

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Anak

2.1.1 Definisi Anak

Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Masa anak merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang dimulai dari bayi (0-1 tahun) usia bermain/toddler (1-2,5 tahun), prasekolah (3-6 tahun), usia sekolah (7-11 tahun) hingga remaja (11-18 tahun) (Muscari, 2005). Pengertian anak disebutkan dalam peraturan perundang - undangan nasional (Undang-undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak). Pengertian anak menyebutkan bahwa yang dimaksud anak adalah seseorang yang berusia dibawah 18 tahun, termasuk yang masih berada dalam kandungan. Anak prasekolah merupakan anak yang memasuki periode usia antara 3 sampai 6 tahun (Supartini, 2004). Pada usia prasekolah kemampuan sosial anak mulai berkembang, persiapan diri untuk memasuki dunia sekolah, dan perkembangan konsep dimulai pada periode ini. Pada anak usia prasekolah telah memiliki komunikasi verbal yang baik dan tertarik dengan tujuan berbagai kegiatan. Serta, anak usia prasekolah memiliki rasa ingin tahu yang besar (Engel, 2009). Jadi, anak usia prasekolah adalah anak yang berusia 3-6 tahun yang memiliki kemampuan sosial dan verbal.

2.1.2 Perkembangan Anak usia Prasekolah

1. Perkembangan Psikososial

Anak usia prasekolah yang sehat adalah yang periang, sekatan serta memiliki sikap tubuh yang baik (Muscari, 2005). Menurut teori perkembangan Erikson, masa prasekolah antar usia 3 sampai 6 tahun merupakan periode perkembangan psikososial sebagai periode inisiatif versus rasa bersalah, yaitu anak menegembangkan keinginan dengan cara eksplorasi terhadap apa yang ada di sekelilingnya. Hasil akhir yang diperoleh adalah kemampuan untuk menghasilkan sesuatu sebagai prestasinya. Perasaan bersalah akan muncul pada anak apabila anak tidak ampu berprestasi sehingga merasa tidak puas atas perkembangan yang tidak tercapai (Supartini, 2004). Pada usia ini, anak belajar dengan energik, antusias, dan pengganggu dengan imajinasi yang aktif. Anak menggali dunia fisik dnegan semua indra dan kekuatannya. Anak akan mengembangkan perasaan bersalah ketika orang tua membuat anak merasa bahwa imajinasi dan aktifitasnya tidak dapat diteriama (Muscari, 2005).

2. Perkembangan Kognitif

Perkembangan kognitif yang dideskripsikan 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 suatu kejadian denga kejadian yang simultan (penalaran transduktif) (Muscari, 2005). Pada fase intuitif (5-7 tahun), anak mampu menjadi membuat klasifikasi, menjumlahkan, dan menghubungkan objek-objek, tetapi tidak menyadari prinsip-prinsip kegiatan tersebut. Anak menunjukkan proses berfikir intuitif (anak menyadari bahwa

sesuatu adalah benar, tetapi ia tidak dapat mengatakan alasannya). Anak tidak mampu untuk melihat sudut pandang orang lain. Anak menggunakan banyak kata yang sesuai, tetapi kurang memahami makna sebenarnya (Muscari, 2005).

3. Perkembangan Moral

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

2.2 Hospitalisasi

2.2.1 Definisi Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang karena suatu alasan yang berencana atau darurat, mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangannya kembali ke rumah (Supartini, 2004). Selama proses tersebut, anak dan orang tua harus dapat mengalami berbagai kejadian yang menurut beberapa ditunjukkan dengan pengalaman yang sangat traumatik dan penuh stress (Wong, 2008). Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu memahami konsep stress hospitalisasi dan prinsip-prinsip asuhan keperawatan pada anak.

Berdasarkan pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa hospitalisasi adalah suatu proses karena alasan berencana maupun darurat yang mengharuskan anak dirawat atau tinggal di rumah sakit untuk mendapatkan perawatan yang dapat menyebabkan beberapa perubahan psikis pada anak.

