

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Anak Prasekolah

2.1.1 Pengertian Anak Usia Prasekolah

Anak usia prasekolah adalah anak yang memiliki usia 2-6 tahun (Potter and Perry, 2005). Anak usia prasekolah yaitu anak yang sudah berusia 3-5 tahun. Pada masa ini, anak mengalami pertumbuhan biologis, psikososial, kognitif dan spiritual yang sangat signifikan. Kemampuan dalam mengontrol diri, berinteraksi dengan orang lain, dan penggunaan bahasa dalam berkomunikasi merupakan modal awal anak untuk mempersiapkan tahap perkembangan selanjutnya ke tahap sekolah (Wong, 2009). Tugas perkembangan anak usia prasekolah yaitu mencapai otonomi yang cukup, memenuhi dan menangani diri sendiri tanpa bantuan orang tua secara penuh (Wong, 2009). Keberhasilan pada tahap prasekolah akan mempengaruhi kesuksesan dalam menghadapi perkembangan selanjutnya (Istiqomah, 2009). Menurut beberapa sumber diatas maka dapat diartikan anak usia prasekolah adalah anak yang berusia 2-6 tahun yang pada tahap tumbuh kembangnya anak mengalami pertumbuhan biologis, psikososial, kognitif dan spiritual yang signifikan.

2.1.2 Perkembangan Anak Usia Prasekolah

1. Perkembangan Psikososial

Anak usia prasekolah yang sehat yaitu periang, cekatan, dan memiliki sikap tubuh yang baik (Muscari, 2005). Menurut teori perkembangan dari Erikson, masa prasekolah yaitu usia antara 3-6 tahun yang merupakan periode perkembangan psikososial sebagai periode inisiatif dan rasa bersalah, yaitu anak mengembangkan keinginannya dengan menggunakan cara eksplorasi terhadap apa yang ada disekelilingnya. Pada akhirnya anak akan menghasilkan sebuah prestasi. Perasaan bersalah akan muncul pada anak jika anak tidak mampu beradaptasi sehingga merasa tidak puas atas perkembangan yang tidak tercapai (Utomo, 2015). Saat usia ini, anak belajar dengan energik, antusias, dan pengganggu dengan imajinasi yang aktif. Anak menggali dunia fisik dengan semua indra serta kekuatannya. Anak akan mengembangkan perasaan bersalah saat orang tua membuat anak merasa bahwa imajinasi dan aktifitasnya tidak bisa diterima (Muscari, 2005).

2. Perkembangan Kognitif

Perkembangan kognitif yang dijelaskan oleh Piaget pada anak usia prasekolah (3-6 tahun) berada pada fase peralihan antara prakonseptual dan intuitif. Pada fase prakonseptual (usia 2-4 tahun), anak membentuk konsep yang kurang lengkap dan logis dibandingkan dengan konsep orang dewasa. Anak membuat klasifikasi yang sederhana. Anak menghubungkan satu kejadian dengan kejadian yang simultan (penalaran transduktif) (Muscari, 2005). Saat fase intuitif (usia 5-7 tahun) anak bisa membuat

klasifikasi, menjumlahkan, dan menghubungkan objek-objek, tapi tidak menyadari prinsip-prinsip yang ada pada kegiatan tersebut. Anak menunjukkan proses berfikir intuitif (anak menyadari bahwa sesuatu adalah benar, tetapi ia tidak dapat mengatakan alasannya). Anak tidak bisa melihat sudut pandang dari orang lain. Anak menggunakan banyak kata yang sesuai, tetapi kurang mengerti makna sebelumnya (Muscari, 2005).

3. Perkembangan Moral

Menurut Piaget Anak-anak yang masih berusia dibawah 6 tahun memperlihatkan sedikit kesadaran akan suatu aturan. Aturan yang mereka terima tidak membatasi perilaku mereka dalam cara apa pun (Muscari, 2005). Menurut Kohlberg anak usia prasekolah berada pada fase pra konvensional dalam perkembangan moral, yang terjadi hingga usia 10 tahun. Pada tahap ini, perasaan bersalah muncul, dan penekanannya pada pengendalian eksternal. Standar moral anak yaitu apa yang ada pada orang lain, dan anak mengamati mereka untuk menghindari hukuman atau mendapatkan penghargaan (Muscari, 2005).

4. Perkembangan Sosial

Salah satu bentuk sosialisasi anak usia prasekolah dalam kehidupan sehari-hari yaitu bermain bersosialisasi dengan keadaan bersama atau dekat dengan anak-anak lainnya. Pada masa ini anak cenderung berbincang-bincang dengan dirinya sendiri membeberkan individu, dan dunia berpusat dalam kehidupan dirinya (Muscari, 2005).

2.2 Hospitalisasi

2.2.1 Pengertian

Hospitalisasi adalah suatu proses yang mengakibatkan seorang anak dirawat di rumah sakit, baik secara terencana, akibat kegawatan atau trauma, dimana kondisi ini membuat anak beserta keluarganya mengalami stres, dan melakukan adaptasi pada lingkungan yang baru (Hockenberry & Wilson, 2007). Hospitalisasi adalah salah satu penyebab stres baik pada anak maupun keluarganya. Stres terutama disebabkan oleh cemas akibat perpisahan dengan keluarga, luka pada tubuh dan rasa sakit atau nyeri, serta kehilangan kendali (Nursalam, 2008).

Penyakit dan hospitalisasi merupakan masalah yang sering dihadapi oleh anak. Anak-anak terutama pada usia awal sangat rentan terhadap krisis akibat sakit dan dirawat di rumah sakit. Krisis tersebut disebabkan oleh stres karena berubahnya status kesehatan dan lingkungan sehari-hari, serta terbatasnya mekanisme koping terhadap *stressor* yang dimiliki. Reaksi terhadap krisis-krisis tersebut akan dipengaruhi oleh usia perkembangan anak, pengalaman anak sebelumnya terhadap penyakit, perpisahan atau hospitalisasi, kemampuan koping yang dimiliki dan didapatkan anak, keparahan penyakit dan ketersediaan sistem pendukung (Wong et al., 2009).

