

BAB 2**TINJAUAN PUSTAKA****2.1. Konsep Anak****2.1.1. Definisi Anak**

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 tentang perlindungan anak, pasal 1 ayat 1, anak adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Sedangkan WHO menyatakan bahwa batasan usia anak adalah sejak anak di dalam kandungan sampai usia 19 tahun (Pusat data dan informasi, 2014).

Anak merupakan individu yang masih bergantung pada orang dewasa dan lingkungannya, sehingga anak membutuhkan lingkungan yang dapat memfasilitasi untuk memenuhi kebutuhan dasarnya untuk belajar mandiri (Supartini, 2004).

2.2. Konsep Hospitalisasi**2.2.1. Definisi Hospitalisasi**

Hospitalisasi adalah suatu keadaan dimana seseorang sedang menjalani perawatan dirumah sakit (Dorland, 1994). Turkington dan Tzeel (2004) mendefinisikan hospitalisasi sebagai suatu proses dirawat atau tinggal di rumah sakit yang merupakan pengalaman baru dan seringkali menakutkan bagi anak.

Hospitalisasi adalah suatu kondisi krisis yang dialami anak, ketika anak sakit dan dirawat di rumah sakit. Hal tersebut terjadi karena anak mengalami perubahan keadaan sehat, rutinitas lingkungan, dan mekanisme koping yang terbatas dalam menghadapi stresor yang datang. Stresor utama dalam hospitalisasi yaitu perpisahan, kehilangan kendali dan nyeri (Wong, Hockenberry & Marilyn, 2007).

2.2.2. Dampak Hospitalisasi

1. Anak pra sekolah

Hospitalisasi merupakan keadaan krisis dimana anak-anak belum pernah mengalami hal tersebut. Terutama anak-anak pada usia tahun-tahun awal, anak-anak akan sangat rentan dengan kecemasan dan stres yang terjadi akibat perubahan kesehatan dan lingkungan sehari-harinya, anak juga masih memiliki mekanisme koping yang kurang sehingga akan lebih rentan terjadi kecemasan sebagai respon stres jika datang stresor. Stresor yang utama pada anak hospitalisasi yaitu kontrol kehilangan, cedera dan nyeri. Reaksi anak pada keadaan krisis seperti ini dipengaruhi beberapa hal diantaranya usia, pengalaman sakit sebelumnya, perpisahan atau hospitalisasi, kemampuan koping, keparahan diagnosis dan *support system* yang ada (Samela, Salanter, and Aronen, 2009 dalam J. Marilyn, Hockenberry, Wilson, 2015).

Respon cemas perpisahan, Menurut J. Marilyn, Hockenberry, Wilson (2015) pada usia bayi dan anak pra-sekolah terutama

anak usia 6 – 20 bulan adalah cemas akibat perpisahan dengan beberapa tahapan yaitu pada fase *Protest*, anak akan sangat agresif karena berpisah dengan orang tua mereka. Mereka juga akan menangis dan berteriak kepada orangtua mereka dan mereka menolak perhatian dan dihibur. Selanjutnya pada fase *despair*, mereka akan berhenti menangis dan menunjukkan respon depresi. Anak akan lebih banyak diam, tidak tertarik untuk bermain atau makan dan menarik diri. Fase ke tiga *detachment / denial*, pada fase ini anak akan menerima perpisahan dan melakukan kegiatan seperti bermain dan tidak menarik diri.

2. Orang tua

penelitian terkait dampak hospitalisasi anak yang terjadi pada orang tua menunjukkan, respon yang umum muncul dari orang tua yaitu, rasa ketidakberdayaan, bertanya terkait kemampuan petugas kesehatan, menerima keputusan hospitalisasi, membutuhkan banyak informasi dengan bahasa yang mudah dimengerti, menghadapi rasa takut, koping yang tidak efektif, dan mencari kepastian kepada petugas kesehatan. Prinsip dari perawatan berpusat pada keluarga merupakan cara untuk mengatasi masalah tersebut dimana seluruh tenaga kesehatan bekerjasama, berbagi informasi dan menyiapkan prosedur yang akan dilakukan, mendukung keluarga secara formal maupun informal dan berbagi informasi yang tepat dan benar tanpa

mengabaikan nilai-nilai budaya (Eichner and Johnson, 2012 dalam J. Marilyn, Hockenbelly, Wilson, 2015)

