

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Hospitalisasi pada anak

##### 2.1.1 Definisi Hospitalisasi

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

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

Hospitalisasi didefinisikan sebagai masuknya individu ke rumah sakit sebagai seorang pasien. Berbagai alasan pasien dirawat di rumah sakit adalah jadwal tes diagnostik, prosedur tindakan, pembedahan, perawatan medis di unit kegawatdaruratan, pemberian medikasi dan stabilisasi (Costello, 2008)



### 2.1.2 Tahap Perkembangan Anak

Sifat bawaan, dengan lingkungan tempat seseorang dibesarkan, dan pengalaman yang diperoleh pada tahap kehidupan tertentu mempengaruhi kepribadian dan gaya komunikasi. Erikson menyebutkan delapan tahap perkembangan: (1) Masa bayi: *trust vs mistrust*; (2) Balita: otonomi vs malu dan ragu; (3) prasekolah: inisiatif vs rasa bersalah; (4) usia sekolah: *industry vs rendah diri*; (5) masa remaja: *identity vs role confusion*; (6) Dewasa muda: *intimacy vs isolation*; (7) Dewasa tua : *generativity vs stagnation*; dan (8) Lansia: *integritas ego vs putus asa* (Erikson, 1963, dalam Lerwick, 2013). Resolusi positif dari krisis pada setiap tahap perkembangan membantu orang mengembangkan kualitas ego yang diperlukan untuk kematangan seluruh siklus hidup. Pengalaman negatif setiap tahapan dapat mengganggu fungsi kesehatan.

#### a. Bayi: *trust vs mistrust*

Selama 18 bulan pertama krisis psikososial primer berkaitan dengan pengembangan kepercayaan atau ketidakpercayaan. Kemampuan bayi untuk mempercayai tergantung pada tingkat keterikatan dan hubungan dengan pengasuh yang dievaluasi oleh respon terhadap kebutuhan yang diutarakan. Jika seorang bayi diabaikan atau jika pengasuh tidak kompeten dan tidak konsisten, maka kepercayaan bayi pada pengasuh akan rendah. Pada tahap selanjutnya, kurangnya kepercayaan meningkatkan kecemasan dan menghambat kemampuan untuk menenangkan diri sendiri. Pengetahuan tentang tahap ini sangat penting ketika dalam

lingkungan rumah sakit, karena ketidakpercayaan semakin meningkat karena perpisahan dan kecemasan (Ziegler et.al, 1994, dalam Lerwick, 2013). Jika ketidakpercayaan dikembangkan selama masa bayi maka anak akan menderita tekanan emosional yang tidak semestinya.

b. Balita : *autonomy vs shame and doubt*

Balita mempelajari kekuatan mereka dengan berusaha menyeimbangkan otonomi dengan rasa malu dan keraguan. Otonomi dicapai ketika balita mampu menguasai tugas. Penguasaan terjadi ketika anak-anak membuat keputusan, konsekuensi pengalaman, dan korektor diri menerima koreksi yang tepat dari pengasuh. Kontrol pribadi atas kemampuan fisik dan rasa kemerdekaan atas lingkungan interpersonal mendorong otonomi. Anak-anak mungkin merasa terancam oleh perubahan rutinitas atau kurangnya kontrol lingkungan. Pengobatan medis pada balita akan menghilangkan kemampuan untuk menentukan apa yang terjadi pada tubuh mereka sendiri. Pengasuh harus memberikan kesempatan pilihan yang memungkinkan mereka untuk merasa otonom .

Anak dengan rasa otonomi yang rendah cenderung keras kepala pada diri mereka sendiri (Erikson, 1985 dalam Lerwick, 2013). Jika otonomi dan kemandirian tidak tercapai selama tahap dua, anak-anak mungkin akan merasa malu dan ragu. Hal ini biasanya disebabkan dari orang tua yang lebih mengontrol, lebih memanjakan, atau sering mempermalukan anak. Jika anak berhasil menyelesaikan tahap ini maka selanjutnya anak akan mampu membuat pilihan

secara independen dari orang tua, tapi dalam batas-batas yang jelas. Penguasaan otonomi mempengaruhi perkembangan dan merupakan kunci untuk memahami kebutuhan anak ketika dalam lingkungan medis.

Balita yang menerima perawatan medis dibingungkan oleh perubahan yang cepat dalam lingkungan dan rutinitas. Mereka tidak dapat mengontrol protokol medis (Lerwick, 2013). Balita yang menjalani pengobatan tidak bisa memilih perawat atau dokter untuk merawat mereka, memutuskan siapa yang menyentuh mereka, jadwal kunjungan nyaman, memutuskan kapan harus makan, memilih cairan intravena, menilai efek samping obat, atau memilih untuk meninggalkan jika mereka tidak nyaman. Rawat inap bagi balita adalah membingungkan, mengisolasi, dan kesepian.

