lembaga pendidikan yang memberikan pelayanan pendidikan secara khusus untuk peserta didik yang menyandang kelainan pada penglihatan (tunenetra).
- b) SLB Bagian B, yaitu lembaga pendidikan yang memberikan pelayanan pendidikan secara khusus untuk peserta didik yang menyandang kelainan pada pendengaran (tunarungu).
- c) SLB Bagian C, yaitu lembaga pendidikan yang memberikan pelayanan pendidikan secara khusus untuk peserta didik tunagrahita ringan dan SLB Bagian C1, yaitu lembaga pendidikan yang memberikan pelayanan pendidikan secara khusus untuk peserta didik tunagrahita sedang.
- d) SLB Bagian D, yaitu lembaga pendidikan yang memberikan pelayanan pendidikan secara khusus untuk peserta didik tunadaksa tanpa ada gangguan kecerdasan (tunadaksa ortopedi) dan SLB Bagian D1, yaitu lembaga pendidikan yang memberikan pelayanan pendidikan secara

khusus untuk peserta didik tunadaksa yang disertai dengan gangguan kecerdasan (tunadaksa syaraf).

e) SLB Bagian E, yaitu lembaga pendidikan yang memberikan pelayanan pendidikan secara khusus untuk peserta didik tunalaras.

f) SLB Bagian G, yaitu lembaga pendidikan yang memberikan pelayanan pendidikan secara khusus untuk peserta didik tunaganda

Sekolah Luar Biasa ada yang hanya mendidik satu kelainan saja, namun ada pula SLB yang mendidik lebih dari satu kelainan, sehingga muncul SLB-BC yaitu SLB untuk anak tunarungu dan tunagrahita; SLB-ABCD, yaitu SLB untuk anak tunanetra, tunarungu, tunagrahita, dan tunadaksa. Hal ini terjadi karena jumlah anak yang ada di unit tersebut sedikit dan fasilitas sekolah terbatas.

2) Sekolah Luar Biasa Berasrama

Sekolah Luar Biasa Berasrama merupakan bentuk sekolah luar biasa yang dilengkapi dengan fasilitas asrama. Peserta didik SLB berasrama tinggal diasrama. Pengelolaan asrama menjadi satu kesatuan dengan pengelolaan sekolah, sehingga di SLB tersebut ada tingkat persiapan, tingkat dasar, dan tingkat lanjut, serta unit asrama. Bentuk satuan pendidikannya pun juga sama dengan bentuk SLB di atas, sehingga ada SLB-A untuk anak tunanetra, SLB-B untuk anak tunarungu, SLB-C untuk anak tunagrahita, SLB-D untuk anak tunadaksa, dan SLB-E untuk anak tunalaras, serta SLB-AB untuk anak tunanetra dan tunarungu.

Program SLB berasrama memiliki kesinambungan program pembelajaran antara yang ada di sekolah dengan di asrama, sehingga asrama merupakan tempat pembinaan setelah anak di sekolah. Sekolah Luar Biasa berasrama merupakan pilihan sekolah yang sesuai bagi peserta didik yang berasal dari luar daerah, karena mereka terbatas fasilitas antar jemput.

3) Kelas Jauh/Kelas Kunjung

Kelas jauh atau kelas kunjung adalah lembaga yang disediakan untuk memberi pelayanan pendidikan bagi anak berkebutuhan khusus yang tinggal jauh dari SLB atau SDLB. Penyelenggaraan kelas jauh/kelas kunjung merupakan kebijaksanaan pemerintah dalam rangka menuntaskan wajib belajar serta pemerataan kesempatan belajar.

Anak berkebutuhan khusus tersebar di seluruh pelosok tanah air, sedangkan sekolah-sekolah yang khusus mendidik mereka masih sangat terbatas di kota/kabupaten. Adanya kelas jauh/kelas kunjung ini maka diharapkan layanan pendidikan bagi anak berkebutuhan khusus semakin luas.

Konsep penyelenggaraan kelas jauh/kelas kunjung menjadi tanggung jawab SLB terdekatnya. Tenaga guru yang bertugas di kelas tersebut berasal dari guru SLB-SLB di dekatnya. Mereka berfungsi sebagai guru kunjung (*itinerant teacher*). Kegiatan administrasinya dilaksanakan di SLB terdekat tersebut.