2.2.2 Reaksi Hospitalisasi Pada Anak Usia Pra Sekolah

Reaksi anak dan keluarganya ketika menjalani rawat inap atau rawat jalan ialah dalam bentuk kecemasan, stres dan perubahan perilaku (Sutomo,

2011). Perilaku anak yang digunakan untuk beradaptasi pada keadaan sakitnya saat di rumah sakit yaitu :

a. Penolakan (*Advoidance*)

Perilaku dimana anak berupaya menghindari dari keadaan yang membuat anak tertekan, anak berusaha menolak terapi yang diberikan seperti, disuntik, tidak mau dipasang infus, menolak minum obat, bersikap tidak kooperatif pada petugas medis.

b. Mengalihkan Perhatian (*Distraction*)

Anak berupaya mengalihkan perhatian dari pikiran atau sumber yang membuatnya tertekan. Perilaku yang dilakukan oleh anak untuk mengalihkan perhatiannya adalah dengan meminta orang tua atau keluarga terdekat untuk menceritakan dongeng saat diruuh sakit, menonton televisi saat dilakukan tindakan terapi atau bermain.

c. Berupaya Aktif (*Active*)

Anak berusaha mencari jalan keluar dengan melakukan sesuatu dengan aktif. Perilaku yang biasanya dilakukan ialah menanyakan kondisi kepada tenaga kesehatan atau orang tuanya, bersikap kooperatif pada tenaga medis, minum obat secara teratur dan beristirahat sesuai dengan peraturan yang diberikan.

d. Mencari Dukungan (*Support Seeking*)

Anak akan mencari dukungan pada orang lain untuk melepaskan tekanan dari penyakit yang sedang diderita. Anak biasanya akan mencari

dukungan pada orang-orang terdekatnya, misalnya orang tua atau saudaranya. Biasanya anak minta ditemani saat di rumah sakit, didampingi saat dilakukan terapi, minta dibelai saat merasa kesakitan.

Potter (2005) juga mengungkapkan bahwa saat sakit, anak usia prasekolah mungkin akan kembali ngompol, atau menghisap ibu jari dan menginginkan orang tua mereka untuk menyuapi, memakaikan pakian dan memeluk mereka. Selain itu anak juga takut pada bagian tubuh yang sakit atau nyeri. Anak prasekolah seringkali menganggap sakit adalah sebagai hukuman, sehingga menimbulkan reaksi agresif seperti menolak makan, sering bertanya, menangis perlahan, tidak kooperatif kepada petugas kesehatan, membutuhkan restrain, mengungkapkan sakit secara verbal, memohon untuk mengakhiri tindakan yang menyebabkan nyeri, menempel atau berpegangan pada orang tua, perawat atau yang lainnya, membutuhkan dukungan emosi seperti pelukan, melemah dan antisipasi terhadap nyeri (Istiqomah, 2014).

2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Reaksi Hospitalisasi

Reaksi hospitalisasi pada anak bersifat individual serta bergantung pada tahapan usia perkembangan anak, pengalaman dirumah sakit sebelumnya, ketersediaan sistem pendukung, dan kemampuan coping yang dimiliki oleh anak (Supartini, 2004 dalam Istiqomah, 2014). Reaksi anak menurut terhadap sakit dan hospitalisasi di pengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

1. Tingkat Perkembangan

Perkembangan anak terhadap sakit berbeda-beda sesuai dengan tingkat perkembangannya. Sesuai dengan umur anak, semakin muda usia anak maka akan semakin sulit baginya untuk menyesuaikan diri dengan pengalaman di rumah sakit. Berdasarkan jenis kelamin, anak laki-laki lebih sering sakit dibandingkan dengan anak perempuan (Subandi, 2012).

2. Pengalaman dirawat sebelumnya

Jika anak pernah mengalami hal yang tidak menyenangkan ketika dirawat di rumah sakit sebelumnya, akan menyebabkan anak menjadi takut dan trauma. Sebaliknya, jika saat anak menjalani rawat inap di rumah sakit mendapatkan perawatan yang baik dan menyenangkan maka anak akan lebih kooperatif pada tenaga kesehatan.

3. Dukungan Keluarga

Orang tua khususnya ibu sangat berpengaruh dalam pendampingan anak sakit. Anak akan merasa nyaman secara psikososial saat ada keluarga yang mendampinginya, sehingga anak akan merasa nyaman secara lingkungan dan fisik (Kolcaba, 2005). Saat sakit anak akan berusaha untuk mencari dukungan dari orang lain untuk melepaskan tekanan akibat penyakit yang dialaminya. Anak biasanya akan minta dukungan kepada orang terdekat dengan dirinya, misal orang tua atau saudaranya. Perilaku ini biasanya ditandai dengan permintaan anak untuk ditunggu selama menjalani rawat inap di rumah sakit, didampingi saat dilakukan terapi, minta dipeluk saat merasa ketakutan dan cemas (Istiqomah, 2014).

4. Perkembangan Koping dalam Menangani Stresor

Jika mekanisme koping anak sudah baik dalam menerima keadaan bahwa dia harus dirawat di rumah sakit maka anak akan lebih kooperatif dalam menjalani perawatan di rumah sakit. Mekanisme koping tiap anak akan berbeda-beda karena tergantung dari keadaan psikologis mereka.