2.2.2 Reaksi Anak terhadap Hospitalisasi

Reaksi anak terhadap sakit dan hospitalisasi menurut Wong (2009) antara lain:

1. Cemas karena Perpisahan

Anak yang dirawat di rumah sakit akan mudah mengalami krisis karena anak mengalami stress akibat perubahan baik terhadap status kesehatannya maupun lingkungannya dalam kebiasaan sehari-hari yang dapat berupa perpisahan, kehilangan kontrol, adanya luka di tubuh, dan rasa sakit. Stresor atau pemicu timbulnya stress pada anak yang dirawat di rumah sakit dapat berupa perubahan yang bersifat fisik, psikososial, maupun perilaku yang sesuai dengan tahapan perkembangan anak. Perubahan yang bersifat fisik seperti fasilitas tidur kurang nyaman, tingkat kebersihan kurang, dan pencahayaan yang terlalu terang atau terlalu redup, suara yang gaduh dapat membuat anak merasa terganggu atau bahkan menjadi ketakutan (Ekowati, 2008)

2. Perilaku tidak Kooperatif

Selain kecemasan akibat perpisahan, anak juga mengalami cemas akibat kehilangan kendali atas dirinya. Anak akan kehilangan kebebasan dalam mengembangkan otonominya akibat sakit dan dirawat di rumah sakit. Anak akan bereaksi negatif terhadap ketergantungan yang

dialaminya, terutama anak akan menjadi cepat marah dan agresif (Supartini, 2004).

3. Luka pada Tubuh dan Rasa Sakit

Konsekuensi dari rasa takut dapat dijabarkan secara berbeda, seperti orang dewasa yang memiliki pengalaman lebih banyak dalam hal rasa takut dan yeri berbeda dengan anak yang berusaha untuk menghindari dari rasa nyeri dalam hal pengobatan medis. Anak akan bereaksi terhadap nyeri dengan menyeringaikan wajah, menangis, mengatupkan gigi, menggigit bibir, membyka mata dengan lebar, atau melakukan tindakan yang agresif seperti: menggigit, menendang, memukul, atau berlari keluar.

Reaksi anak terhadap sakit dan hospitalisasi menurut Supartini (2004) dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain :

a. Perkembangan Umur

Reaksi anak terhadap sakit berbeda-beda sesuai tingkat perkembangan anak (Supartini, 2004). Berkaitan dengan umur anak, semakin muda anak maka semakin sukar baginya untuk menyesuaikan diri dengan pengalaman dirawat di rumah sakit.

b. Pengalaman Dirawat di Rumah Sakit sebelumnya

Apabila anak pernah mengalami pengalaman tidak menyenangkan saat di rawat di rumah sakit sebelumnya, akan menyebabkan anak takut dan trauma. Sebaiknya apabila saat dirawat di rumah sakit anak mendapatkan perawatan yang baik dan menyenangkan maka anak akan lebih kooperatif pada perawat dan dokter (Supartini, 2004).

c. Sistem Pendukung

Anak akan mencari dukungan yang ada dari orang lain untuk melepaskan tekanan akibat penyakit yang dideritanya. Anak biasanya akan meminta dukungan kepada orang terdekat dengannya, misal orang tua saudaranya. Perilaku ini ditandai dengan permintaan anak untuk ditunggu selama dirawat di rumah sakit, didampingi saat dilakukan perawatan padanya, minta dipeluk saat merasa takut dan cemas bahkan saat merasa ketakutan (Arriffiani, 2008).

Supartini (2004), menyebutkan reaksi-reaksi tersebut di atas bersifat individual, dan sangat bergantung pada tahapan usia perkembangan anak, Menurut Supartini (2004), reaksi anak yang dirawat di rumah sakit pada masa sekolah adalah dengan menolak makan, sering bertanya, menangis walaupun secara perlahan, dan tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan.

Perawatan di rumah sakit juga membuat anak kehilangan kontrol terhadap dirinya. Perawatan di rumah sakit mengharuskan adanya pembatasan aktivitas anak sehingga anak akan merasa kehilangan ketakutan diri. Perawatan di rumah sakit sering kali dipersepsikan anak sekolah sebagai hukuman sehingga anak akan merasa malu, bersalah, atau takut. Ketakutan anak terhadap perlakuan muncul karena anak menganggap tindakan dan prosedurnya mengancam integritas tubuhnya. Hal ini menimbulkan reaksi agresif dengan marah dan berontak, ekspresi verbal

dengan mengucapkan kata-kata marah, tidak mau bekerja sama dengan perawat, dan ketergantungan pada orang tua (Supartini, 2004).

