

Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Kebersihan Rongga Mulut Anak Retardasi Mental di SLB-C Yayasan Taman Pendidikan dan Asuhan Jember (*The Relationships Parenting and Oral Cavity Cleanliness of Mentally Retarded Child in SLB-C Yayasan Taman Pendidikan dan Asuhan Jember*)

Karina Anggi Hardiani, drg. Kiswaluyo, M.Kes, drg. Hestieyonini Hadnyanawati, M.Kes
Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Jember (UNEJ)
Jln. Kalimantan 37, Jember 68121
E-mail: DPU@unej.ac.id

Abstrak

Latar Belakang: Retardasi mental merupakan keadaan dengan inteligensi yang kurang sejak masa perkembangan. Orang tua memiliki peranan penting pada perkembangan anak retardasi mental. Cara orang tua dalam mendidik anaknya disebut pola asuh orang tua. Pola asuh orang tua merupakan faktor penentu perkembangan kemandirian anak. Kemandirian memiliki pengaruh terhadap kemampuan anak dalam menjaga kebersihan dirinya. Kebersihan rongga mulut anak retardasi mental cenderung lebih buruk dari pada anak normal. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui hubungan pola asuh orang tua dengan kebersihan rongga mulut anak retardasi mental di SLB-C Yayasan Taman Pendidikan dan Asuhan Jember. **Metode Penelitian:** Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Subyek penelitian sebanyak 23 siswa. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah sampel jenuh. **Hasil penelitian:** 39,13% orang tua menggunakan pola asuh otoriter untuk mendidik anaknya. Pola asuh otoriter banyak menghasilkan OHI-S buruk. Secara deskriptif, OHI-S anak retardasi mental yang diasuh dengan pola asuh campuran lebih baik dibanding pola asuh yang lain. Hasil analisis data menggunakan uji *chi-square* menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0,459 ($p>0,05$). **Kesimpulan:** Tidak ada hubungan pola asuh orang tua dengan kebersihan rongga mulut anak retardasi mental di SLB-C Yayasan Taman Pendidikan dan Asuhan Jember.

Kata Kunci: Kebersihan rongga mulut, Pola Asuh, Retardasi mental.

Abstract

Background: Mental retardation is a condition with less intelligence since the development. Parents have an important role in the development of children with mental retardation. How parents in educating their children is called parenting. Parenting is determinants factor of the child's independence developmental. Independence also have an influence on children's ability. Oral hygiene mentally retarded children tend to be worse than in normal children. This research purpose was to determine the relationship of parenting with oral hygiene in mentally retarded children SLB-C Yayasan Taman Pendidikan dan Asuhan Jember. **Methods:** The research type was observational analytic and cross-sectional approach. The research subject as many as 23 students. Sampling technique is saturated samples. **Result:** 39,13% of parents use authoritarian parenting to educate their children. Authoritarian parenting produces OHI-S worse than other parenting. Descriptively, children are cared for by a mixture of parenting produces more OHI-S is better than the other parenting. The result of data analysis using the *chi-square* test showed a significance value of 0,459 ($p>0,05$). **Conclusion:** There were no relation between parenting and oral hygiene in mentally retarded children SLB-C Yayasan Taman Pendidikan dan Asuhan Jember.

Keywords: Mental retardation, Oral hygiene, Parenting

Pendahuluan

Retardasi mental diperkirakan terjadi 1-3% dari jumlah penduduk Indonesia. Retardasi mental merupakan suatu keadaan dengan inteligensi yang kurang sejak masa perkembangan (sejak lahir atau sejak masa anak). Orang tua memiliki peranan yang sangat penting pada perkembangan anak retardasi mental [1].

Pola asuh orang tua merupakan interaksi antara anak

dan orang tua selama mengadakan kegiatan pengasuhan [2]. Terdapat empat macam pola asuh orang tua yaitu otoriter, demokrasi, permisif, dan campuran [3]. Pola asuh orang tua dipandang sebagai faktor penentu (*determinant factor*) yang mempengaruhi perkembangan kemandirian [4]. Pasien dengan retardasi mental memiliki kesehatan rongga mulut dan *oral hygiene* yang lebih rendah dibanding dengan orang tanpa cacat perkembangan [5].