5. Berat Ringannya Penyakit

Keadaan suatu penyakit sangat berpengaruh pada keadaan anak, mereka pasti akan lebih cemas jika sakit yang mereka derita semakin parah. Mungkin rasa nyeri yang timbul, banyaknya pengobatan yang diberikan, terapi yang harus rutin dijalani membuat anak sangat tidak nyaman dengan keadaannya. Anak usia prasekolah masih sangat rentan untuk menderita penyakit terutama penyakit infeksi meskipun dari segi perkembangan sistem imun sebagian besar telah matur dan stabil serta dapat menyesuaikan diri dengan stres dan perubahan yang moderat (Hockenberry & Wilson, 2007).

2.2.4 Dampak Hospitalisasi

Berbagai dampak hospitalisasi yang dialami oleh anak usia prasekolah, akan beresiko untuk mengganggu tumbuh kembang anak dan bisa berdampak pada proses penyembuhan. Kecemasan yang teratasi dengan cepat dan baik akan membuat anak lebih nyaman dan lebih kooperatif dengan tenaga medis sehingga tidak akan menghambat proses perawatan. Jika kecemasan itu berlangsung lama dan tidak teratasi maka akan menimbulkan reaksi kekecewaan pada orang tua yang menimbulkan sikap pelepasan pada anak sehingga anak mulai tidak peduli dengan ketidakhadiran orang tuanya dan lebih memilih untuk

berdiam diri (apatis), menolak untuk diberikan tindakan dan yang paling parah bisa menimbulkan trauma pada anak setelah keluar dari rumah sakit (Wong, 2008).

Dampak hospitalisasi yang dialami oleh anak dan keluarga akan mengakibatkan stres dan tidak merasa aman. Jumlah dan efek stres tergantung persepsi anak dan keluarga pada kerusakan penyakit dan pengobatan. Selama proses itu, anak dan orang tua akan mengalami kebiasaan yang asing, lingkungan yang asing, orang tua yang kurang mendapatkan dukungan emosi akan merasa cemas. Rasa cemas yang dialami orang tua membuat stres anak meningkat (Isnaini, 2015).

Anak-anak masih terlalu muda untuk mengerti tentang apa yang terjadi atau takut bertanya kepada perawat atau dokter. Menjalani perawatan yang singkat di rumah sakit lebih sering menimbulkan ketakutan dari pada menjalani perawatan yang cukup lama di rumah sakit (Klossner, 2006). Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi dampak hospitalisasi pada anak adalah berpisah dengan orang tua dan saudara kandung, beberapa fantasi dan *unrealistic anxietas*, gangguan kontak sosial jika pengunjung tidak dibolehkan menjenguk, nyeri dan komplikasi akibat pembedahan atau penyakit, prosedur yang menyakitkan, takut akan cacat dan kematian (Isnaini, 2015).

2.3 Mekanisme Koping

2.3.1 Pengertian Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah usaha yang dilakukan dengan sadar untuk mengatur emosi, kognisi, perilaku, fisiologis dari lingkungan yang dapat menyebabkan stres (Miller, 2009). Strategi koping (Mekanisme koping) ialah cara berespon yang didapat dari perubahan lingkungan atau masalah atau situasi tertentu (Kozier, et. al, 2010). Upaya seseorang dapat berupa perubahan cara berfikir (kognitif), perubahan perilaku atau perubahan lingkungan yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi. Koping yang baik akan menghasilkan adaptasi pada seseorang (Kuntjoro, 2009).

Manusia cenderung untuk beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya, karena itu Roy menyebutkan bahwa manusia adalah "*Adaptive System*". Manusia adalah keseluruhan dari biopsikososial yang secara terus-menerus melakukan adaptasi menggunakan mekanisme koping untuk menyeimbangkan diri terhadap perubahan (Tomey & Alligood, 2006). Efek negatif yang bisa ditimbulkan dari penyakit, prosedur, efek samping, dan efek jangka panjang pengobatan akan semakin menurunkan kondisi kesehatan anak. Mekanisme koping regulator maupun kognator digunakan anak untuk mengurangi stresor atau stimulus yang bisa membuatnya lebih baik. Stimulus bisa diartikan sebagai rangsangan internal maupun eksternal atau situasi yang bisa menyebabkan perubahan psikologis, emosi, kognitif, dan perilaku individu yang terdiri dari stimulus fokal, kontekstual dan residual (Doloksaribu, 2011).

2.3.2 Jenis Koping

2.3.2.1 Koping Berfokus Pada Emosi Dan Berfokus Pada Masalah

Menurut Smeltzer, et al. (2009) klasifikasi koping yaitu, sebagai berikut :

- Koping berfokus pada emosi

Merupakan koping yang berusaha membuat orang menjadi lebih baik dengan mengurangi tekanan emosional yang ada pada dirinya. Menurut Kozier, et al (2010) strategi koping ini tidak bisa memperbaiki situasi, namun setelah menggunakannya individu sering kali merasa lebih baik.

- Koping berfokus pada masalah

Tujuan dari koping ini yaitu membuat perubahan langsung pada lingkungan, sehingga situasi bisa dikelola lebih efektif. Sedangkan menurut Kozier, et al (2010) koping ini mengacu pada usaha memperbaiki situasi dengan membuat perubahan atau mengambil beberapa tindakan.

2.3.2.2 Koping jangka panjang dan jangka pendek

Strategi koping juga dilihat sebagai strategi jangka panjang dan jangka pendek. Strategi koping jangka panjang bisa konstruktif dan realistis. Misalnya, pada situasi tertentu seseorang berbicara dengan orang lain mengenai masalah yang sedang dihadapinya dan mencoba untuk mencari tahu lebih banyak mengenai masalah tersebut. Strategi jangka panjang yang lain yaitu mencangkup perubahan pola gaya hidup, olah raga teratur, menyeimbangkan antara waktu luang dan waktu kerja, atau menggunakan pemecahan masalah, bukan marah atau respons nonkonstruktif lain dalam pembuatan keputusan.