Terencana atau tidak terencananya hospitalisasi akan meningkatkan level stres dan cemas keluarga. Penyakit atau cedera serius yang dialami salah satu anggota keluarga lain akan memberikan dampak kepada seluruh anggota keluarga. Dampak atau respon orang tua yang terlihat saat anak mengalami sakit yang parah, terutama saat orangtua harus melihat atau mendampingi selama proses perawatan. Respon yang muncul dari orangtua yaitu rasa bersalah karena tidak segera membawa anaknya ke pelayanan kesehatan dengan cepat, orangtua juga akan menyangkal atau tidak menerima, marah, depresi dan bingung. Depresi bisa muncul akibat dari tekanan secara psikologis dan fisik karena harus menunggu perawatan anak mereka di rumah sakit semala berjam-jam. Bingung bisa dialami orangtua akibat lingkungan baru dan perubahan perannya sebagai orangtua sebelum anak mereka dirawat di rumah sakit. Akhirnya, orangtua akan tegang karena memiliki dua peran, perpisahan yang panjang dan peningkatan stresor (kyle, 2008)

3. Saudara

Dampak atau reaksi yang muncul pada saudara jika salah satu saudara mereka mengalami hospitalisasi yaitu kesepian, takut,

dan cemas, terkadang marah, benci, iri dan perasaan bersalah (J. Marilyn, Hockenbelly, Wilson, 2015)

saudara dengan anak hospitalisasi bisanya akan merasa iri, tidak aman, bingung dan cemas. Mereka mungkin akan sulit memahami apa yang terjadi dengan saudara mereka. Pada anak *pre-school*, mungkin mereka juga berfikir bahwa sakit tersebut di sebabkan oleh dirinya. Karena masa perkembangan mereka yang masih berfikir magis dan abstrak serta minimnya pemahaman informasi yang mereka dapatkan, memberikan dampak pada rasa takut karena cedera atau rasa sakit yang dialami karena dirinya (Wincht, 2001, dalam kyle, 2008).

Menurut Craft & Wyatt (1986) dalam kyle (2008) terdapat empat kategori bentuk keprihatinan dari saudara dengan anak hospitalisasi yaitu :

1. apa yang sudah terjadi atau apa ada yang salah? Apa adik/kakak ku akan meninggal?apakah mereka anak lebih baik?
2. Apakah ini salah ku?
3. Apa yang akan terjadi pada ku?
4. Apakah kalian tidak peduli dengan ku?

2.2.3. Faktor Yang Mempengaruhi Respon Hospitalisasi

1. Anak

Menurut kyle (2008) Banyak faktor yang mempengaruhi respon anak dalam menghadapi sakit dan hospitalisasi salah satunya yaitu ; perpisahan dengan orang tua, usia, kemampuan kognitif, dan tingkat tumbuh kembang anak, pengalaman sakit dan hospitalisasi sebelumnya.

- a. Perpisahan dengan orangtua/ Pengasuh
- b. Kemampuan perkembangan dan persepsi
- c. Pengalaman sebelumnya
- d. Stresor dan perubahan dan kemampuan coping individu

2. Orang tua

J. Marilyn, Hockenbelly, Wilson (2015) Meyatakan bahwa Keadaan krisis yang dialami anak dengan hospitalisasi akan mempengaruhi semua anggota keluarga. Reaksi orang tua akibat anak hospitalisasi dipengaruhi beberapa faktor, meskipun tidak dapat diketahui faktor apa yang lebih dominan yang menyebabkan respon yang muncul. Beberapa faktor yang menyebabkan timbulnya respon rang tua diantaranya :

- a. tingkat keseriusan penyakit anak
- b. pengalaman sebelumnya terhadap sakit dan dirawat di rumah sakit
- c. prosedur pengobatan
- d. sistem pendukung yang tersedia

- e. kekuatan ego individu
- f. kemampuan dalam penggunaan koping
- g. dukungan dari keluarga
- h. kebudayaan dan kepercayaan
- i. komunikasi dalam keluarga

2.3. Konsep Kecemasan

2.3.1. Definisi Kecemasan

Kecemasan adalah perasaan takut yang samar merupakan respon terhadap rangsangan eksternal atau internal yang dapat mempengaruhi perilaku, emosi, kognitif, dan gejala fisik (Videbeck & Sheila L, 2011).

