

**PENGARUH POLA ASUH ORANG TUA TERHADAP
TINGKAT KOOPERATIF ANAK USIA 3-5 TAHUN
DALAM PERAWATAN GIGI DAN MULUT**



SKRIPSI

*Diajukan sebagai salah satu syarat untuk
mencapai gelar Sarjana Kedokteran Gigi*

Oleh:

A. ST. HAJRAH YUSUF

J 111 10 001

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2013

ABSTRAK

Latar Belakang: Masalah management perilaku anak merupakan masalah utama dalam praktik kedokteran gigi pediatrik. Salah satu faktor yang mempengaruhi respon tingkah laku anak terhadap perawatan gigi dan mulut adalah pola asuh orang tua. Secara umum, pola asuh orang tua dibedakan atas tiga kategori utama yaitu pola asuh otoriter, permisif dan demokratis. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pola asuh orang tua terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun dalam perawatan gigi dan mulut. Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan desain penelitian *cross sectional*. **Metode:** Untuk memperoleh data di lapangan dilakukan dengan cara penyebaran kuesioner *Parenting Style and Dimension Questionnaire (PSDQ)* dan lembar penilaian *Frankl Behavior Rating Scale* kepada 130 responden yang sedang memanfaatkan perawatan gigi dan mulut di RSGMP UNHAS. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara simultan terdapat pengaruh yang signifikan dari variabel independen terhadap variabel dependen dengan nilai $\text{sig} < \alpha$ (0,05). Sedangkan secara parsial variabel yang paling berpengaruh terhadap kooperatif anak yakni variabel demokratis dengan nilai eksponen B sebesar 8,370. **Kesimpulan:** Dari penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan pola asuh orang tua terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun dalam perawatan gigi dan mulut.

Kata Kunci: pola asuh, tingkat kooperatif

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat ALLAH SWT yang telah memberikan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan studi, melaksanakan penelitian dan menyusun skripsi ini. Shalawat dan taslim tak lupa pula penulis panjatkan kepada nabi besar Muhammad SAW. “Allahumma Shalli alaa Muhammad Waalaa Alii Muhammad”

Skripsi yang berjudul “*Pengaruh Pola Asuh Orang Tua terhadap Tingkat Kooperatif Anak Usia 3-5 Tahun dalam Perawatan Gigi dan Mulut*”, dibuat sebagai tugas akhir yang merupakan salah satu syarat penyelesaian studi di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin. Dengan segenap usaha maksimal yang penulis curahkan dalam penyelesaian skripsi ini, semoga dapat memberi berkah dan manfaat, bukan hanya kepada diri pribadi penulis tetapi juga dapat berguna bagi siapa saja yang membutuhkannya.

Ucapan terima kasih yang setulus – tulusnya pada orang tua penulis, Ayahanda **A. Muh. Yusuf** dan Ibunda **Hj. Bunga Onjong**, serta kepada kakanda tercinta saudari **A. St. Nurhafifah Yusuf**, atas segala dukungan, doa, kesabaran, dan pengorbanannya, serta bantuan moril dan materil yang mereka berikan kepada penulis.

Terima kasih yang sebesar-besarnya penulis hanturkan kepada pembimbing **drg. Nurhaedah H. Galib B., Sp. KGA** atas waktu yang telah diluangkan untuk membimbing, memberi saran, motivasi, perhatian serta diskusi – diskusi yang

dilakukan dengan penulis selama penyusunan skripsi ini. terselesaikannya penyusunan skripsi ini tidak terlepas dari kebaikan, kemurahan hati dan dukungan yang diberikan oleh beliau.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada **Bagian IKGA, RSGMP Halimah Dg Sikati, UNHAS** atas pemberian izin dan bantuan kepada penulis dalam melakukan penelitian.

Secara khusus penulis ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi – tingginya kepada:

1. **Prof. drg. Mansjur Natsir, Ph. D** selaku Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin yang selama ini telah banyak memberikan saran dan arahan yang positif.
2. **Drg. Eri Hendra Jubhari, M.Kes** selaku penasehat akademik yang telah mengawal penulis di bidang akademik.
3. Sahabat- sahabat penulis **Zainal Hamzah, Ridhayani, Irma Aryani, Muh. Fadhil, Aini Dwi, Ayu Sabrini** dan **Endang Dwiyana** yang senantiasa memberikan semangat kepada penulis dan mendampingi penulis melewati masa – masa sulit selama penyusunan skripsi ini.
4. Sahabat – sahabat seperjuangan **ATRISI 2010** terima kasih atas segala dukungan dan kerjasamanya serta rasa persaudaraan yang selama ini terjalin.
5. Teman-teman **KKN Profesi Kesehatan Angkatan 44 Posko Desa. Komara, Kec. Polongbangkeng Utara, Kab. Takalar** atas dukungan dan semangat yang diberikan kepada penulis.

6. Seluruh kakak koas bagian IKGA dan staf bagian IKGA yang telah membantu penulis dalam proses penelitian.
7. Kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan baik moril maupun materil hingga skripsi ini dapat terselesaikan.

Akhirnya, penulis memohon maaf atas segala kekhilafan dan keterbatasan yang ada selama penyusunan skripsi ini. Kritik dan saran masih senantiasa penulis harapkan dari semua pihak demi kesempurnaan pengetahuan penulis selanjutnya. Semoga Allah SWT membalas segala budi baik yang telah kalian berikan dan semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Makassar, Agustus 2013

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 LATAR BELAKANG.....	1
1.2 RUMUSAN MASALAH	5
1.3 TUJUAN PENELITIAN	6
1.4 HIPOTESIS PENELITIAN.....	6
1.5 MANFAAT PENELITIAN	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 TINJAUAN UMUM TENTANG POLA ASUH ORANG TUA.....	8
2.1.1 Definisi Pola Asuh Orang Tua	8
2.1.2 Macam-Macam Pola Asuh Orang Tua	9
2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Pembentukan Pola Asuh Orang Tua	14
2.1.4 Karakteristik Anak Berdasarkan Pola Asuh Orang Tua	18
2.2 TINJAUAN UMUM TENTANG TINGKAT KOOPERTIF ANAK.....	19

2.2.1 Definisi Perilaku Anak	19
2.2.2 Tipe-Tipe Perilaku Anak dalam Perawatan Gigi dan Mulut	20
2.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Tingkat Kooperatif Anak dalam Perawatan Gigi Dan Mulut	24
2.2.4 Karakteristik Anak Usia 3-5 Tahun	29
2.3 HUBUNGAN POLA ASUH ORANG TUA DENGAN TINGKAT KOOPERATIF ANAK DALAM PERAWATAN GIGI DAN MULUT	32
BAB III KERANGKA KONSEP	
3.1 KERANGKA TEORI	35
3.2 KERANGKA KONSEP	36
BAB IV METODE PENELITIAN	
4.1 Jenis Penelitian	37
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	37
4.3 Variabel Penelitian	37
4.4 Definisi Operasional	38
4.5 Populasi dan Sampel Penelitian	39
4.6 Pengumpulan Data	40
4.7 Instrumen / Alat Ukur	41
4.8 Analisis Data	44
4.9 Prosedur Penelitian	45
4.10 Alur Penelitian	46

BAB V HASIL PENELITIAN	47
BAB VI PEMBAHASAN	60
BAB VII PENUTUP	65
7.1 Simpulan	65
7.2 Saran	65
DAFTAR PUSTAKA	vi
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel V.1 Distribusi frekuensi responden menurut umur anak di Bagian IKGA RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013	47
Tabel V.2 Distribusi frekuensi responden menurut jenis kelamin anak di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013	48
Tabel V.3 Distribusi frekuensi responden menurut jumlah kunjungan ke dokter gigi di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013.....	49
Tabel V.4 Distribusi frekuensi responden menurut jenis perawatan di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013	50
Tabel V.5 Distribusi frekuensi responden menurut diagnosis perilaku di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013	50
Tabel V.6 Distribusi frekuensi responden menurut kelompok umur orang tua pasien di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013	51
Tabel V.7 Distribusi frekuensi responden menurut jenis kelamin orang tua pasien di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013	52
Tabel V.8 Distribusi frekuensi responden menurut pendidikan terakhir orang tua pasien di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013	52
Tabel V.9 Distribusi frekuensi responden menurut pekerjaan orang tua pasien di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013	53

Tabel V.10 Distribusi frekuensi responden menurut pola asuh otoriter orang tua pasien di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013	54
Tabel V.11 Distribusi pola asuh orang tua otoriter terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun yang dirawat di Bagian IKGA,RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013	54
Tabel V.12 Distribusi frekuensi responden menurut pola asuh permisif orang tua pasien di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013	55
Tabel V.13 Distribusi pola asuh orang tua permisif terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun yang dirawat di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013.....	55
Tabel V.14 Distribusi frekuensi responden menurut pola asuh demokratis orang tua pasien di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013	56
Tabel V.15 Distribusi pola asuh orang tua demokratis terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun yang dirawat di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013.....	57
Tabel V.16 Hubungan pola asuh orang tua terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013.....	58
Tabel V.17 Pengaruh pola asuh orang tua terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013.....	59

DAFTAR LAMPIRAN

1. Kuesioner Penelitian Pola Asuh Orang Tua (*Parenting Styles and Dimensions Questionnaire PSDQ*)
2. Lembar penilaian tingkat kooperatif anak (*Frankl Behaviour Rating Scale*)
3. Data Penelitian
4. Analisis Data
5. Surat Penugasan
6. Surat Pernyataan
7. Surat Izin Penelitian
8. Dokumentasi Sampel
9. Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Dewasa ini, masalah perilaku anak dalam praktek kedokteran gigi yang melibatkan sikap negatif terhadap dokter gigi serta sikap mengacau selama perawatan gigi berlangsung telah banyak diakui sebagai sumber masalah dalam manajemen perilaku pasien anak.¹ Sebuah survei yang dilakukan pada tahun 2003 tentang praktek manajemen perilaku dari 139 dokter gigi anak di Daratan Cina ditemukan bahwa 44,6% harus menghentikan atau mengubah rencana perawatan dalam waktu satu bulan karena kesulitan dalam mengelola perilaku anak-anak selama perawatan.²

Masalah perilaku anak cenderung memiliki asal-usul multifaktor yang luas dibagi menjadi karakteristik pribadi dan faktor lingkungan atau faktor situasional. Karakteristik kepribadian dianggap sebagai hal yang paling mempengaruhi perilaku anak, selain itu juga sangat dipengaruhi oleh lingkungan sosial dan keluarga. Pengaruh faktor kepribadian seperti temperamen, ketakutan umum dan masalah perilaku telah banyak dipelajari secara ekstensif, namun pengaruh faktor lingkungan dan situasional masih relatif kurang diteliti dan sebagian besar dilakukan di Eropa dan Asia Tenggara.^{1,3}

Di antara faktor lingkungan dan situasional, telah didokumentasikan dengan baik bahwa pola asuh orang tua di rumah sangat berkorelasi dengan perilaku dan

kemampuan sosialisasi yang ditunjukkan anak dengan lingkungan sekitarnya. Pola asuh orang tua juga merupakan hal yang penting antara hubungan interpersonal anak yang mempengaruhi respon tingkah laku anak tersebut terhadap perawatan gigi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Baumrind pada tahun 1967 yang dikutip dari Kathy Stansbury tahun 2012, terdapat 3 jenis pola asuh orang tua, yaitu *authoritarian*, *permissive*, and *authoritative*.^{3,4,5}

Pola asuh *authoritarian* (ototritter) dicirikan dengan orang tua yang selalu menuntut anak tanpa memberi kesempatan pada anak untuk mengemukakan pendapatnya, tanpa disertai dengan komunikasi terbuka antara orang tua dan anak juga tanpa kehangatan dari orang tua. Pola ini menggunakan pendekatan yang memaksakan kehendak orang tua kepada anak. Orang tua biasanya selalu menuntut anak dengan tanggung jawab yang besar tanpa menghiraukan kemampuan yang dimiliki oleh anak.^{5,6}

Pola asuh *permissive* (permisif) dicirikan dengan orang tua yang terlalu membebaskan anak dalam segala hal tanpa adanya tuntutan ataupun kontrol. Pola asuh ini memberikan pengawasan yang sangat longgar terhadap anak. Orang tua memiliki kehangatan yang tinggi dan cenderung memanjakan serta memberikan kebebasan kepada anak untuk berbuat apa saja.^{5,6}

Pola asuh *authoritative* (demokratif) dicirikan dengan adanya tuntutan dari orang tua disertai dengan komunikasi terbuka antara orang tua dan anak. Orang tua sangat memperhatikan kebutuhan anak dan mencukupinya dengan mempertimbangkan faktor kepentingan dan kebutuhan. Orang tua juga akan

selalu mendukung prestasi anak yang disesuaikan dengan kemampuan yang dimilikinya.^{5,6}

Masing-masing pola asuh orang tua yang ada, akan memberikan pengaruh yang berbeda terhadap pembentukan kepribadian dan perilaku anak. Orang tua merupakan lingkungan terdekat yang selalu mengitari anak sekaligus menjadi figur dan idola mereka. Model perilaku orang tua secara langsung maupun tidak langsung akan dipelajari dan ditiru oleh anak. Anak meniru bagaimana orang tua bersikap, bertutur kata, mengekspresikan harapan, tuntutan dan kritikan satu sama lain, menanggapi dan memecahkan masalah, serta mengungkapkan perasaan dan emosinya.^{7,8}

Perspektif teoritis yang saat ini paling mempengaruhi perkembangan anak yaitu teori keterikatan – teori yang dikembangkan oleh psikoanalisis John Bowlby dikutip dari Richard pada tahun 2005. Dalam serangkaian tulisan lebih dari tiga dekade, Bowlby mengembangkan teorinya bahwa perkembangan anak paling bisa dipahami dalam kerangka pola interaksi antara bayi dan pengasuh utama. Jika ada masalah dalam interaksi ini, maka anak itu cenderung untuk mengembangkan sikap tidak percaya diri dan/atau pola cemas yang akan mempengaruhi kemampuan untuk membentuk hubungan yang stabil dengan orang lain dan untuk mengembangkan rasa harga diri.⁹