4) Sekolah Dasar Luar Biasa

Pemerintah mulai Pelita II, menyelenggarakan Sekolah Dasar Luar Biasa (SDLB) dalam rangka menuntaskan kesempatan belajar bagi anak berkebutuhan khusus. Sekolah Dasar Luar Biasa merupakan unit sekolah yang terdiri dari berbagai kelainan yang dididik dalam satu atap, sehingga dalam SDLB terdapat anak tunanetra, tunarungu, tunagrahita, dan tunadaksa.

Tenaga kependidikan di SDLB terdiri dari kepala sekolah, guru untuk anak tunanetra, guru untuk anak tunarungu, guru untuk anak tunagrahita, guru untuk anak tunadaksa, guru agama, dan guru olahraga. Sekolah Dasar Luar Biasa juga dilengkapi dengan tenaga ahli yang berkaitan dengan kelainan seperti dokter umum, dokter spesialis, fisioterapis, psikolog, *speech therapist*, *audiologist*, serta tenaga administrasi dan penjaga sekolah.

Kurikulum yang digunakan di SDLB adalah kurikulum yang digunakan di SLB untuk tingkat dasar yang disesuaikan dengan kekhususannya. Kegiatan belajar dilakukan secara individual, kelompok, dan klasikal sesuai dengan ketunaan masing-masing. Pendekatan yang dipakai juga lebih ke pendekatan individualisasi. Pelayanan khusus sesuai dengan ketunaan anak juga diselenggarakan selain kegiatan pembelajaran dalam rangka rehabilitasi di SDLB. Anak tunanetra memperoleh latihan menulis dan membaca braille dan orientasi mobilitas; anak tunarungu

memperoleh latihan membaca ujaran, komunikasi total, bina persepsi bunyi dan irama; anak tunagrahita memperoleh layanan mengurus diri sendiri; dan anak tunadaksa memperoleh layanan fisioterapi dan latihan koordinasi motorik.

Lama pendidikan di SDLB sama dengan lama pendidikan di SLB konvensional untuk tingkat dasar, yaitu anak tunanetra, tunagrahita, dan tunadaksa selama enam tahun, dan untuk anak tunarungu delapan tahun.

B. Landasan Teori

Tujuan utama dari kebersihan gigi dan mulut adalah untuk mencegah terjadinya plak pada gigi, yang mana plak tersebut adalah penyebab dari gigi berlubang dan penyakit serta radang pada gusi jika dibiarkan begitu saja. Salah satu cara yang dapat digunakan untuk mengetahui skor kebersihan gigi dan mulut yaitu dengan menggunakan metode OHI-S.