Strategi koping jangka pendek bisa mengurangi stres hingga batasan yang bisa ditoleransi untuk sementara waktu. Namun pada akhirnya merupakan cara yang kurang efektif untuk menghadapi realitas. Strategi koping ini juga bisa bersifat destruktif atau merusak pada individu. Misalnya, minum-minuman beralkohol atau mengonsumsi obat-obatan, bermimpi atau mengkhayal, menggantung diri bahwa yakin segala sesuatunya akan selesai dan tunduk terhadap orang lain untuk menghindari kemarahan (Kozier, et al, 2010).

2.3.2.3 Koping adaptif dan maladaptif

Mekanisme koping terpengaruh oleh pengaruh positif, pengaruh negatif dan kontrol koping. Pengaruh positif memperlihatkan hubungan yang menyenangkan dengan lingkungan, sejauh mana individu merasa antusias, waspada dan menerima kondisi kesehatannya. Pengaruh positif lebih terarah pada pembentukan koping adaptif, misalnya pengambilan keputusan dengan penyelesaian masalah. Pengaruh negatif melibatkan kecenderungan terhadap ketidaknyamanan, takut, marah, sedih, dan rendahnya penerimaan terhadap realitas penyakit. Pengaruh negatif berkontribusi besar terhadap terbentuknya koping maladaptif, penderita menghindari kenyataan hidup. Kontrol efektif merupakan kemampuan menghambat respon maladaptif untuk cenderung pula terhadap pengaruh adaptif (Stuart & Sundeen, 2000). Anak yang mampu menguasai keterampilan adaptasi akan mengembangkan konsep diri yang positif dan harga diri yang baik dalam mempersiapkan dirinya untuk mengatasi masalah yang timbul (Fottland, 2000, dalam Goldstein, 2010).

Menurut Suryani & Widayasih (2008) mekanisme koping terdiri atas mekanisme koping adaptif dan mekanisme koping maladaptif :

a. Mekanisme Koping Adaptif

Penggunaan koping yang adaptif membantu seseorang dalam beradaptasi untuk menghadapi keseimbangan. Adaptasi seseorang yang baik muncul reaksi untuk menyelesaikan masalah dengan melibatkan proses kognitif, efektif dan psikomotor (bicara dengan orang lain untuk mencari jalan keluar masalah yang sedang dihadapi, membuat berbagai tindakan dalam menangani situasi dalam belajar dari pengalaman masa lalu). Koping adaptif dapat membuat individu mencapai keadaan yang seimbang antara tingkat fungsi memelihara dan memperkuat kesehatan fisik dan psikologi. Tindakan mekanisme koping adaptif yaitu, kompromi, berbicara dengan orang lain mengenai masalah yang sedang dihadapi, mencoba untuk mencari informasi lebih banyak, berdoa, melakukan latihan fisik untuk mengurangi ketegangan masalah, membuat berbagai alternatif tindakan untuk mengurangi situasi, dan yakin jika semua akan kembali stabil, mengambil pelajaran dari kejadian masa lalu.

b. Mekanisme Koping Maladaptif

Penggunaan koping yang maladaptif bisa menyebabkan respon negatif dengan munculnya reaksi mekanisme pertahanan tubuh dan respon verbal. Sedangkan mekanisme koping maladaptif merupakan mekanisme yang menghambat fungsi integrasi, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya yaitu makan

berlebihan / tidak makan, bekerja berlebihan, menghindar dan aktivitas destruktif (mencegah suatu konflik dengan melakukan pengelakan terhadap solusi) (Stuart et. al, 1995 dalam fushigi, 2015). Para ahli mengategorikan dua strategi koping. Perilaku mekanisme koping maladaptif antara lain perilaku agresi dan menarik diri. Perilaku agresi dimana individu menyerang obyek, apabila dengan ini individu mendapatkan kepuasan, maka individu akan menggunakan agresif. Perilaku agresif (menyerang) pada sasaran atau obyek dapat merupakan benda, barang atau orang atau pada dirinya sendiri.

Sedangkan perilaku menarik diri dimana perilaku yang menunjukkan pengasingan diri dari lingkungan dan orang lain, jadi secara fisik dan psikologis seseorang secara sadar pergi meninggalkan lingkungan yang menjadi stressor, misalnya : individu melarikan diri dari sumber stres). Sedangkan reaksi psikologis seseorang ditunjukkan dengan sikap apatis, pendiam, dan munculnya perasaan tidak berminat yang menetap pada individu. Perilaku yang dapat dilakukan adalah menggunakan alkohol atau obat terlarang, melamun dan fantasi, banyak tidur, menangis, beralih pada aktifitas lain agar dapat melupakan masalah yang sedang dihadapi.

Menurut Wong (2008) koping anak usia prasekolah saat mengalami perawatan di rumah sakit menunjukkan koping maladaptif yaitu :

- 1) Protes

Protes diperlihatkan oleh anak dengan menangis dan merengek dengan suara kencang. Anak akan menunjukkan perilaku ini dalam

beberapa jam atau beberapa hari. Anak menolak dari perawat atau orang lain pada saat itu dan hanya menginginkan ditemani oleh keluarganya terutama oleh ibu.

2) Putus asa

Perilaku putus asa kadang-kadang disebut sebagai saat tenang oleh orang-orang yang tidak memahami proses kerja psikologi. Anak mungkin terlalu larut dalam kesedihan untuk mengekspresikan apa yang sedang mereka alami.

3) Regresi

Regresi merupakan suatu keadaan sementara kembali ke tingkat tumbuh kembang sebelumnya untuk mengatasi pengalaman yang tidak menyenangkan atau menimbulkan frustrasi. Perilaku yang ditunjukkan adalah gangguan toilet training, gangguan makan, peningkatan ketergantungan, dan temper tantrum (marah yang diluapkan).