Pada anak yang sedang berada pada masa perkembangan kritis, seperti pada anak usia 3-5 tahun, mereka baru mulai memformulasikan konsep waktu dan diri serta baru mulai membedakan suasana hati mereka dengan kejadian-kejadian

eksternal. Anak belajar dari lingkungan, keluarga merupakan yang pertama kali berpengaruh terhadap sikap anak. Anak akan cenderung menunjukkan keinginan yang kuat untuk mengeksplorasi lingkungan dan percobaan terhadap ide-ide baru. Selain itu anak belajar untuk membayangkan, untuk bekerja sama dengan orang lain dan memimpin.^{7,8}

Reaksi terhadap perawatan dental pada anak usia 3-5 tahun biasanya dipersepsikan sebagai hukuman, sehingga ada perasaan malu dan takut yang menimbulkan reaksi agresif, marah, berontak bahkan beberapa diantaranya akan menolak perawatan dan secara terbuka menangis tidak mau dirawat. Jika anak sangat ketakutan, anak dapat menampilkan perilaku menggigit, menendang-nendang hingga berlari keluar ruangan. Selain itu, anak juga akan menangis, bingung, khususnya bila keluar darah atau mengalami nyeri pada anggota tubuhnya. Ekspresi verbal yang ditampilkan oleh anak bisa dengan mengucapkan kata-kata marah dan tidak mau bekerja sama dengan dokter gigi.^{4,9,10}

The American Academy of Pediatric Dentistry pada tahun 2012 mengakui bahwa anak-anak usia balita sangat bervariasi dalam perkembangan kognitif dan emosional mereka, kondisi medis, tanggapan terhadap rasa sakit serta intervensi. Anak-anak mungkin bisa menganggap bahwa rasa sakit merupakan suatu ancaman dalam perawatan gigi dan mulut, terutama pada anak yang pertama kali menjalani prosedur tersebut. Penangan dokter gigi yang buruk terhadap anak pada usia ini dapat menyebabkan timbulnya pemahaman anak yang buruk pula

terhadap perawatan gigi sehingga dapat menimbulkan risiko terjadinya *dentalphobia* pada anak.¹¹

Kondisi psikologis dan perkembangan anak sebenarnya jauh lebih dipahami oleh orang tua mereka dibandingkan oleh dokter gigi, hanya saja orang tua sering tidak menyadari bahwa mereka telah mengembangkan suatu dinamika interaktif dengan anak yang kadang-kadang dapat menghambat usaha dokter gigi untuk mencapai perawatan yang ingin dilakukan. Banyak orang tua yang beranggapan bahwa masalah penanganan kesehatan gigi dan mulut anak hanya merupakan tanggung jawab penuh dokter gigi. Berdasarkan uraian-uraian yang ada, penelitian ini dirancang untuk mengetahui hubungan pola asuh orang tua dan karakteristik keluarga terhadap perilaku anak dalam perawatan gigi dan mulut pada kelompok anak usia prasekolah (3-5 tahun).^{3,4}

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian pada latar belakang, rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana pengaruh pola asuh orang tua terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun dalam perawatan gigi dan mulut. Masalah tersebut selanjutnya dijabarkan dalam pertanyaan penelitian sebagai berikut:

- a. Bagaimana pengaruh pola asuh otoriter orang tua terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun dalam perawatan gigi dan mulut?
- b. Bagaimana pengaruh pola asuh permisif orang tua terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun dalam perawatan gigi dan mulut?

- c. Bagaimana pengaruh pola asuh demokratis orang tua terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun dalam perawatan gigi dan mulut?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pola asuh orang tua terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun dalam perawatan gigi dan mulut.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui pengaruh pola asuh otoriter orang tua terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun dalam perawatan gigi dan mulut.
- b. Untuk mengetahui pengaruh pola asuh permisif orang tua terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun dalam perawatan gigi dan mulut.
- c. Untuk mengetahui pengaruh pola asuh demokratis orang tua terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun dalam perawatan gigi dan mulut.

1.4 HIPOTESIS PENELITIAN

Ada pengaruh pola asuh orang tua terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun dalam perawatan gigi dan mulut.

1.5 MANFAAT PENELITIAN

- a. Bagi orang tua, penelitian ini berguna sebagai bahan informasi tentang pengaruh pola asuh yang diterapkan terhadap perilaku anak dalam perawatan gigi sehingga diharapkan mereka dapat menerapkan pola asuh yang tepat kepada anaknya.
- b. Bagi dokter gigi, penelitian ini berguna untuk memberikan pengetahuan tentang pentingnya hubungan antara sikap dan pola asuh orang tua terhadap perilaku anak dalam perawatan gigi dan mulut sehingga dapat membantu mereka dalam mengantisipasi dan merencanakan perawatan yang tepat kepada pasien anak guna diperoleh hasil perawatan yang maksimal.
- c. Bagi penulis, penelitian ini memberi pengalaman yang berharga dalam memperluas wawasan dan pengetahuan dalam bidang penelitian serta pengetahuan sehubungan dengan judul penelitian ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 POLA ASUH ORANG TUA

2.1.1 Definisi Pola Asuh Orang Tua

Kenny K. dikutip dari Ni Made Taganing tahun 2008 menyatakan bahwa pola asuh merupakan segala sesuatu yang dilakukan orang tua untuk membentuk perilaku anak-anak mereka meliputi semua peringatan dan aturan, pengajaran dan perencanaan, contoh dan kasih sayang serta pujian dan hukuman.¹²

Liza Miriani pada tahun 2005, berpendapat bahwa pola asuh orang tua merupakan segala bentuk dan proses interaksi yang terjadi antara orang tua dan anak yang merupakan pola pengasuhan tertentu dalam keluarga yang akan memberi pengaruh terhadap perkembangan kepribadian anak.¹³

Ni Made Taganing tahun 2008, mengatakan bahwa pola asuh orang tua merupakan suatu kecenderungan cara-cara yang dipilih dan dilakukan oleh orang tua dalam mengasuh anak. Pola asuh orang tua merupakan pola interaksi antara anak dengan orang tua bukan hanya pemenuhan kebutuhan fisik (seperti makan, minum, dan lain-lain) dan kebutuhan psikologis (seperti rasa aman, kasih sayang, dan lain-lain), tetapi juga mengajarkan

norma-norma yang berlaku di masyarakat agar anak dapat hidup selaras dengan lingkungan.¹²

Berdasarkan definisi tentang pola asuh orang tua di atas, penulis menyimpulkan bahwa pola asuh orang tua merupakan gambaran tentang sikap dan perilaku orang tua dalam berinteraksi, berkomunikasi dan bersosialisasi dengan anak selama mengadakan kegiatan pengasuhan.

2.1.2 Macam-Macam Pola Asuh Orang Tua

Orang tua memiliki cara dan pola tersendiri dalam mengasuh dan membimbing anak. Cara dan pola tersebut tentu akan berbeda antara satu keluarga dengan keluarga yang lainnya. Studi awal tentang tipologi pengasuhan anak telah dibuktikan oleh Diana Baumrind dikutip dari Afriani A pada tahun 2012, adalah orang pertama yang mempelajari hubungan antara pola asuh dan kepribadian anak. Pola asuh Baumrind diklasifikasikan menjadi tiga tipologi perilaku berdasarkan dua faktor ortogonal yang diketahui sebagai respon dan tuntutan.¹⁴

Respon mengacu pada sejauh mana orang tua mendorong anak, mendukung dan sepakat dengan permintaan anak-anak dengan kehangatan dan komunikasi. Tuntutan mengacu pada klaim orang tua pada anak-anak untuk terintegrasi ke dalam masyarakat oleh perilaku regulasi, konfrontasi langsung, serta batas waktu (kontrol perilaku) dan pengawasan atau

pemantauan kegiatan anak-anak.¹⁴ Berikut tiga pola asuh yang biasa diterapkan orang tua pada anak:

a. Pola asuh otoriter (*authoritarian*).

Merupakan pola asuh yang menetapkan standar mutlak yang harus dituruti oleh anak dan sering disertai dengan ancaman. Pola asuh yang penuh pembatasan dan hukuman (kekerasan) dengan cara orang tua memaksakan kehendaknya, sehingga orang tua dengan pola asuh otoriter memegang kendali penuh dalam mengontrol anak-anaknya. Orang tua yang otoriter menerapkan batas-batas yang tegas dan tidak memberi peluang yang besar kepada anak-anak untuk berbicara (bermusyawarah).^{5,6,12}

Orang tua yang menerapkan pola asuh otoriter mempunyai ciri kaku, tegas, suka menghukum, kurang ada kasih sayang serta simpatik. Orang tua memaksa anak-anak untuk patuh pada nilai-nilai mereka serta mencoba membentuk tingkah laku sesuai dengan keinginannya dan cenderung mengekang keinginan anak. Orang tua juga tidak mendorong serta memberi kesempatan kepada anak untuk mandiri dan jarang memberi pujian, hak anak dibatasi tetapi dituntut tanggung jawab seperti orang dewasa.^{13,15}

b. Pola asuh demokratis (*authoritative*).

Yaitu pola asuh yang memberikan dorongan pada anak untuk mandiri namun tetap menerapkan berbagai batasan yang akan mengontrol perilaku mereka. Adanya saling memberi dan saling menerima, mendengarkan dan didengarkan. Pola asuh ini memprioritaskan kepentingan anak tetapi tidak ragu untuk mengendalikan mereka. Orang tua bersikap realistis terhadap kemampuan anak dan tidak berharap berlebihan.^{12,14,15}

Pola asuh demokratis dicirikan dengan adanya tuntutan dari orang tua disertai dengan komunikasi terbuka antara orang tua dan anak. Orang tua sangat memperhatikan kebutuhan anak dan mencukupinya dengan mempertimbangkan faktor kepentingan dan kebutuhan.^{5,6}

c. Pola asuh permisif (*permissive*).

Pola asuh permisif adalah jenis pola mengasuh anak yang cuek terhadap anak. Biasanya pola pengasuhan anak oleh orang tua semacam ini diakibatkan oleh orang tua yang terlalu sibuk dengan pekerjaan atau urusan lain yang akhirnya menyebabkan orang tua lupa untuk mendidik dan mengasuh anak dengan baik. Pola asuh permisif kerap memberikan pengawasan yang sangat longgar. Cenderung tidak menegur atau memperingatkan anak.^{12,14,15}

Pola asuh permisif dicirikan dengan orang tua yang terlalu membebaskan anak dalam segala hal tanpa adanya tuntutan ataupun

kontrol, anak dibolehkan untuk melakukan apa saja yang diinginkan. Orang tua selalu memberikan kebebasan pada anak tanpa memberikan kontrol sama sekali, memberikan kasih sayang berlebihan dan cenderung memanjakan.^{5,6,16}

Pola asuh permisif ini dibedakan menjadi dua: *neglectful parenting* dan *indulgent parenting*. Pola asuh yang *neglectful* yaitu bila orang tua sangat tidak terlibat dalam kehidupan anak (tidak peduli). Pola asuh ini menghasilkan anak-anak yang kurang memiliki kompetensi sosial terutama karena adanya kecenderungan kontrol diri yang kurang. Pola asuh yang *indulgent* yaitu bila orang tua sangat terlibat dalam kehidupan anak, namun hanya memberikan kontrol dan tuntutan yang sangat minim (selalu menuruti atau terlalu membebaskan) sehingga dapat mengakibatkan kompetensi sosial yang tidak adekuat karena umumnya anak kurang mampu untuk melakukan kontrol diri dan menggunakan kebebasannya tanpa rasa tanggung jawab serta memaksakan kehendaknya.^{12,17}

Menurut Hurlock dalam *Text Book of Pediatric Dentistry* tahun 2005 dijelaskan bahwa seorang anak dalam perawatan gigi menjadi pusat perhatian antara orang tua dan dokter gigi. Dokter gigi/perawat gigi harus mempunyai pengetahuan dasar tentang perawatan gigi anak serta dapat mengamati bagaimana hubungan anak

tersebut dengan orang tuanya. Sikap orang tua yang berpengaruh pada anak dalam perawatan gigi antara lain: ^{4,9}

a. Orang tua yang otoriter.

Sikap orang tua yang otoriter kepada anaknya membuat anak cenderung patuh bertingkah laku baik, ramah dan kooperatif terhadap perawatan gigi.

b. Orang tua yang melindungi.

Orang tua yang melindungi menyebabkan anak akan mengalami keterlambatan dalam pematangan sosial dan aturan sosial, anak menjadi berdaya malu dan memiliki perasaan-perasaan sebagai seorang yang selalu berada di bawah. Sehingga orang tua cemas tentang kecemasan anaknya, maka dokter atau perawat gigi harus memberikan waktu yang lebih dalam menjelaskan hal-hal yang berhubungan perawat gigi.

c. Orang tua yang terlalu sabar.

Orang tua yang terlalu memberi hati menunjukkan perhatian yang berlebihan terhadap anaknya. Orang tua semacam ini akan terlihat berhubungan seperti seorang sahabat dengan anaknya.

d. Orang tua yang lalai.

Biasanya orang tua dengan tipe ini akan terlihat setelah kunjungan pertama anaknya ke dokter gigi dan akan tampak pada perjanjian

berikutnya, dimana anak tersebut tidak kembali untuk perawatan selanjutnya.

Orang tua yang lalai membawa anaknya ke dokter gigi berupa motivasi dan penyuluhan yang disampaikan oleh dokter gigi tidak dijalankan dengan baik. Orang tua mengakibatkan kurangnya perhatian terhadap kesehatan gigi anaknya.

e. Orang tua yang suka mencurigai.