Selain itu, balita yang sensitif terhadap hukuman ada kemungkinan mereka merasa rawat inap itu adalah hukuman karena perbuatan salah dan ketakutan luka fisik yang secara alami masih berkorelasi dengan pikiran negatif (Lerwick, 2013). Intervensi yang memicu emosi juga dapat membantu menjelaskan bahwa prosedur medis dimaksudkan memiliki manfaat (Wolfer et.al 1975 dalam Lerwick, 2013 ). Kehadiran perawat sangat penting untuk membantu perkembangan balita dalam hal otonomi dan kemandirian.

c. Prasekolah : *initiative vs guilt*

Anak prasekolah dalam tahap perkembangannya lebih mengeksplorasi rasa ingin tahu dan imajinasi mereka. Terpesona oleh tujuan dan pertanyaan, anak usia 3-5 tahun sibuk memilih dan

menciptakan kegiatan dan petualangan. Mereka juga menginginkan kekuasaan dan kontrol atas lingkungan mereka. Jumlah inisiatif yang diperlukan untuk mencapai tujuan memberikan kesadaran akan tujuan. Tahap perkembangan ketiga Erikson ditandai dengan kemampuan anak untuk mengatur dan menyelesaikan tujuan. Peningkatan perkembangan kognitif anak prasekolah salah satunya kemampuan bahasa. Ketika orangtua atau pengasuh bereaksi keras atau merespons dengan tepat, anak-anak berjuang untuk mengelola pengalaman sulit dengan rasa bersalah. Anak usia prasekolah yang diberikan tanggung jawab yang tepat untuk mengambil keputusan dari tindakan mereka akan menurunkan tingkat kecemasan (Lerwick, 2013).

Dibandingkan dengan usia sekolah, Perasaan anak-anak usia prasekolah sering tidak dapat diakses pada tingkat verbal. Karena perkembangan kognitif mereka yang masih kurang, sehingga untuk mengungkapkan secara verbal apa yang mereka rasakan dan keadaan emosional mereka tidak dapat fokus pada intensitas tertentu (Landreth, Garry L. 2012). Anak-anak membutuhkan media untuk mengekspresikan dan menyalurkan perasaan mereka kedalam suatu kegiatan, dengan begitu anak dapat beradaptasi dan menyelesaikan konflik dalam diri mereka.

d. Usia sekolah : industry vs inferiority

Anak usia sekolah adalah pembelajar aktif dengan kemampuan perkembangan bahasa baik dan konsepsi waktu yang jelas. Dunia sosial mereka diperluas untuk mencakup teman dan model peran

orang dewasa. Mereka menjadi rajin karena mereka berulang kali menguasai tugas didalam dan diluar ruang kelas dan perkembangan kompetensi dengan keberhasilan penyelesaian tugas. Kurangnya keberhasilan menyebabkan ketidakcukupan dan kerapuhan ego dan ketika hal ini terjadi, anak-anak cenderung menyerah atau mundur ke tahap awal perkembangan dengan identitas terguncang dan meningkatkan kerentanan terhadap kecemasan (Feist, 2009 dalam Lerwick, 2013). Tidak mengherankan anak usia sekolah menganggap rawat inap sangat menyedihkan sebagai akibat dari perubahan dari rutinitas sehari-hari. Upaya untuk mengendalikan situasi yang tidak diketahui dan tidak dikenal yaitu dengan membayangkan. Anak usia sekolah di rumah sakit juga menginternalisasi perilaku, komentar, dan reaksi penyedia sehingga melipatgandakan perasaan cemas (Lerwick, 2013).

### **2.1.3 Reaksi anak terhadap hospitalisasi dan Dampak Hospitalisasi**

Reaksi anak terhadap hospitalisasi tergantung pada usia, perkembangan anak, pengalaman sebelumnya terhadap penyakit, sistem pendukung yang tersedia dan mekanisme koping yang dimiliki (Salmela, dkk, 2010). Menurut Jovan (2007) reaksi hospitalisasi pada masa bayi adalah menangis keras, pergerakan tubuh yang banyak dan ekspresi wajah yang tidak menyenangkan. Reaksi yang diperlihatkan oleh anak usia toddler pada tahap protes adalah menangis, menjerit dan menolak perhatian orang lain. Pada tahap putus asa, menangis anak mulai berkurang, anak tidak aktif, menunjukkan kurang minat untuk bermain, sedih dan apatis. Anak usia pra sekolah menunjukkan reaksi

terhadap hospitalisasi berupa menolak makan, sering bertanya, menagis perlahan dan tidak kooperatif terhadap petugas. Pada masa sekolah yaitu usia 6-12 tahun yang dirawat di rumah sakit memaksa anak meninggalkan lingkungan yang dicintai, keluarga, teman sehingga menimbulkan kecemasan. Reaksi yang ditunjukkan adalah menolak perawatan atau tindakan dan tidak kooperatif terhadap petugas.

Anak – anak mempunyai reaksi dalam menghadapi hospitalisasi, dimulai saat sebelum masuk rumah sakit, selama hospitalisasi, dan setelah pulang dari rumah sakit. Perubahan perilaku sementara dapat terjadi selama anak dirawat di rumah sakit sampai pulang dari rumah sakit ( Wong, 2007). Selama anak hospitalisasi anak cenderung akan memiliki pikiran dan perasaan negatif. Hal ini dikarenakan ketika individu dalam keadaan stres, cemas ataupun takut, mereka akan membayangkan hal-hal yang negatif yang berakibat pada mood yang rendah dan negatif. Keadaan mood pada anak hospitalisasi seringkali ditunjukkan dengan emosi yang negatif seperti ekspresi sedih dan marah, terkejut atau takut (Camras & Allison, 1985; Vicari et al., 2000 dalam Eszter Szekely, 2012).