2.2.3 Dampak Hospitalisasi pada Anak

Dampak hospitalisasi pada masa prasekolah yaitu sering menolak makan, sering bertanya, menangis perlahan, tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan, anak sering merasa cemas, ketakutan, tidak yakin, kurang percaya diri, atau merasa tidak cukup terlindungi dan merasa tidak aman. Tingkat rasa aman pada setiap anak berbeda. Beberapa anak lebih pemalu dan cepat cemas dibanding anak lain (June, 2008). Hospitalisasi dapat dianggap sebagai pengalaman yang bermacam dan menjadi stressor sehingga dapat menimbulkan krisis bagi anak dan keluarga. Bagi anak, hal ini mungkin terjadi karena anak tidak memahami mengapa ia dirawat/ terluka, stres dengan adanya perubahan akan status kesehatan, lingkungan, kebiasaan sehari-hari dan keterbatasan mekanisme koping.

Pada anak yang dirawat akan muncul tantangan-tantangan yang harus dihadapinya seperti mengatasi suatu perpisahan, penyesuaian dengan lingkungan yang asing baginya, penyesuaian dengan banyak orang yang merawatnya, dan kerap kali harus berhubungan atau bergaul dengan anak-anak yang sakit serta pengalaman mengikuti terapi yang menyakitkan bagi anak-anak. Secara psikologis, membaca atau bercerita merupakan salah satu bentuk bermain yang paling sehat. Sebagian besar orang tua menganggap awal masa prasekolah sebagai usia yang mengundang masalah atau usia sulit. Seringkali, anak yang lebih muda bersikap bandel, keras kepala, tidak menurut negativities, dan melawan. Terkadang marah tanpa alasan. Pada malam hari terganggu oleh mimpi buruk dan pada siang hari ada rasa takut yang tidak rasional, dan merasa

cemburu. Perilaku ribut, berlagak, dan tidak tentram pada anak-anak yang cemas cenderung berusaha menyakinkan diri mereka dan orang lain tentang kemampuan mereka. Anak-anak menghindari diri dari situasi yang mengancam dengan cara pergi tidur meskipun tidak lelah, dengan membuat diri mereka sibuk sehingga tidak mempunyai waktu untuk berfikir, atau mengundurkan diri ke dunia khayal. Kita akan lebih mengenal anak jika kita melihat karakteristik anak tersebut. Di usia ini anak mengalami perubahan baik fisik dan mental dengan berkembangnya konsep diri, munculnya egosentris, rasa ingin tahu yang tinggi, imajinasi yang tinggi, belajar menimbang rasa, dan mengatur lingkungannya. Namun, anak juga dapat berperilaku buruk .

2.3 Perilaku Kooperatif

2.3.1 Definisi Perilaku Kooperatif

Kooperatif menurut Kamus bahasa Indonesia (2014) merupakan sikap yang menunjukkan kerjasama, tidak melakukan penentangan terhadap suatu sikap individu maupun golongan tertentu. Sehingga kata kooperatif tidak selalu berasosiasi dengan masalah ekonomi atau organisasi ekonomi sebagaimana tertera pada paragraf di atas berdasarkan sebuah kamus. Perilaku adalah nilai kepercayaan yang mempengaruhi cara individu bertindak balas pada sesuatu perkara. Dan perilaku kooperatif adalah tingkat individu dalam melihat dirinya sendiri sebagai bagian dari anggota masyarakat. Individu yang bersikap kooperatif ditunjukkan dengan sikap empati, toleransi, penuh kasih sayang, saling mendukung atau supportif, serta mempunyai prinsip yang kuat (Videbeck, 2008). Perilaku kooperatif merupakan sejauh mana satu pihak berniat memuaskan dan peduli pada pihak lain.

Faktor lain yang berpengaruh terhadap perilaku kooperatif anak usia sekolah adalah mempersiapkan anak untuk prosedur. Hal ini penting untuk mendapatkan perilaku kooperatif anak dan membuat anak untuk rileks. Untuk mengurangi perilaku tidakkooperatifan anak, anak harus dijelaskan secara perlahan terkait prosedur yang akan dilakukan, dan jika memungkinkan perbolehkan anak untuk memegang alat yang akan digunakan (Bonewit, 2014).