Mekanisme koping yang digunakan anak lebih terbatas dibandingkan dengan remaja (Hernandez, 2008). Anak-anak akan menggunakan berbagai cara untuk mengurangi distress dan meningkatkan koping mereka. Cara yang bisa digunakan untuk anak saat dirumah sakit yaitu dengan latihan nafas dalam, berfikir positif dan distraksi. Distraksi juga lebih mudah membantu anak dalam melakukan strategi koping (Zelikovsky et al, 2000)

Menurut Sukoati, dkk (2012) mekanisme koping positif atau adaptif ditandai dengan perilaku yang optimis, kompetensi, dan kepatuhan, sedangkan koping yang maladaptif ditandai dengan perilaku anak yang menarik diri, mudah tersinggung, suka murung dan diperlihatkan dengan perilaku yang agresif.

Umumnya anak usia prasekolah akan menunjukkan koping maladaptif saat beradaptasi ketika menjalani hospitalisasi. Hal ini disebabkan oleh perasaan takut akan cedera atau pada tindakan yang dilakukan pada anak tersebut.

2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Mekanisme Koping

Faktor yang dapat mempengaruhi strategi koping individu yaitu; usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, kesehatan fisik/energi, keterampilan memecahkan masalah, keterampilan sosial dan dukungan sosial dan materi (Suwitra, 2007).

1. Usia

Usia berhubungan dengan toleransi individu terhadap stres dan jenis stresor yang sangat mengganggu. Usia dewasa lebih mampu mengendalikan stres dari pada usia anak-anak dan usia lanjut (Siswanto, 2007).

2. Jenis Kelamin

Pria dan wanita memiliki perbedaan koping dalam menghadapi masalah. Wanita biasanya lebih tahan terhadap stressor dibandingkan dengan pria.

3. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan mempengaruhi seseorang mudah terserang stres atau tidak. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka toleransi dan pengontrolan stresor akan lebih baik.

4. Kesehatan Fisik

Kesehatan merupakan hal yang penting, karena untuk menghadapi stres seseorang harus mengerahkan tenaga yang cukup besar.

5. Keterampilan Memecahkan Masalah

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk mencari informasi, menganalisa situasi, mengidentifikasi masalah dengan tujuan agar menghasilkan tindakan alternatif, kemudian mempertimbangkan alternatif tersebut sehubungan dengan hasil yang ingin dicapai, dan pada akhirnya melaksanakan rencana dengan melakukan tindakan yang dianggap tepat.

6. Dukungan Sosial

Dukungan ini meliputi dukungan pemenuhan kebutuhan informasi dan emosional pada diri individu yang diberikan oleh orang tua, anggota keluarga, saudara, teman, dan lingkungan masyarakat sekitarnya.

2.3.4 Skala Pengukuran Koping

2.3.4.1 *The Revised Ways of Coping Checklist*

Ways of Coping Checklist merupakan skala yang telah direvisi dan yang dikembangkan oleh Folkman dan Lazarus pada tahun 1980. Skala ini menilai metode yang bersifat positif atau negatif untuk mengatasi situasi stres termasuk koping berfokus-masalah, mencari dukungan sosial, menyalahkan diri sendiri, menyalahkan orang lain, berangan-angan, dan penghindaran. Skala pengukuran ini biasanya digunakan untuk mengukur koping individu dengan usia dewasa muda (Charles, 1989, dalam Fushigi, 2015).

2.3.4.2 Children's Coping Strategi Checklist (HICUPS) & (CCSC)

Skala pengukuran ini digunakan untuk mengukur strategi coping menggunakan kognitif dan perilaku pada anak usia 8 sampai 13 tahun (Gerly, 2009). Ayers, et.al (1996) telah mengembangkan dua ukuran coping pada anak yaitu *How I Coped Under Pressure Scale (HICUPS)* dan *Children's Coping Strategies Checklist (CCSC)*. Item dari HICUPS mengacu pada stressor tertentu yang telah terjadi di masa lalu, sedangkan pada item CCSC mengacu pada masalah secara umum. Pada dasarnya, item kedua kuesioner laporan diri serupa. Item dari HICUPS dan CCSC berasal dari analisa tanggapan anak pada wawancara semi-terstruktur dikombinasikan dengan item dari tinjauan literatur pada coping anak dan remaja. Dalam versi revisi dari CCSC (CCSC-R1) empat sub-skala kognitif ditambahkan karena bertujuan untuk memperluas dimensi Positif Cognitive Restructuring (Gerly, et.al 2009).

2.3.4.3 Children's Coping Behavior Questionnaire (CCBQ)

CCBQ dikembangkan untuk mengatasi beberapa keterbatasan pengukuran coping pada anak. CCBQ terdiri atas 83 item, yang terdiri dari 3 faktor yaitu *Diversion*, *Coping* bersifat memperbaiki dan *Coping* merusak. Skala pengukuran coping ini digunakan untuk mengukur anak dengan usia 10-16 tahun. Konsistensi internal subskala coping berkisar *Diversion* ($t = -3,33$, $p = 0,001$), *Coping* bersifat memperbaiki ($t = 3,89$, $p < 0,001$), dan *Coping* Merusak ($t = 4,56$, $p < 0,001$). Nilai tersebut menunjukkan bahwa CCBQ adalah ukuran yang bisa menjanjikan untuk digunakan dalam mengukur coping anak (Hernandez, 2008).

2.3.4.4 Children's Coping Questionnaire (CCQ)

CCQ dikembangkan untuk mengatasi beberapa keterbatasan pengukuran coping pada anak. CCQ terdiri atas 81 item, yang terdiri dari 14 sub-skala coping konseptual berbeda, yang berasal dari literatur coping anak. Skala pengukuran coping ini digunakan untuk mengukur anak dengan usia 8-11 tahun. Konsistensi internal subskala coping berkisar 0,56-0,85 dari nilai tersebut menunjukkan bahwa CCQ adalah ukuran yang bisa menjanjikan untuk digunakan dalam mengukur coping anak (Anne, 1995).