Pelajaran efektif di SLB-C Yayasan TPA Jember

kurang lebih lima jam tiap harinya. Siswa retardasi mental yang bersekolah di SLB-C Yayasan TPA Jember lebih banyak berada di rumah dan berhubungan dengan orang tua, sehingga pola asuh dari orang tua berperan penting terhadap perkembangan siswa. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui hubungan pola asuh orang tua dengan kebersihan rongga mulut siswa retardasi mental di SLB-C TPA Jember.

Metode Penelitian

Jenis penelitian adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional* yang dilakukan di SLB-C Yayasan TPA Jember. SLB-C Yayasan TPA Jember memiliki dua cabang sekolah yaitu SLB-C Sumber Sari dan SLB-C Bintoro. Penelitian dilakukan pada bulan Juli-September 2012. Populasi penelitian adalah siswa yang terdaftar sebagai murid SLB-C Yayasan TPA Jember. Siswa yang bersekolah di SLB-C Sumber Sari sebanyak 18 anak dan SLB-C Bintoro 10 anak sehingga jumlah siswa seluruhnya adalah 28 siswa. Pengambilan sampel menggunakan teknik sampling jenuh tetapi siswa yang bersedia menjadi sampel penelitian hanya 23 siswa karena pada beberapa siswa memiliki rasa malu yang berlebihan dan beberapa siswa sudah tidak memiliki gigi lagi.

Variabel bebas penelitian adalah pola asuh orang tua. Metode pengukuran pola asuh dengan penghitungan kuesioner menggunakan skala pola asuh orang tua yang diklasifikasikan menjadi empat tipe yaitu demokratis, otoriter, permisif, dan campuran. Variabel terikat penelitian adalah kebersihan rongga mulut anak retardasi mental. Alat ukur yang digunakan adalah indeks OHI-S. Metode pengukuran dengan pemeriksaan secara langsung pada rongga mulut dengan melakukan penilaian CI-S dan DI-S.

Penghitungan *Oral Hygiene Index Simplified* (OHI-S) dilakukan dengan menjumlahkan hasil dari DI-S dan CI-S [6]. Kategori tingkat kebersihan rongga mulut berdasarkan OHI-S digolongkan sebagai berikut:

Tabel 1. Kategori OHI-S

Kategori	Skor OHI-S
Baik	0,00 – 1,20
Sedang	1,30 – 3,00
Buruk	3,10 – 6,00

Sumber : Hiremath, 2007

Hasil Penelitian dianalisis secara statistik dengan uji *Chi-square*.

Hasil Penelitian

Gambaran Kebersihan Rongga Mulut Anak Retardasi Mental

Pengukuran kebersihan rongga mulut dalam penelitian ini menggunakan indeks OHI-S. Hasil

pemeriksaan status OHI-S anak retardasi mental dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2 Distribusi Hasil Pemeriksaan Status OHI-S Anak Retardasi Mental

Nilai	Jumlah Subyek	Nilai Rata-rata OHI-S	Kriteria Klinis
Rata-rata	23	2,48	Sedang
Jumlah	23		

Sumber : data primer 2012

Tabel 2 menunjukkan nilai rata-rata OHI-S dari seluruh anak retardasi mental yaitu 2,48. Nilai rata-rata OHI-S tersebut dapat dikategorikan bahwa anak retardasi mental memiliki status kebersihan gigi dan mulut sedang.

Hasil penghitungan OHI-S dikelompokkan berdasarkan kriteria klinis (baik, sedang, dan buruk). Hasil pengukuran OHI-S berdasarkan kriteria klinis OHI-S dapat dilihat dalam tabel 3.