2.3.2 Klasifikasi Perilaku Kooperatif

Menurut (Wright, 1975) tingkat kooperatif anak di bagi menjadi 3 skala yaitu:

- a. Skala 1: kooperatif, meliputi 1) Anak Menunjukkan sedikit takut dan cukup relaks, 2) Mempunyai hubungan yang baik dengan perawat dan tim kesehatan lainnya, 3) Anak tertarik dengan prosedur tindakan dan santai dengan situasi yang ada.
- b. Skala 2: Anak kurang mampu bersikap kooperatif, meliputi: 1) Anak yang masih terlalu muda usianya (kurang dari 3 tahun) dan emosinya belum matang, 2) Anak yang mempunyai kelemahan tertentu atau kondisi cacat, 3) Keparahan kondisi anak tidak memungkinkan bersikap kooperatif seperti anak normal dengan usia yang sama.
- c. Skala 3: Anak mempunyai sikap potensi Kooperatif

Anak ini berbeda dengan anak yang kurang mampu bersikap kooperatif karena mereka mempunyai kemampuan untuk bekerja sama. Hal ini dapat terjadi bila adanya pendekatan serta komunikasi yang baik, sehingga anak yang mula-mula tidak kooperatif dapat berubah tingkah lakunya menjadi kooperatif dan dapat dirawat.

Penampilan anak yang mempunyai sikap kooperatif yaitu:

- a. Tingkah laku atau sikap yang tidak terkontrol (*uncontrolled behavior*), meliputi tingkah laku pada tipe ini dapat ditemukan pada usia prasekolah (3 sampai 6 tahun), anak menangis, menendang dan memukul.
- b. Tingkah laku atau sikap melawan (*defiant behavior*), meliputi: anak tetap menolak perawatan, bersikap protes, anak keras kepala dan manja, gagal berkomunikasi.
- c. Tingkah laku atau sikap (*timid behavior*), sikap pemalu merupakan gabungan antara *uncontrolled behavior* dan *behavior* tetapi ketika menggabungkannya tidak benar maka akan kembali kepada sikap yang terkontrol. Sikap timid behavior terdiri dari a) anak menangis dan merengek, tapi tidak sampai histeris, b) *over protektif* terhadap lingkungan, c) mengisolasi diri tanpa kontak dengan orang asing. d) kagum terhadap orang asing dan terhadap situasi yang aneh.
- d. Tingkah laku atau sikap tegang (*tense cooperative behavior*), meliputi:
 - a) anak menerima dan kooperatif terhadap perawatan, b) ketegangan biasanya ditunjukkan dengan bahasa tubuh, c) mata pasien mengikuti gerakan mata perawat atau tim kesehatan lain, d) ketika berbicara suaranya bergetar, e) telapak tangan dan alis mata berkeringat.
- e. Sikap merengek (*whining Behavior*), meliputi :
 - a) anak merengek tetapi mau melakukan prosedur tindakan dengan bujukan, b) anak sering mengeluh sakit, c) merengek merupakan mekanisme kompensasi untuk mengontrol rasa sakit, d) menangis dapat terkontrol, konstan, tidak keras, biasanya hanya air mata.

Kondisi-kondisi anak yang mengakibatkan terjadi perubahan perilaku kooperatif pada saat mengalami hospitalisasi yaitu :

1. Pada saat Perawat mengajak bercakap-cakap atau berbicara terhadap anak
 2. Pada saat perawat melakukan prosedur pemeriksaan/perawatan yang menyakitkan
 3. Pada saat perawat memerintahkan sesuatu saat prosedur
- Tindakan

Menurut (Frankl, 2009) membagi skala perilaku menjadi 4 yaitu skala 1-4 yang bisa juga dipakai dalam sikap kooperatif anak sesuai dengan kriteria berikut:

- a. Skala 1: sikap sangat negatif, meliputi: 1) Anak menolak perawatan, 2) Meronta-ronta dan membantah, 3) Menangis keras dan terus menerus, 4) Menarik atau mengisolasi diri, 5) Amat ketakutan.
- b. Skala 2: Sikap negatif, meliputi: 1)Tindakan negatif minor, 2) Anak tidak mau menerima perawatan, 3) mencoba bertahan, 4) Menyimpan rasa takut, 5) Gugup dan menangis, 6) Tidak kooperatif
- c. Skala 3: Sikap positif, meliputi: Berhati-hati dalam menerima perawatan, 2) Sedikit segan untuk bertanya, 3) Tidak menolak petunjuk perawat, 4) Cukup bersedia bekerjasama dengan perawat, 5) Anak menerima perawatan
- d. Skala 4: Sangat positif, meliputi : 1) Bersikap baik dengan perawat, 2) Anak gembira menerima perawatan, 3) Tidak ada tanda-tanda takut, 4)Tertarik dengan tindakan yang dilakukan perawat, 5) Tertarik dengan prosedur yang dilakukan, 6) Banyak bertanya, 7) Membuat kontak verbal yang baik dengan perawat

Sedangkan respon hospitalisasi pada anak usia prasekolah ditunjukkan dengan:

a. Reaksi agresif

Reaksi timbul akibat ketakutan anak terhadap perlukaan, yang muncul karena anak menganggap tindakan dan prosedurnya mengancam integritas tubuhnya, ditunjukkan dengan marah, berontak, tidak mau bekerja sama dengan perawat dan ketergantungan pada orang tua.

b. Reaksi regresif

Timbul seperti reaksi agresif namun berfokus kepada ekspresi verbal dengan mengucapkan kata-kata marah, tidak mengeluarkan sepatah katapun, tidak menjawab pertanyaan perawat.

c. Reaksi *withdrawl* (menarik diri),

Sikap penolakan diri anak dari sesuatu hal yang dianggap menyakitkan, biasanya anak akan menghindari kontak mata dengan perawat, dan bersembunyi pada orang tua, menekuk kaki, tangan atau anggota tubuh yang akan dilakukan pemeriksaan.

2.3.3 Faktor yang Berpengaruh Terhadap Perilaku Kooperatif Anak

a. Usia

Anak usia prasekolah mempersepsikan hospitalisasi sebagai suatu hukuman sehingga anak akan merasa malu, merasa bersalah, dan takut. Tindakan dan prosedur di rumah sakit dianggap mengancam integritas tubuhnya. Hal ini menimbulkan reaksi agresif dengan marah, berontak, tidak mau bekerjasama dengan perawat, dan ketergantungan dengan orang tua (Supartini, 2004).

b. Jenis Kelamin

Hasil penelitian handayani dan puspitasari (2009) menunjukkan jenis kelamin perempuan lebih mengalami peningkatan sikap kooperatif dibandingkan laki-laki.

c. Pengalaman dirawat di Rumah Sakit

Apabila anak pernah mengalami pengalaman tidak menyenangkan selama dirawat di rumah sakit sebelumnya, maka akan menyebabkan anak menjadi takut dan trauma sehingga anak tidak kooperatif dengan perawat dan dokter. Begitu juga sebaliknya apabila abak di rumah sakit menapatkan perawatan yang baik dan menyennagkan, maka anak akan lebih kooperatif kepada perawat dan dokter (Supartini, 2004).

2.3.4 Pengukuran Perilaku Kooperatif

1. Frank Behavior Rating Scale

Franki (1962 dalam Muthu & Sivakumar, 2009) membagi skala perilaku menjadi 4 yaitu skala yaitu skala 1- 4 yang bisa dipakai dalam sikap kooperatif anak sesuai dengan criteria berikut:

- a. Skala 1: sikap sangat negative, meliputi: 1) anak menolak perawatan, 2) meronta-ronta dan membantah, 3) menangis keras dan terus menerus, 4) menarik atau mengisolasi diri, 5) anak ketakutan.
- b. Skala 2: sikap negative, meliputi: 1) tindakan negative minor, 2)anak tidak mau menerima perawatan, 3) mencoba bertahan, 4) menyimpan rasa takut, 5) gugup dan menangis, 7) tidak kooperatif.
- c. Skala 3: sikap positif, meliputi: 1) berhati-hati dalam menerima perawatan, 2) sedikit segan untuk bertanya, 3) tidak menolak

petunjuk perawat, 4) cukup bersedia bekerja sama dengan perawat, 5) anak menerima perawatan.

