

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Hospitalisasi Pada Anak

##### 2.1.1 Definisi Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu proses karena alasan berencana atau darurat yang mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit untuk menjalani terapi dan perawatan sampai anak dapat dipulangkan kembali ke rumah. Meskipun demikian dirawat di rumah sakit tetap merupakan masalah besar dan menimbulkan ketakutan dan cemas bagi anak (Supartini, 2004).

Hospitalisasi adalah suatu keadaan krisis pada anak, saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit. Keadaan ini terjadi karena anak mengalami perubahan dari keadaan sehat dan rutinitas lingkungan serta mekanisme coping yang terbatas dalam menghadapi stresor. Stresor utama dalam hospitalisasi adalah perpisahan, kehilangan kendali dan nyeri (Wong, Hockenberry & Marlyn, 2007).

Berdasarkan dua pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa hospitalisasi adalah suatu proses perawatan yang harus dijalani seorang anak ketika dalam kondisi krisis dan menginap di rumah sakit karena alasan berencana atau darurat untuk mengembalikan derajat kesehatan yang maksimal, sehingga anak dapat dipulangkan kembali ke rumah, namun hospitalisasi dapat menjadi stresor tersendiri bagi anak dan juga berdampak pada psikis anak.

### 2.1.2 Stresor Pada Anak Selama Hospitalisasi

Menurut Nursalam (2005), terdapat beberapa stresor pada anak selama hospitalisasi, yaitu:

#### 1. Cemas karena perpisahan

Sebagian besar stres yang terjadi pada bayi di usia pertengahan sampai anak periode pra sekolah, khususnya anak yang berumur 6 sampai 30 bulan adalah cemas karena perpisahan. Balita belum mampu berkomunikasi dengan menggunakan bahasa yang memadai dan memiliki pengertian yang terbatas terhadap realita. Hubungan anak dengan ibu adalah sangat dekat, akibatnya perpisahan dengan ibu akan menimbulkan rasa kehilangan pada anak akan orang yang terdekat bagi dirinya dan akan lingkungan yang dikenal olehnya, sehingga pada akhirnya akan menimbulkan perasaan tidak aman dan rasa cemas.

Respon perilaku anak akibat perpisahan dibagi dalam 3 tahap, yaitu:

##### a. Tahap Protes (*Phase of Protest*)

Tahap ini dimanifestasikan dengan menangis kuat, menjerit, dan memanggil ibunya atau menggunakan tingkah laku agresif, seperti menendang, menggigit, memukul, mencubit, mencoba untuk membuat orangtuanya tetap tinggal, dan menolak perhatian orang lain. Secara verbal, anak menyerang dengan rasa marah, seperti mengatakan "pergi". Perilaku tersebut dapat berlangsung dari beberapa jam

sampai beberapa hari. Perilaku protes tersebut, seperti menangis, akan terus berlanjut dan hanya akan berhenti bila anak merasa kelelahan. Pendekatan dengan orang asing yang tergesa-gesa akan meningkatkan protes.

b. Tahap Putus Asa (*Phase of Despair*)

Pada tahap ini, anak tampak tegang, tangisnya berkurang, tidak aktif, kurang berminat untuk bermain, tidak ada nafsu makan, menarik diri, tidak mau berkomunikasi, sedih, apatis, dan regresi (misalnya: mengompol atau menghisap jari). Pada tahap ini, kondisi anak mengkhawatirkan karena anak menolak untuk makan, minum, atau bergerak.

c. Tahap Menolak (*Phase of Denial*)

Pada tahap ini, secara samar-samar anak menerima perpisahan, mulai tertarik dengan apa yang ada di sekitarnya, dan membina hubungan dangkal dengan orang lain. Anak mulai kelihatan gembira. Fase ini biasanya terjadi setelah perpisahan yang lama dengan orang tua.

2. Kehilangan Kendali

Balita berusaha sekuat tenaga untuk mempertahankan otonominya. Hal ini terlihat jelas dalam perilaku mereka dalam hal kemampuan motorik, bermain, melakukan hubungan interpersonal, melakukan aktivitas hidup sehari-hari (*Activity of Daily Living-ADL*), dan komunikasi. Balita telah mampu menunjukkan kestabilan dalam mengendalikan dirinya dengan cara mempertahankan kegiatan-kegiatan rutin seperti tersebut

diatas. Akibat sakit dan dirawat di rumah sakit, anak akan kehilangan kebebasan pandangan egosentris dalam mengembangkan otonominya. Hal ini akan menimbulkan regresi. Ketergantungan merupakan karakteristik dari peran sakit. Anak akan bereaksi terhadap ketergantungan dengan negativistis, terutama anak akan menjadi cepat marah dan agresif. Jika terjadi ketergantungan dalam jangka waktu lama (karena penyakit kronis), maka anak akan kehilangan otonominya dan pada akhirnya akan menarik diri dari hubungan interpersonal.

### 3. Luka pada Tubuh dan Rasa Sakit (Rasa Nyeri)

Konsep tentang citra tubuh (*body image*), khususnya pengertian mengenai perlindungan tubuh (*body boundaries*), sedikit sekali berkembang pada balita. Berdasarkan hasil pengamatan, bila dilakukan pemeriksaan telinga, mulut, atau suhu pada anus akan membuat anak menjadi sangat cemas. Reaksi anak terhadap tindakan yang tidak menyakitkan sama seperti reaksi terhadap tindakan yang sangat menyakitkan. Reaksi balita terhadap rasa nyeri sama seperti sewaktu bayi, namun jumlah variabel yang mempengaruhi responnya lebih kompleks dan bermacam-macam. Anak akan bereaksi terhadap rasa nyeri dengan menyeringaikan wajah, menangis, mengatupkan gigi, menggigit bibir, membuka mata lebar, atau melakukan tindakan yang agresif seperti menggigit, menendang, memukul, atau berlari keluar.