2.4 Konsep Bermain

2.4.1 Pengertian

Bermain adalah hal yang utama bagi kesehatan mental, emosional dan sosial anak. Kebutuhan bermain tidak bisa dihentikan walaupun anak pada kondisi sakit atau sedang dirawat (Hockenberry & Wilson, 2007). Sedangkan menurut Foster dan Pearden yang mengartikan bermain sebagai suatu kegiatan yang dilakukan oleh seorang anak secara sungguh-sungguh sesuai dengan keinginan dari anak itu sendiri/tanpa paksaan dari orang tua maupun lingkungan, semua yang dilakukan untuk memperoleh kesenangan (Riyadi, 2013).

Menurut beberapa sumber diatas dapat disimpulkan bahwa bermain adalah kegiatan yang dilakukan oleh anak dengan bersungguh-sungguh dan dilakukan tanpa adanya paksaan dari orang tua maupun dari lingkungan. Bermain penting untuk kesehatan mental, emosional dan sosial anak. Anak yang

sedang sakit tidak boleh dihentikan kebutuhan bermainnya karena bermain merupakan hal yang utama bagi kesehatan mental, emosional dan sosial anak.

2.4.2 Fungsi Bermain Terhadap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Menurut Riyadi (2013) beberapa fungsi bermain pada tumbuh kembang anak adalah sebagai berikut :

- **Perkembangan Sensoris-motoris**

Permainan akan membantu anak dalam perkembangan motorik halus dan motorik kasar dengan cara memainkan obyek disekitarnya yang bisa membuat anak merasa senang. Misalnya, orang tua yang memainkan suatu benda dihadapan anaknya, awalnya anak hanya akan melirik benda tersebut. Jika anak tertarik maka anak akan mencoba meraih benda itu dari orang tuanya.

- **Perkembangan Kognitif**

Membantu anak untuk lebih mengenal benda-benda yang ada disekitarnya. Misalnya, mengenalkan anak pada macam-macam warna dan bentuk.

- **Kreatifitas**

Mengembangkan kreatifitas anak dalam bermain sendiri atau secara bersama-sama. Misalnya, memberikan permainan balok dan biarkan anak menyusun balok sesuai dengan keinginannya. Tanyakan bentuk apa yang suda anak buat dari balok tersebut.

- **Perkembangan Sosial**

Anak akan belajar berinteraksi dengan orang lain dan mempelajari peran dalam kelompok.

- Kesadaran Diri (*self awareness*)

Anak akan menyadari kemampuannya sendiri dan kelemahan yang dimilikinya, serta tingkah lakunya pada orang lain.

- Perkembangan Moral

Orang tua bertugas untuk mengajari moral yang baik pada anaknya, karena anak memperoleh perkembangan moral dari orang tua dan orang lain di lingkungan sekitar.

- Komunikasi

Bermain merupakan alat untuk berkomunikasi terutama pada anak yang belum mampu menyatakan perasaannya secara verbal.

2.4.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pola Bermain Pada Anak

1. Tahap perkembangan, setiap perkembangan memiliki potensi/keterbatasan dalam permainan. Anak usia 3 tahun alat permainannya akan berbeda dengan anak usia 5 tahun.
2. Status kesehatan, pada anak yang sedang sakit kemampuan psikomotor/kognitifnya akan terganggu. Ada saatnya anak akan ambisius pada permainan dan ada kalanya anak akan tidak memiliki keinginan untuk bermain.
3. Jenis kelamin, tipe dan alat permainan pada anak laki-laki dan anak perempuan akan berbeda. Misalnya anak laki-laki lebih menyukai bola, sedangkan anak perempuan lebih menyukai boneka.
4. Lingkungan, pola permainan sangat ditentukan pada lokasi anak berada. Di kota besar anak jarang sekali bermain layang-layang karena terbatasnya ruang seperti tanah lapang. Hal ini berbanding

terbalik dengan keadaan di desa, karena tersedianya lahan kosong maka anak sering bermain layang-layang.

5. Alat permainan yang sesuai, tahap perkembangan pada anak harus didukung dengan alat dan permainan yang sesuai dengan tahap perkembangannya juga, sehingga anak merasa senang untuk bermain.

(Riyadi, 2013)

2.4.4 Bermain di Rumah Sakit

Beberapa fungsi dari bermain yang dilakukan dirumah sakit yaitu : menyediakan hiburan, membantu anak untuk merasa lebih aman dari lingkungan yang dianggap asing, mengurangi stres akibat perpisahan dan rasa kangen, menghilangkan ketegangan dan mengekspresikan perasaan, mendorong interaksi dan mengembangkan sikap positif pada orang lain, memberikan pengalaman pada ide kreatif, memfasilitasi tujuan terapeutik, menempatkan anak dalam posisi yang berperan aktif dan memberikan kesempatan anak untuk memilih (Hockenberry & Wilson, 2007).

Hal-hal yang penting untuk diperhatikan dalam bermain dirumah sakit adalah bahwa anak sakit yang mengalami perawatan memiliki tingkat energi lebih rendah dari anak yang dalam kondisi sehat. Fasilitas permainan berbeda untuk masing-masing kelompok umur, dimana pada anak usia bayi dan toddler lebih membutuhkan keamanan saat bermain, sedangkan pada kelompok anak usia sekolah dan remaja lebih memperhatikan manfaat dari aktivitas kelompok, dan menyediakan tempat khusus bagi kelompok usia (Hockenberry & Wilson, 2007).