Sikap ini ditunjukkan oleh orang tua yang mempertanyakan akan perlunya perawatan gigi anak.

f. Orang tua yang manipulatif.

Kebiasaan suka bertanya yang berlebih-lebihan pertanyaan berkisar berapa lama waktu untuk perawatan sampai akhirnya mendiagnosa penyakit dan proses perawatan.

2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Pembentukan Pola Asuh Orang Tua

Pola asuh yang diberikan orang tua pada anak dapat berbeda-beda dan dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu faktor internal dan eksternal. Yang termasuk faktor internal, misalnya latar belakang keluarga orang tua, usia orang tua, jenis kelamin orang tua dan anak, pendidikan dan wawasan orang tua, karakter anak dan konsep peranan orang tua dalam keluarga.

Sedangkan yang termasuk faktor eksternal, misalnya tradisi yang berlaku dalam lingkungan, sosial ekonomi lingkungan dan semua hal yang berasal dari luar keluarga tersebut yang bisa mempengaruhi orang tua dalam menerapkan pola asuhnya.^{18,19} Faktor-faktor tersebut kemudian dijabarkan ke dalam beberapa poin, antara lain:

a. Usia orang tua.

Umur merupakan indikator kedewasaan seseorang, semakin bertambah umur semakin bertambah pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki mengenai perilaku yang sesuai untuk mendidik anak. Anak-anak dengan orang tua usia muda akan mendapatkan pengawasan yang lebih longgar karena dalam diri orang tua usia muda cenderung memiliki sifat toleransi yang tinggi dan memaklumi terhadap anak. Usia ibu muda juga dapat mempengaruhi sumber daya yang tersedia untuk anak.²⁰

b. Jenis kelamin orang tua.

Perbedaan gender diantara orang tua akan ikut berpengaruh dalam cara mereka mengasuh anak, hal ini mungkin disebabkan karena realisasi perbedaan dalam bagaimana mereka berpikir dan berperilaku. Diantara ayah dan ibu, keduanya memiliki keinginan untuk melakukan apa yang menurut mereka benar untuk memaksimalkan potensi anak-anak mereka. Misalnya seorang ibu

ingin putrinya menjadi lebih tegas dan mahir dalam bersosialisasi dan seorang ayah ingin anaknya menjadi, lebih fleksibel, tumbuh dengan tegas dan berkepribadian kuat.²¹

c. Pendidikan dan wawasan orang tua.

Tingkat pendidikan dan pengetahuan orang tua serta pengalaman sangat berpengaruh dalam mengasuh anak. Pendidikan akan memberikan dampak bagi pola pikir dan pandangan orang tua dalam mendidik anaknya. Orang tua yang memiliki tingkat pendidikan dan wawasan yang tinggi akan memperhatikan dan merawat anak sesuai dengan usia perkembangannya dan akan menunjukkan penyesuaian pribadi dan sosial yang lebih baik yang akan membuat anak memiliki pandangan positif terhadap orang lain dan masyarakat.¹⁸

Penelitian telah menunjukkan bahwa ketika ibu memiliki pengetahuan yang lebih tinggi terhadap perkembangan anak, mereka menunjukkan tingkat keterampilan pengasuhan yang lebih tinggi, anak-anak mereka memiliki kemampuan kognitif yang lebih tinggi dan sedikit masalah perilaku.²²

d. Kondisi sosial ekonomi orang tua.

Tingkat sosial ekonomi sangat mempengaruhi pola asuh yang dilakukan oleh suatu masyarakat, rata-rata keluarga dengan social

ekonomi yang cukup baik akan memilih pola asuh yang sesuai dengan perkembangan anak. Untuk anak-anak yang hidup dalam kemiskinan, watak yang terbentuk akan lebih keras karena faktor-faktor lain dalam lingkungan sosial anak di samping orang tua telah ditemukan memiliki dampak pada perkembangan anak.²³

Suatu penelitian tahun 2010 menunjukkan ada pola pengasuhan yang berbeda antara orang tua berdasarkan status ekonominya. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa orang tua yang telah mendapatkan penghasilan lebih dari 40.000 baht/bulanan memiliki skor yang lebih tinggi untuk pola asuh permisif dari orang tua berpenghasilan rendah.²⁴

e. Kondisi psikologis orang tua.

Psikologis orang tua juga mempengaruhi cara orang tua dalam mengasuh anak, orang tua yang rentan terhadap emosi negatif, baik itu depresi, lekas marah, cenderung berperilaku kurang peka dan lebih keras dari orang tua lainnya. Karakteristik kepribadian orang tua juga berperan dalam mempengaruhi emosi yang mereka alami, kognitif dan atribusi yang berdampak pada perkembangan kepribadian anak.²⁵

f. Pengasuh pendamping.

Orang tua, terutama ibu yang bekerja di luar rumah dan memiliki lebih banyak waktu di luar rumah, seringkali mempercayakan pengasuhan anak kepada nenek, tante atau keluarga dekat lain. Bila tidak ada keluarga tersebut maka biasanya anak dipercayakan pada pembantu (*babysitter*). Dalam tipe keluarga seperti ini, anak memperoleh jenis pengasuhan yang kompleks sehingga pembentukan kepribadian anak tidak sepenuhnya berasal dari pola asuh orang tu.²⁶

g. Budaya.

Sering kali orang tua mengikuti cara-cara yang dilakukan oleh masyarakat dalam mengasuh anak. Karena pola-pola tersebut dianggap berhasil dalam mendidik anak kearah kematangan. Orang tua mengharapkan kelak anaknya dapat diterima di masyarakat dengan baik. Oleh karena itu kebudayaan atau kebiasaan masyarakat dalam mengasuh anak juga mempengaruhi setiap orang tua dalam memberikan pola asuh pada anaknya.¹⁸

2.1.4 Karakteristik Anak Berdasarkan Pola Asuh Orang Tua

a. Pola asuh otoriter.

Pola asuh otoriter ini dapat mengakibatkan anak menjadi penakut, pencemas, menarik diri dari pergaulan, kurang adaptif, mudah curiga pada orang lain dan mudah stress. Selain itu, orang tua seperti ini juga akan membuat anak tidak percaya diri, pendiam, tertutup, tidak berinisiatif, gemar menentang, suka melanggar norma, kepribadian lemah dan seringkali menarik diri dari lingkungan sosialnya, bersikap menunggu dan tak dapat merencanakan sesuatu dengan baik.^{16,27}

b. Pola asuh demokratis.

Literatur yang ada telah mendokumentasikan bahwa pola asuh demokratis secara signifikan terkait dengan hasil perkembangan yang positif antara anak-anak. Baumrind dari hasil penelitiannya menemukan bahwa teknik-teknik asuhan orang tua yang demokratis akan menumbuhkan keyakinan dan kepercayaan diri maupun mendorong tindakan-tindakan mandiri membuat keputusan sendiri akan berakibat munculnya tingkah laku mandiri yang bertanggung jawab.^{13,14}

Pola asuh demokratis ini juga dapat membuat anak mudah berinteraksi dengan teman sebayanya dengan baik, mampu menghadapi stress, mempunyai minat terhadap hal-hal yang baru,

kooperatif dengan orang dewasa, penurut, patuh, dan berorientasi pada prestasi.^{15,16}

c. Pola asuh permisif.

Pola asuh permisif ini dapat mengakibatkan anak agresif, tidak patuh pada orang tua, merasa berkuasa dan kurang mampu mengontrol diri. Karakter anak dengan pola asuh orang tua demikian menjadikan anak impulsif, manja, kurang mandiri, mau menang sendiri, kurang percaya diri dan kurang matang secara sosial.^{15,16}

Dalam referensi lain disebutkan bahwa anak yang diasuh orang tuanya dengan metode semacam ini nantinya bisa berkembang menjadi anak yang kurang perhatian, merasa tidak berarti, rendah diri, nakal, memiliki kemampuan sosialisasi yang buruk, kontrol diri buruk, salah bergaul, kurang menghargai orang lain dan agresif.^{13,16}

2.2 TINGKAT KOOPERATIF ANAK DALAM PERAWATAN GIGI DAN MULUT

2.2.1 Definisi Perilaku Anak

Perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktivitas dari pada manusia itu sendiri, untuk kepentingan kerangka analisis dapat dikatakan bahwa perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut, baik dapat diamati secara langsung dan tidak langsung.⁷

Perilaku anak dalam lingkungan gigi, didefinisikan sebagai kemampuan seorang anak untuk bekerjasama dan menerima seluruh prosedur perawatan gigi yang dilakukan oleh dokter gigi dengan terbuka. Masalah manajemen perilaku anak dalam lingkungan perawatan gigi merupakan istilah kolektif untuk menunjukkan tingkat kooperatif dan perilaku “mengacau” anak selama perawatan gigi.²⁸

2.2.2 Tipe - Tipe Perilaku Anak dalam Perawatan Gigi dan Mulut

Dalam sebuah penelitian oleh Christina M. pada tahun 2007 disebutkan bahwa pada tahun-tahun awal perkembangan sosial - emosional, perilaku berdasarkan usia balita secara umum diklasifikasikan sebagai berikut:²⁹

- a. Eksternalisasi, meliputi sikap agresi, masalah perhatian, hiperaktivitas. Contoh perilaku spesifik jenis eksternalisasi ditunjukkan oleh anak yang berdebat ketika menolak keinginan, kontrol diri kurang, tidak mampu untuk menunggu giliran mereka, dan merampas mainan orang lain.
- b. Internalisasi, meliputi depresi, penarikan diri, kecemasan, dan somatisasi. Jenis perilaku internalisasi yang ditunjukkan oleh anak dapat berupa kecemasan (misalnya khawatir dan takut), tekanan (misalnya, tidak dapat ditenangkan), rasa malu (misalnya menempel, malu dengan orang dewasa) dan kesedihan.

- c. Adaptif, meliputi keterampilan sosial, kemampuan beradaptasi. Perilaku adaptif atau prososial khas balita adalah kerja sama, kemampuan untuk mematuhi aturan orang dewasa, dan kemampuan spontan untuk membantu dan berbagi.

Penelitian yang dilakukan oleh Thomas, Chess, dan Bird dikutip dari Cameron pada tahun 2007, mengungkapkan bahwa tingkah laku seorang anak tidak hanya dipengaruhi oleh umur, tetapi juga dapat dibentuk oleh pola asuh dan lingkungan yang saling mempengaruhi. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa ada 3 tipe umum tingkah laku anak:³⁰

- a. Tipe pertama ditandai dengan tingkah laku yang positif pada keadaan tertentu. Anak-anak ini menunjukkan keteraturan fungsi-fungsi tubuh, reaksi-reaksi intensitas yang cukup sedang. Mempunyai kemampuan untuk beradaptasi dan tidak menarik diri dari suatu situasi baru yang sedang dihadapinya.
- b. Tipe kedua adalah sifat-sifat yang digambarkan sebagai anak yang sulit dengan ketidakteraturan fungsi tubuh, reaksi berlebihan, cenderung menarik diri dari satu rangsangan dan situasi yang baru dihadapinya, dan lamban beradaptasi dengan perubahan – perubahan lingkungan.
- c. Tipe ketiga digambarkan sebagai anak-anak yang lambat untuk memulai sesuatu. Mereka mempunyai tingkat aktifitas yang rendah,

cebderung menarik diri pada saat pertama kali bertemu dengan rangsangan yang baru, lambat beradaptasi dengan pikiran agak negative serta memberi respon dengan intensitas yang rendah.

Untuk mengklasifikasikan perilaku anak-anak dalam lingkungan gigi berbagai sistem telah dikembangkan. Pengetahuan tentang sistem ini dapat menjadi aset dokter gigi dan dalam beberapa cara dapat membantu dalam mengarahkan metode manajemen, dapat memberikan sarana sistematis untuk merekam perilaku, dan dapat membantu dalam mengevaluasi validitas penelitian saat ini. Klasifikasi secara klinis menurut Wright dalam Ralph Mcdonald tahun 2004 menempatkan penderita anak dalam tiga kategori, yaitu :⁴

- a. Kooperatif, yaitu bila anak berada dalam klinik gigi akan bersikap rileks, rasa takutnya minimal dan antusias dengan perawatan yang diberikan. Penanganannya yaitu tetap mempertahankan tehnik perawatan yang ideal.
- b. Tidak kooperatif yaitu anak –anak yang masih kecil, belum bisa diajak berkomunikasi dan belum mengerti tentang perawatan yang akan dilakukan, serta anak –anak yang mempunyai kondisi yang lemah atau cacat. Penanganannya yaitu dapat memakai bahasa isyarat pada anak yang belum mampu berkomunikasi serta dapat dilakukan dengan pertolongan premedikasi serta anastesi umum untuk anak yang cacat.

- c. Berpotensi untuk kooperatif adalah anak-anak yang dapat diberikan pandangan dan arahan sehingga mereka dapat berubah tingkah lakunya dari tidak atau kurang kooperatif menjadi kooperatif.

Suatu metode yang menilai tingkatan tingkah laku anak dalam perawatan gigi adalah skala 4 angka yang dikembangkan oleh Frankl dalam Ralph McDonald pada tahun 2004 dimana hal ini menjadi salah satu metode pengklasifikasian tingkah laku anak dalam perawatan gigi. Tingkah laku anak dikategorikan menjadi 4 kategori sesuai kriteria berikut:⁴

- a. Sangat negatif adalah anak yang menolak perawata, meronta-ronta dan membantah, menangis keras dan terus-menerus, menarik atau mengisolasi diri dan sangat ketakutan.
- b. Negatif adalah anak yang menunjukkan tindakan negatif minor, enggan menerima perawatan gigi, mencoba bertahan, menyimpan rasa takut, gugup atau menangis dan tidak kooperatif.
- c. Positif adalah anak yang berhati-hati menerima perawatan, sedikit segan bertanya, tidak menolak petunjuk dokter gigi, cukup bersedia bekerja sama dengan dokter gigi dan menerima perawatan.
- d. Sangat positif adalah anak yang bersikap baik dengan dokter gigi, anak gembira menerima perawatan, tidak ada tanda-tanda takut, tertarik dengan tindakan yang dilakukan dokter gigi, banyak bertanya dan membuat kontak verbal yang baik.