Stuart, 2002 menyatakan bahwa kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas, yang berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti, rasa tidak berdaya dan tidak memiliki objek yang spesifik.

Kecemasan yang muncul bisa diakibatkan oleh banyak hal seperti lingkungan fisik rumah sakit yaitu bangunan atau ruang rawat, alat-alat, bau yang khas, pakaian putih petugas kesehatan dan interaksi sikap petugas kesehatan (Supartini, 2004). Varcarolis (2006) menyatakan bahwa kecemasan adalah pengalaman individu yang sifatnya subjektif yang sering bermanifestasi sebagai perilaku yang disfungsi yang juga diartikan sebagai perasaan "kesulitan" dan kesusahan berkaitan dengan kejadian yang tidak diketahui dengan pasti.

2.3.2. Tanda dan Gejala Kecemasan

Hawari (2009) menyatakan tanda dan gejala kecemasan pada setiap orang bervariasi dan tergantung pada beratnya dan tingkatan yang dirasakan individu tersebut. Keluhan yang sering ditemukan pada seseorang saat mengalami kecemasan secara umum antara lain sebagai berikut:

1. Gejala psikologis: pernyataan cemas atau khawatir, takut akan pikirannya, firasat buruk, merasa tegang, mudah tersinggung, gelisah, mudah terkejut.
2. Gangguan pola tidur, seperti mimpi-mimpi yang menegangkan
3. Gangguan konsentrasi dan daya ingat
4. Gejala somatik: rasa sakit pada otot dan tulang, berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, sakit kepala, gangguan perkemihan, tangan terasa dingin dan lembab, wajah memerah dan lain sebagainya.

2.3.3. Tingkat Kecemasan

Stuart & Sunden (2009) Menyatakan tingkat kecemasan memiliki aspek baik maupun buruk tergantung pada derajat, durasi serta usaha individu tersebut dalam usahanya menghadapi kecemasan.

Kecemasan memiliki empat kecemasan yaitu:

1. Kecemasan ringan

Sering memotivasi orang untuk melakukan perubahan atau untuk aktif melakukan kegiatan sesuai dengan tujuan. Perubahan fisiologis seperti: peningkatan kemampuan belajar, iritabilitas, peningkatan motivasi, keefektifan

pemecahan masalah. Perubahan psikologis: gelisah, kesulitan tidur, hipersensitivitas terhadap suara.

2. Kecemasan sedang

Perasaan adanya hal yang mengganggu, dan kesalahan pada sesuatu. Pada keadaan ini individu masih dapat memproses informasi, memecahkan masalah, dan belajar hal-hal baru dari orang lain. Walaupun pada keadaan ini seseorang cenderung mengalami kesulitan berkonsentrasi namun masih dapat diarahkan untuk kembali kepada pemecahan masalah yang terjadi.

3. Kecemasan berat

Kecemasan berat individu akan mengalami penurunan kemampuan kognitif secara signifikan, memiliki kesulitan dalam menalar, peningkatan tanda-tanda vital, gelisah, mudah tersinggung, marah atau yang lainnya.

4. Panik

Ketakutan dan teror serta tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik terkait disorientasi kepribadian dan dapat mengancam kehidupan. Meningkatnya aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pikiran yang rasional adalah gejala panik.