Tabel 3 Distribusi Hasil Pengukuran OHI-S Berdasarkan Kriteria Klinis OHI-S

Kriteria Klinis	Jumlah Subyek		Nilai Rata-rata OHI-S
	N	%	
Baik	1	4,34	0,5
Sedang	11	47,83	1,96
Buruk	11	47,83	3,64
Total	23	100	

Sumber : data primer 2012

Tabel 3 menunjukkan hanya 1 anak retardasi mental (4,34%) memiliki kriteria klinis OHI-S baik dengan nilai rata-rata 0,5. Kriteria klinis OHI-S buruk terdapat pada 11 anak retardasi mental (47,83%) yang memiliki nilai rata-rata OHI-S 3,64.

Hasil penghitungan OHI-S anak retardasi mental dapat dikelompokkan berdasarkan usia. Distribusi OHI-S berdasarkan usia dapat dilihat pada tabel 4.

Tabel 4. Distribusi OHI-S Berdasarkan Usia

Usia	Jumlah subyek		Nilai OHI-S	Kriteria Klinis
	n	%		
6 – 10	3	13,04	2,61	Sedang
11 – 15	5	21,74	2,11	Sedang
16 – 20	10	43,48	2,74	Sedang
21 -25	5	21,74	3,27	Buruk
Total	23	100		

Sumber: data primer 2012

Tabel 4 menunjukkan frekuensi usia yang terbanyak adalah anak retardasi mental yang berusia 16-20 tahun yaitu

10 anak (43,48%) dan memiliki nilai rata-rata OHI-S 2,74 yang termasuk kriteria klinis sedang. Interval usia 21-25 tahun merupakan interval usia yang memiliki kriteria klinis OHI-S paling buruk dengan nilai rata-rata OHI-S 3,27 sebanyak 5 siswa retardasi mental (21,74%).

Nilai OHI-S dapat dikelompokkan berdasarkan jenis kelamin. Hasil pengukuran OHI-S berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel 5. Distribusi Hasil Pengukuran OHI-S Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah Subyek		Nilai OHI-S	Kriteria Klinis
	n	%		
Laki-laki	9	39,13	3,35	Buruk
Perempuan	14	60,87	2,28	Sedang
Total	23	100		

Sumber : data primer 2012

Tabel 5 menunjukkan 14 anak retardasi mental (60,87%) adalah anak perempuan dan 9 anak retardasi mental (39,13%) adalah siswa laki-laki. Nilai rata-rata OHI-S siswa perempuan 2,28 yang termasuk dalam kriteria klinis OHI-S sedang. Siswa laki-laki memiliki nilai rata-rata OHI-S yang lebih buruk yaitu 3,35 yang termasuk kriteria klinis buruk.

Hasil pengukuran OHI-S dikelompokkan berdasarkan jenjang pendidikan. Distribusi hasil pengukuran OHI-S berdasarkan jenjang pendidikan dapat dilihat pada tabel 6.

Tabel 6. Distribusi Hasil Pengukuran OHI-S Berdasarkan Jenjang Pendidikan

Jenjang Pendidikan	Jumlah Subyek		Nilai OHI-S	Kriteria Klinis
	n	%		
SD	11	47,82	2,52	Sedang
SMP	8	34,78	2,72	Sedang
SMA	4	17,40	3,17	Buruk
Total	23			

Sumber : data primer 2012

Tabel 6 menunjukkan pada jenjang pendidikan SD terdapat 11 anak retardasi mental (47,82%) memiliki nilai rata-rata OHI-S 2,52 yang tergolong dalam kriteria klinis sedang. Anak retardasi mental yang berada di SMP sebanyak 8 anak retardasi mental (34,78%) memiliki nilai rata-rata OHI-S 2,72, sehingga dapat digolongkan memiliki kriteria klinis OHI-S buruk.

Hasil penghitungan OHI-S anak retardasi mental dapat dikelompokkan berdasarkan tempat tinggal (asrama atau tidak asrama). Distribusi hasil pengukuran OHI-S berdasarkan tempat tinggal siswa yaitu di asrama atau tidak

asrama dapat dilihat pada tabel 7.