### 2.1.3 Dampak Hospitalisasi

Perubahan perilaku merupakan salah satu dampak hospitalisasi pada anak. Anak bereaksi terhadap stress pada saat sebelum, selama dan setelah proses hospitalisasi. Perubahan perilaku yang dapat diamati pada anak setelah pulang dari rumah sakit adalah merasa kesepian, tidak mau lepas dari orang tua, menuntut perhatian dari orang tua dan takut perpisahan (Supartini, 2004). Dampak negatif hospitalisasi juga berhubungan dengan lamanya rawat inap, tindakan invasive yang dilakukan serta kecemasan orang tua. Respon yang biasa muncul pada anak akibat hospitalisasi antara lain regresi, cemas karena perpisahan, apatis, takut, dan gangguan tidur terutama terjadi pada anak yang berusia kurang dari 7 tahun (Melnyk, 2000).

Sakit dan hospitalisasi menimbulkan krisis pada kehidupan anak. Di rumah sakit anak harus menghadapi lingkungan yang asing dan pemberi asuhan yang tidak dikenal. Seringkali anak harus mengalami prosedur yang menimbulkan nyeri, kehilangan kemandirian dan berbagai hal yang tidak diketahui. Interpretasi anak terhadap kejadian dan respon anak terhadap pengalaman selama di rumah sakit akan diasumsikan sebagai pengalaman yang kurang baik, yang secara tidak langsung akan mempengaruhi tingkat perkembangan anak. Pada saat seperti itu perasaan anak akan penuh dengan beban emosional seperti rasa cemas, ketakutan, perasaan rendah diri, perasaan marah, depresi, perasaan tidak berdaya, ketergantungan

yang berlebihan pada orang lain dan tidak mampu berpikir dengan baik (Wahyunin, 2001).

## **2.2 Konsep Ketakutan Pada Hospitalisasi**

### **2.2.1 Definisi Ketakutan**

Ketakutan adalah suatu bentuk emosi yang disebabkan karena adanya suatu ancaman. Ketakutan dipandang sebagai bagian alami dari perkembangan normal setiap anak (Cullone 2000, Wolman 1979, Medical-dictionary). Ketakutan anak akibat hospitalisasi berbeda dengan fobia. Fobia adalah ketakutan yang menetap, tidak masuk akal, rasa takut yang kuat pada objek tertentu, aktivitas, atau situasi, dimana anak tidak dapat mengendalikannya (Huttunen 2005).

Ketakutan yang dialami anak juga dapat menimbulkan kecemasan. Pada situasi tertentu, kecemasan hampir sama dengan ketakutan, dan merupakan ketakutan pada taraf ringan. Tetapi sebenarnya ketakutan dan kecemasan adalah dua hal yang berbeda. Ketakutan disebabkan oleh suatu objek atau situasi tertentu, sedangkan kecemasan terjadi tanpa suatu alasan yang jelas atau dapat disebabkan oleh suatu situasi yang sebenarnya tidak menakutkan (Astuti, 2008).

### **2.2.2 Hubungan Takut Dengan Hospitalisasi**

Usia prasekolah sangat rentan terhadap efek stres dan ketakutan selama rawat inap. Anak-anak dibawah usia enam tahun kurang mampu berpikir tentang suatu peristiwa secara keseluruhan, belum

bisa menentukan perilaku yang dapat mengatasi suatu masalah yang baru dihadapi dan kurang memahami suatu peristiwa yang dialami (Jennet & Peterson, 2002). Ketakutan pada anak sangat bervariasi tergantung tingkat perkembangan kognitif. Anak usia prasekolah mengalami ketakutan terhadap kegelapan, kesendirian, binatang, serta objek atau orang yang berkaitan dengan nyeri (Murish, Merckelbach & Collaris, 1997 dalam Wong, dkk, 2008). Coyne (2006) menyatakan anak usia prasekolah mempunyai rasa takut dan kekhawatiran mengenai penyakit dan rawat inap.

Bagi anak usia prasekolah, sakit adalah sesuatu yang menakutkan. Saat anak dirawat di rumah sakit (hospitalisasi) memaksa anak untuk berpisah dari lingkungan yang dirasakannya aman, penuh kasih sayang, dan menyenangkan, yaitu lingkungan rumah, permainan, dan teman sepermainannya. Perawatan di rumah sakit sering kali dipersepsikan anak prasekolah sebagai hukuman sehingga anak akan merasa malu, bersalah, atau takut. Oleh karena itu, hal ini menimbulkan reaksi agresif dengan marah dan berontak, ekspresi verbal dengan mengucapkan kata-kata marah, tidak mau bekerja sama dengan perawat (Supartini, 2004).

### 2.2.3 Penyebab Takut

Salmela et al. (2009) mengatakan terdapat beberapa kategori yang menjadi penyebab ketakutan anak saat menjalani hospitalisasi yaitu intervensi keperawatan, ketakutan menjadi pasien, dan ketakutan yang disebabkan oleh tahap perkembangan anak. Anak-

anak juga menyatakan ketakutan disebabkan oleh lingkungan yang asing atau kurangnya informasi, hubungan anak dengan staf Rumah Sakit, lingkungan fisik, sosial, dan simbolik.