2.3.4. Faktor Predisposisi Kecemasan

Stuart (2002) menyatakan beberapa teori terkait dengan faktor predisposisi terjadinya kecemasan, yaitu:

1. Teori psikoanalitis

Dalam teori ini dijelaskan bahwa kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian, yaitu id dan superego. Id sebagai dorongan insting dan implis primitif, sedangkan superego menggambarkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego atau keakuan, berfungsi untuk menengahi dua elemen lainnya yaitu id dan super ego, dan dungsai kecemasan adalah meningkatkan ego akan adanya bahaya.

2. Teori interpersonal

Teori interpersonal menggambarkan kecemasan timbul dari perasaan takut dengan ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Hal ini juga dihubungkan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan keilangan yang menimbulkan kerentanan tertentu.

3. Teori perilaku

Pandangan perilaku merupakan teori yang menggambarkan kecemasan sebagai produk frustrasi adalah sebagai segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan

4. Teori keluarga

Menyatakan bahwa gangguan kecemasan biasanya dialami oleh keluarga. Gangguan kecemasan juga timpang tinduh antara gangguan kecemasan dengan depresi.

5. Teori biologi

Dalam teori ini menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk *benzodiazepin* yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan kecemasan.

2.3.5. Respon terhadap kecemasan

Peplau dalam videbeck (2008) membagi empat tingkat kecemasan, yaitu ringan, sedang, berat dan panik. Dalam masing-masing tahap, seorang individu memperlihatkan perubahan perilaku, kemampuan kognitif, dan respon emosional saat berusaha untuk menghadapi kecemasan.

1. Kecemasan ringan

- a. Respon kognitif: terlihat tenang dan percaya diri, sedikit rasa gagal, waspada dan memperhatikan banyak hal, tingkat pembelajaran optimal, mempertimbangkan informasi
- b. Respon emosional: perilaku sedikit tidak sadar, perilaku otomatis, aktivitas menyendiri, tenang dan terstimulasi.
- c. Respon fisik: sadar akan lingkungan, ketegangan otot ringan, rileks atau sedikit gelisah, penuh perhatian dan rajin.

2. Kecemasan sedang

- a. Respon kognitif: fokus terhadap stimuli meningkat, rentan perhatian menurun, penyelesaian masalah menurun,

pembelajaran terjadi dengan memfokuskan, tidak perhatian secara selektif, lapang persepsi menurun.

- b. Respon emosional: mudah tersinggung, kepercayaan diri menurun, tidak nyaman, tidak sabar dan gembira.
- c. Respon fisik: tanda-tanda vital meningkat, ketegangan otot sedang, pupil dilatasi, sering mondar-mandir, mulai berkeringat, memukul tangan, suara berubah (bergetar, nada suara tinggi, kewaspadaan dan ketegangan meningkat), sering berkemih, pola tidur berubah, sakit kepala, nyeri punggung.

3. Kecemasan berat

- a. Respon kognitif: penyelesaian masalah buruk, proses berfikir terpecah-pecah, lapang persepsi terbatas, tidak mampu mempertimbangkan informasi, sulit berfikir, preokupasi dengan pikiran sendiri, hanya bisa memperhatikan ancaman dan egosentris.
- b. Respon emosional: takut, bingung, agitasi, menarik diri, merasa tidak adekuat, penyangkalan dan ingin bebas.
- c. Respon fisik: ketegangan otot berat, kontak mata buruk, pengeluaran keringat meningkat, hiperventilasi, nada suara tinggi, bicara cepat, rahang menegang, tindakan tanpa tujuan, menggertakkan gigi, kebutuhan ruang gerak meningkat, mondar-mandir, berteriak, meremas tangan dan gemetar.

Dikutip dari stuart dan sudeen 1995 *principles and practice of psychiatric nursing* 5 th ed philadelphia: mosby year book.

2.3.7. Dampak Kecemasan

Keltner (1995) dalam Sibuea (2010) menyatakan, dampak dari kecemasan akan mempengaruhi pikiran dan motivasi sehingga keluarga tidak dapat mengembangkan peran dan fungsinya yang memiliki sifat mendukung terhadap proses penyembuhan dan pemulihan anggota keluarganya yang sedang di rawat di ruang ICU.