- d. Skala 4: sangat positif, meliputi: 1) bersikap baik dengan perawat, 2) anak gembira menerima perawatan, 3) tidak ada tanda-tanda takut, 4) tertarik dengan tindakan yang dilakukan perawatan, 5) tertarik dengan prosedur yang dilakukan, 6) banyak bertanya 7) membuat kontak verbal yang baik dengan perawat.

Kelebihan dari skala ukur *Frank* yaitu penggunaan yang mudah dan konseptualisasi yang mudah dimengerti.

2. Sarnat behavior scale

Sarnat mendeskripsikan *behavior rating scale* untuk anak-anak menjadi 5 yaitu:

- a. *Active cooperative*: tersenyum, memberikan informasi kepada perawat, menginisiasi percakapan terlebih dahulu ke perawat, dan memberikan respon yang positif.
- b. *Passive cooperative*: acuh tak acuh tetapi taat terhadap prosedur, anak mau mengikuti instruksi, dan diam.
- c. *Neutral, indifferent*: perlu meyakinkan, menangis ringan, mengikuti instruksi di bawah tekanan.
- d. *Opposed, disturbs work*: menentang, mengganggu kerja, merebut tangan, tidak rileks, duduk dan berdiri alternative.
- e. *Completely uncooperative, strongly opposed*: benar-benar tidak kooperatif, sangat menentang, menangis, menolak tindakan, regular tidak mau duduk atau masuk ruang tindakan (Muthu & Sivakumar, 2009).

3. *Child Behavior Rating Scale*

Instrument ukur tingkah laku anak untuk setting kelas. Pada *Child Behavior Rating Scale*, yang akan mengisi adalah guru anak di kelas. Terdiri dari tujuh belas pertanyaan yang diisi dengan skala ukur 5 (lima) hingga 1(satu). Lima berarti selalu dan satu berarti tidak pernah (Bronson, Goodson, Layzer, &Love, 1990 dalam Chandra, 2007).

4. *Procedural Behaviour Rating Scale*

Pada *Procedural Behaviour Rating Scale* PBRs-R digunakan untuk usia 8 bulan hingga 17 tahun. Observer akan mengukur sikap pada memont yang spesifik. Dan akan menilai derajat kenyamanannya. Terdapat 13 kategori yang diukur. Termasuk Menangis, restrain, berteriak, dan memberontak . Lembar observasi ini biasa digunakan untuk anak yang menjalani prosedur lumbal fungsi. Observasi yang akan memberikan skala dari 1 hingga 5 yaitu 1 sangat jarang dan 5 sangat sering. kategori yang ada termasuk mengatakan nyeri, berteriak, dan mengatakan takut.

5. *Interval uncooperative behavior rating scale*

Terdiri dari skala yang digunakan untuk menilai sikap kooperatif anak. Skala ukur ini didesain untuk digunakan dengan jarak ukur jenis interval.

- a. Nilai 0: mau bekerja sama, menurut, tidak ada protes baik secara lisan maupun fisik.
- b. Nilai 1: *Mild*, memprotes dengan lisan yang lembut atau menangis dengan perlahan sebagai sinyal ketidaknyamanan, namun tidak menghalangi tindakan dari tim medis, menurut dengan prosedur,

berperilaku sesuai prosedur seperti mengatakan “ow” saat merasakan sakit .

- c. Nilai 2: Protes lebih menonjol. Protes dengan menangis dan protes dengan tangan. Memindahkan kepala sehingga sulit untuk memberikan pengobatan. Protes lebih mengganggu dan merepotkan. namun, anak masih menuruti permintaan untuk bekerja .
 - d. Nilai 3: protes menyajikan masalah nyata kepada tim kesehatan. Tidak mau menganut terhadap permintaan, membutuhkan upaya ekstra oleh tim kesehatan, tubuh anak berpindah-pindah.
 - e. Nilai 4: protes mengganggu prosedur, mensyaratkan bahwa semua perhatian tim kesehatan diarahkan ke perilaku. Kepatuhan akhirnya tercapai setelah usaha yang cukup oleh tim kesehatan, tapi tanpa pengekangan fisik banyak yang sebenarnya. (mungkin memerlukan memegang tangan anak atau sejenisnya untuk memulai). Gerakan tubuh lebih menonjol.
 - f. Nilai 5: protes umum, tidak ada kepatuhan atau kerja sama. Pengekangan fisik yang diperlukan.
- Skala ini biasanya digunakan untuk anak yang pergike dokter gigi. Dan dokter akan mengkaji sikap kooperatif anak (Larry, Elise, Rdward, Dana dan Cohan, 1980 dalam Chandra, 2007).