Tabel 7. Distribusi Hasil Pengukuran OHI-S Berdasarkan Tempat Tinggal

Tempat Tinggal	Jumlah Subyek		Nilai OHI-S	Kriteria Klinis
	n	%		
Asrama	4	17,39	2,71	Sedang
Tidak asrama	19	82,61	2,70	Sedang
Total	23	100		

Sumber : data primer 2012

Tabel 7 menunjukkan bahwa di SLB-C yayasan TPA Jember terdapat 4 anak retardasi mental (17,39%) yang tinggal di asrama dan 19 anak retardasi mental (82,61%) pulang kerumah (tidak asrama). Berdasarkan data tersebut diketahui siswa yang di asrama memiliki nilai rata-rata OHI-S yang lebih buruk 2,71 daripada yang pulang kerumah (tidak asrama) 2,70. Kedua kelompok ini sama-sama tergolong memiliki kriteria klinis OHI-S sedang.

Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Kebersihan Rongga Mulut Anak Retardasi Mental

Pola asuh orang tua diduga memiliki hubungan dengan kebersihan rongga mulut anak retardasi mental. Distribusi silang dari pola asuh orang tua dengan OHI-S anak retardasi mental dapat dilihat di tabel 8.

Tabel 8 Distribusi Silang Pola Asuh Orang Tua dan OHI-S Anak Retardasi Mental

Pola Asuh	OHI-S						Total	
	Buruk		Sedang		Baik		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Permisif	0	0	1	100	0	0	1	100,0
Campuran	4	44,4	5	55,6	0	0	9	100,0
Demokrasi	1	25	3	75	0	0	4	100,0
Otoriter	6	66,7	2	22,2	1	11,1	9	100,0
Total	11	47,8	11	47,8	1	4,3	23	100

Sumber : data primer 2012

Tabel 8 menunjukkan pada pola asuh permisif terdapat 1 anak retardasi mental (100%) yang memiliki OHI-S sedang. Frekuensi subyek penelitian tertinggi pada OHI-S sedang adalah pola asuh campuran yaitu sebanyak 5 anak (55,6%). Tiga anak retardasi mental (75%) yang diberi pola asuh demokrasi memiliki OHI-S sedang. Pola asuh otoriter menunjukkan 6 anak retardasi mental (66,7%) memiliki OHI-S buruk.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui terdapat beberapa orang tua menggunakan pola asuh campuran. Terdapat tiga pola asuh campuran yang didapat dari penelitian yaitu demokrasi permisif, otoriter permisif dan

demokrasi otoriter, agar lebih rinci dan tidak terjadi bias pola asuh campuran didistribusi silang dengan OHI-S anak retardasi mental. Distribusi silang pola asuh campuran dan OHI-S anak retardasi mental dapat dilihat pada tabel 9.

Tabel 9 Distribusi Silang Pola Asuh Campuran Orang Tua dan OHI-S Anak Retardasi Mental

Pola Asuh Campuran	OHI-S						Total	
	Buruk		Sedang		Baik		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Demokrasi Permisif	1	20	4	80	0	0	5	100
Demokrasi Otoriter	3	100	0	0	0	0	3	100
Otoriter Permisif	0	0	1	100	0	0	1	100
Total	4	44,44	5	55,56	0	0	9	100

Sumber : data primer 2012

Tabel 9 menunjukkan pola asuh campuran (demokrasi dan permisif) 4 anak (80%) memiliki OHI-S sedang. Pola asuh campuran (demokrasi dan otoriter) menunjukkan 3 anak retardasi mental (100%) memiliki OHI-S buruk. Pola asuh campuran (otoriter permisif) menunjukkan 1 anak retardasi mental (100%) memiliki OHI-S sedang.