Kategori terbesar adalah anak mengatakan takut nyeri (57%) dan mendapat suntikan (50%). Lebih dari 30% dari anak-anak mengatakan mereka takut pengambilan sampel tes serta intervensi keperawatan lainnya. Lebih dari 20% dari anak-anak mengatakan mereka takut tinggal di rumah sakit, pemisahan dari keluarga, sendirian, dan peralatan rumah sakit. Sekitar 20% dari anak-anak mengatakan ketakutan disebabkan oleh kurangnya informasi, dirawat di rumah sakit, penggunaan kekuasaan oleh orang dewasa, gejala penyakit mereka, atau pengalaman baru dan tidak dikenal. Lebih dari 10% mengatakan mereka takut dokter, hal yang diciptakan oleh imajinasi mereka sendiri, obat-obatan dan minum obat, operasi, rumah sakit, kehilangan kemandirian, dan perlukaan pada tubuh.

Keluarga yang terlalu cemas, khawatir dan stres terhadap keadaan anaknya akan menyebabkan anak menjadi semakin takut dan stres juga. Apabila seorang anak memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan selama dirawat sebelumnya akan menyebabkan anak takut dan trauma terhadap perawatan saat ini, tetapi sebaliknya jika pengalaman sebelumnya menyenangkan maka ia akan memiliki rasa takut yang lebih rendah sehingga lebih kooperatif selama dirawat. Ketersediaan sistem pendukung bagi seorang anak yang dirawat di rumah sakit akan sangat penting. Anak yang berada dalam keadaan tertekan akibat sakit yang dialami akan mencari

dukungan dari orang tuanya, sehingga jika orang tua selalu berada di samping anak maka rasa takut anak akan berkurang (Supartini, 2004).

#### 2.2.4 Reaksi Ketakutan Anak Selama Hospitalisasi

Salmela (2010) menyatakan anak usia prasekolah mengekspresikan ketakutan mereka melalui perilaku seperti kecemasan, menangis, berteriak, ekspresi verbal, marah, melawan, dan berusaha melarikan diri. Anak juga dapat berperilaku agresif atau tantrum, tidak mau bermain, berdiam diri. Gangguan tidur seperti mimpi buruk, bangun di malam hari; gangguan makan; memegang erat orang tua; dan mengompol merupakan tanda ketakutan anak.

Rasa takut juga dinyatakan anak dalam ekspresi wajah dan gerakan tubuh. Anak-anak juga tampak pucat, menahan nafas mereka, dan berkeringat. Anak-anak juga mengungkapkan pengalaman selama dirawat di rumah sakit dan ketakutan melalui gambar dan permainan. Emosi ketakutan yang ditunjukkan anak-anak selama dirawat di rumah sakit adalah anak terlihat sedih, gugup, marah, frustrasi, curiga, tidak berdaya, dan malu (Salmela, 2010).

Anak-anak sering menggambarkan diri mereka sebagai perasaan sengsara atau sedih ketika mereka harus menghadapi situasi yang menakutkan di rumah sakit. Umumnya, mereka mengungkapkan secara lisan atau dengan menangis. Arti ketakutan muncul sebagai rasa tidak aman didalam situasi yang baru yang dihadapi anak tanpa

dukungan orang tua, dan dari ketidakpercayaan anak terhadap bantuan orang asing. Jika anak-anak harus menghadapi peristiwa menakutkan atau prosedur keperawatan yang menyebabkan rasa sakit atau ancaman sakit untuk anak-anak, maka anak-anak mungkin akan menganggap prosedur keperawatan sebagai sesuatu yang berbahaya (Salmela, 2010).

Sebagai respon dari pengalaman yang menyakitkan bagi anak yaitu anak akan mencoba untuk melawan atau menolak prosedur yang mereka anggap menakutkan atau mencoba untuk melindungi dirinya dari hal itu. Pengalaman ini menyebabkan perasaan yang menyakitkan bagi anak-anak. Pengalaman tersebut dapat menyebabkan rasa takut, tidak berdaya, hilangnya kontrol diri pada anak-anak, dan mungkin dapat menimbulkan reaksi regresi (Salmela, 2010).

### **2.2.5 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Ketakutan**

Beberapa pakar telah mencoba mengidentifikasi faktor-faktor yang kemungkinan berhubungan dengan kejadian takut yang dimiliki oleh seorang anak, yaitu :

#### **a. Kejadian buruk dalam kehidupan**

Pengalaman buruk yang dialami oleh seorang anak dalam kehidupannya dapat merupakan sebuah stressor yang bila terjadi secara berulang akan membuat seorang anak menjadi lebih rentan untuk mengalami takut ketika berhadapan dengan pengalaman lainnya. Kejadian buruk dalam kehidupan memiliki

hubungan yang cukup besar dengan kejadian takut pada anak terutama pada ibu yang memiliki tingkat pendidikan rendah (Ollendick et al., 2001).

b. Pola koping

Pola koping yang dipergunakan oleh seorang anak dalam menghadapi suatu situasi yang seringkali berbeda. Pola koping yang tidak efektif berkaitan dengan perkembangan rasa takut yang dimiliki terutama dalam kejadian dan ekspresi menghadapi ketakutan. Pola koping yang bersifat menghindar berisiko untuk timbulnya ketakutan yang berlebih atau phobia. Tetapi hal tersebut tidak sama dengan hasil penelitian Mahat dan Scoloveno (2004) yang menjelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara takut dengan pola koping anak-anak di Nepal.

c. Usia

Pada anak usia prasekolah (3-5 tahun), rasa takut akan sesuatu yang tidak diketahui lebih tinggi intensitasnya dari pada anak usianya lebih besar (Muris dan Broeren, 2009).