2.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kooperatif Anak dalam Perawatan Gigi dan Mulut

a. Umur.

Seorang psikologis swiss, Piaget dalam Richard Welbury pada tahun 2005, mengungkapkan beberapa karakteristik kepribadian khas yang berkaitan dengan usia kronologis spesifik yang memiliki relevansi dengan perilaku anak dalam perawatan gigi. Misalnya, pada usia 2 tahun hubungan simbiosis sangat erat antara anak dengan orang tua, di mana dalam usia ini anak-anak dianggap telah memasuki fase prekooperatif.⁹

Dalam sebuah penelitian yang dimuat pada *journal of dental research, dental clinics, dental prospects* tahun 2012 mengenai masalah manajemen perilaku yang diukur dengan skala rating Frankl, ditemukan bahwa adanya tingkat kooperatif yang rendah pada kelompok umur 3-6 yang diamati dalam 48% dari populasi. Sebuah hubungan ketakutan gigi yang signifikan ditemukan antara usia 5-6 tahun.³¹

b. Jenis kelamin.

Dari sebuah penelitian tahun 2011 dikatakan bahwa anak perempuan menunjukkan skor kecemasan dan perilaku yang lebih tinggi secara signifikan dibanding anak laki-laki. Hal ini juga

didukung oleh beberapa penelitian sebelumnya. Penyebab utama mungkin disebabkan oleh fakta bahwa perempuan lebih rentan untuk memiliki tingkat neurotisme yang lebih tinggi, dimana tingkat neurotisme berkorelasi kuat dengan kecemasan dan perilaku anak.³²

c. Perkembangan fisik dan mental.

Anak-anak yang memiliki kondisi fisik dan mental yang lemah atau cacat memiliki tingkat kooperatif yang lebih rendah dibanding dengan anak normal. Contohnya intervensi bantuan yang ditawarkan kepada bayi *sindrom down*, yang memiliki perkembangan motorik lambat. Beberapa anak dengan keterbelakangan motorik mungkin gagal untuk menunjukkan dominasi manual spesifik otak kanan atau kiri sehingga kemampuan koordinasi menjadi berkurang. Kondisi anak seperti ini menuntut kerjasama dalam cara yang tidak biasa. Kadang-kadang, teknik manajemen perilaku khusus digunakan untuk memperoleh keberhasilan perawatan pada anak-anak ini.^{4,9}

d. Riwayat dental.

Telah diakui bahwa anak-anak yang melihat pengalaman medis yang positif lebih cenderung untuk bersikap kooperatif dengan dokter gigi. Kualitas emosional kunjungan masa lalu dengan jumlah kunjungan berikutnya sangat signifikan. Rasa sakit yang dialami

selama kunjungan medis sebelumnya adalah pertimbangan lain dalam sejarah medis anak.⁴

e. Sikap dan pola asuh orang tua.

Pola asuh orang tua di Amerika telah berkembang di akhir decade. Dokter gigi dihadapkan dengan tantangan dari peningkatan jumlah anak-anak sakit dilengkapi dengan keterampilan dan disiplin diri yang diperlukan untuk menangani pasien dan orang tua dengan pengalaman baru dalam perawatan gigi. Beberapa orang tua seringkali menuntut dan mengancam anak untuk tidak menangis dalam perawatan, bahkan mungkin mencoba untuk menentukan pengobatan, meskipun pemahaman mereka tentang prosedur kurang. Hal tersebut secara tidak langsung justru akan semakin menyulitkan perawatan pada pasien anak.³³

f. Kondisi psikologis dan kepribadian anak.

Dalam lingkungan perawatan gigi, secara empiris diketahui bahwa pasien yang menunjukkan kecemasan atau ketakutan perawatan gigi akan menunjukkan perilaku tidak kooperatif terhadap dokter gigi selama perawatan.³⁴

Watak dan kepribadian anak juga berpengaruh terhadap tingkat kooperatifnya dalam klinik. Misalnya anak-anak dengan temperamen yang lebih tinggi akan merasa lebih sulit untuk menghadapi masalah

dan stress yang diterima sehingga membutuhkan kesabaran yang lebih bagi dokter gigi dalam melakukan perawatan. Sedangkan anak dengan kepercayaan diri dan kemampuan sosialisasi yang tinggi akan mudah untuk mengontrol diri dan beradaptasi dengan lingkungannya, hal ini akan memudahkan dokter gigi untuk bekerja sama dengan mereka.^{30,35}

g. Jenis perawatan.

Dalam sebuah penelitian yang dimuat dalam *Journal of Dentistry and Oral Hygiene* tahun 2012, menunjukkan bahwa ketika anak-anak ditanya tentang prosedur perawatan gigi yang paling mengkhawatirkan adalah ekstraksi (43,5% laki-laki dan 64,6% perempuan), diikuti dengan perawatan saluran akar (RCT) (36,6% laki-laki dan 49,5% perempuan), takut akan cedera gigi (31,2% dari laki-laki dan 43,9% perempuan), suntikan (24,0% laki-laki dan 50,5% perempuan).³²

Dalam penelitian lain juga dikatakan bahwa prosedur anestesi lokal dan pencabutan gigi adalah alasan yang paling umum menyebabkan anak-anak tidak menyukai perawatan gigi. Dari hasil ini dapat diketahui bahwa jenis perawatan yang berbeda juga berpotensi untuk menghasilkan perilaku anak yang berbeda dalam merespon perawatan yang dilakukan.³⁶

h. Sikap dan penampilan dokter gigi.

Anak-anak sering membuat penilaian tentang dokter gigi mereka berdasarkan penampilannya dan sering merekam dan menganalisis dokter gigi mereka setiap kata, gerakan dan isyarat selama perawatan gigi. Hal yang terpenting bagi dokter gigi untuk memperoleh kerja sama yang baik dan untuk memperoleh hasil perawatan yang efektif adalah bersikap ramah dan menyenangkan serta bersahabat, terutama paada pasien anak-anak. Sebuah hubungan persahabatan antara dokter gigi dan pasien anak dapat membantu mereka mengatasi dengan spesifik identifikasi rangsangan seperti jarum anestesi, suara, dan sensasi dari *handpiece* dan bur.³⁶

Studi keberhasilan perilaku dokter gigi dalam berbagai pengelolaan pasien tidak kooperatif masih mengungkapkan bahwa perilaku dokter gigi dalam mengarahkan, berempati, membujuk, memberi pasien kontrol perasaan dan menepuk punggung telah dilaporkan sebagai tindakan efektif untuk mengatasi perilaku anak tidak kooperatif. Tampak jelas bahwa anak-anak lebih mungkin untuk bekerja sama ketika sentuhan fisik dikombinasikan dengan motivasi lisan.^{28,33}

i. Lingkungan tempat praktek.

Dalam Sebuah penelitian yang dilakukan pada pasien anak, ketika diminta untuk memilih antara dua gambaran pengaturan ruang praktek yang berbeda, 63% dari anak-anak menunjukkan bahwa mereka lebih menyukai sebuah klinik gigi yang dihias dengan menarik daripada klinik dokter gigi biasa.³⁶

2.2.4 Karakteristik Anak Usia 3-5 Tahun

Masa balita adalah masa emas tumbuh-kembang anak. Peran orang tua dalam membesarkan anak menjadi bagian penting terhadap pencapaian tumbuh-kembang anak yang optimal. Orang tua merupakan pendidik yang pertama dan utama bagi anak dan mempunyai peran yang lebih besar dalam pembentukan pola hidup dan kepribadian anak. Dalam usia ini pembentukan karakter dan kepribadian anak sangat tepat dilakukan karena akan terus terbawa hingga periode usia selanjutnya.⁷

Karakteristik, sifat dan perkembangan anak dalam usia 3-5 tahun, diuraikan sebagai berikut:

a. Perkembangan fisik.

Perkembangan fisik anak usia 3 hingga 5 tahun dapat terlihat lebih lincah, aktif, tidak dapat duduk diam selama perawatan, kemampuan dan daya tangkap bertambah sesuai usia. Pada anak usia ini mulai susah diatur, karena anak berpendapat bahwa orang lain

harus dapat mengikuti pendapatnya, dan bukan sebaliknya. Pengetahuan akan penanganan anak selama perawatan dalam usia ini penting agar perawatan dapat berlangsung dengan baik.⁹

b. Perkembangan motorik.

Seorang anak yang baru lahir tidak memiliki berbagai pilihan gerakan, tetapi akan berkembang cepat dan mulai usia 2 tahun, sebagian besar anak-anak akan mampu berjalan di usia ini. Prediktabilitas perkembangan motorik awal menunjukkan hubungan dengan kondisi genetik. Meskipun hal ini benar dalam kondisi tertentu, ada bukti bahwa lingkungan dapat mempengaruhi perkembangan motorik.⁹

Pada Motorik halus, anak sudah mulai berkembang sehingga sudah dapat menggambar dan menulis. Kreativitas sangat jelas dalam menggambar, melukis, dan kegiatan seni lainnya. Tema dan emosi yang muncul dalam gambar anak sering mencerminkan isu-isu emosional terbesar yang penting bagi anak. Pada usia ini peran orang tua masih sangat besar di dalam menentukan keberhasilan dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut anak.²⁶

c. Perkembangan emosional.

Anak-anak pada usia pra sekolah tidak dapat mengendalikan banyak aspek kehidupan mereka, termasuk di mana mereka pergi,

berapa lama mereka tinggal, dan apa yang mereka peroleh. Mereka juga rentan terhadap kehilangan pengendalian internal, yaitu memiliki amarah, ketakutan, harapan yang tidak konsisten, atau ketidaknyamanan fisik dapat membangkitkan amukan pada anak usia ini.²⁶

d. Perkembangan kognitif.

Perkembangan kognitif usia 3 hingga 5 tahun berupa peningkatan kemampuan berbahasa dan fungsi berfikir sehingga komunikasi berupa penjelasan sederhana sudah dapat dilakukan. Seorang psikolog Swiss bernama Piaget merumuskan tahap dari pembangunan kognitif atas dasar pengamatan rinci anak-anaknya sendiri, dan menyatakan bahwa anak-anak melewati empat tahap perkembangan kognitif yang luas. Anak usia 3-5 tahun berada pada tahap pemikiran praoperasional dimana tahap ini memungkinkan anak untuk memprediksi hasil dari perilaku. Pola pikir tidak dikembangkan dengan baik, menjadi egosentris, tidak dapat mencakup titik pandang orang lain dan tidak fleksibel.⁹

e. Perkembangan bahasa.

Pada usia 5 tahun sebagian besar anak dapat menggunakan 2000 atau lebih kata. Anak-anak tidak menggunakan kiasan, mereka hanya akan memahami arti harfiah dari kata-kata. Misalnya, merujuk ke

objek "ringan seperti bulu" dapat menghasilkan persepsi yang membingungkan pada seorang anak. Dalam perawatan gigi terdapat berbagai kosakata yang sangat khusus dan tidak mungkin dimengerti oleh anak, bahkan remaja.^{9,26}

e. Perkembangan sosial.

Beberapa tahun terakhir, keyakinan bahwa bayi yang baru lahir adalah individu yang menghabiskan sebagian besar waktu mereka untuk tidur. Namun, penelitian terbaru mengungkapkan bahwa bayi berinteraksi cukup nyata dengan lingkungan mereka, seringkali memulai interaksi dengan manusia lain dengan gerakan mata atau anggota badan. Pada usia sekitar 8 bulan – usia di bawah 5 tahun bayi menunjukkan rasa takut pada orang asing.⁹

Para peneliti perkembangan mengenali transisi dari masa kanak-kanak ke masa anak usia dini, yang dikenal sebagai balita, merupakan waktu yang sangat penting untuk pengembangan kepribadian anak-anak. Paus - Edwards dan Liu menyatakan bahwa pola asuh orang tua merupakan elemen penting dari masa balita. Panduan, dukungan dan bimbingan dari orang tua akan menghasilkan perkembangan yang maksimal pada masa balita.²⁹

2.3 HUBUNGAN POLA ASUH ORANG TUA DENGAN TINGKAT KOOPERATIF ANAK DALAM PERAWATAN GIGI DAN MULUT

Dalam literatur psikologi barat, dijelaskan bahwa untuk mengetahui hubungan antara pola asuh orang tua dan masalah perilaku pada anak telah melalui penelitian yang panjang. Meskipun masalah hubungan kausal antara variabel-variabel tetap tidak terselesaikan, peran pola asuh orang tua dalam membentuk perilaku anak sangat penting. Pola asuh orang tua seperti kehangatan, regulasi, pendekatan, penegakan hukuman secara tegas, dan pengakuan demokratis sudut pandang anak telah konsisten dikaitkan dengan rendahnya tingkat masalah perilaku pada anak, khususnya kenakalan, perilaku eksternalisasi dan penyimpangan.³⁷

Sejalan dengan hal tersebut, hasil dari penelitian Baumrind dikutip dari Kathy Stansbury tahun 2012, mengungkapkan bahwa pola asuh yang berkaitan dengan pertumbuhan kemampuan diri untuk mengontrol dan mengarahkan tingkah laku secara mandiri adalah orang tua yang memberikan kebebasan kepada anaknya untuk menentukan pilihan yang berhubungan dengan kepentingan dirinya sendiri namun tetap menuntut tanggung jawab serta mengarahkan anaknya melalui diskusi yang menjelaskan alasan yang logis dan rasional dibalik peraturan dan hukuman yang diberikan kepada anak.⁵