Analisis data yang digunakan untuk mengetahui hubungan pola asuh orang tua terhadap kebersihan rongga mulut anak retardasi mental adalah uji *chi-square*. Hasil uji *chi-square* dapat dilihat pada tabel 10.

Tabel 10. Uji Chi-Square

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,692 ^a	6	.459
N of Valid Cases	23		

Sumber : data primer 2012

Hasil uji hubungan dengan *chi-square* didapatkan nilai signifikansi sebesar 0,459, yang berarti memiliki nilai signifikansi $p > 0,05$. Hasil ini menunjukkan hipotesis nol diterima yaitu tidak ada hubungan antara pola asuh orang tua terhadap kebersihan rongga mulut siswa retardasi mental di SLB-C yayasan Taman Pendidikan dan Asuhan Jember.

Pembahasan

Penelitian dilakukan di SLB-C Yayasan TPA Jember yang terletak di Sumbersari dan Bintoro. SLB-C Yayasan TPA Jember terdiri dari tiga jenjang pendidikan, yaitu SD, SMP dan SMA. Berdasarkan wawancara dengan Kepala Sekolah, jenjang pendidikan SD, SMP dan SMA yang ada di SLB-C memiliki kurikulum yang berbeda dengan sekolah normal. Kriteria kelulusan di SLB-C yaitu telah menyelesaikan seluruh program pembelajaran, memiliki

perilaku baik, lulus Ujian Akhir Sekolah (UAS) dan memiliki kecakapan hidup yaitu kecakapan perilaku (agama dan pembiasaan), vokasional (ketrampilan dasar) dan akademik (baca, tulis dan hitung sederhana) dengan kecakapan yang baik, anak retardasi mental dapat melanjutkan ke jenjang pendidikan SMP. Hasil analisis data menggunakan uji *chi-square* menunjukkan signifikansi 0,459 ($p > 0,05$), sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara pola asuh orang tua terhadap kebersihan rongga mulut anak retardasi mental.

Gambaran umum anak retardasi mental di SLB-C yayasan TPA Jember dapat dijelaskan berdasarkan usia, jenis kelamin, jenjang pendidikan dan tempat tinggal. Distribusi anak retardasi mental berdasarkan usia pada menunjukkan anak retardasi mental yang berusia 6-10 tahun hanya 13,04% anak. Dari hasil wawancara, usia 6-10 tahun sebagian besar orang tua belum menyadari bahwa anaknya mengalami retardasi mental, sehingga mereka cenderung memaksakan anak bersekolah di sekolah umum. Siswa yang berusia 16-20 tahun memiliki frekuensi tertinggi yaitu 43,48%. Anak retardasi mental memiliki fungsi intelektual dibawah rata-rata dan kemampuan yang terbatas, sehingga pada usia 16-20 tahun terjadi penumpukan jumlah siswa karena mereka memiliki kemampuan yang kurang untuk dapat lulus dari SLB-C. Sesuai pernyataan Rochyadi, pada usia 16 tahun atau lebih anak retardasi mental dapat mempelajari bahan yang tingkat kesukarannya sama dengan kelas 3 dan 5 SD [7].

Distribusi OHI-S anak retardasi mental berdasarkan usia menunjukkan pada usia 21-25 tahun memiliki nilai rata-rata OHI-S terburuk yaitu 3,27. Semakin tua usia anak retardasi mental, kesehatan rongga mulutnya juga semakin buruk, hal ini dipengaruhi oleh susunan gigi yang tidak beraturan. Sesuai pendapat Salmiah anak retardasi mental mempunyai susunan geligi yang tidak beraturan dengan keadaan klinis yang merupakan faktor predisposisi dari retensi plak sehingga mempersulit upaya untuk menghilangkan plak [5]. Hal ini didukung oleh Dinas Kesehatan yang mengatakan prevalensi masalah kesehatan gigi dan mulut serta kehilangan gigi asli berhubungan dengan usia yaitu semakin tua usia, semakin tinggi masalah kesehatan gigi dan mulut [8].