2.4.5 Permainan Anak Prasekolah

Karakteristik permainan diklasifikasikan berdasarkan tingkat perkembangan anak dan pilihan mainan juga disesuaikan dengan keterampilan, kemampuan, dan minat dari anak. Macam-macam tipe permainan yang khas pada periode anak usia prasekolah yaitu permainan asosiatif, kelompok bermain yang aktivitasnya sama namun tanpa pengaturan yang kaku. Anak prasekolah umumnya menggunakan tipe permainan fantasi atau permainan informal yang dalam isi permainannya bersifat fantasi seperti meniru kehidupan sosial/mempelajari peran sosial, dengan karakteristik aktivitasnya spontan terhadap pembentukan konsep dan ide. Tipe permainan ini dapat mengembangkan perhatian anak terhadap teman-teman bermain, berbagi dan berkerjasama (Hockenberry & Wilson, 2007).

Menurut Supartini (2004 dalam Istiqomah, 2014), permainan yang dilakukan dirumah sakit harus tetap memperhatikan kondisi kesehatan anak. Ada beberapa prinsip permainan yang dilakukan dirumah sakit, yaitu :

- Tidak boleh bertentangan dengan terapi dan perawatan yang sedang dilakukan
- Tidak membutuhkan energi yang banyak
- Harus mempertimbangkan keamanan anak
- Dilakukan terhadap kelompok umur yang sama
- Melibatkan orang tua dari anak tersebut

2.5 Konsep *Education FlashCard*

2.5.1 Pengertian *Education Flash Card*

Flash card ialah media pembelajaran dalam bentuk kartu bergambar yang mempunyai ukuran 25x30 cm (Susilana, 2009). *Flash card* merupakan kartu kecil yang berisikan gambar, teks, atau tanda simbol yang dapat mengingatkan atau mengarahkan pada sesuatu yang berhubungan dengan gambar. Menurut Arsyad *Flash card* biasanya berukuran 8x12 cm, atau bisa disesuaikan dengan kebutuhan (Ningsih, 2011). Gambar-gambar dalam *flash card* dibuat dengan menggunakan tangan atau foto, atau memanfaatkan gambar/foto yang sudah tersedia kemudian ditempelkan pada lembaran-lembaran *flash card*. Gambar-gambar tersebut memiliki rangkaian pesan yang disajikan pada keterangan yang ada pada bagian belakang kartu. *Flash card* hanya sesuai untuk kelompok kecil saja, dan tidak lebih dari 30 orang (Susilana, 2009).

Menurut penjelasan diatas dapat diartikan bahwa *flash card* adalah kartu bergambar yang berukuran 8x12 cm, 25x30 cm, atau ukuran dapat disesuaikan dengan kebutuhan. *Flash card* berisi gambar, teks dan simbol. Bagian belakangnya terdapat keterangan yang berisi rangkaian pesan. *Flash card* hanya sesuai untuk kelompok kecil yang anggotanya tidak lebih dari 30 orang.

2.5.2 Manfaat Media *Flash Card*

Menurut Yuliyanti (2012) menggunakan media pembelajaran flashcard memiliki banyak manfaat diantaranya mengasah kecerdasan otak (kognisi) dan

kecerdasan sosial anak. Sedangkan menurut Susilana & Riyana (2009) media *flash card* memiliki beberapa kelebihan sebagai berikut :

- Mudah dibawa

Ukuran *flash card* tidak terlalu besar sehingga tidak memerlukan ruang penyimpanan yang luas, bisa di simpan dalam tas atau saku dan dapat digunakan dimana saja.

- Praktis

Dalam menggunakan media ini seseorang tidak perlu untuk memiliki kemampuan khusus. Jika ingin menggunakan kita tinggal menyusun kartu sesuai urutan gambar atau sesuai dengan keinginan. Setelah digunakan kartu dapat disimpan kembali dengan cara diikat atau dengan kotak khusus agar tidak tercecer.

- Mudah diingat

Karakteristik dari media *flash card* yaitu menyajikan pesan-pesan pendek berupa pengenalan huruf, angka, cara berwudhu, dan sebagainya. Pesan-pesan pendek ini akan memudahkan anak untuk mengingat pesan tersebut. Kombinasi antara gambar dan teks cukup memudahkan anak untuk mengenali suatu konsep, misalnya untuk mengetahui sebuah nama benda dapat dibantu dengan melihat gambarnya, sebaliknya untuk mengetahui perwujudan benda atau konsep dapat melihat keterangan atau teks yang tersedia.

- Menyenangkan

Media *flash card* bisa digunakan dalam bentuk permainan. Misalnya dengan berlomba mencari suatu benda atau nama tertentu dari *flash card* yang disimpan secara acak.

2.5.3 Pembuatan Media *Flash Card*

Langkah-langkah dalam pembuatan flash card menurut Susilana dan Riyana (2009) adalah sebagai berikut :

- Siapkan kertas yang agak tebal, misalnya kertas duplek atau dari bahan kardus. Fungsi dari kertas ini untuk menyimpan atau menempelkan gambar-gambar sesuai dengan tujuan.
- Kertas tersebut diberi tanda dengan pensil atau spidol dan menggunakan penggaris, untuk menentukan ukuran yang diinginkan.
- Potong kertas tersebut dengan menggunakan gunting atau pisau kater sesuai dengan ukuran. Buatlah kartu-kartu tersebut sesuai dengan jumlah gambar yang akan ditempel atau sesuai dengan materi yang akan diberikan.
- Kemudian, jika objek gambar akan dibuat secara langsung dengan tangan, maka kertas alas yang sudah disiapkan tadi perlu dilapisi dengan kertas halus untuk menggambar, misalnya kertas HVS, kertas *concord* atau kertas karton.
- Mulailah membuat gambar dengan menggunakan alat gambar seperti kuas, cat air, spidol, pensil warna, atau membuat desain menggunakan komputer dengan ukuran yang sudah disesuaikan.
- Jika gambar yang akan ditempel memanfaatkan gambar yang sudah ada, misalnya gambar-gambar yang dijual ditoko, maka gambar tersebut bisa langsung dipotong sesuai dengan ukuran, dan ditempel menggunakan perekat atau lem kertas.