d. Kecemasan keluarga

Keluarga yang terlalu cemas dan takut, khawatir dan stres terhadap keadaan anaknya akan menyebabkan anak menjadi semakin takut dan stres, bahkan kadang anak akan menangis (Ngastiyah, 2005; Supartini, 2004).

e. Pengalaman di rumah sakit sebelumnya

Apabila seorang anak memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan selama dirawat sebelumnya akan menyebabkan anak takut dan trauma terhadap perawatan yang dilakukan sebelumnya, tetapi sebaliknya jika pengalaman sebelumnya menyenangkan maka ia akan memiliki rasa takut yang lebih rendah sehingga lebih kooperatif selama dirawat (Ngastiyah, 2005; Supartini, 2004).

f. Sistem pendukung yang tersedia

Ketersediaan sistem pendukung bagi anak yang sedang dirawat di rumah sakit sangatlah penting demi menunjang kesembuhan anak (Ngastiyah, 2005; Supartini, 2004).

## 2.2.6 Alat Pengukuran Ketakutan

a. ***Child Medical Fear Scale (CMFS)***

Alat pengukuran ketakutan pada anak menggunakan *Child Medical Fear Scale (CMFS)* yaitu salah satu alat yang dikembangkan oleh Broome dan Mobley pada tahun 1988 (Strickland & Dilorio, 2003) melalui beberapa penelitian kualitatif dan kuantitatif. CMFS terdiri atas tujuh belas item pertanyaan yang mengungkap rasa takut anak berkaitan dengan perawatan di rumah sakit (Strickland & Dilorio, 2003). Setiap pertanyaan dijawab dengan tiga pilihan jawaban yaitu tidak takut memiliki skor 0, sedikit takut memiliki skor 1 dan takut sekali memiliki skor 2 sehingga rentang skor CMFS ini berkisar antara 0 sampai

engan 34. Semakin sedikit nilai menunjukkan rasa takut yang lebih sedikit dan semakin besar nilai menunjukkan rasa takut yang semakin besar pula. CMFS telah banyak digunakan di berbagai penelitian, tesis dan juga disertasi dalam bidang keperawatan atau bidang lain yang dilakukan di berbagai negara sejak tahun 1992 sampai dengan 1999 (Strickland & Dilorio, 2003).

**b. Hospital Fear Questionnaire (HFQ)**

Hospital Fear Questionnaire (HFQ) dilakukan dengan menggunakan alat ukur kuesioner yang terdiri atas lima item pertanyaan tentang takut berkaitan dengan hospitalisasi dan pengalaman medis. Anak di minta untuk menjawab pertanyaan terkait dengan takut menggunakan skala Likert dari rentang 1 (tidak pernah) sampai dengan 5 (selalu). Total skor untuk HFQ ini berkisar antara 5 sampai dengan 25 untuk rasa takut yang paling tinggi. HFQ ini telah banyak digunakan pada penelitian – penelitian yang sebagian besar mengkaji tentang kesiapan anak dalam menghadapi prosedur hospitalisasi (Nelson & Allen, 2000).

## **2.3 Konsep Anak Usia Prasekolah**

### **2.3.1 Definisi Anak**

Anak adalah individu yang berusia kurang dari delapan belas tahun yang sedang mengalami masa tumbuh kembang dan mempunyai kebutuhan khusus baik fisik, psikologis, sosial, dan

spiritual yang berbeda dengan orang dewasa (Supartini, 2004). 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 (2,5-5 tahun), usia sekolah (5-11 tahun) hingga remaja (11-18 tahun) (Hidayat, 2009).

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa anak adalah individu yang berada dalam satu rentang perubahan dimulai dari bayi hingga remaja yang sedang mengalami masa tumbuh kembang dan mempunyai kebutuhan khusus yang berbeda dengan orang dewasa.

### 2.3.2 Anak Usia Prasekolah

Anak usia prasekolah adalah anak yang berusia 3 sampai 5 tahun. Pada masa ini, terjadi pertumbuhan biologis, psikososial, kognitif, dan spiritual yang begitu signifikan. Kemampuan mereka dalam mengontrol diri, berinteraksi dengan orang lain, dan penggunaan bahasa dalam berinteraksi merupakan modal awal anak dalam mempersiapkan tahap perkembangan berikutnya, yaitu tahap sekolah (Wong, 2009). Pada usia prasekolah kemampuan sosial anak mulai berkembang, persiapan diri untuk memasuki dunia sekolah, dan perkembangan konsep diri telah 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).

### 2.3.3 Tumbuh Kembang Anak Usia Prasekolah

Pada anak usia prasekolah mempunyai kemampuan motorik kasar dan halus yang lebih matang dari pada usia *toddler*. Pada saat pertumbuhan dan perkembangannya anak usia prasekolah sudah lebih aktif, kreatif, dan imajinatif (Supartini, 2004).

#### 1. Perkembangan Psikososial

Menurut teori perkembangan Erikson, masa prasekolah antara usia 3 sampai 6 tahun merupakan periode perkembangan psikososial sebagai periode inisiatif versus bersalah, yaitu anak mengembangkan 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 mampu berprestasi sehingga merasa tidak puas atas perkembangan yang tidak tercapai (Supartini, 2004).

#### 2. Perkembangan Kognitif

Perkembangan kognitif yang dideskripsikan oleh Piaget pada anak usia prasekolah (3 sampai 6 tahun) berada pada fase peralihan antara prakonseptual intuitif. Pada fase prakonseptual (usia 2 sampai 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). Pada fase intuitif (usia 5 sampai 7 tahun), anak menjadi mampu membuat klasifikasi, menjumlahkan, dan menghubungkan objek-objek, tetapi tidak menyadari prinsip-prinsip dibalik kegiatan tersebut. Anak menunjukkan proses berfikir intuitif (anak menyadari bahwa sesuatu adalah benar, tetapi ia tidak dapat mengatakan alasannya). Anak tidak mampu melihat sudut pandang orang lain. Anak menggunakan banyak kata yang sesuai, tetapi kurang memahami makna yang sebenarnya (Muscari, 2005).