Telah dikemukakan bahwa mungkin sebanyak 60% dari anak-anak terpengaruh secara negatif ketika mereka berada di rumah sakit (Roberts 2010), di mana beberapa efek yang terlihat antara lain; kecemasan perpisahan, takut rumah sakit dan dokter, mimpi buruk dan agresi terhadap otoritas. Sementara kebanyakan efek ini dapat menghilang setelah 2 minggu, beberapa anak telah menunjukkan

tanda-tanda stres pasca-trauma serta penurunan fungsi sosial dan intelektual, dan bahkan ketidakmampuan imunologi (Kain et al, 1999 dalam BBC News, 2013).

Menurut Cooke dalam Rudolph (2003), hospitalisasi dalam waktu lama dengan lingkungan yang tidak efisien teridentifikasi dapat mengakibatkan perubahan perkembangan emosional dan intelektual anak. Bayi-bayi yang biasanya mendapatkan perawatan yang kurang baik selama dirawat, tidak hanya memiliki perkembangan dan pertumbuhan fisik yang kurang optimal, melainkan pula mengalami gangguan hebat terhadap status psikologis. Bayi masih punya keterbatasan kemampuan untuk mengungkapkan suatu keinginan. Gangguan tersebut dapat diminimalkan dengan peran orangtua melalui pemberian rasa kasih sayang.

Anak usia prasekolah sering merasa terkekang selama dirawat dirumah sakit. Hal ini disebabkan adanya pembatasan aktivitas anak sehingga anak merasa kehilangan kekuatan diri. Perawatan di rumah sakit sering kali dipersepsikan sebagai hukuman sehingga anak akan merasa malu, bersalah dan cemas atau takut. Anak yang sangat cemas dapat bereaksi agresif dengan marah dan berontak (Bernard & Wilson, 2009).

Depresi dan menarik diri seringkali terjadi setelah anak menjalani hospitalisasi dalam waktu lama. Banyak anak akan mengalami penurunan emosional setelah menjalani hospitalisasi. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa anak yang dihospitalisasi bisa mengalami gangguan untuk tidur dan makan, perilaku regresif seperti

kencing diatas tempat tidur, hiperaktif, perilaku agresif, mudah tersinggung, terteror pada saat malam hari dan negativisme (Herliana, 2001).

#### **2.1.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi anak dalam berespon terhadap penyakit dan hospitalisasi**

Setiap anak mempunyai respon yang berbeda terhadap penyakit dan hospitalisasi. Beberapa faktor yang mempengaruhi respon anak terhadap hospitalisasi menurut James & Ashwill (2007) adalah:

Faktor anak:

a. Temperament

Dua studi meneliti hubungan antara temperamen anak dan responnya terhadap hospitalisasi. Respon yang baik terhadap hospitalisasi ditunjukkan oleh anak yang lebih positif keadaan mood-nya, dapat memprediksi, mudah terdistraksi, lebih mendekati dan beradaptasi ketika ada stimulus. McClowry menemukan bahwa terdapat 50% temperament berbeda pada respon perilaku anak kurang lebih 1 bulan setelah hospitalisasi. Selain itu anak dengan ciri ansietas tinggi secara signifikan lebih memungkinkan untuk menunjukkan ketidak efektifan koping dan stres selama hospitalisasi.

b. Umur dan perkembangan kognitif

Tingkat perkembangan anak mempengaruhi reaksi anak terhadap penyakit. Perkembangan anak pada usia prasekolah adalah membentuk konsep sederhana tentang kenyataan sosial, belajar

membina hubungan emosional dengan orang lain dan belajar membina hubungan baik dan buruk dengan orang lain. Perbedaan-perbedaan tersebut harus dipertimbangkan saat merencanakan asuhan keperawatan. Persiapan rawat inap dan prosedur yang akan dilakukan didasarkan pada pertumbuhan dan perkembangan anak.

Penelitian menemukan bahwa usia mempengaruhi respon individu terhadap hospitalisasi. Anak-anak yang lebih tua diasumsikan dapat mengatasi hospitalisasi lebih baik daripada anak-anak yang lebih muda. Peneliti lain juga menyebutkan bahwa anak-anak muda lebih mungkin untuk menjadi cemas dan takut dibandingkan dengan anak yang lebih tua.

c. Pola coping

Coping adalah proses yang digunakan untuk mengubah, mengelola, atau mentolerir situasi stres. Pola coping yang menjadi pilihan seorang individu adalah kombinasi antara temperamen dan penilaian terhadap situasi stres. Para peneliti membagi pola coping anak menjadi 2 macam yaitu "Avoidant (menghindari) dan Vigilant (waspada)". Sebuah penelitian oleh Lowery Thompson menemukan bahwa anak-anak yang menggunakan pola coping Vigilant atau Avoidant lebih bisa mengatasi situasi stres daripada anak-anak yang menggunakan pendekatan pola coping gabungan. Selain itu strategi Avoidant ditemukan lebih efektif dalam mengurangi stres awal setelah operasi, sedangkan Vigilant lebih efektif untuk mengatasi stres recovery.

d. Gender

Tiedeman dan Clatworthy menemukan bahwa anak laki-laki cenderung lebih cemas dibandingkan anak perempuan saat masuk, discharge, dan post-discharge, sedangkan penelitian lain menemukan bahwa perempuan lebih cemas daripada anak laki-laki. Sehingga beberapa menyimpulkan bahwa gender tidak berhubungan dengan kecemasan atau ekspresi ketakutan. Sejumlah studi juga mengungkapkan bahwa perbedaan gender tidak jelas dalam perilaku marah, fokus perhatian, coping dan persepsi hospitalisasi.