2.3.7. Pengukuran Kecemasan

Mengukur tingkat kecemasan dapat menggunakan instrumen kecemasan, dengan menggunakan *Self-Rating Anxiety Scale* oleh Wiliam W.K Zung (1971) merupakan metode pengukuran tingkat kecemasan. Skala berfokus pada kecemasan umum dan koping dalam mengatasi stres. Terdiri dari 20 pertanyaan dengan 15 pertanyaan tentang peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan tentang penurunan kecemasan. Dalam pengukuran kecemasan Zung, responden diminta untuk menentukan tingkat sesuai dengan gejala yang dirasakan yaitu dengan pilihan 1 – 4 (Tidak pernah, Kadang – kadang, Sebagian waktu, Hampir setiap waktu). Total skor dari skala tersebut akan diperoleh dan dikelompokan dalam tingkatan yaitu, Skor 20 – 44; normal/ tidak cemas, Skor 45 – 59;

Kecemasan ringan, Skor 60 – 74; Kecemasan sedang, Skor 75 – 80; Kecemasan berat (McDowell, 2006).

2.4. Konsep *Family Centered Care* (Perawatan Berpusat Pada Keluarga)/ Perawatan Berpusat Pada Keluarga

2.4.1. Definisi Perawatan Berpusat Pada Keluarga

Ahmann 1994 dalam Bowman 2004 menyatakan bahwa perawatan berpusat pada keluarga merupakan filosofi perawatan berdasarkan keyakinan bahwa keluarga merupakan pusat kehidupan seorang anak dan keluarga tentu sangat peduli dengan anak-anak mereka. Pendapat lainnya mendefinisikan perawatan berpusat pada keluarga sebagai filosofi yang mengakui keluarga sebagai pendukung konstan dalam kehidupan anak. Perawatan berpusat pada keluarga meyakini adanya dukungan individu, menghormati, mendorong, meningkatkan kekuatan dan kompetensi keluarga (Johnson, Mcgonigel dan Kaufmann, 1998 dalam Wong dan Perry, 1998). Perawatan berpusat pada keluarga merupakan perawatan yang berpusat pada keluarga sebuah pendekatan inovatif untuk perencanaan, pemberian dan evaluasi dari perawatan yang sudah diberikan antara pasien, keluarga dan penyedia layanan kesehatan. Penyedia layanan kesehatan mengakui peran penting bahwa keluarga dapat memastikan kesehatan dan kesejahteraan bayi, anak-anak, remaja dan anggota keluarga dari segala usia. Perawatan berpusat pada keluarga merupakan

bentuk dukungan secara emosional, sosial, dan perkembangan merupakan merupakan komponen integral dari pelayanan kesehatan. perawatan berpusat pada keluarga adalah sebuah pendekatan untuk perawatan kesehatan dalam bentuk kebijakan, program, desain fasilitas, dan staf atau praktisi kesehatan yang berinteraksi langsung dengan klien dan keluarga. Hasil yang diharapkan (American Academy of Pediatrics, 2012).

2.4.2. Konsep Inti Perawatan Berpusat Pada Keluarga

Institute for patient and family centered care (2015) membagi konsep inti perawatan berpusat pada keluarga menjadi 4 yaitu:

1 Martabat dan penghormatan

Petugas kesehatan menghormati dan menghargai pasien dan persepsi serta pilihan keluarga. Pengetahuan, nilai-nilai, keyakinan dan latar belakang budaya yang dimiliki oleh keluarga dan pasien disertakan dalam perencanaan dan pelaksanaan perawatan oleh petugas kesehatan.

2 Berbagi informasi

Petugas kesehatan berkomunikasi dan berbagi informasi kepada keluarga dan pasien dengan lengkap dan dapat dimengerti dengan efektif dan efisien. Keluarga dan pasien menerima informasi dengan tepat waktu, lengkap dan akurat yang bertujuan agar keluarga dapat berpartisipasi

secara efektif dalam perawatan pasien dan pengambilan keputusan dengan tepat.

3 Partisipasi

Keluarga dan pasien diikutkan dan di dukung untuk berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan secara mandiri.