### 3. Perkembangan Moral

Menurut Kohlberg dalam Muscari (2005), anak usia prasekolah berada pada tahap prakonvensional dalam perkembangan moral, yang terjadi hingga usia 10 tahun. Pada tahap ini, perasaan bersalah muncul, dan penekanannya adalah pada pengendalian eksternal. Standar moral anak adalah 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 adalah bermain bersosialisasi dengan keadaan bersama atau dekat dengan anak-anak lain. Selama masa ini anak cenderung bercakap-cakap dengan dirinya sendiri

membeberkan individu, dan dunia berpusat dalam kehidupan dirinya (Muscari, 2005).

#### 2.3.4 Karakteristik Anak Usia Prasekolah

Menurut Hurlock (1998) dalam Enarwulan (2003), pada usia prasekolah anak mengalami banyak perubahan baik fisik dan mental dengan karakteristik sebagai berikut :

##### a. Berkembangnya Konsep Diri

Secara perlahan pemahamannya tentang kehidupan berkembang. Anak mulai menyadari bahwa dirinya, identitasnya, karena kesadarannya itu menunjukkan "aku" (eksistensi diri) segalanya ingin ia coba, ia merasa dirinya bisa, namun disisi lain ia memiliki kebutuhan yang besar untuk tetap disayang dan didukung oleh orang tuanya.

##### b. Rasa Ingin Tau Yang Tinggi

Tinggi rasa ingin tahunya meliputi berbagai hal termasuk seksual sehingga ia selalu bereksplorasi dalam hal apapun dan dimanapun. Kadang suka melebih-lebihkan cerita. Daya imajinasinya ini biasanya melahirkan teman imajiner (teman yang tidak pernah ada), teman khayalnya ini mampu mencurahkan segala pengalaman dan perasaannya.

##### c. Belajar Dari Lingkungannya

Anak mulai meniru apa yang sering dilihatnya, ia belajar mengidentifikasi dirinya dengan model yang dilihatnya misalnya ia akan berperilaku sama persis seperti apa yang dilihatnya di televisi

dan iapun akan bercita-cita sama seperti profesi orang tuanya. Jadi diusia ini lingkunganlah yang sangat berperan dalam membentuk perilakunya.

d. Berkembangnya Cara Berpikir

Anak mulai mengembangkan pemahamannya tentang hubungan benda antara bagian dan keseluruhan. Pemahaman konsep waktu belum berkembang sempurna. Anak belum bisa membedakan antara tadi pagi dan kemarin sore.

e. Munculnya Egosentris

Diusia ini anak berpikiran bahwa segalanya yang ada dan tersedia adalah untuk dirinya, semuanya ada untuk memenuhi kebutuhannya. Kuatnya egosentris ini mempengaruhi perilaku anak dalam bermain, saat bermain anak enggan untuk meminjamkan mainannya pada anak lain juga menolak mengabaikan mainan pinjamannya.

f. Berkembangnya Kemampuan Berbahasa

Dibanding masa sebelumnya anak lebih bisa diajak berkomunikasi, ia mulai bisa mengungkapkan keinginannya dengan bahasa verbal, namun kadang-kadang ia ingin bereksperimen dengan mengatakan kata-kata yang kotor atau yang mengejutkan orang tuanya.

g. Munculnya Perilaku Buruk

Usia prasekolah biasanya anak belum bisa membedakan mana hal yang baik dan buruk.

h. Bermain Curang

Anak-anak prasekolah sering bermain curang. Hal ini mereka lakukan karena mereka tidak tahu aturan main yang benar. Pada usia ini tepatnya 4 tahun menumbuhkan sikap menghormati perasaan orang lain.

i. Gagap

Setiap anak diusia 1-6 tahun sedang mengembangkan keterampilan bahasanya. Diusia ini anak-anak selalu mencari kata-kata yang tepat dan mengalami kesulitan menemukannya. Biasanya bicara gagap ini pada saat-saat tertentu misalnya ketika ia sedang gembira, marah dan bersemangat.

j. Berbohong

Berbohong bagi anak prasekolah adalah normal, sebab diusia ini anak belum bisa membedakan antara realitas dan dunia fantasinya. Pada dasarnya alasan bohong pada anak bermacam-macam, ada anak yang berbohong untuk menghindari hukuman, melindungi teman, agar dipuji atau melindungi hal-hal pribadi. Semakin besar anak alasan berbohong berubah mendekati alasan orang dewasa. Konsep benar salah yang baru muncul, nurani yang baru tumbuh dan imajinasi yang tinggi akan membuat bohong mereka tidak masuk akal.

k. Mogok Sekolah

Diusia 3 tahun anak-anak mulai merasakan takut berpisah dengan orang tuanya. Hal yang normal jika anak 4-5 tahun

sekali anak tidak mau pergi ke sekolah. Sebenarnya ia bukan tidak mau pergi ke sekolah tapi ia ingin bersama ibu.

l. Imajiner

Teman imajiner adalah hal yang wajar dengan adanya teman imajiner akan belajar mengekspresikan segala apa yang dirasakannya, anak akan belajar mengembangkan keterampilan bahasanya juga ia akan berlatih memainkan perannya sebagai seorang teman dalam pergaulan yang sesungguhnya, namun jangan biarkan ia menjadi teman imajinernya sebagai kambing hitam atau segala kesalahan yang diperbuatnya.