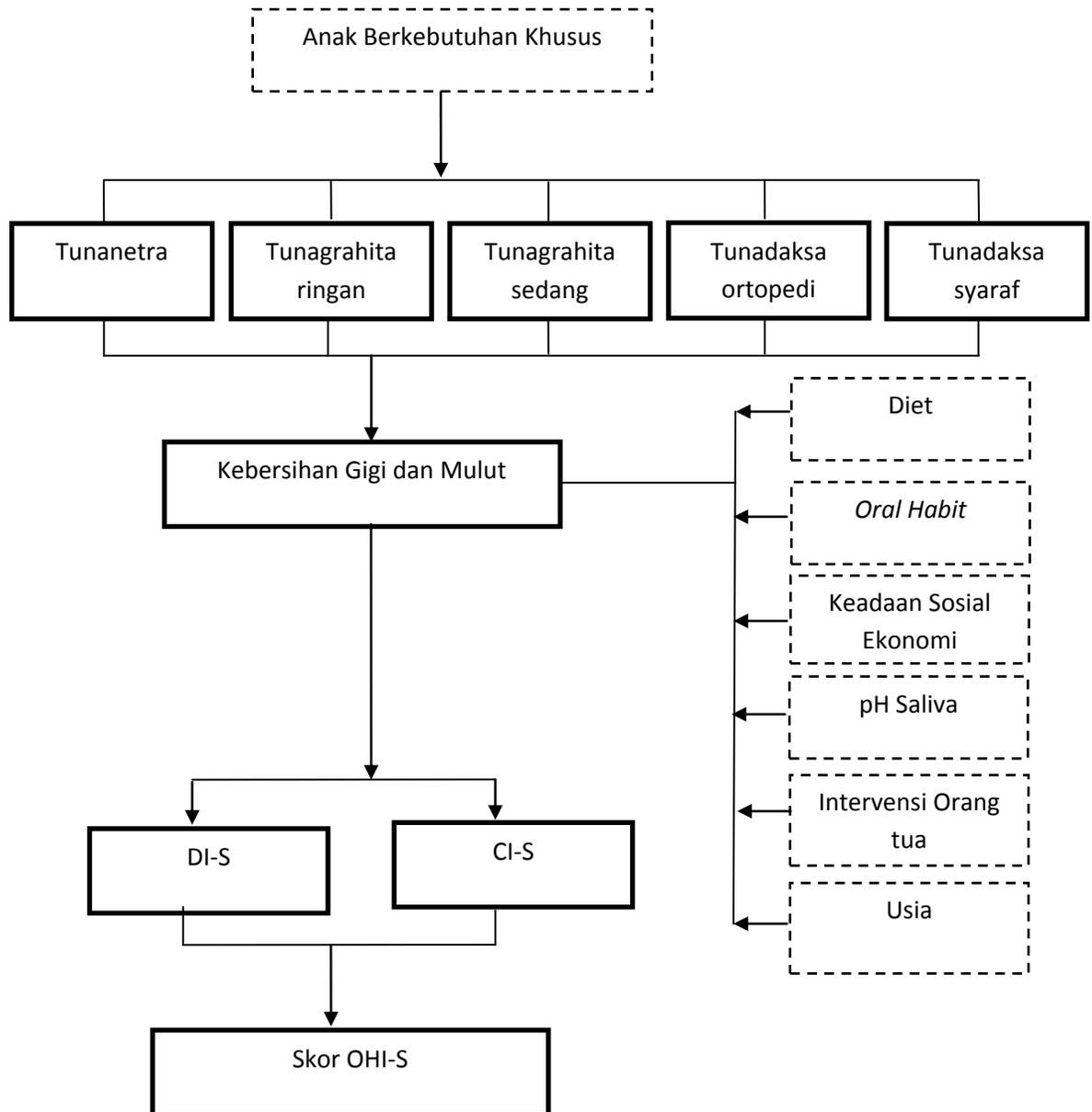
Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang memiliki keterbatasan untuk melakukan aktivitas sehari – hari seperti yang mampu dilakukan anak normal pada umumnya. Kebersihan gigi dan mulut yang buruk pada anak berkebutuhan khusus seringkali ditemukan dan merupakan salah satu kebutuhan penting yang tidak terpenuhi. Skor kebersihan gigi dan mulut anak berkebutuhan khusus menunjukkan angka yang lebih rendah dibandingkan dengan anak normal lainnya.

Anak tunanetra, tunagrahita, dan tunadaksa tentunya memiliki hambatan masing – masing yang berbeda dalam memenuhi kebersihan gigi dan mulut. Beberapa anak mungkin saja dapat membersihkan gigi sendiri, namun beberapa

anak lainnya mungkin memiliki keterbatasan fisik dan mental yang menghambat mereka dalam menjaga kebersihan gigi dan mulut. Hal ini tentu saja akan mempengaruhi skor kebersihan gigi dan mulut masing – masing individu berkebutuhan khusus.

Sekolah Luar Biasa (SLB) merupakan unit yang menyelenggarakan pendidikan untuk anak berkebutuhan khusus dan memiliki pelayanan khusus yang terpisah dari sistem pendidikan anak normal lainnya. SLB A, SLB C, SLB C1, SLB D, dan SLB D1 adalah salah satu tipe SLB yang menyelenggarakan dan melayani pendidikan khusus untuk anak tunanetra, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa syaraf.

C. Kerangka Konsep



Gambar 4. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

 = dilakukan penelitian

D. Hipotesis

Berdasarkan landasan teori di atas, maka hipotesis penelitian ini adalah sebagai berikut:

Terdapat perbedaan skor kebersihan gigi dan mulut *special needs children* antara tunanetra, tunagrahita ringan, tunagrahita sedang, tunadaksa ortopedi, dan tunadaksa syaraf pada SLB 1 Bantul.