Faktor ibu :

a. Respon orang tua terhadap penyakit dan hospitalisasi

Orang tua dan anak mengalami kecemasan saat anak dihospitalisasi. Kecemasan yang terjadi pada orang tua ini dapat meningkatkan kecemasan anak. Orangtua kadang tidak menjawab pertanyaan anak dan tidak menjelaskan yang sebenarnya karena khawatir anak menjadi takut dan menjadi cemas. Orang tua takut membuat bingung anak dan menurunkan tingkat kepercayaan anak.

b. Persiapan anak dan orang tua

Metode yang dapat dilakukan untuk menyiapkan anak dalam menjalani hospitalisasi adalah mengerti kebutuhan individu dari anak tersebut. Perawat harus mempertimbangkan umur, tingkat perkembangan, keterlibatan keluarga, waktu, status fisik dan psikologi anak, faktor sosial budaya dan pengalaman terhadap sakit maupun pengalaman merawat anak.

c. Karakteristik keluarga

Suatu studi oleh Small & Melnyk (2006) menemukan bahwa status pernikahan secara signifikan memprediksi kemungkinan anak menampilkan perilaku internalisasi (terfokus ke internal, yaitu kecemasan, depresi dan mood negatif) atau eksternalisasi (terfokus eksternal, yaitu agresi, hiperaktif) pasca hospitalisasi.

d. Status sosioekonomi

Hart & Bossert menemukan bahwa anak-anak dari keluarga dengan pendapatan tahunan lebih rendah melaporkan jumlah kecemasan dan ketakutan yang lebih tinggi. Dalam hal pendidikan ibu, Rennick et al., melaporkan bahwa anak-anak dengan ibu yang memiliki pendidikan tinggi lebih mungkin untuk merasa mengendalikan kesehatan mereka.

e. Kehadiran dan keterlibatan keluarga

Peneliti mengemukakan bahwa anak-anak akan merasa lebih nyaman selama hospitalisasi ketika orangtua hadir di dekat mereka. Tingkat keterlibatan orang tua dalam mengasuh anak-anak hospitalisasi dapat memberikan pengaruh yang signifikan pada kemampuan seorang anak untuk mengatasi pengalaman medis. Dalam satu studi yang dikendalikan oleh Mazurek Melnyk dan Feinstein, peneliti menemukan bahwa ketika orang tua menerima informasi mengenai perilaku anak selama perawatan di rumah sakit, partisipasi mereka dalam mengasuh anak meningkat.

Faktor penyakit:

a. Kronis vs akut

Dalam sebuah penelitian, tingkat ketakutan anak-anak tidak terkait dengan apakah mereka memiliki penyakit kronis atau akut. Namun, dalam studi lain, anak-anak sakit akut lebih mungkin untuk menerima koping efektif mereka daripada anak-anak yang sakit kronis. Bossert membandingkan anak-anak yang sakit kronis dan akut pada persepsi mereka tentang stres. Anak-anak yang sakit akut ditemukan gejala fisik yang menandakan stres.

b. Lama hospitalisasi

Dalam dua penelitian, lama rawat inap tampaknya memiliki efek minimal terhadap respon hospitalisasi anak-anak dalam satu studi, penelitian lain menemukan bahwa rawat inap yang pendek dikaitkan dengan tingkat kecemasan yang lebih tinggi pada anak-anak.

c. Eksposur prosedur invasif

Beberapa penelitian menemukan hubungan yang positif antara jumlah eksposur tindakan invasif yang dialami anak dengan tingkat stress, ansietas, dan ketakutan. Dua penelitian lainnya menyatakan bahwa prosedur invasif merupakan predictor kuat untuk gangguan psikologis anak hospitalisasi.

d. Pengalaman hospitalisasi sebelumnya

Pengalaman hospitalisasi sebelumnya mempengaruhi kemampuan anak untuk mengatasi stresor selama hospitalisasi. Penelitian Tiedeman and Clatworthy, menemukan bahwa anak yang tidak ada riwayat hospitalisasi sebelumnya menunjukkan kecemasan dan stres yang tinggi.

### 2.1.5 Alasan Hospitalisasi

Demam merupakan alasan terbanyak dari orangtua untuk membawa anak ke dokter dan Rumah Sakit. Demam adalah kondisi ketika otak mematok suhu di atas setting normal yaitu di atas 38°C. Beberapa buku menyatakan bahwa demam adalah suhu tubuh >38.5°C untuk waktu minimal 24 jam. Akibat tuntutan peningkatan setting tersebut maka tubuh akan memproduksi panas.

Demam merupakan bagian dari proses tumbuh kembang anak. Balita khususnya, kerap mengalami demam karena pada dasarnya, balita memang rentan terhadap infeksi virus seperti infeksi saluran pernapasan atas/ISPA, DBD, dan typhoid.