m. Belajar Menimbang Rasa

Usia 4 tahun minat terhadap teman-temannya mulai berkembang, anak mulai bisa terlibat dalam permainan kelompok bersama teman-temannya walaupun kerap terjadi pertengkaran. Hal ini karena ia masih memikirkan dirinya sendiri. Empati anak mulai berkembang, ia mulai merasakan apa yang sedang orang lain rasakan. Jika melihat ibunya bersedih ia akan mendekati, memeluk dan membawa sesuatu yang dapat menghibur. Pada masa ini anak mulai belajar konsep benar salah.

n. Takut Monster dan Hantu

Kesadaran diri yang mulai berkembang dan daya khayal yang mulai berkembang pesat, membuka dunia fantasi dengan ketakutan-ketakutan dan fantasi sendiri. Mulai usia 3 tahun anak mulai mampu menciptakan gambaran-gambaran yang menakutkan. Seekor cicak akan tergambar seperti buaya dalam

pikiran mereka begitupun dengan kucing akan terdengar seperti harimau.

### 2.3.5 Tugas Perkembangan Pada Anak Usia Prasekolah

Tugas perkembangan pada anak usia prasekolah adalah mencapai otonomi yang cukup, memenuhi dan menangani diri sendiri tanpa campur tangan orang tua secara penuh (Wong, 2009). Elizabeth Hurlock (1999) menjelaskan tentang tugas-tugas perkembangan anak usia prasekolah :

- a. Mempelajari ketrampilan fisik yang diperlukan untuk permainan yang umum
- b. Membangun sikap yang sehat mengenal diri sendiri sebagai makhluk yang sedang tumbuh
- c. Belajar menyesuaikan diri dengan teman seusianya
- d. Mulai mengembangkan peran sosial pria atau wanita yang tepat
- e. Mengembangkan keterampilan-keterampilan dasar untuk membaca, menulis dan berhitung
- f. Mengembangkan pengertian-pengertian yang diperlukan untuk kehidupan sehari-hari
- g. Mengembangkan hati nurani, pengertian moral dan tingkatan nilai
- h. Mengembangkan sikap terhadap kelompok-kelompok sosial dan lembaga-lembaga
- i. Mencapai kebebasan pribadi

## 2.4 Perawatan Berpusat Pada Keluarga

### 2.4.1 Definisi Keluarga

Pengertian keluarga akan berbeda satu dengan yang lainnya, hal ini bergantung kepada orientasi dan cara pandang yang digunakan seseorang dalam mendefinisikan. Keluarga merupakan lingkungan sosial yang sangat dekat hubungannya dengan seseorang. Di keluarga itu seseorang dibesarkan, bertempat tinggal, berinteraksi satu dengan yang lain, dibentuknya nilai-nilai, pola pemikiran dan kebiasaannya dan berfungsi sebagai saksi segenap budaya luar dan mediasi hubungan anak dengan lingkungannya (Bussard dan Ball, 1996 dalam Harnilawati, 2013).

Burgess dkk (1963) menyebutkan bahwa keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah, dan ikatan adopsi. Para anggota sebuah keluarga biasanya hidup bersama dalam satu rumah tangga atau jika hidup secara terpisah, mereka tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka. Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu dengan yang lainnya dalam peran sosial. Keluarga seperti suami dan istri, ayah dan ibu, anak laki-laki dan anak perempuan, saudara dan saudari. Keluarga sama-sama menggunakan kultur yang sama, yaitu kultur yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik tersendiri.

Dari beberapa pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah lingkungan dimana seseorang dibesarkan, mempunyai ikatan atau hubungan, tinggal bersama dalam satu

rumah, saling berinteraksi dan berkomunikasi, dan terdapat peran masing-masing anggota keluarga.

#### 2.4.2 Definisi Perawatan Berpusat Pada Keluarga

Perawatan berpusat pada keluarga adalah suatu pendekatan yang digunakan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada anak dengan melibatkan orang tua dan kemampuan keluarga. Dokter, perawat, pasien dan keluarga saling bekerjasama untuk memenuhi kebutuhan anak. Perawatan berpusat pada keluarga menekankan bahwa keluarga merupakan sumber utama kekuatan untuk anak (Hidayat, 2005). Keperawatan yang berpusat pada keluarga merupakan filosofi dari keperawatan kesehatan anak yang mempertimbangkan dan memperlakukan anak dalam konteks keluarga serta mengakui keluarga sebagai pemberi asuhan utama dan berkesinambungan untuk anak (*Association For The Care Of Children's Health*, 1989). Tujuan perawatan berpusat pada keluarga adalah memberikan kesempatan bagi orangtua untuk merawat anak mereka selama menjalani rawat inap dengan pengawasan dari perawat sesuai aturan yang berlaku (Brunner dan Suddarth, 1986).

Berdasarkan dari dua definisi diatas dapat disimpulkan bahwa perawatan berpusat pada keluarga merupakan asuhan keperawatan yang berpusat pada keluarga dimana dokter, perawat, pasien dan keluarga saling bekerjasama dan berkesinambungan dalam memenuhi kebutuhan anak.