Distribusi anak retardasi mental berdasarkan jenis kelamin pada menunjukkan, anak retardasi mental yang bersekolah di SLB-C Yayasan TPA Jember lebih banyak anak perempuan, dikarenakan anak perempuan memiliki motivasi sekolah yang lebih tinggi daripada anak laki-laki. Didukung pendapat Martono *et al*, perempuan lebih termotivasi dan bekerja lebih rajin daripada laki-laki dalam mengerjakan pekerjaan sekolah selain itu kepercayaan diri perempuan lebih bagus daripada laki-laki [9].

Distribusi OHI-S berdasarkan jenis kelamin menunjukkan siswa perempuan memiliki nilai rata-rata OHI-S 2,28 lebih baik daripada siswa laki-laki yang memiliki nilai rata-rata OHI-S 3,35. OHI-S anak perempuan lebih baik karena anak perempuan lebih peduli untuk menjaga kesehatan rongga mulutnya sedangkan anak laki-laki

cenderung tidak peduli terhadap kesehatan rongga mulutnya. Hal ini didukung Siagian bahwa anak perempuan memiliki pengaturan diri (*self regulated*) yang baik sehingga anak perempuan cenderung lebih peduli terhadap kebersihan gigi dan gusinya dibandingkan anak laki-laki [10].

Distribusi anak retardasi mental berdasarkan jenjang pendidikan menunjukkan sebanyak 47,82% anak berada di jenjang pendidikan SD, 34,78% berada di jenjang pendidikan SMP, dan 17,40% berada di jenjang pendidikan SMA. Jenjang pendidikan SD memiliki frekuensi paling tinggi karena kemampuan berfikir anak retardasi mental dibawah rata-rata normal. Anak retardasi mental dapat melanjutkan ke jenjang pendidikan SMP jika sudah mampu membaca, menulis dan berhitung yang sederhana. Daya ingat dan daya tangkap yang lemah pada anak retardasi mental akan membuat kemampuan untuk membaca, menulis dan berhitung sederhana sangat sulit dikuasai. Hal ini didukung pendapat Rochyadi bahwa kematangan belajar membaca baru dicapai anak retardasi mental pada usia 9 dan 12 tahun sesuai dengan berat dan ringannya kelainan [7].

Distribusi anak retardasi mental berdasarkan tempat tinggal menunjukkan 17,39% siswa tinggal di asrama dan 82,61% pulang ke rumah. Jumlah siswa yang tinggal di asrama hanya sedikit karena pihak asrama belum bisa melayani anak retardasi mental berat karena kurangnya tenaga perawat di asrama. Anak retardasi mental berat membutuhkan perawat yang lebih ekstra karena mereka memerlukan bantuan dalam melakukan kegiatan melayani diri, sehingga anak retardasi mental berat dan sangat berat sepanjang hidupnya akan selalu tergantung pada pertolongan dan bantuan orang lain, mereka tidak dapat memelihara diri sendiri (makan, berpakaian dan ke WC) harus dibantu [7].

Tabel 4.13 distribusi silang pola asuh orang tua dan OHI-S anak retardasi mental menunjukkan anak retardasi mental yang dididik dengan pola asuh campuran 55,56% memiliki OHI-S sedang. Anak retardasi mental yang dididik dengan pola asuh otoriter 66,67% memiliki OHI-S buruk. Hasil penelitian menunjukkan pola asuh otoriter paling banyak menghasilkan OHI-S buruk pada anak retardasi mental, karena pola asuh otoriter bersifat memaksa, memerintah dan menghukum anak sehingga dapat membentuk kepribadian yang penakut, tidak berinisiatif dan suka menentang. Kepribadian tersebut memiliki peran untuk membentuk anak retardasi mental yang mempunyai OHI-S buruk. Pola asuh otoriter adalah pola asuh orang tua yang menetapkan suatu aturan harus ditaati anak dengan berbagai ancaman-ancaman, sehingga menghasilkan karakteristik anak yang penakut, pendiam, tertutup, tidak berinisiatif, gemar menentang, dan suka melanggar norma [11].