2.4 Bermain

2.4.1 Definisi Bermain

Bermain merupakan cara alamiah bagi anak untuk mengungkapkan konflik dalam dirinya yang ia tidak sadari. Bermain juga merupakan kegiatan

yang dilakukan sesuai dengan keinginan diri sendiri untuk memperoleh kesenangan dan menjadi kegiatan yang menyenangkan/dapat dinikmati secara fisik, intelektual, emosi, sosial untuk belajar, perkembangan mental, bermain dan bekerja. Bermain di rumah sakit bertujuan untuk dapat melanjutkan pertumbuhan dan perkembangan yang normal selama dirawat, dan mengungkapkan pikiran dan perasaan dan fantasinya melalui permainan.

Bermain merupakan setiap kegiatan yang dilakukan untuk kesenangan yang ditimbulkannya tanpa mempertimbangkan hasil akhir. Bermain dilakukan secara suka rela dan tidak ada paksaan dari luar atau kewajiban (Hurlock, 2013).

2.4.2 Manfaat Bermain

Manfaat bermain bagi anak terdiri dari :

1. Perkembangan Sensori Motorik

Aktivitas sensoris motorik merupakan komponen utama bermain pada semua tingkat usia anak. Bermain aktif menjadi hal yang penting dalam perlambangan system otot dan saraf yang bermanfaat dalam melepaskan kelebihan energi (Whaley Dan Wong, 2003).

2. Perkembangan Kognitif / Intelektual

Anak dapat mengeksplorasi dan manipulasi ukuran, bentuk, struktur dan warna. Mengenali angka, hubungan yang renggang dan konsep abstrak. Bermain memberikan kesempatan pada anak untuk mempraktekan dan memperluas kemampuan bahasa. Member kesempatan untuk menghilangkan pengalaman masa lalu untuk memasukkannya ke dalam persepsi dan persahabatan yang baru.

3. Perkembangan Moral dan Sosial

Bermain mengajarkan peran dewasa termasuk perilaku peran seks. Bermain memberikan kesempatan untuk menguji persahabatan dan

mengembangkan ketrampilan sosial . Dalam bermain anak belajar member dan menerima, belajar hal-hal bener dari kesalahanyang dilakukan, standar sosial dan tanggung jawab terhadap tindakan mereka (Whaley Dan Wong, 2007).

4. Perkembangan Kreativitas

Bermain member kesempatan pada anak untuk mengeluarkan ide dan minat kreasi, mengijinkan mereka untuk berfantasi dan berimajinasi serta memberikan kesempatan untuk mengembangkan bakat dan minat. Sesekali anak meresa puas ketika berhasil melakukan sesuatu yang hal baru maka anak akan memindahkan rasa ketertarikan ini kedalam situasi diluar dunia (Whaley Dan Wong ,2007).

5. Perkembangan Kesadaran Diri

Dalam bermain anak mengespresikan emosi. bermain memfasilitasi perkembangan identitas diri dan mendorong menentuan perilaku pribadi. dengan bermain anak dapat menemukan kekuatan serta kelemahan, minat dan cara menyelesaikan tugas dalam bermain (Soetjiningsih, 2012).

6. Nilai Terapeutik

Bermain dapat menghilangkan tekanan dan stress. Bermain dapat mengurangi tekanan yang sering saat anak dalam proses belajar.

7. Perkembangan Komunikasi

Bermain memfasilitasi komunikasi nonverbal akan kebutuhan, rasa takut, dan keinginan secara langsung.

2.5 **Education Flashcard**

2.5.1 **Definisi Education Flashcard**

Flash card adalah 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. *Flash card* biasanya berukuran 8x12 cm, atau bisa disesuaikan dengan kebutuhan (Arsyad dalam 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. *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 Education Flashcard

Menurut Yuliyanti (2012) menggunakan media pembelajaran *flashcard* memiliki banyak manfaat diantaranya mengasah kecerdasan otak (kognisi) dan kecerdasan sosial anak. Sedangkan menurut Susilana dan Riyana (2009) media *flash card* memiliki beberapa kelebihan sebagai berikut :

1. 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.