### 2.4.3 Prinsip Inti Perawatan Berpusat Pada Keluarga

Terdapat beberapa prinsip perawatan berpusat pada keluarga menurut Hockenberry, Marilyn, dan Wilson (2015) yaitu:

- a. Berbagi informasi: memberikan informasi secara lengkap, jujur, dan objektif kepada pasien dan keluarga dengan tidak memandang latar belakang ras, etnis, budaya, dan sosial ekonomi mereka, mendengarkan pasien dan keluarga, dan menghormati keyakinan dan nilai-nilai mereka.
- b. Fleksibilitas dalam praktek, kebijakan, dan prosedur: intervensi untuk memenuhi kebutuhan, kepercayaan, dan nilai-nilai budaya dari anak dan keluarga.
- c. Dukungan formal dan informal: langsung atau tidak langsung menyediakan atau memastikan dukungan baik formal maupun informal untuk pasien dan keluarga
- d. Kolaborasi: melibatkan pasien dan keluarga sebagai bagian dari tim kesehatan di semua tingkat pelayanan kesehatan (misalnya perawatan kesehatan, perencanaan untuk perawatan, advokasi pasien, advokasi keluarga, desain keluarga, peningkatan kualitas).
- e. Identifikasi kekuatan dan pemberdayaan: mengenali dan menemukan kekuatan pasien dan keluarga, membangun kepercayaan diri, dan mendorong partisipasi dalam membuat keputusan perawatan kesehatan.

Konsep dasar yang mendukung pelaksanaan FCC yaitu *Enabling* dan *Empowerment*. *Enabling* merujuk pada penyediaan kesempatan pada keluarga untuk menunjukkan kemampuannya selama belajar dan

menemukan ketrampilan baru. *Empowerment* merujuk pada kemampuan tim kesehatan untuk memberdayakan kemampuan keluarga dalam melakukan perawatan kepada anaknya (Hockenberry & Wilson, 2007).

#### 2.4.4 Elemen Perawatan Berpusat Pada Keluarga

Beberapa elemen perawatan berpusat pada keluarga menurut *American Academy of Pediatrics* (2012) diantaranya :

- a. Mendengarkan dan menghormati, menghormati setiap ras, etnis dan latar belakang keluarga dan pasien dimasukkan kedalam perencanaan dan pemberian perawatan.
- b. Memastikan fleksibilitas sesuai dengan kebijakan yang berlaku sesuai prosedur dan praktik pelayanan kesehatan yang tersedia sehingga dapat disesuaikan dengan kebutuhan, kepercayaan, nilai-nilai budaya keluarga, untuk menjalin hubungan saling percaya dan pendekatan perawatan.
- c. Berbagi informasi dengan tepat, lengkap dan jujur dengan pasien dan keluarga secara berkelanjutan dan tepat waktu. Hal tersebut dilakukan agar keluarga dan pasien dapat berpartisipasi ikut dalam pengambilan keputusan perawatan dengan cepat dan efektif.
- d. Membuat dan menyediakan keputusan dan memastikan dukungan formal maupun informal untuk anak dan keluarga. Hal tersebut dilakukan akan sistem asuransi atau pembiayaan dapat

dijalankan sesuai dengan prosedur yang berlaku sesuai dengan pedoman etika dan hukum yang berlaku.

- e. Berkolaborasi, dengan pasien, keluarga, tenaga kesehatan dan pemimpin rumah sakit berkolaborasi dalam kebijakan dan pengembangan program, pelaksanaan dan evaluasi, dalam desai fasilitas kesehatan dan dalam pendidikan profesional, serta dalam pelaksanaan perawatan.
- f. Identifikasi kekuatan dan pemberdayaan, mengenali dan memahami kekuatan pasien dan keluarga, membina hubungan saling percaya dan mendorong keluarga dan pasien dalam membuat keputusan perawatan kesehatan.

#### **2.4.5 Faktor yang mempengaruhi Perawatan Berpusat Pada Keluarga**

##### **a. Sumber Daya Manusia (SDM)**

SDM/petugas kesehatan merupakan faktor penting yang mempengaruhi perawatan berpusat pada keluarga karena petugas kesehatan yang membentuk menjadi sebuah tim yang kompak dalam memahami konsep inti perawatan berpusat pada keluarga sehingga mewujudkan implementasi perawatan berpusat pada keluarga yang baik. Ketersediaan tim kesehatan dalam bentuk kolaborasi untuk menjalankan perawatan berpusat pada keluarga merupakan langkah awal dalam faktor penting yang mempengaruhi terlaksana dan terwujudnya implementasi perawatan berpusat pada keluarga yang baik dalam pelayanan rumah sakit. Tidak hanya tim dari petugas kesehatan yang harus bekerja sama membentuk pelayanan perawatan berpusat pada

keluarga yang baik tetapi juga keluarga, keluarga dianggap menjadi faktor kunci yang mempengaruhi terlaksananya perawatan berpusat pada keluarga, seperti keluarga yang ikut serta dalam perkembangan kondisi anak selama perawatan.

b. Pengetahuan (petugas kesehatan dan keluarga)

Pengetahuan terkait dengan perawatan berpusat pada keluarga merupakan bagian penting yang menjadi faktor dan sekaligus menjadi strategi implementasi perawatan berpusat pada keluarga dalam pelayanan kesehatan, pengetahuan petugas kesehatan menjadi sangat penting karena dengan pengetahuan yang baik tentang perawatan berpusat pada keluarga maka praktiknya perawatan berpusat pada keluarga menjadi bagian yang penting karena dapat terwujud sebuah pelayanan yang baik dan peningkatan kualitas perawatan dan pengobatan selama anak dirumah sakit. Tidak hanya petugas kesehatan yang telah berada dalam klinis tetapi juga calon petugas kesehatan yang masih ada di dalam lingkup pendidikan menjadi sesuatu yang penting agar sistem perawatan berpusat pada keluarga ini lebih dapat dikenal dan setelah berada di klinis menjadi lebih mudah untuk mengaplikasikan karena persepsi dan tingkat pengetahuan terkait perawatan berpusat pada keluarga yang sudah baik. Selain itu pengetahuan keluarga menjadikan faktor yang harus diperhatikan karena penting untuk keluarga dan pasien memahami tentang perawatan berpusat pada keluarga dimana praktiknya perawatan berpusat pada

keluarga dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan dapat menjadikan keluarga sebagai bagian yang penting juga dalam sistem pelayanan kesehatan. Selain itu keluarga dan pasien menjadi hal yang penting karena pengetahuan keluarga dapat menjadi patner tim kesehatan dalam mewujudkan perawatan berpusat pada keluarga yang baik dalam pelayanan.