Hasil distribusi silang pola asuh campuran dengan OHI-S menunjukkan 4 anak retardasi mental 80% yang diasuh menggunakan pola asuh campuran (demokrasi permisif) memiliki OHI-S sedang. Pola asuh campuran (demokrasi otoriter) menghasilkan 3 anak retardasi mental yang memiliki OHI-S buruk, sedangkan pola asuh campuran (otoriter permisif) menghasilkan 1 anak retardasi mental

yang memiliki OHI-S sedang. Secara deskriptif data tersebut menunjukkan pola asuh campuran (demokrasi permisif) lebih banyak menghasilkan OHI-S anak retardasi mental yang lebih baik daripada pola asuh campuran yang lain. Pola asuh demokratis permisif adalah pola asuh orang tua yang menggabungkan pola asuh demokratis dan permisif yaitu orang tua melibatkan anak dalam mengambil keputusan yang berkaitan dengan keluarga dan diri anaknya tetapi terkadang orang tua juga memberikan kelonggaran atau kebebasan kepada anaknya tanpa kontrol atau pengawasan yang ketat.

Distribusi OHI-S anak retardasi mental menunjukkan rata-rata nilai OHI-S anak retardasi mental adalah 2,48 yang termasuk kriteria klinis sedang. Salmiah mengatakan anak retardasi mental memiliki kesehatan rongga mulut dan *oral hygiene* yang lebih rendah dibandingkan dengan orang tanpa cacat perkembangan [5]. Distribusi OHI-S berdasarkan kriteria klinis menunjukkan hanya 4,43% anak retardasi mental yang memiliki kriteria klinis OHI-S baik. Sedangkan pada anak retardasi mental OHI-S cenderung buruk dalam hal ini dipengaruhi beberapa faktor yaitu faktor perilaku anak, kemampuan anak dalam melayani diri yang kurang, daya ingat dan daya tangkap yang lemah, frekuensi menyikat gigi yang jarang, dan kurangnya pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada anak retardasi mental yang diberikan oleh Dinas Kesehatan.

Anak retardasi mental mengalami kesulitan dalam perilaku adaptasi seperti melakukan kegiatan merawat diri. Perilaku tersebut dapat mempengaruhi kebiasaan anak retardasi mental dalam menjaga kebersihan rongga mulutnya [12]. Kemampuan anak retardasi mental dalam melayani diri sendiri yaitu menyiapkan makan sendiri, berpakaian, mandi, buang air besar, dan buang air kecil sangat kurang [5].

Daya ingat dan daya tangkap anak retardasi mental lebih lemah daripada anak normal [5]. Daya tangkap yang lemah membuat orang tua lebih sulit mengajarkan menyikat gigi pada anak retardasi mental karena lebih membutuhkan pengulangan dan perhatian khusus sehingga kemampuan anak dalam menyikat gigi dengan baik dan benar sangat kurang. Selain itu daya ingat yang lemah pada anak retardasi mental membuat mereka sering lupa dalam menyikat gigi.

Frekuensi menyikat gigi pada 91% anak berkebutuhan khusus hanya satu kali dalam satu hari dan 32% orang tua mengatakan memiliki kesulitan untuk melakukan prosedur menyikat gigi dengan baik dan benar [13]. Menumbuhkan pemahaman, kesadaran, dan kemampuan untuk menjaga kebersihan rongga mulut seperti cara menyikat gigi yang baik dan benar sangatlah sulit ditumbuhkan pada anak retardasi mental sehingga pemahaman dan kesadaran untuk memelihara kesehatan gigi dan mulut dengan baik dan benar harus ditingkatkan [14].