- Pada bagian akhir yaitu memberikan tulisan pada bagian kartu-kartu sesuai dengan objek yang ada pada bagian depan.

Gambar 2.1 Contoh *Flash Card*



2.5.4 Pengaruh *Education Flashcard* terhadap Perubahan Mekanisme Koping pada Anak Usia Pra Sekolah yang Menjalani Hospitalisasi

Roy mengartikan istilah mekanisme koping untuk menjelaskan proses kontrol dari individu sebagai suatu sistem adaptasi. Roy menjelaskan mengenai ilmu keperawatan untuk mengontrol mekanisme koping, mekanisme tersebut dinamakan regulator dan kognator. Peran dari sistem regulator berupa kimiawi, saraf, atau endokrin. Sistem kognator memiliki stimulus internal dan eksternal. Output dari sistem regulator bisa menjadi umpan balik pada sistem kognator. Proses dari kontrol kognator berhubungan dengan fungsi otak yang tinggi terhadap persepsi atau proses informasi, pengambilan keputusan, dan emosi. Persepsi dari proses informasi juga berhubungan dengan seleksi perhatian, kode, dan ingatan. Dalam mempertahankan integritas individu, kognator dan regulator bekerja secara bersamaan. Tingkat adaptasi dari seseorang dipengaruhi oleh perkembangan individu dan penggunaan mekanisme koping.

Penggunaan mekanisme koping yang maksimal akan memberikan dampak yang baik pada tingkat adaptasi seseorang dan meningkatkan rangsangan sehingga seseorang dapat merespon secara positif (Nursalam, 2008).

Terdapat beberapa mekanisme koping sederhana yang dapat diajarkan pada anak, misalnya relaksasi, tarik nafas, berhitung, memijat tangan, atau menyanyi. Beberapa teknik tersebut bisa dimodifikasi dengan aktifitas bermain. Melakukan aktifitas bermain dapat melepaskan ketakutan, kecemasan, mengekspresikan kemarahan dan permusuhan (Alfiyanti, 2007). Pada dasarnya anak lebih merespon pada permainan yang digunakan sebagai media penyampaian informasi mengenai prosedur dan membantu anak dalam mengembangkan keterampilan koping, seperti teknik perumpamaan atau analogi, distraksi, dan relaksasi (Broome & Fogg, 1998 dalam Alfiyanti, 2007).

Metode bermain yang dapat dipilih adalah *flash card*, karena *flash card* mudah dipahami oleh anak usia dini (Hayati, 2011). Beberapa manfaat dari flashcard yaitu mudah dibawa, praktis, gampang diingat dan menyenangkan (Susilana & Riyana, 2009). Karakteristik dari media *flash card* yaitu menyajikan pesan-pesan/informasi pendek. Informasi pendek ini akan memudahkan anak untuk mengingat pesan tersebut. Kombinasi antara gambar dan teks cukup memudahkan anak untuk mengenali suatu konsep (Yuliyanti, 2012). Penggunaan media *flashcard* dalam penelitian ini bertujuan untuk memberikan pemahaman kepada anak usia prasekolah mengenai tindakan-tindakan medis yang dilakukan selama menjalani perawatan dirumah sakit. Melalui pemberian informasi yang singkat dengan menggunakan permainan *education flashcard* diharapkan dapat mempengaruhi sistem kognitor anak, sehingga dapat menstimulus terjadinya proses adaptasi dan anak menjadi rileks. Saat tubuh

dalam kondisi rileks, tubuh akan mengeluarkan hormon endorfin yang bersifat menenangkan, dan memberikan pengaruh pada rangsang emosi di sistem limbic, sehingga terjadi pengontrolan perilaku maladaptif di hipotalamus yang menyebabkan perasaan senang dan sejahtera (Purwandari, 2009).

2.5.5 Penelitian *Education Flash Card* Terdahulu

Ada beberapa penelitian mengenai *Education Flash Card*, diantaranya adalah Penelitian yang lain dilakukan oleh Nate Kornell (2009) yang berjudul "*Optimising Learning Using Flashcards: Spacing Is More Effective Than Cramming*". Pada penelitian ini menunjukkan bahwa perbandingan antara dua strategi studi umum: studi menggunakan banyak flash cards dengan berulang kali (spasi), dan studi berkumpul yang menggunakan flashcards sedikit dan mempelajari hanya sewaktu-waktu (*massing*). Strategi Spasi lebih efektif dari pada strategi *Massing* di ketiga eksperimen (Spasi, *Massing* dan Web). 90% dari peserta belajar menunjukkan metode spasi lebih efektif pada sesi pertama. Sedangkan 72% dari partisipan percaya bahwa metode *massing* lebih efektif dibandingkan dengan metode spasi.

Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Wahyuni, dkk (2013) yang berjudul "Penggunaan Media Flash Cards Untuk Meningkatkan Pemahaman Konsep Perkembangan Teknologi Produksi, Komunikasi, Dan Transportasi". Dalam penelitian tersebut terdapat peningkatan pemahaman konsep, pada akhir siklus I terjadi peningkatan persentase ketuntasan klasikal menjadi 62,79%. Nilai rata-rata pemahaman konsep yang pada awalnya sebesar 55,44 pada pratindakan meningkat menjadi 74,41 pada siklus I. Pada siklus II juga terjadi peningkatan persentase ketuntasan klasikal menjadi 83,72% dan nilai rata-rata

meningkat menjadi 83,98. Peningkatan juga terjadi di akhir siklus III, persentase ketuntasan klasikal menjadi 90,70% dan nilai rata-rata meningkat menjadi 84.