4 Kolaborasi

Pasien, keluarga, tenaga kesehatan dan pemimpin rumah sakit berkolaborasi dalam kebijakan dan pengembangan program, pelaksanaan, dan evaluasi dalam menjalankan perawatan berpusat pada keluarga.

2.4.3. Prinsip Perawatan Berpusat Pada Keluarga

perawatan berpusat pada keluarga atau perawatan yang berpusat pada keluarga didasarkan pada kerjasama dengan pasien, keluarga, dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Beberapa prinsip perawatan berpusat pada keluarga menurut American Academy of Pediatrics (2012) diantaranya :

1. Mendengarkan dan menghormati

Menghormati setiap ras, etnis dan latar belakang keluarga dan pasien dimasukan kedalam perencanaan dan pemberian perawatan.

2. Aksesibilitas pelayanan kesehatan

Memastikan fleksibilitas sesuai dengan kebijakan yang berlaku prosedur, dan dan praktik pelayanan kesehatan

yang tersedia sehingga dapat disesuaikan dengan kebutuhan, kepercayaan, nilai-nilai budaya keluarga, untuk menjalin hubungan saling percaya dan pendekatan perawatan.

3. Berbagi informasi

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.

4. Dukungan interpersonal

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.

5. Kolaborasi

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.

6. Pemberdayaan Keluarga

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.

Sebuah alat penilaian yang digunakan sebagai alat penilaian untuk evaluasi apakah perawatan yang berpusat pada keluarga sudah dapat dilaksanakan dan juga dapat digunakan oleh dokter dan perawat anak untuk mengevaluasi perawatan yang sudah diberikan.

2.4.4. Manfaat Perawatan Berpusat Pada Keluarga

Manfaat yang didapat dari penerapan perawatan berpusat pada keluarga pada perawatan anak diantaranya (*American Academy of Pediatric*. 2003). Membina hubungan dengan keluarga untuk mempromosikan kesehatan dan pertumbuhan anak; Peningkatan kualitas pelayanan dengan pengambilan keputusan berdasarkan informasi yang baik dan tepat dalam kolaborasi; Peningkatan proses perawatan selanjutnya yang dikembangkan secara kolaboratif dengan keluarga; Peningkatan pemahaman untuk kemampuan penguatan dari keluarga dan *caregiving*; Penggunaan waktu yang lebih efisien dan efektif dengan penerapan perawatan berpusat pada keluarga; Efisiensi sumber layanan kesehatan (seperti perawatan dilakukan di rumah, penurunan hospitalisasi dan emergency, lebih efektif

dalam perawatan preventif); Meningkatkan komunikasi antar praktisi atau penyedia layanan kesehatan: Keadaan kompetitif antar penyedia layanan kesehatan: Lingkungan mendukung adanya peningkatan kualitas dari tim profesional kesehatan: Peningkatan rasa kepuasan dari praktek profesional untuk rawat inap/ hospitalisasi maupun rawat jalan: Peningkatan kepuasan pelayanan kesehatan anak dan keluarga mereka; Peningkatan tingkat keselamatan pasien dengan bekerja sama berbagi informasi kepada pasien dan keluarga; Berjalannya hukum dan prosedur sesuai dengan etik yang berlaku secara legal sehingga mengurangi masalah terkait nilai-nilai yang sesuai dengan peraturan hukum yang berlaku; Keluarga berkesempatan untuk memahami bagaimana sistem menjalankan perawatan tidak hanya mengetahui tetapi juga memahami.

2.4.5. Faktor Yang Mempengaruhi Perawatan Berpusat Pada Keluarga

Moretz (2012) menyatakan bahwa implementasi perawatan berpusat pada keluarga dapat dibagi menjadi beberapa strategi menjadi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terlaksananya perawatan berpusat pada keluarga yaitu sebagai berikut:

a. SDM/ Petugas Kesehatan dan keluarga

SDM/ petugas kesehatan merupakan bagian penting yang menjadi faktor mempengaruhi dari perawatan berpusat pada keluarga karena petugas kesehatan yang membentuk menjadi sebuah tim yang kompak dalam memahami konsep

inti dari perawatan berpusat pada keluarga akan menjadikan sebuah wujud implementasi yang baik dari perawatan berpusat pada keluarga. Ketersediaan tim kesehatan dalam bentuk berkolaborasi untuk menjalankan perawatan berpusat pada keluarga merupakan langkah awal yang penting yang menjadi faktor yang mempengaruhi terlaksana dan terwujud 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 (contohnya, prosedur yang akan dilakukan, infus, perubahan suhu, dll), lingkungan keluarga yang mendukung terlaksananya perawatan berpusat pada keluarga (contohnya, ruang tunggu keluarga dll).