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit yang terutama terdapat pada anak dengan gejala utama demam, nyeri otot dan sendi, dan biasanya memburuk pada dua hari pertama (Soeparman; 1987; 16). Manifestasi klinis ditandai dengan demam tinggi terus menerus selama 2-7 hari; pendarahan diatesis seperti uji tourniquet positif, trombositopenia dengan jumlah trombosit  $\leq 100 \times 10^9/L$  dan kebocoran plasma akibat peningkatan permeabilitas pembuluh (WHO, 2003). Jumlah leukosit pada penderita DBD bervariasi dari leukopenia ringan hingga leukositosis sedang. Leukopenia akan muncul antara hari demam ke-1 dan ke-3 pada 50 % kasus DBD ringan. Pada penderita demam berdarah dengue terdapat kerusakan yang umum dari sistem vaskuler, yang mengakibatkan terjadinya peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah terhadap protein plasma. Penderita dengan tanda-tanda perdarahan dan hematokrit yang tinggi harus dirawat di

rumah sakit untuk segera memperoleh cairan pengganti. Kebutuhan cairan sebaiknya diberikan kembali dalam waktu 203 jam pertama dan selanjutnya tetesan diatur kembali dalam waktu 24-48 jam saat kebocoran plasma terjadi. Pemeriksaan hematokrit secara seri ditentukan setiap 4-6 jam dan mencatat data vital dianjurkan setiap saat untuk menentukan atau mengatur agar memperoleh jumlah cairan pengganti yang cukup dan mencegah pemberian transfusi berulang.

Selain DHF demam Typhoid juga merupakan alasan terbanyak orang tua membawa anak ke rumah sakit. Typhoid merupakan penyakit infeksi akut usus halus yang disebabkan oleh salmonella typhi, salmonella paratyphi A, salmonella paratyphi B, salmonella typhi C. Penyakit ini mempunyai tanda – tanda khas berupa perjalanan yang cepat yang berlangsung kurang lebih 3 minggu disertai gejala demam, nyeri perut, dan erupsi kulit. Penyakit ini termasuk dalam penyakit daerah tropis dan penyakit ini sangat sering di jumpai di Asia termasuk di Indonesia (Widodo Djoko, 2009). Pada minggu pertama gejala klinis penyakit ini ditemukan keluhan dan gejala serupa dengan penyakit infeksi akut pada umumnya yaitu : demam, nyeri kepala, pusing, nyeri otot, anoreksia, mual, muntah, obstipasi atau diare, perasaan tidak enak diperut, batuk dan epistaksis. Pada pemeriksaan fisik hanya didapatkan suhu tubuh meningkat. Sifat demam adalah meningkat perlahan-lahan dan terutama pada sore hingga malam hari (Widodo Djoko, 2009).

#### **2.1.6 Asuhan keperawatan pada anak hospitalisasi**

Untuk anak-anak, rawat inap adalah peristiwa stres yang unik untuk mereka. Sebuah pendekatan yang lebih individual harus

digunakan dalam mengembangkan intervensi yang akan mengurangi kekhawatiran anak-anak dan memperkuat strategi koping mereka. Perawat harus menggunakan pertanyaan, mendengarkan dan menjelaskan untuk mendapatkan perspektif masing-masing anak. Membantu anak-anak untuk mengekspresikan ketakutan dan kekhawatiran mereka dan menanggapi kekhawatiran tersebut sangat penting untuk hasil yang sukses. Orang tua dapat memainkan peran penting; Oleh karena itu, perawat harus memberikan informasi yang akurat pada orang tua sehingga mereka dapat membantu untuk meringankan kegelisahan anak-anak. Setiap peristiwa, bahkan jika dianggap tidak berbahaya dan rutin oleh orang dewasa, perlu dijelaskan kepada anak-anak terlebih dahulu. Informasi tidak boleh dipaksakan pada anak-anak, seperti informasi perilaku koping menghindar atau membatasi yang efektif untuk beberapa anak (Thompson, 1994). Intervensi yang dirancang untuk mengurangi stres anak-anak selama di rumah sakit tidak hanya akan mengurangi stres mereka pada saat itu, tetapi juga cenderung mempengaruhi cara menilai dan mengelola pengalaman di masa depan.

Beberapa hal yang dapat dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan pada anak yang dihospitalisasi menurut Wong, Hockenberry & Marilyn (2007):

a. Persiapan hospitalisasi

Persiapan hospitalisasi yang dapat dilakukan adalah dengan *tour* keliling rumah sakit, pertunjukan menggunakan boneka dan permainan yang menggunakan miniatur peralatan rumah sakit yang

nanti akan dijumpai anak pada saat pemberian perawatan. Persiapan bisa menggunakan buku-buku, video atau film yang menceritakan seputar kondisi di rumah sakit.

b. Mencegah dan meminimalkan perpisahan

Kehadiran setiap orang tua setiap saat dapat membantu mengurangi kecemasan anak. Orang tua diharapkan terlibat dalam aktivitas perawatan sehingga orang tua dapat berpartisipasi terhadap perawatan. Perawat selalu memberikan informasi tentang kondisi anak dan orang tua selalu memberikan dukungan terhadap anak.

c. Meminimalkan kehilangan kendali

Kehilangan kendali dapat terjadi akibat perpisahan, restriksi fisik dan perubahan rutinitas. Kehilangan kendali dapat dicegah dengan meningkatkan kebebasan bergerak, mempertahankan rutinitas anak, mendorong kemandirian dan meningkatkan pemahaman.

d. Mencegah dan meminimalkan ketakutan akan cedera tubuh

Anak akan dihantui rasa takut akan nyeri dalam menghadapi prosedur yang meyakinkan. Teknik manipulasi prosedural untuk setiap kelompok umur dapat meminimalkan ketakutan terhadap cedera tubuh. Intervensi yang paling mendukung adalah dengan prosedur secepat mungkin dan mempertahankan kontak orang tua dengan anak.