Belsky, Hohmann dan Weikart berpendapat bahwa anak-anak yang diperlakukan dengan kehangatan, rasa hormat dan penghargaan dari orang tua

sejak kecil, mereka akan memiliki keyakinan untuk belajar dan berkembang melalui eksplorasi sensorik-motorik. Kehangatan dari orang tua dan kepekaan terhadap kebutuhan anak-anak adalah dimensi pola asuh yang paling berpengaruh selama masa pertumbuhan dan memberikan dasar bagi banyak sosialisasi yang terjadi pada anak-anak. Sosialisasi tersebut termasuk juga kemampuan anak untuk bekerja sama dengan dokter gigi selama perawatan.^{27,35}

Penelitian yang dilakukan di India tahun 2006, menemukan bahwa pola asuh orang tua yang otoriter, memegang kekuasaan penuh terhadap anak, permusuhan lisan dan pemaksaan fisik justru secara emosional dan fisiologis akan mendorong anak-anak untuk berperilaku demikian. Hal ini didukung pula oleh studi psikologis tahun 2012 yang menunjukkan bahwa dalam budaya kolektivistis, anak-anak yang tidak patuh dan tidak mampu mengendalikan emosi negatif cenderung menerima hukuman atau tindakan disiplin yang serupa dari orang tua. Anak dengan temperamen tinggi dan tidak mampu mengontrol stress yang ada pada dirinya membuat dokter gigi akan lebih sulit untuk melakukan manajemen perilaku terhadap mereka.^{37,38}

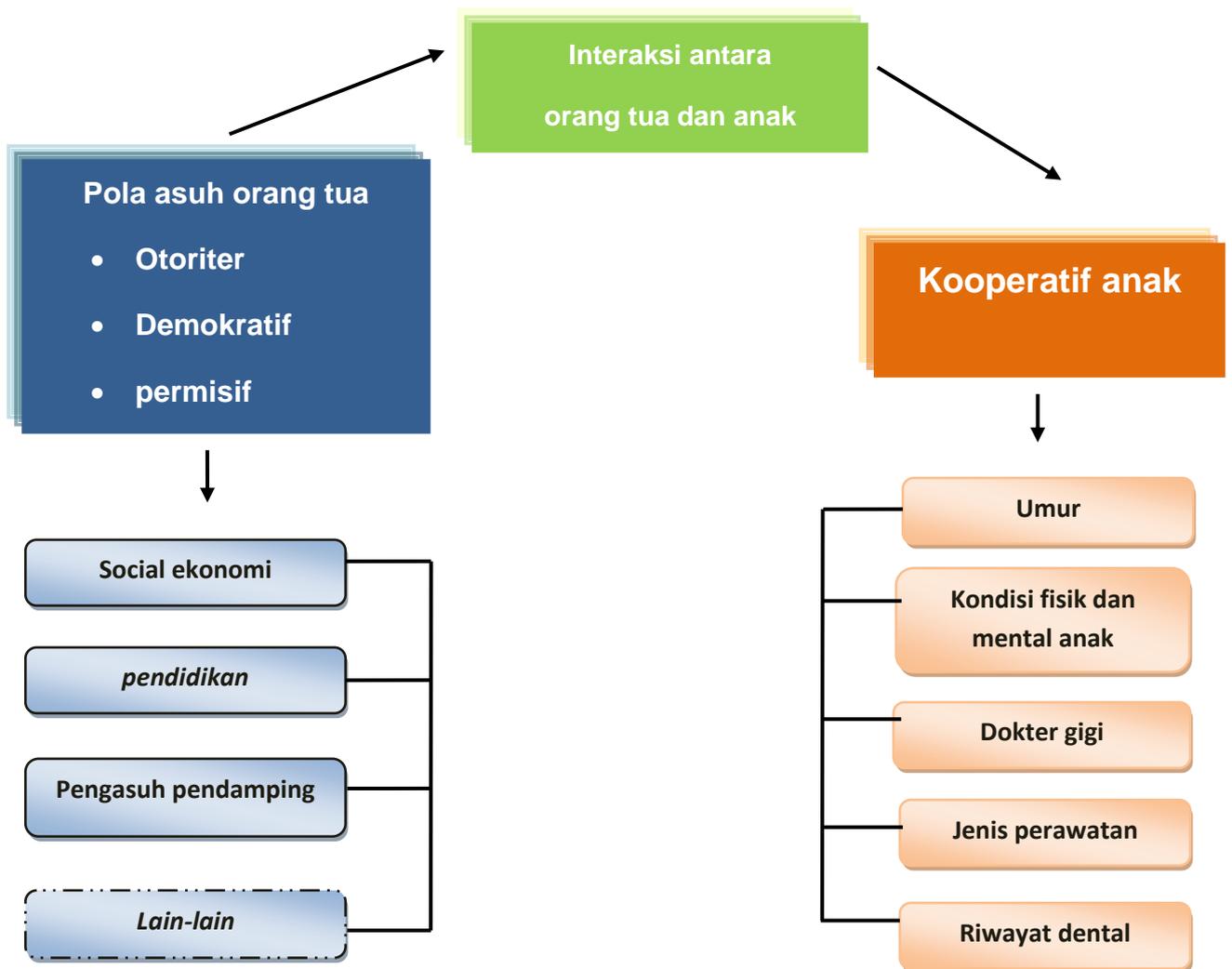
Dalam analisis data dari *National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY)* tahun 2008 tentang peran pola asuh orang tua pada anak-anak juga ditemukan bahwa orang tua yang keras justru merupakan penentu utama dari masalah perilaku bagi anak-anak usia 2-3 tahun dan 8-9 tahun. Orang tua yang keras terkait dengan peningkatan 50% risiko untuk masalah perilaku anak. Analisis data jangka panjang dari NLSCY terkait dengan pola pengasuhan

hukuman, ditemukan tingkat perilaku agresif dan kecemasan anak yang lebih tinggi dan perilaku pro-sosial yang lebih rendah. Kecemasan yang tinggi ini kemudian akan menyebabkan masalah dalam perilaku dental anak.¹⁵

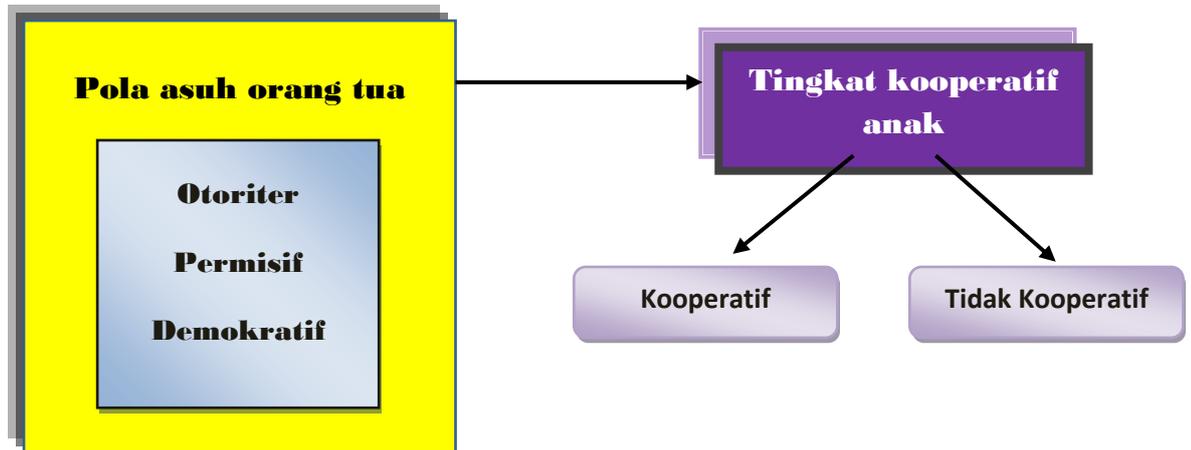
Dalam sebuah survei terhadap diplomates dari *American Board of Pediatric Dentistry* tahun 2006, hampir 9 dari 10 menyimpulkan bahwa mereka mengamati perubahan negatif dalam pola asuh orang tua dan perubahan ini mempengaruhi perilaku pasien anak di klinik. Peringkat alasan responden untuk hal ini berubah dari tertinggi ke terendah: orang tua kurang bersedia untuk menetapkan batas, kurang bersedia untuk menggunakan disiplin fisik, terlalu sibuk untuk menghabiskan waktu dengan anak mereka, dan terlalu egois dan materialistik. Konsekuensinya adalah teknik manajemen perilaku yang diterapkan orang tua menjadi kurang tegas dan berdampak pada tempramen dan kemampuan anak untuk bekerja sama dengan dokter gigi dalam ruang praktik.³⁹

BAB III
KERANGKA KONSEP

3.1 KERANGKA TEORI



3.2 KONSEP PENELITIAN



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 JENIS PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan desain penelitian *cross sectional* yaitu suatu penelitian dengan faktor independen dan faktor dependennya diteliti secara bersamaan, dalam periode waktu tertentu. Adapun yang diteliti dalam hal pola asuh otoriter, permisif dan demokratis yang diterapkan orang tua dalam mengasuh anak.

4.2 LOKASI DAN WAKTU PENELITIAN

4.2.1 Lokasi

Penelitian ini dilakukan di RSGMP UNHAS, Makassar.

4.2.2 Waktu

Penelitian dilakukan pada bulan Februari - Agustus 2013

4.3 VARIABEL PENELITIAN

4.3.1 Variabel Independen

Dalam penelitian ini pola asuh orang tua dianggap sebagai variabel independen karena memberikan pengaruh terhadap tingkat kooperatif anak dalam perawatan gigi dan mulut.

4.3.2 Variabel Dependen

Dalam penelitian ini yang dianggap sebagai variabel dependen adalah tingkat kooperatif anak karena hal ini dipengaruhi oleh pola asuh orang tua.

4.4 DEFINISI OPERASIONAL

4.4.1 Orang Tua

Orang tua adalah ayah atau ibu yang berperan sebagai pengasuh utama dan paling banyak melakukan interaksi serta kegiatan pengasuhan terhadap anak dalam kehidupan sehari-hari.

4.4.2 Pola Asuh

Pola asuh adalah gambaran tentang sikap dan perilaku orang tua dalam mendidik, berinteraksi, bersosialisasi dan berkomunikasi dengan anak dalam kehidupan sehari-hari, yang dibagi menjadi 3 tipe yaitu otoriter, permisif dan demokratis.

- a. Otoriter, yaitu pola asuh orang tua yang terlalu memaksakan kehendak terhadap anak.
- b. Permisif, yaitu pola asuh orang tua yang memberikan kebebasan dan kepercayaan penuh pada anak dalam melakukan sesuatu tanpa adanya pengawasan dari orang tua.
- c. Demokratis, yaitu pola asuh yang memberikan pengertian dan penjelasan kepada anak mengenai konsekuensi dari suatu perilaku yang baik dan buruk.

4.4.3 Anak usia 3-5 tahun

Anak usia 3-5 tahun adalah usia anak prasekolah yang dihitung berdasarkan tahun kelahiran.

4.4.4 Tingkat Kooperatif Anak

Tingkat kooperatif anak adalah sikap dan atau perilaku yang ditunjukkan anak terhadap perawatan gigi dan mulut yang diterima yang digolongkan kedalam sikap kooperatif atau tidak kooperatif.

4.5 POPULASI DAN SAMPEL

4.5.1 Populasi

Populasi adalah jumlah keseluruhan subjek yang diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah semua anak usia 3-5 tahun yang menerima perawatan gigi dan mulut di RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013.

4.5.2 Sampel

Sampel adalah unit yang mewakili populasi. Dalam penelitian ini, jumlah sampel yang diteliti adalah seluruh anak yang memenuhi kriteria sampel dan hadir selama penelitian ini dilakukan.

Prosedur pengambilan sampel yaitu dengan teknik *purposive sampling*, yaitu hanya pasien yang memiliki kriteria tertentu yang dipilih sebagai sampel. Adapun kriteria sampel adalah sebagai berikut:

Kriteria inklusi.

- a. Orang tua dan anak bersedia menjadi subjek penelitian

- b. Orang tua dan anak dengan kondisi fisik dan mental normal.
- c. Anak yang tidak memiliki pengalaman dental buruk yang dapat menyebabkan terjadinya *dental phobia*.
- d. Anak yang menerima perawatan OD/DHE, filling, endodontik, topical aplikasi fluor, atau pit dan fissure sealant.
- e. Anak yang diasuh dan tinggal bersama oleh orang tua kandung.

Kriteria eksklusi.

- a. Jika pada saat penelitian berlangsung tiba-tiba anak ataupun orang tua menolak menjadi subjek.
- b. Jika orang tua tidak mengisi kuesioner dengan lengkap dan jelas.

4.6 PENGUMPULAN DATA

4.6.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumbernya. Data primer diperoleh melalui teknik pengumpulan data dengan wawancara dan kuesioner.

4.6.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang secara tidak langsung diperoleh dari sumbernya, tetapi melalui pihak kedua. Sumber data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari dokumen tertulis/ registrasi pasien dan kartu status.

4.7 INSTRUMEN/ALAT UKUR

4.7.1 Pola Asuh Orang Tua

Dalam penelitian ini pola asuh orang tua diukur menggunakan *Parenting Styles and Dimensions Questionnaire-Short Form (PSDQ)* yang dikembangkan oleh Robinson pada tahun 2001. Instrumen penilaian ini, terdiri dari 32 item pernyataan yang berbeda yang dapat diisi oleh ayah atau ibu. Tiap item dinilai menggunakan jenis skala *Likert* dengan 4 menunjukkan bahwa orang tua "Selalu melakukan" dan 1 menunjukkan bahwa orang tua "tidak pernah pernah melakukan".^{16,29,38}

a. Kriteria objektif pola asuh otoriter.