b. Pengetahuan (petugas kesehatan, keluarga dan pasien)

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 kelurgadan pasien paham dan mengerti 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 (pembangunan infastruktur dan organisasi)

Dalam implementasi perawatan berpusat pada keluarga yang menjadi faktor penting lainnya yaitu pembangunan infrastruktur dan organisasi dalam pelayanan kesehatan. membangun perawatan berpusat pada keluarga dalam praktik klinis membutuhkan perubahan budaya yang signifikan. Pembentukan perawatan berpusat pada keluarga memerlukan pembanguan infrastruktur yang baik untuk mendukung terlaksananya perawatan berpusat pada keluarga. Rencana aksi sebuah tim multidisplin menjadi penting untuk dibentuk seperti yang di jelaskan dalam SDM. Adanya kepemimpinan administrasi dalam melaksanakan implementasi perawatan berpusat pada keluarga lebih efektif. Peran perawat dalam hal ini dapat mempertimbangkan adanya tim penasehat untuk keluarga dalam implementasi perawatan berpusat pada keluarga. Seperti yang dijelaskan sebelumnya beberapa faktor diatas yang mempengaruhi terlaksananya perawatan berpusat pada keluarga dalam sistem pelayanan, penting untuk diperhatikan agar terwujudkan sebuah pelayanan yang baik dan efektif.

2.4.6. Pengukuran Perawatan Berpusat Pada Keluarga

mengukur kualitas perawatan berpusat pada keluarga dengan menggunakan kuesioner yang digunakan untuk menilai

persepsi mereka tentang kualitas perawatan yang diterima. Instrumen dikembangkan dari instrumen *Parent Questionare on Family Centered Care* yang dikembangkan Bowman dalam thesis yang berjudul *parents' perceptions of quality family-centered nursing care in padiateics* (2004). Kuesioner yang digunakan merupakan pertanyaan spesifik yang diadaptasi dari Pediatric Family Satisfaction specific questionnaire (PFSQ). Kuesioner tersebut kemudian dikembangkan untuk menguji variabel dan konsep yang dihubungkan dengan perawatan berpusat pada keluarga. Kuesioner diuji untuk validitas dengan melibatkan 5 orang tua dari anak-anak yang menjalani hospitalisasi.

2.5. Hubungan Kecemasan Orang Tua Dengan Perawatan Berpusat Pada Keluarga

Salah satu penelitian terkait perawatan berpusat pada keluarga yaitu *family centered care in the perioperative area: an international perspective* (2007). Masih sedikit literatur yang membahas terkait penerapan perawatan berpusat pada keluarga dalam *setting* perioperatif, yang paling banyak dibahas yaitu tentang pemberian anestesi selama menjalani proses operatif. Dalam penelitian ini tidak hanya berfokus pada respon anak terhadap anestesi yang umumnya mengalami peningkatan kecemasan tetapi juga kecemasan yang dirasakan orang tua atau keluarga yang hadir selama proses pemberian anestesi tersebut. Biasanya respon kecemasan orang tua

bisa berkurang saat melihat anak mereka tidak mengalami kecemasan tetapi tindakan lainnya yang dapat mengurangi kecemasan yaitu edukasi pra-induksi anestesi sangat penting untuk orang tua diberikan informasi tentang apa yang terjadi saat ini dan beberapa komponen lainnya dalam perawatan berpusat pada keluarga yang dilakukan untuk mengurangi kecemasan tidak hanya pada anak tetapi juga pada orang tua atau keluarga.