e. Memfasilitasi aktivitas yang sesuai dengan perkembangan

Salah satu tujuan dari asuhan keperawatan adalah tetap menjaga perkembangan anak saat dihospitalisasi. Berbagai cara yang bisa dilakukan diantaranya adalah dengan meminimalkan perpisahan,

memberikan kesempatan anak untuk berpartisipasi dalam aktivitas-aktivitas yang sesuai dengan tingkat perkembangan anak.

f. Memberikan kesempatan untuk bermain

Bermain adalah suatu aktivitas yang tidak bisa ditinggalkan anak. Bermain sangat penting untuk perkembangan mental, emosional dan kesejahteraan sosial anak. Kebutuhan bermain tidak dapat dihentikan sewaktu anak mendapat perawatan di rumah sakit. Permainan disesuaikan dengan kondisi anak dan tingkat perkembangannya.

g. Mendorong partisipasi orang tua

Mencegah dan meminimalkan perpisahan merupakan tujuan utama keperawatan dengan mempertahankan kontak antara orang tua dengan anak. Pendekatan terbaik adalah menganjurkan orang tua untuk tetap bersama anak dan berpartisipasi dalam perawatan jika memungkinkan. Staf rumah sakit harus menghargai kelanjutan kedekatan orang tua dan anak. Orang tua selalu dilibatkan dalam perencanaan asuhan keperawatan dan berperan dalam pemulihan kondisi anak.

Menurut Candyce F. Antley, Intervensi yang dapat diberikan oleh perawat untuk mencegah dampak psikologis pada anak hospitalisasi adalah:

- Menjelaskan semua prosedur menggunakan bahasa yang jelas dan sederhana. Hindari penggunaan jargon medis dan terminologi yang dapat menyebabkan kesalahan interpretasi oleh anak.

- Membantu untuk kemandirian anak melakukan dan mengembangkan perawatan diri
- Membantu anak mengekspresikan perasaan
- Validasi fokus perhatian dan ketakutan pada anak
- Mengembangkan secara konsisten pada pengkajian caregiver
- Memberikan pilihan jika memungkinkan, seperti “apakah kamu ingin obat dihaluskan atau tidak?”

## 2.2 Konsep Mood

### 2.2.1 Definisi Mood

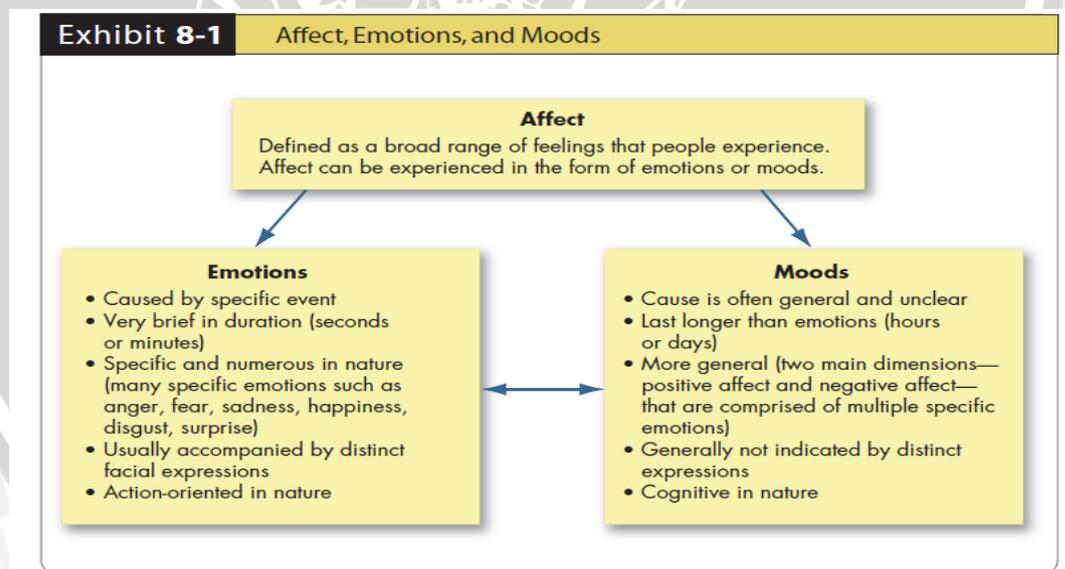
Manusia terus menerus terkena emosi dan suasana hati atau yang sering disebut dengan “Mood”. Mood adalah semacam tingkat subjektif internal pikiran seseorang, yang dapat bertahan selama beberapa jam atau hari. Psikolog Amerika Robert E. Thayer (1982) telah melakukan penelitian tentang suasana hati dan perilaku manusia. Menurut hasil dalam penelitiannya, mood adalah keadaan afektif atau emosional yang menetap relatif lama. Berbeda dengan emosi, durasinya berlangsung selama jangka waktu yang lama dan kejadian individual atau rangsangan tidak memiliki efek langsung dalam mengubah suasana hati. Dimana emosi, seperti rasa takut atau terkejut, dapat berubah dalam waktu singkat, kebanyakan karena penyebab atau peristiwa tertentu, suasana hati cenderung bertahan lebih lama (Pieter Kanters, 2009).