Pelayanan kesehatan gigi sangat mempengaruhi kebersihan rongga mulut anak retardasi mental. Pasien yang memiliki gangguan mental yang parah tidak memungkinkan untuk datang ke klinik gigi untuk mendapatkan pelayanan kesehatan [15]. Pada hasil pengamatan peneliti, anak retardasi mental di SLB-C yayasan TPA jarang ke dokter gigi, sehingga kebersihan rongga mulutnya buruk maka

harus dilakukan kontrol secara efektif dan meningkatkan kunjungan serta pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang lebih baik.

Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan penelitian adalah tidak ada hubungan antara pola asuh orang tua dengan kebersihan rongga mulut anak retardasi mental di SLB-C Yayasan Taman Pendidikan dan Asuhan Jember. Saran penelitian adalah diharapkan orang tua menggunakan pola asuh campuran (demokratis permisif) untuk mendidik anak retardasi mental dan diharapkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada anak retardasi mental lebih diperhatikan oleh Dinas Kesehatan.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada drg. Zahara Meilawaty, M.Kes selaku dosen penguji ketua dan drg. Dyah Setyorini, M.Kes selaku dosen penguji anggota.

Daftar Pustaka

- [1] Maramis, W.F. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya : Airlangga university press . (2004)
- [2] Aisyah, St. Pengaruh Pola Asuh Orang Tua Terhadap Tingkat Agresivitas Anak. *Jurnal Medtek*, 2 (1) : 3-4 (2010)
- [3] Edwards, Drew C. *How to Handle a Hard to Handle Kids: Parents's Guide to Understanding and Changing Problems Behaviour*. Freesprint publisher : USA (2006)
- [4] Yarliani, I, "Pengaruh Gaya Pengasuhan Orang tua terhadap Kemandirian Remaja". *Jurnal Kopertis Wilayah XI Kalimantan*, 8 (13) : 1-14 (2010)
- [5] Salmiah, S , *Retardasi Mental*. Medan : FKG USU (2010)
- [6] Hiremath, SS, *Textbook of Preventive and Community Dentistry*. India : Elsevier (2007)
- [7] Rochyadi, E. *Pengantar Pendidikan Luar Biasa*. www.upi.edu [24 April 2012].
- [8] Departemen Kesehatan. *Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan (2008)
- [9] Martono, N., Puspitasari, E., & Rostikawati, R. "Perbedaan Gender dalam Prestasi Belajar". Unsoed : Purwokerto (2009)
- [10] Siagian, Reisa. *Status Kesehatan Gingiva Anak Usia Sekolah Dasar Menurut Kebiasaan Menyikat Gigi Sebelum Tidur Malam Hari*. Jakarta : Lontar FKG UI (2007)
- [11] Petranto, Ira. *Rasa Percaya Diri Anak Adalah Pantulan Pola Asuh Orang Tuanya*. [www: http://dwpptrijenewa.isuisse.com](http://dwpptrijenewa.isuisse.com) [27 November 2006]
- [12] Natamiharja, L. & Dwi, N. S, "Hubungan Pendidikan, Pengetahuan dan Perilaku Ibu Terhadap Status Karies Gigi Balitanya". Medan : USU *Dentika dental Jurnal*, 15 (1) : 37 – 41 (2010)
- [13] Triandini. Lukman, Mamat., & Susanti, Raini Diah. *Gambaran Faktor-Faktor Yang Berkontribusi*

Terhadap Intensi Ibu Merawat Kesehatan Gigi Dan Mulut Anak Down Syndrome Di Slb-C Kota Bandung. Bandung : UNPAD (2012)

- [14] Lurifiroso, Karlinda. "Perbandingan Status OHI-S dan DMF-T/def-t Penderita Retardasi Mental Berdasarkan Level Intelektualitas (Studi pada SLB Dharma Wanita Kabupaten Sidoarjo)". Tidak Diterbitkan. Skripsi. Jember : FKG Unej. (2009)
- [15] Laskin & Giglio, JA. "Prevalensi Gangguan Psikiatri Dalam Mencari Perawatan Gigi". *Cobra & Campus*. November 2012. Halaman 14.