2. 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.

3. Gampang 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.

4. 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 :

- a. 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.

- b. Kertas tersebut diberi tanda dengan pensil atau spidol dan menggunakan penggaris, untuk menentukan ukuran yang diinginkan.
- c. Potong kertas tersebut dengan menggunakan gunting atau pisau katek sesuai dengan ukuran. Buatlah kartu-kartu tersebut sesuai dengan jumlah gambar yang akan ditempel atau sesuai dengan materi yang akan diberikan.
- d. 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.
- e. Mulailah membuat gambar dengan menggunakan alat gambar seperti kuas, cat air, spidol, pensil warna, atau membuat desain menggunakan komputer dengan ukuran yang sudah disesuaikan.
- f. Jika gambar yang akan ditempel memanfaatkan gambar yang sudah ada, misalnya gambar-gambar yang dijual di toko, maka gambar tersebut bisa langsung dipotong sesuai dengan ukuran, dan ditempel menggunakan perekat atau lem kertas.
- g. Pada bagian akhir yaitu memberikan tulisan pada bagian kartu-kartu sesuai dengan objek yang ada pada bagian depan.

2.6 Mekanisme Prinsip Terapi Bermain *Education Flashcard* Mempengaruhi Perilaku Kooperatif

Secara umum kondisi sehat pada usia prasekolah adalah memiliki tubuh yang ramping, sikap tubuh yang baik, cekatan, dan periang (Muscari, 2005). Namun, seperti halnya orang dewasa, anak juga dapat terserang suatu penyakit dan membutuhkan hospitalisasi untuk diagnosa dan pengobatan penyakitnya .

Hospitalisasi seringkali menimbulkan stress terhadap tingkat perkembangan anak (Nursalam, Susilaningrum, & Utami, 2005). Kemudian stressor pada anak usia prasekolah dipengaruhi oleh perubahan pengasuhan, mengawali sekolah, adanya saudara kandung yang baru dilahirkan, masalah yang terjadi pada pernikahan orang tua, pindah rumah atau lingkungan baru, serta adanya penyakit yang diderita (Potter & Perry, 2009). Untuk mendukung dalam mengatasi masalah terkait masalah terapi bermain dengan menggunakan *education Flashcard*, maka diperlukan pendekatan aplikasi teori Comfort dari Kolcaba.

Peningkatan perilaku kooperatif dapat memperkuat penerimaan anak dan keluarga untuk terlibat dalam kegiatan-kegiatan yang diperlukan dalam mencapai kesehatan. Tenaga kesehatan dapat memfasilitasi lingkungan yang mendukung dengan terapi bermain *education Flash card* dan dapat memberikan keyakinan anak dan keluarga bahwa dia bisa pulih, memberikan rasa aman, melindungi dari bahaya, dan mampu untuk berpartisipasi dalam rencana pengobatan yang sesuai dengan tahap perkembangannya (Kolcaba, 2003).

Education Flashcard adalah *Flash card* merupakan kartu kecil yang berisikan gambar, teks, atau tanda simbol yang dapat mengingatkan atau mengarahkan pada sesuatu yang berhubungan dengan gambar. *Education Flash card* juga dapat memberikan info pengetahuan bagaimana perawatan anak

selama hospitalisasi dan dapat juga memberikan kenyamanan pada anak karena sudah mengetahui terapi perawatannya sendiri sehingga membuat anak menjadi rileks, sehingga tubuh akan mengeluarkan hormone endorpin yang bersifat menenangkan, memberikan pengaruh terhadap rangsangan emosi di system limbic, sehingga mengakibatkan terjadi pengontrolan perilaku kooperatif di hipotalamus yang dapat menimbulkan perasaan senang dan sejahtera.

Sehubungan dengan hal tersebut, intervensi terapi bermain dengan menggunakan *education flashcard* yang berfokus terhadap pemberian pengetahuan tentang terapi perawatan, lingkungan yang nyaman dan teknik distraksi yang diberikan dengan metode permainan yang dapat mengurangi distress fisik dan psikis dan mampu meningkatkan perilaku kooperatif anak. sehingga terjadi peningkatan hormone endorpin dan penurunan kortisol. Yang kemudian mempengaruhi pengontrolan perilaku di Hipotalamus.