Mood seseorang dapat berlangsung dalam jangka pendek, beberapa jam, atau beberapa hari. Mood dipengaruhi oleh banyak kejadian tak terduga. Suasana hati juga berbeda dari temperamen atau

watak personal. Optimis dan neurotisme mempengaruhi beberapa tipe dari mood. Pada gangguan jangka panjang, mood dapat mengakibatkan stres atau bahkan depresi.

### 2.2.2 Perbedaan Mood, Afek, dan Emosi

Afek (*affect*) adalah sebuah istilah umum yang mencakup beragam perasaan yang dialami orang. Afek adalah sebuah konsep yang meliputi baik emosi maupun mood. Menurut Fred Luthans (2005): Emosi merupakan reaksi terhadap sebuah objek, bukan suatu trait. Emosi ditujukan pada objek khusus, Kebanyakan ahli yakin bahwa emosi lebih cepat berlalu daripada mood. Sebaliknya mood tidak diarahkan pada objek. Emosi dapat berubah menjadi mood, saat kehilangan fokus pada objek kontekstual.



Gambar 2.1 Perbedaan afek, emosi dan mood (Fred Luthans, 2005)

Siemer (2005) menyatakan bahwa mood bertentangan dengan emosi, tidak diarahkan pada objek tertentu. Selain itu, Robbins & Judge (2008) menyatakan bahwa emosi adalah perasaan intens yang diarahkan

pada seseorang atau sesuatu, sedangkan mood adalah perasaan yang cenderung kurang intens dibandingkan emosi dan kurangnya stimulus kontekstual. Keduanya, emosi dan mood adalah unsur yang saling mempengaruhi (Pieter Kanters, 2009).

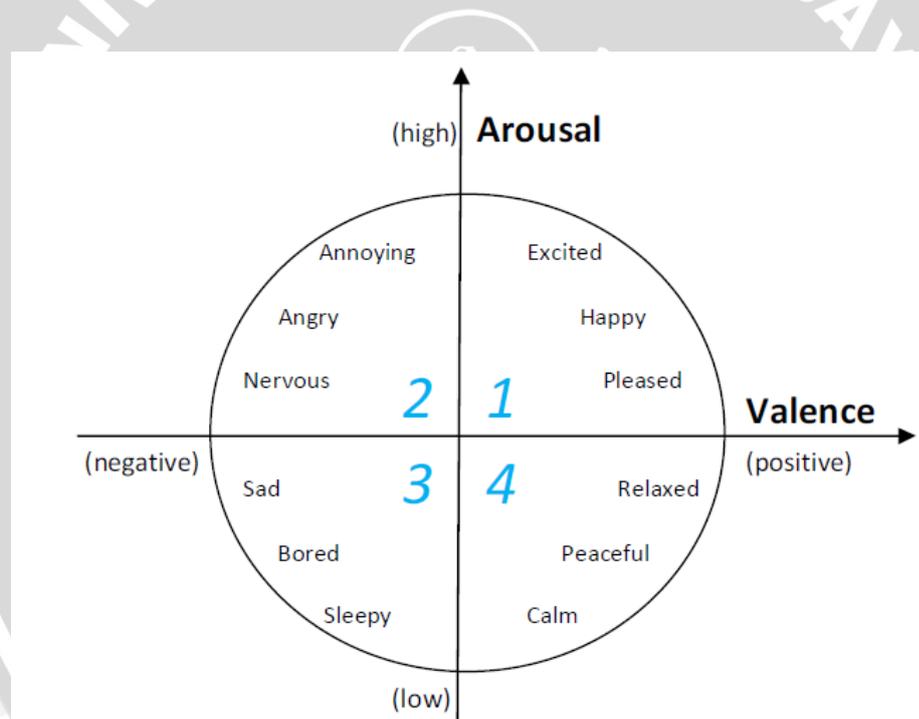
Batson dkk (1992) membedakan antara afek, *mood* dan emosi dan menyimpulkan bahwa dari ketiga istilah ini afek adalah yang paling umum. Afek adalah *phylogenetic* dan *ontogenetic* yang paling primitif. Hubungan antara afek, emosi dan *mood* sangat dekat. Mood lebih diartikan sebagai periode afek atau emosionalitas yang lebih persiten. Selanjutnya ditambahkan bahwa emosi berkaitan dengan tiga komponen yang saling berhubungan, yakni komponen perilaku, fisiologis dan kognisi.

### 2.2.3 Dimensi Mood

Struktur mood dan emosi menjadi salah satu subjek perbincangan dan perdebatan. Konstruksi dan dimensi yang bervariasi dikemukakan oleh para ahli, diantaranya penggunaan istilah unipolar sebagai dimensi mood yang terdiri dari ketegangan, depresi, marah dll (seperti yang dikembangkan oleh McNair, Lorr, & Droppelman 1971, 1992 dan Terry, Lane, Lane, & Keohane, 1999), Bipolar sebagai dimensi berkebalikan seperti senang-sedih, relax-tegang, dll (dikembangkan oleh Lorr & McNair, 1988), dimensi broad orthogonal seperti afek positif dan afek negatif (dikembangkan oleh Watson & Tellegen, 1985), atau terminologi circumplex dengan sumbu "*pleasant-unpleasant dan activation-deactivation*" (oleh Russel, 1980). Dibawah ini akan dijelaskan beberapa dimensi mood, diantaranya:

### 1. Valence vs Arousal

Thayer (1982 dalam Pieter Kanter, 2009) mengklaim bahwa suasana hati atau mood mengandung unsur dua dimensi: energi dan ketegangan. Pada rancangan ini, Thayer mengembangkan model mood dengan menampilkan 4 tingkat emosi, dengan dimensi *valence* (berasal dari dimensi ketegangan) pada sumbu x dan elemen *arousal* (dimensi energi) dari sumbu y. Kedua sumbu dapat memiliki nilai positif (tinggi) dan negatif (rendah).