1. Skoring
 - a. Jumlah pertanyaan sebanyak 12 nomor
 - b. Pertanyaan yang diskoring mempunyai 4 pilihan jawaban
 - c. Masing- masing jawaban diberi skor, yang tertinggi = 4 dan terendah = 1
 - d. Skor tertinggi dari seluruh jawaban responden = jumlah pertanyaan x skor jawaban tertinggi = $12 \times 4 = 48$
 - e. Skor terendah dari seluruh jawaban responden = jumlah pertanyaan x skor jawaban terendah = $12 \times 1 = 12$
 - f. Skor antara = skor tertinggi – skor terendah (dari seluruh jawaban responden) = $48 - 12 = 36$

2. Kriteria Objektif

- a. Kriteria objektif dibagi 2 kategori yaitu : otoriter dan tidak otoriter.
- b. Interval : skor antara/kategori = $36 / 2 = 18$
- c. Skor standar = $48 - 18 = 30$
- d. Jadi kriteria tersebut adalah :
 1. Otoriter, bila skor jawaban responden ≥ 30
 2. Tidak otoriter, bila skor jawaban responden < 30

b. Kriteria objektif pola asuh permisif.

1. Skoring

- a. Jumlah pertanyaan sebanyak 5 nomor
- b. Pertanyaan yang diskoring mempunyai 4 pilihan jawaban
- c. Masing- masing jawaban diberi skor, yang tertinggi = 4 dan terendah = 1
- d. Skor tertinggi dari seluruh jawaban responden = jumlah pertanyaan x skor jawaban tertinggi = $5 \times 4 = 20$
- e. Skor terendah dari seluruh jawaban responden = jumlah pertanyaan x skor jawaban terendah = $5 \times 1 = 5$
- f. Skor antara = skor tertinggi – skor terendah (dari seluruh jawaban responden) = $20 - 5 = 15$

2. Kriteria Objektif

- a. Kriteria objektif dibagi 2 kategori yaitu : permisif dan tidak permisif

- b. Interval : skor antara/kategori = $15 / 2 = 7,5$
- c. Skor standar = $20 - 7,5 = 12,5$
- d. Jadi kriteria tersebut adalah :
 - 1. Permisif, bila skor jawaban responden $\geq 12,5$
 - 2. Tidak permisif, bila skor jawaban responden $< 12,5$

c. Kriteria objektif pola asuh demokratis.

- 1. Skoring
 - a. Jumlah pertanyaan sebanyak 15 nomor
 - b. Pertanyaan yang diskoring mempunyai 4 pilihan jawaban
 - c. Masing- masing jawaban diberi skor, yang tertinggi = 4 dan terendah = 1
 - d. Skor tertinggi dari seluruh jawaban responden = jumlah pertanyaan x skor jawaban tertinggi = $15 \times 4 = 60$
 - e. Skor terendah dari seluruh jawaban responden = jumlah pertanyaan x skor jawaban terendah = $15 \times 1 = 15$
 - f. Skor antara = skor tertinggi – skor terendah (dari seluruh jawaban responden) = $60 - 15 = 45$
- 2. Kriteria Objektif
 - a. Kriteria objektif dibagi 2 kategori yaitu : demokratis dan tidak demokratis.
 - b. Interval : skor antara/kategori = $45 / 2 = 22,5$
 - c. Skor standar = $60 - 22,5 = 37,5$
 - d. Jadi kriteria tersebut adalah :

1. Demokratif, bila skor jawaban responden $\geq 37,5$
2. Tidak demokratif, bila skor jawaban responden $< 37,5$

4.7.2 Tingat Kooperatif anak

Dalam penelitian ini, tingkat kooperatif anak akan diukur dengan *Frankl Behavior Rating Scale*. Skala ini membagi perilaku anak terhadap perawatan gigi dan mulut yang diamati ke dalam empat kategori, mulai dari pasti positif sampai pasti negatif.^{9,34,39}

a. Kriteria objektif.

1. Rating 1 : Jelas Negatif
2. Rating 2 : Negatif
3. Rating 3 : Positif
4. Rating 4 : Jelas Positif

Jadi kriteria tersebut adalah :

- a. Kooperatif, bila anak menunjukkan perilaku positif dan jelas positif.
- b. Tidak kooperatif, bila anak menunjukkan perilaku negatif dan jelas negatif.

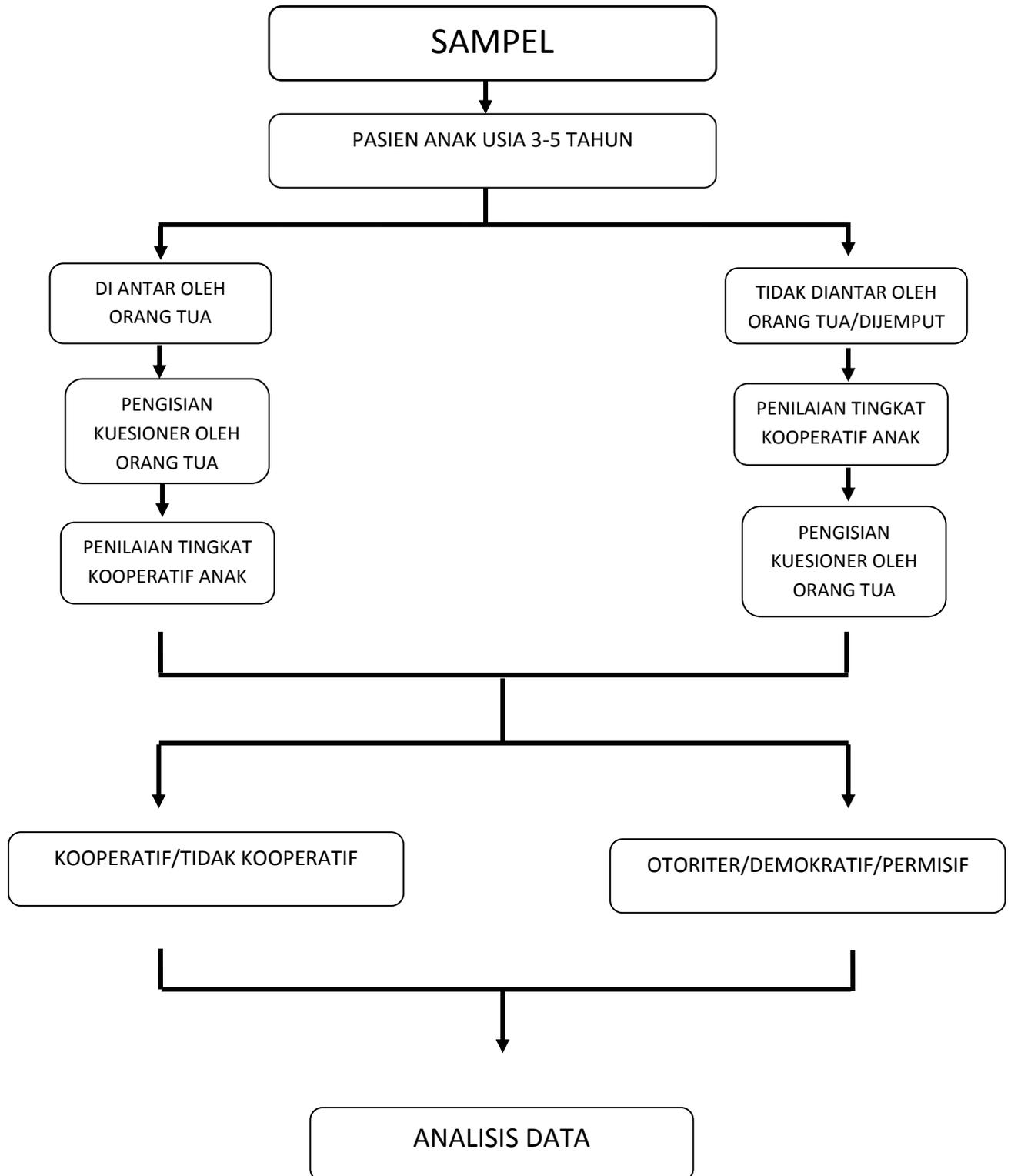
4.8 ANALISIS DATA

Analisa data menggunakan jenis analisis multivariat regresi logistik untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan tingkat kooperatif anak dalam perawatan gigi dan mulut. Tingkat signifikansi yang ditetapkan sebesar 5% (yaitu p, 0,05).

4.9 PROSEDUR PENELITIAN

- a. Pasien anak yang datang ke RSGMP UNHAS, didata berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Pasien yang memenuhi kriteria inklusi kemudian dijadikan sebagai sampel penelitian.
- b. Jika pasien anak yang datang diantar langsung oleh orang tua, maka sebelum dilakukan perawatan gigi dan mulut pada anak, orang tua diminta untuk menandatangani inform consent dan mengisi kuisisioner pola asuh orang tua (*Parenting Style and Dimension Quesioner*) yang telah disediakan oleh peneliti.
- c. Jika pasien anak yang datang tidak diantar langsung oleh orang tua (dijemput), maka setelah dilakukan perawatan gigi dan mulut pada anak, peneliti kemudian mengunjungi orang tua pasien dan diminta mengisi kuesioner untuk memperoleh informasi mengenai pola asuh orang tua.
- d. Selama dilakukan perawatan gigi dan mulut pada anak, tingkah laku anak diamati dan dinilai secara langsung oleh peneliti sesuai dengan lembar penilaian yang ada (*Frankl Behavior Rating Scale*).
- e. Setelah seluruh data dari orang tua dan anak diperoleh, kemudian dilakukan analisis dengan uji regresi logistik untuk mengetahui adanya pengaruh antara pola asuh orang tua dengan tingkat kooperatif anak dalam perawatan gigi dan mulut.

4.10 ALUR PENELITIAN



BAB V

HASIL PENELITIAN

Penelitian berlangsung sejak tanggal 18 Februari – 14 Agustus 2013. Sampel penelitian berjumlah 130 dengan metode pengambilan sampel secara *purposive sampling*.

5.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang diteliti meliputi umur anak, jenis kelamin anak, jumlah kunjungan ke dokter gigi dan jenis perawatan yang diterima.

a. Umur anak.

Berdasarkan hasil penelitian karakteristik umur responden didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel V.1 Distribusi frekuensi responden menurut umur anak di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013

No	Kelompok Umur	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1.	3	24	18.5
2.	4	25	19.2
3.	5	81	62.3
Total		130	100.0

Sumber: Data primer

Tabel V.1 menunjukkan bahwa umur anak yang diteliti berada pada rentan umur 3-5 tahun. Sebagian besar anak berumur 5 tahun sebanyak 81 responden (62,3%), sedangkan paling sedikit berumur 3 tahun yaitu sebanyak 24 responden (18,5%).

b. Jenis kelamin anak.

Berdasarkan hasil penelitian karakteristik jenis kelamin responden didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel V.2 Distribusi frekuensi responden menurut jenis kelamin anak di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013

No	Jenis Kelamin	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1.	Perempuan	58	44.6
2.	Laki-laki	72	55.4
Total		130	100.0

Sumber: Data primer

Tabel V.2 menunjukkan bahwa sebagian besar anak usia 3-5 tahun yang dirawat di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS berjenis kelamin laki-laki sebanyak 72 responden (55,4%), sedangkan anak yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 58 responden (44,6%).

c. Jumlah kunjungan ke dokter gigi.

Berdasarkan hasil penelitian terhadap anak usia 3-5 tahun yang dirawat di RSGMP UNHAS, karakteristik jumlah kunjungan ke dokter gigi responden didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel V.3 Distribusi frekuensi responden menurut jumlah kunjungan ke dokter gigi di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013

No	Kunjungan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1.	1 kali	77	59.2
2.	2 kali	26	20.0
3.	3 kali	11	8.5
4.	4 kali	3	2.3
5.	5 kali	6	4.6
6.	6 kali	2	1.5
7.	7 kali	2	1.5
8.	8 kali	3	2.3
Total		130	100.0

Sumber: Data primer

Tabel V.3 menunjukkan bahwa sebagian besar anak usia 3-5 tahun yang diteliti, berkunjung ke dokter gigi untuk pertama kali di RSGMP UNHAS yaitu sebanyak 77 responden (59,2 %). Sedangkan anak usia 3-5 tahun paling sedikit berkunjung ke dokter gigi pada kunjungan keenam dan kunjungan ketujuh yaitu sebanyak 2 responden (1,5%).

d. Jenis perawatan.

Berdasarkan hasil penelitian karakteristik jenis perawatan yang diterima responden di RSGMP UNHAS, didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel V.4 Distribusi frekuensi responden menurut jenis perawatan di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013

No	Perawatan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1.	OD/DHE	57	43.8
2.	Pulp capping	6	4.6
3.	Pulpektomi	14	10.8
4.	TAF	2	1.6
5.	SM	5	3.8
6.	Tambal	46	35.4
Total		130	100.0

Sumber: Data primer

Tabel V.4 menunjukkan bahwa dari 130 responden yang diteliti, jenis perawatan yang diterima responden paling banyak adalah *oral diagnosis* dan *dental health education* yaitu 57 responden (43,8%), dan paling sedikit *topical aplikasi fluor* sebanyak 2 responden (1,6%).

e. Diagnosis perilaku.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 130 pasien anak usia 3-5 tahun yang dirawat di RSGMP UNHAS, diagnosis perilaku responden didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel V.5 Distribusi frekuensi responden menurut diagnosis perilaku di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013

No	Perawatan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1.	Kooperatif	80	61.5
2.	Tidak Kooperatif	50	38.5
Total		130	100.0

Sumber: Data primer

Tabel V.5 menunjukkan mayoritas pasien anak usia 3-5 tahun yang dirawat di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS adalah kooperatif sebanyak 80 responden (61,5%), sedangkan anak yang didiagnosis tidak kooperatif sebanyak 50 responden (38,5%).