c. Fasilitas dalam rumah sakit

- Ruangn pengkajian khusus untuk anak

Pengadaan ruangan khusus yang menjamin privacy orang tua untuk menjelaskan riwayat kesehatan anak akan memberikan dampak orang tua tidak ragu-ragu, tidak khawatir informasi akan didengar orang lain. Kerahasiaan informasi dipertahankan oleh tenaga kesehatan. Setelah data tentang anak didapatkan petugas kesehatan dapat melibatkan orang tua dalam perencanaan asuhan keperawatan anak.

- Ruangn konsultasi untuk orang tua

Adanya ruangan konsultasi akan menjamin privasi dan keterbukaan orang tua melakukan konsultasi pada perawat. Keluarga mendapatkan hak informasi secara jels, tidak bias dan tidak memihak (Kusumaningrum, 2010).

d. Usia

Umur merupakan indikator kedewasaan seseorang, semakin bertambah umur semakin bertambah pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki (Hajrah Yusuf, 2013). Seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya dari orang yang belum cukup

tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya (Notoatmodjo, 2004).

e. Jenis Kelamin

Perbedaan gender diantara orang tua ikut berpengaruh dalam penerapan perawatan berpusat pada keluarga, hal ini disebabkan karena peran dan fungsi yang berbeda. Peran ayah sebagai pencari nafkah utama dan peran ibu yang merawat anak-anaknya, sehingga ibu mempunyai waktu lebih banyak berada disamping anak ketika anak sakit dan dirawat di rumah sakit, sedangkan ayah bekerja untuk membayar biaya perawatan di rumah sakit ( Efendi dan Makhfudi, 2009).

f. Tingkat Pendidikan Orang Tua

Pendidikan dapat mempengaruhi perawatan berpusat pada keluarga, dalam prinsip perawatan berpusat pada keluarga membutuhkan partisipasi keluarga dalam membuat keputusan perawatan kesehatan. Penelitian Pratiwi (2006) menjelaskan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan individu akan memberikan pemahaman secara matang kepada individu untuk memilih atau memutuskan suatu hal.

Tingkat pendidikan semakin tinggi akan berdampak pada perkembangan kearah yang lebih baik, sehingga ibu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi akan lebih objektif dan terbuka wawasannya dalam mengambil segala keputusan atau tindakan yang diaplikasikan dengan perbuatan atau perilaku yang positif. Sebaliknya tingkat pendidikan yang rendah akan menghambat

perkembangan sikap seseorang terhadap nilai yang baru diperkenalkan, terutama dalam melaksanakan fungsi perawatan kesehatan keluarga terhadap pencapaian tugas perkembangan balita (Syahrani, 2010).

g. Pekerjaan

Kecenderungan situasi pekerjaan akan menimbulkan masalah kesehatan karena dengan situasi bekerja akan terjadi kesibukan dalam pekerjaan sehingga seseorang cenderung memiliki waktu yang terbatas untuk merawat anggota keluarganya (Notoadmodjo, 2003).

#### 2.4.6 Manfaat Perawatan Berpusat Pada Keluarga

Manfaat perawatan berpusat pada keluarga menurut *National Center for Family Professional Partnerships* (2015), yaitu:

a. Manfaat perawatan berpusat pada keluarga untuk keluarga

Menurunkan kecemasan keluarga, mempercepat proses penyembuhan, mengurangi kegelisahan, menurunkan tekanan emosional dengan coping yang lebih baik selama prosedur perawatan saat hospitalisasi maupun posthospital, meningkatkan kepercayaan diri orang tua dalam memecahkan suatu masalah, dan meningkatkan status mental ibu dari anak-anak dengan penyakit kronis.

b. Manfaat perawatan berpusat pada keluarga untuk Rumah Sakit

Meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga, meningkatkan ukuran standar pelaksanaan rumah sakit, dan meningkatkan kepuasan staf.

c. Manfaat perawatan berpusat pada keluarga untuk pediatrician

Membina hubungan yang lebih erat dengan keluarga dalam mempromosikan kesehatan dan perkembangan anak, membuat keputusan klinis atas dasar informasi yang lebih baik dan proses kolaborasi, rencana perawatan dikembangkan secara kolaborasi dengan keluarga, lebih efisien dan efektif (waktu dan sumber daya profesional perawatan kesehatan), meningkatkan komunikasi antar anggota tim dalam perawatan kesehatan, dan meningkatkan kepuasan anak dan keluarga dalam perawatan.

#### 2.4.7 Pengukuran Perawatan Berpusat Pada Keluarga

Alat pengukuran perawatan berpusat pada keluarga dengan menggunakan kuesioner yang dikembangkan dari instrumen *Parent Questionnaire on Family Centered Care* yang dikembangkan oleh Bowman (2004). Memiliki 30 pertanyaan tentang pelayanan perawatan yang berpusat pada keluarga dengan pilihan jawaban, tidak pernah (1), jarang (2), sering (3), dan selalu (4).