5.2 Karakteristik Orang Tua

Karakteristik orang tua yang diteliti meliputi umur orang tua, jenis kelamin orang tua, pendidikan terakhir dan pekerjaan orang tua.

a. Umur orang tua

Berdasarkan hasil penelitian karakteristik umur orang tua didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel V.6 Distribusi frekuensi responden menurut kelompok umur orang tua pasien di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013

No	Umur	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1.	20-30	37	28.5
2.	31-40	63	48.5
3.	41-50	23	17.7
4.	>5 0	7	5.4
Total		130	100.0

Sumber: Data primer

Tabel V.6 menunjukkan mayoritas orang tua dari pasien anak usia 3-5 tahun yang dirawat di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS berumur antara 31-40 tahun sebanyak 63 responden (48,5%), dimana umur tersebut termasuk dalam kelompok umur menengah (*middle age*).

b. Jenis kelamin orang tua

Berdasarkan hasil penelitian karakteristik jenis kelamin orang tua didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel V.7 Distribusi frekuensi responden menurut jenis kelamin orang tua pasien di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013

No	Umur	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1.	Perempuan	89	68.5
2.	Laki-laki	41	31.5
Total		130	100.0

Sumber: Data primer

Tabel V.7 menunjukkan mayoritas orang tua yang diteliti berjenis kelamin perempuan sebanyak 89 responden (68,5%), sedangkan laki-laki sebanyak 41 responden (31,5%).

c. Pendidikan terakhir

Berdasarkan hasil penelitian karakteristik pendidikan responden didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel V.8 Distribusi frekuensi responden menurut pendidikan terakhir orang tua pasien di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013

No	Pendidikan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1.	Tidak sekolah	13	10.0
2.	SD/ sederajat	11	8.5
3.	SMP/ sederajat	21	16.2
4.	SMA/ sederajat	35	26.9
5.	Perguruan tinggi	50	38.5
Total		130	100.0

Sumber : Data primer

Tabel V.8 menunjukkan bahwa dari 130 responden yang diteliti, tingkat pendidikan responden lebih banyak berada pada perguruan tinggi yaitu 50 responden (38,5%) dan paling sedikit tidak sekolah yaitu 13 responden (10,0%).

d. Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian karakteristik pekerjaan responden didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel V.9 Distribusi frekuensi responden menurut pekerjaan orang tua pasien di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013

No	Pekerjaan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1.	Wiraswasta	20	15.4
2.	PNS	24	18.5
3.	Pedagang	6	4.6
4.	IRT	59	45.4
5.	Karyawan swasta	21	16.2
Total		130	100.0

Sumber : Data primer

Tabel V.9 menunjukkan bahwa dari 130 responden yang diteliti, status pekerjaan responden yang terbanyak adalah sebagai ibu rumah tangga yaitu sebanyak 59 responden (45,4%), sedangkan paling sedikit adalah pedagang yaitu sebanyak 6 responden (4,6%).

e. Pola asuh otoriter

Untuk menggambarkan pola asuh orang tua otoriter (*authoritarian*) dari pasien anak usia 3-5 tahun yang memanfaatkan perawatan gigi dan mulut di Bagian

IKGA, RSGMP UNHAS, ditanyakan 12 hal yang berkaitan dengan sikap dan karakteristik yang mereka terapkan terhadap anak.

Tabel V.10 Distribusi frekuensi responden menurut pola asuh otoriter orang tua pasien di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013

No	Pola Asuh	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1.	Otoriter	55	42.3
2.	Tidak Otoriter	75	57.7
Total		130	100.0

Sumber: Data primer

Tabel V.11 Distribusi pola asuh orang tua otoriter terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun yang dirawat di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013

Pola Asuh		Diagnosis Perilaku		Total
		Kooperatif	Tidak Kooperatif	
Otoriter	n	21	34	55
	%	38.2	61.8	100.0
Tidak Otoriter	n	59	16	75
	%	78.7	21.3	100.0
Total	n	80	50	130
	%	61.5	38.5	100.0

Sumber: Data primer

Keterangan: n= Jumlah sampel; %=Persentase sampel

Tabel V.10 menunjukkan bahwa dari total 130 orang tua yang diteliti, 55 orang tua (42,3%) memiliki pola asuh otoriter, sedangkan 75 orang tua lainnya memiliki pola asuh tidak otoriter (57,7%). Tabel V.11 menunjukkan jumlah anak yang kooperatif pada orang tua yang memiliki pola asuh ototriter sebanyak 21 pasien

(38,2%), sedangkan anak yang tidak kooperatif pada orang tua yang memiliki pola asuh otoriter sebanyak 34 pasien (61,8%).

f. Pola asuh permisif

Untuk menggambarkan pola asuh orang tua permisif (*permissive*) dari pasien anak usia 3-5 tahun yang memanfaatkan perawatan gigi dan mulut di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, ditanyakan 5 hal yang berkaitan dengan sikap dan karakteristik yang mereka terapkan terhadap anak.

Tabel V.12 Distribusi frekuensi responden menurut pola asuh permisif orang tua pasien di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013

No	Pola Asuh	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1.	Permisif	54	41.5
2.	Tidak Permisif	76	58.5
Total		130	100.0

Sumber: Data primer

Tabel V.13 Distribusi pola asuh orang tua permisif terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun yang dirawat di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013

Pola Asuh		Diagnosis Perilaku		Total
		Kooperatif	Tidak Kooperatif	
Permisif	n	20	34	54
	%	37.0	63.0	100.0
Tidak Permisif	n	60	16	76
	%	78.9	21.1	100.0
Total	n	80	50	130
	%	61.5	38.5	100.0

Sumber: Data primer

Keterangan: n= Jumlah sampel; %=Persentase sampel

Tabel V.12 menunjukkan bahwa dari total 130 orang tua yang diteliti, 54 orang tua (41,5%) memiliki pola asuh permisif, sedangkan 76 orang tua lainnya memiliki pola asuh tidak permisif (58,5%). Pada tabel V.13 menunjukkan anak yang kooperatif pada orang tua yang memiliki pola asuh permisif sebanyak 20 pasien (37,0%), sedangkan anak yang tidak kooperatif pada orang tua yang memiliki pola asuh permisif sebanyak 34 pasien (63,0%).

g. Pola asuh demokratis

Untuk menggambarkan pola asuh orang tua demokratis (*authoritative*) dari pasien anak usia 3-5 tahun yang memanfaatkan perawatan gigi dan mulut di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, ditanyakan 15 hal yang berkaitan dengan sikap dan karakteristik yang mereka terapkan terhadap anak.

Tabel V.14 Distribusi frekuensi responden menurut pola asuh demokratis orang tua pasien di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013

No	Pola Asuh	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1.	Demokratis	74	56.9
2.	Tidak Demokratis	56	43.1
Total		130	100.0

Sumber: Data primer

Tabel V.14 menunjukkan bahwa dari total 130 orang tua yang diteliti, 74 orang tua (56,9%) memiliki pola asuh demokratis, sedangkan 56 orang tua lainnya (43,1%) memiliki pola asuh tidak demokratis.

Tabel V.15 Distribusi pola asuh orang tua demokratis terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun yang dirawat di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013

Pola Asuh		Diagnosis Perilaku		Total
		Kooperatif	Tidak Kooperatif	
Demokratif	n	64	10	74
	%	86.5	13.5	100.0
Tidak Demokratif	n	16	40	56
	%	28.6	71.4	100.0
Total		80	50	130
		61.5	38.5	100.0

Sumber: Data primer

Keterangan: n= Jumlah sampel; %=Persentase sampel

Tabel V.15 menunjukkan jumlah anak yang kooperatif pada orang tua yang memiliki pola asuh demokratis sebanyak 64 pasien (86,5%), sedangkan anak yang tidak kooperatif pada orang tua yang memiliki pola asuh demokratis sebanyak 10 pasien (13,5%).

5.3 Hasil Uji Hipotesis

Untuk menguji hipotesis yang dikemukakan, dilakukan analisis multivariat dengan uji regresi logistik. Dari hasil uji yang dilakukan didapatkan hasil yang mendukung kebenaran hipotesis yang diajukan, sebagai berikut:

a. *Chi-Square Test*

Chi-Square Test adalah salah satu alat analisis yang ditujukan untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel dependen dan variabel independen yang diteliti. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan satu variabel dependen yaitu tingkat kooperatif anak dan tiga variabel independen yaitu pola asuh

otoriter, permisif dan demokratis. Dari ketiga variabel independen ini akan diketahui hubungan terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun dalam perawatan gigi dan mulut.

Adapun hasilnya diperoleh dari *output Chi-Square Test* olahan SPSS, secara ringkas dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel V.16 Hubungan pola asuh orang tua terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013

No	Pola Asuh Orang Tua	Continuity Correction Asymp. Sig. (p)
1.	Otoriter	.000
2.	Permisif	.000
3	Demokratis	.000

*chi-square test; $p < 0,05$

Tabel V.16 menunjukkan hasil uji *chi-square* dengan nilai $p=0.000$ ($p < 0.05$) pada tiap kelompok pola asuh orang tua. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara masing-masing pola asuh orang tua terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun dalam perawatan gigi dan mulut.

b. Logistic Regression

Analisis regresi logistik adalah salah satu alat analisis yang ditujukan untuk mengetahui besar pengaruh dari masing-masing variabel independen terhadap variabel dependen yang diteliti. Selain itu, pengujian ini juga dilakukan untuk mengetahui mana diantara ketiga variabel independen (otoriter, permisif dan

demokratif) yang memiliki pengaruh paling besar terhadap variabel dependen yang diteliti.

Tabel V.17 Pengaruh pola asuh orang tua terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS, Makassar, Tahun 2013

Pola asuh orang tua	Sig.	Exp(B)
Otoriter	.047	.387
Peremisif	.037	.370
Demokratif	.000	8.370

*Variables in the equation; $p < 0,05$

Tabel V.17 menunjukkan hasil uji hubungan lanjut pola asuh orang terhadap tingkat kooperatif anak, dimana terdapat pengaruh yang signifikan dari masing-masing pola asuh orang tua terhadap tingkat kooperatif anak. Hal ini terlihat dari nilai $\text{sig} < p (0,05)$ untuk masing-masing pola asuh orang tua.

Pada tabel ini dipaparkan pula besar pengaruh masing-masing pola asuh orang tua berdasarkan besar nilai eksponen B. Terlihat bahwa pola asuh demokratif memiliki pengaruh yang paling besar terhadap tingkat kooperatif anak. Orang tua yang memiliki pola asuh demokratif akan membuat anak kooperatif 8,370 kali lipat jika dibandingkan dengan pola asuh orang tua otoriter dan permisif.

BAB VI

PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan di RSGMP Drg. Halimah Dg. Sikati FKG UNHAS selama tujuh bulan dengan cara pengumpulan data primer dengan menggunakan kuesioner pada responden yang berjumlah 130 orang tua dan anak. Sampel terdiri dari 72 orang anak laki-laki, lebih banyak dibandingkan dengan anak perempuan yaitu 58 orang.

Dalam penelitian ini mengenai pengaruh pola asuh orang tua terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun dalam perawatan gigi dan mulut. Sebagai tolak ukur penentuan sampel penelitian digunakan lembar penilaian *Frankl Behavior Rating Scale* untuk mengukur tingkat kooperatif setiap subyek penelitian. Alat ukur ini telah teruji validitas dan reliabilitasnya dan telah sering digunakan pada serangkaian penelitian. Selanjutnya, data pada penelitian ini dianalisis dengan menggunakan analisis multivariat dengan uji statistik Regresi Logistik.

Untuk mengetahui pola asuh orang tua, peneliti menggunakan kuesioner *Parenting Style and Dimension Questionare (PSDQ)* yang dikembangkan oleh Robinson pada tahun 2001. Peneliti memutuskan menggunakan kuesioner pola asuh orang tua ini karena telah teruji pada beberapa literatur. Instrumen penilaian ini, terdiri dari 32 item pernyataan yang berbeda yang dapat diisi oleh ayah atau ibu.

Dari data yang didapatkan, terlihat adanya pengaruh masing-masing jenis pola asuh orang tua yaitu pola asuh otoriter, permisif dan demokratis terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun. Hasil dari setiap jenis pola asuh ini kemudian dibandingkan satu sama lain untuk dianalisis mana yang lebih besar pengaruhnya

dalam meningkatkan kooperatif anak usia 3-5 tahun. Berdasarkan data dari tabel V.17 dapat terlihat bahwa tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun tertinggi dialami oleh pasien anak dengan orang tua yang memiliki pola asuh demokratis.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Vandana Sharma tahun 2004 menyatakan bahwa pola asuh orang tua seperti kehangatan, regulasi, pendekatan, penegakan hukuman secara tegas, dan pengakuan demokratis sudut pandang anak telah konsisten dikaitkan dengan rendahnya tingkat masalah perilaku pada anak.³⁷

Sejalan dengan hal tersebut, penelitian oleh Kathy Stansbury 2012 mengungkapkan bahwa pola asuh yang berkaitan dengan pertumbuhan kemampuan diri anak untuk mengontrol dan mengarahkan tingkah laku secara mandiri serta untuk bekerja sama dengan orang lain adalah orang tua yang memberikan kebebasan kepada anaknya untuk menentukan pilihan yang berhubungan dengan kepentingan dirinya sendiri.⁵

Penelitian oleh Afriyani pada tahun 2012 menambahkan bahwa teknik-teknik asuhan orang tua yang demokratis akan menumbuhkan keyakinan dan kepercayaan diri serta mendorong tindakan-tindakan mandiri yang akan berakibat munculnya tingkah laku mandiri yang bertanggung jawab pada anak.¹⁴ Tingkah laku anak yang tumbuh oleh orang tua dengan pola asuh demokratis akan lebih mudah dikontrol pada saat perawatan gigi dan mulut dilakukan.

Pengaruh pola asuh permisif terhadap tingkat kooperatif anak juga sudah terbukti dari beberapa literatur dan penelitian. Berdasarkan tabel V.13 terlihat pada pola asuh permisif, dari total 54 pasien anak yang diperiksa, sebanyak 20 responden sekitar

37,0% mendapat penilaian kooperatif. Hal ini berarti bahwa penilaian tingkat kooperatif anak pada orang tua dengan pola asuh permisif tergolong paling rendah.

Dari hasil uji hipotesis tabel V.17 didapatkan nilai signifikansi 0,037, hal ini berarti ada pengaruh secara signifikan pola asuh permisif terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun yang diteliti. Dalam tabel ini juga memperlihatkan nilai *exponen B* untuk pola asuh permisif sebesar 0,370 nilai ini merupakan nilai yang terkecil diantara ke tiga pola asuh lainnya. Artinya, orang tua dengan pola asuh permisif memiliki potensi yang lebih besar untuk membuat anak menjadi tidak kooperatif dalam perawatan gigi dan mulut.

Hasil penelitian ini didukung oleh sebuah penelitian oleh Wendy K. Lamont mengenai pola asuh orang tua pada tahun 2008, menyatakan bahwa pola asuh permisif dapat mengakibatkan anak agresif, tidak patuh pada orang tua dan kurang mampu mengontrol diri.¹⁵ Alev Onder dan Hulya Gulay pada tahun 2009 juga menambahkan bahwa anak dengan pola asuh orang tua permisif akan menjadikan anak impulsif, manja, kurang mandiri, mau menang sendiri, kurang percaya diri dan kurang matang secara sosial.¹⁶

Jika dianalisis lebih dalam, dapat ditemukan keterkaitan antara karakteristik anak yang dihasilkan dari pola asuh permisif terhadap penerimaan mereka dalam perawatan gigi. Anak dengan karakteristik demikian memiliki potensi yang sangat besar untuk menimbulkan masalah perilaku pada penanganan pasien anak dalam perawatan gigi dan mulut yang dilakukan.

Pernyataan ini didukung oleh sebuah survei Christine Meng terhadap diplomates dari *American Board of Pediatric Dentistry* tahun 2006, hampir 9 dari 10

menyimpulkan bahwa mereka mengamati perubahan negatif dalam pola asuh orang tua dan perubahan ini mempengaruhi perilaku pasien anak di klinik. Peringkat alasan responden untuk hal ini berubah dari tertinggi ke terendah: orang tua kurang bersedia untuk menetapkan batas, kurang bersedia untuk menggunakan disiplin fisik, terlalu sibuk untuk menghabiskan waktu dengan anak mereka, dan terlalu egois dan materialistik. Konsekuensinya adalah teknik manajemen perilaku yang diterapkan orang tua menjadi kurang tegas dan berdampak pada tempramen dan kemampuan anak untuk bekerja sama dengan dokter gigi dalam ruang praktik.³⁹

Berdasarkan data pada tabel V.17 didapatkan nilai signifikansi untuk pola asuh otoriter sebesar 0,047, hal ini berarti ada pengaruh secara signifikan pola asuh otoriter terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun yang diteliti. Selain itu, tabel V.17 juga menunjukkan besar pengaruh pola asuh otoriter terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun yang diteliti adalah 0,387, angka ini termasuk nilai cukup rendah jika dibandingkan dengan pola asuh orang tua lainnya.

Hasil ini berkaitan dengan hasil analisis data pada penelitian Wendy K. Lamont pada tahun 2008 tentang peran pola asuh orang tua pada anak juga ditemukan bahwa orang tua yang keras (otoriter) justru merupakan penentu utama dari masalah perilaku bagi anak-anak. Orang tua yang keras (otoriter) terkait dengan peningkatan 50% risiko untuk masalah perilaku anak dalam perawatan gigi dan mulut.¹⁵

Sebuah penelitian oleh *Clinical Affairs Committee* yang dimuat dalam jurnal *American Academy Of Pediatric Dentistry* pada tahun 2010, menambahkan bahwa beberapa orang tua seringkali menuntut dan mengancam anak untuk tidak menangis dalam perawatan gigi, bahkan mungkin mencoba untuk menentukan pengobatan,

meskipun pemahaman mereka tentang prosedur perawatan yang akan dilakukan kurang. Hal tersebut secara tidak langsung justru akan semakin menyulitkan dokter gigi dalam penanganan pasien anak pada saat perawatan dilakukan.³³

Berbeda dengan teori yang dimuat pada *Text Book Pediatric Dentistry* tahun 2005, menyebutkan bahwa anak dengan orang tua yang otoriter justru akan membuat anak cenderung patuh, bertingkah laku baik dan kooperatif terhadap perawatan gigi.⁹ Dalam hal ini, anak menjadi kooperatif kemungkinan besar bukan disebabkan karena mereka tertarik dengan perawatan gigi yang di lakukan, akan tetapi justru menyimpan rasa takut dan kecemasan karena adanya ancaman untuk patuh pada perintah orang tuanya.

Dengan demikian terlihat pada penelitian ini bahwa ketiga pola asuh orang tua berpengaruh terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun dalam perawatan gigi dan mulut. Pola asuh demokratis menunjukkan pengaruh yang paling besar dibandingkan dengan pola asuh otoriter dan permisif. Sedangkan pola asuh permisif memiliki pengaruh yang paling rendah terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun dalam perawatan gigi dan mulut.

Keterbatasan dari penelitian ini yaitu membutuhkan rentan waktu yang sangat lama dan peneliti sulit dalam menemukan sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi. Sebagian besar pasien anak yang dirawat di RSGMP UNHAS merupakan anak-anak yang sengaja dicari dan dijadikan pasien oleh operator (mahasiswa kepaniteraan) dan datang ke RSGMP UNHAS tanpa di dampingi oleh orang tua. Hal ini tentu saja menyulitkan bagi peneliti untuk melakukan wawancara dan kuesioner kepada orang tua pasien.

BAB VII

PENUTUP

7.1 Simpulan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan, dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

- a. Secara simultan terdapat pengaruh pola asuh orang tua terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun dalam perawatan gigi dan mulut.
- b. Secara parsial pola asuh yang paling berpengaruh terhadap tingkat kooperatif anak usia 3-5 tahun dalam perawatan gigi dan mulut yaitu pola asuh demokratis karena dapat mendorong perilaku kooperatif pada anak usia 3-5 tahun dalam perawatan gigi dan mulut 8 kali lebih besar dibanding pola asuh orang tua otoriter dan permisif

7.2 Saran

Dalam penelitian ini, tingkat kooperatif anak dinilai berdasarkan pembagian menurut *Frankl* ke dalam dua kategori dan penilaian pola asuh orang tua ke dalam tiga kategori menurut *Baumrind*. Untuk pengembangan lebih lanjut, disarankan dilakukan penelitian dengan menggunakan penilaian tingkat kooperatif anak dan pola asuh orang tua yang berbeda.

Penelitian ini dilakukan di Bagian IKGA, RSGMP UNHAS dan sampel yang diambil terbatas pada anak usia 3-5 tahun. Oleh karena itu penelitian ini masih perlu untuk diteliti lebih jauh tentang pengaruh pola asuh orang tua terhadap tingkat kooperatif anak pada usia sekolah serta di lingkungan perawatan gigi yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

1. Lara A, Crego A, Maroto MR. Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. *International journal of paediatric dentistry* 2012; 22: 324–5.
2. Xia B, Wang CL, Ge LH. Factors associated with dental behaviour management problems in children aged 2–8 years in Beijing China. *International journal of paediatric dentistry* 2011; 21: 200–9.
3. Suprabha, Rao A, Choudhary S, Shenoy R. Child dental fear and behavior, the role of environmental factors in hospital cohort. *Jurnal of indian society of pedodontic and preventive dentistry* 2011; 29 (2): 95-6.
4. McDonald RE, Avery DR, Dean JA. *Dentistry for the child and adolescent*, eighth edition. St. Louis, Missouri. Mosby. 2004; 35-40.
5. Stansbury K, Haley D, Holly E, Herb B. Adult caregivers' behavioral responses to child noncompliance in public settings: gender differences and the role of positive and negative touch. *Behavior and Social Issues* 2012; 21: 80-2, 91-2.
6. Hoang TN. The relations between parenting and adolescent motivation. *International journal of whole schooling* 2007; 1 3(2): 1-8.
7. Syahreni E. Mengembangkan perilaku sehat pada anak usia 2-4 tahun. Direktorat pembinaan pendidikan anak usia dini, kementerian pendidikan nasional 2011; 5-9.
8. Schmidt CC. Parenting in a new culture; the preschool years, raising Australian born Chinese children effectively. *Northern Migrant Resource Centre* 2005; 11-6.

9. Welbury R, Duggal M. *Pediatric Dentistry* 3rd Ed. United States. Oxford University Press 2005; 9-17.
10. Rahmawati, Dewi NP. Pengaruh terapi bermain terhadap tingkat kooperatif selama menjalani perawatan pada anak usia pra sekolah (3 – 5 tahun) di rumah sakit panti rapih Yogyakarta. *Jurnal kesehatan surya medika* 2008; 1-4.
11. Anonim. Policy on pediatric pain management. Reference manual, council on clinical affairs 2012; 34(6): 74.
12. Taganing NM, Fortuna F. Hubungan pola asuh otoriter dengan perilaku agresif pada remaja. *Fakultas psikologi universitas gunadarma* 2008; 1-7.
13. Mariani L, Andriani E. Perbedaan asertivasi remaja ditinjau dari pola asuh orang tua. *Psikologika* 2005; 1(2): 48-49.
14. Afriani A, Baharudin R, Nor S, Nurdeng. The relationship between parenting style and social responsibility of adolescents in Banda Aceh, Indonesia. *Journal of social sciences & humanities* 2012; 20(3): 736-7.
15. Wendy K. Lamon. 3 cheers parenting initiatives study. Calgary, alberta. Lamont & associates 2008; 34-6.
16. Önder A, Gülayb H. Reliability and validity of parenting styles & dimensions questionnaire. *Procedia social and behavioral sciences* 2009; 508–9.
17. Garcia F, Gracia E. Is always authoritative the optimum parenting style? evidence from spanish families. *Adolescence* 2009; 44(173): 102-8.
18. Anonim. Parental Skill. *Encyclopedia on early childhood development* 2008; 1-5.
19. Aisyah. Pengaruh pola asuh orang tua terhadap tingkat agresivitas anak. *Jurnal MEDTEK* 2010; 2(1): 3-7.

20. Wallman KK. *America's children in brief: key national indicators of well-being*. Federal interagency forum on child and family statistics 2012; 4-5.
21. Pruett K, Pruett MK. *Partnership parenting, how men and women parent differently*. Philadelphia. Da capo press books 2009; 26-8.
22. Sanders M, Morawska A. Can changing parental knowledge, dysfunctional expectations and attributions, and emotion regulation improve outcomes for children? *Encyclopedia on early childhood development* 2008; 3-4.
23. Bornstein L, Bornstein MH. Parenting styles and child social development. *Encyclopedia on early childhood development* 2007; 1-4.
24. Orratai, Aphichat, Warunee, Michael JR, Brenda AM, Pamela KC. Parenting and adolescent problem behaviors: a comparative study of sons and daughters in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2010; 93(3): 4-5.
25. Belsky J. Social-contextual determinants of parenting. *Encyclopedia on early childhood development* 2008; 1-3.
26. Liegm RMK, Ehrma RE, Jens HB, Tanto BFS. *Nelson textbook of pediatrics*, 18th edition. Philadelphia. Saunders Ei.sevier 2007: 83-90, 104-7.
27. Nixon E, Halpenny AM. *Children's perspectives on parenting styles and discipline: a developmental approach*. Dublin. The stationery officer 2010; 12-7.
28. Zhou Y, Cameron E, Forbes G, Humphris G. Systematic review of the effect of dental staff behaviour on child dental patient anxiety and behavior. *Patient education and counseling* 2011; 85(1): 12.

29. Rinaldia CM, Howeb N. Mothers' and fathers' parenting styles and associations with toddlers' externalizing, internalizing, and adaptive behaviors. *Social sciences and humanities research council of Canada*. 2007; 5-11.
30. Cameron, Widmer R. *Handbook of pediatric dentistry*. Philadelphia. Mosby. 2007; 21-22.
31. Salem K, Kousha M, Anissian A, Shahabi A. Dental fear and concomitant factors in 3-6 year-old children. *Journal of dental research, dental clinics, dental prospects* 2012; 6(2): 71-3.
32. Alaki S, Alotaibi A, Almadadi E, Alanquri E. Dental anxiety in middle school children and their caregivers: prevalence and severity. *Journal of dentistry and oral hygiene* 2012; 4(1): 7-10.
33. Sarheed MA. Children's perception of their dentists. *European journal of dentistry* 2012; 5: 187-190.
34. Anonim. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Clinical guideline american academy of pediatric dentistry* 2011; 171-3.
35. Shinohar S. Structural relationship of child behavior and its evaluation during dental treatment. *Journal of oral science* 2005; 47(2): 91-93.
36. French G. *Children's early learning and development*. Merrion square, Dublin. NCCA 2007; 13-5
37. Sharma V, Sandhu GK. A community study of association between parenting dimensions and externalizing behaviors. *Journal indian assoc. child adolesc ent health* 2006; 2(2): 48-9.

38. Meng C. Parenting goals and parenting styles among taiwanese parents; the moderating role of child temperament. *The new school psychology bulletin* 2012; 9(2): 53-8.
39. Soxman J. Park A, Pennsylvania. Parenting the parents of pediatric patients. *Compendium* 2006; 27(11): 631-3.