Gambar 2.2 Dimensi valensi-arrousal (Pieter Kanter, 2009)

Thayer menampilkan beberapa mood di empat kelas yang berbeda. Mood ini dapat memiliki valensi negatif (dimensi ketegangan), seperti mood "sedih" atau "marah", atau valensi positif yang mewakili mood seperti "santai" atau "senang". Unsur gairah terkait dengan dimensi energi, pada sumbu y membedakan mood yang berbeda dari

perilaku tenang dan diam di bagian bawah, untuk intens dan kuat di bagian atas gambar (Yang et al, 2007 dalam Pieter Kanters, 2009).

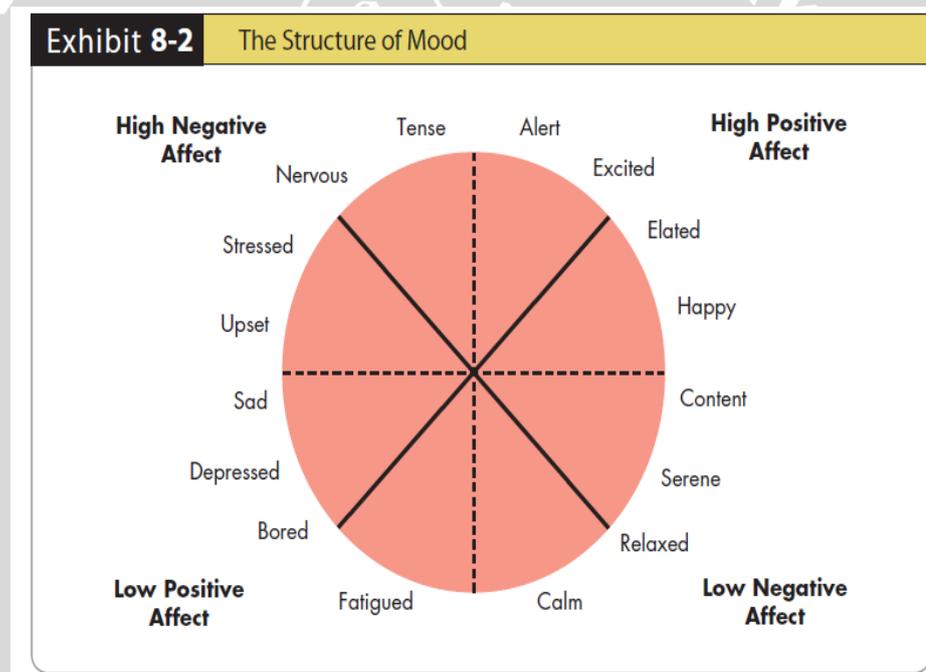
## 2. Mood sebagai afek positif dan negatif (Broad Orthogonal)

Salah satu cara untuk mengklasifikasikan emosi adalah dengan mengkategorikan menjadi positif dan negatif (D. Watson, L. A. Clark, and A. Tellegen, 1988). Emosi positif seperti seperti bahagia dan perasaan terimakasih merupakan ekspresi perasaan yang menyenangkan. Emosi negatif seperti marah dan jijik merupakan ekspresi perasaan yang berlawanan. Meskipun begitu, emosi tidak bersifat netral, jika netral maka itu bukan emosi. Ketika emosi dikategorikan menjadi positif dan negatif, maka emosi menjadi tingkat mood karena sudah dipandang secara umum tidak lagi fokus pada satu emosi khusus (A. Ben-Ze'ev, 2000).

Berdasarkan gambar tersebut, "excited" atau perasaan gembira merupakan emosi umum sebagai tanda asli afek positif tinggi, sedangkan "boredom" atau bosan merupakan tanda asli afek positif rendah. Sama halnya dengan "nervous" dan "relaxed" merupakan tanda asli dari afek negatif tinggi dan rendah. Beberapa emosi lainnya seperti "contentment" atau kepuasan (campuran dari afek positif tinggi dan afek negatif rendah) dan "sadness" atau kesedihan (campuran dari afek negatif tinggi dan afek positif rendah) berada diantaranya.

Model ini tidak memasukkan semua emosi kedalamnya karena beberapa alasan. Yang pertama karena "enthusiasm" atau kekaguman dapat dicocokkan tapi pada ruang yang kecil dan terbatas. Yang kedua karena beberapa emosi seperti terkejut atau "surprised" tidak terlalu

cocok dan belum jelas positif atau negatif. Model ini menekankan bahwa afek positif sebagai dimensi mood yang mengandung emosi positif seperti bahagia, jaminan diri, dan keriangannya pada ujung tinggi, dan bosan, malas, dan lelah di ujung yang rendah. Afek negatif merupakan dimensi mood yang berisi gugup, stres dan ansietas pada ujung tinggi, dan relaksasi, ketenangan, dan seimbang pada ujung rendah. Perlu dicatat **“afek positif dan afek negatif adalah mood.** Terminologi ini lebih digunakan daripada mood positif dan mood negatif”

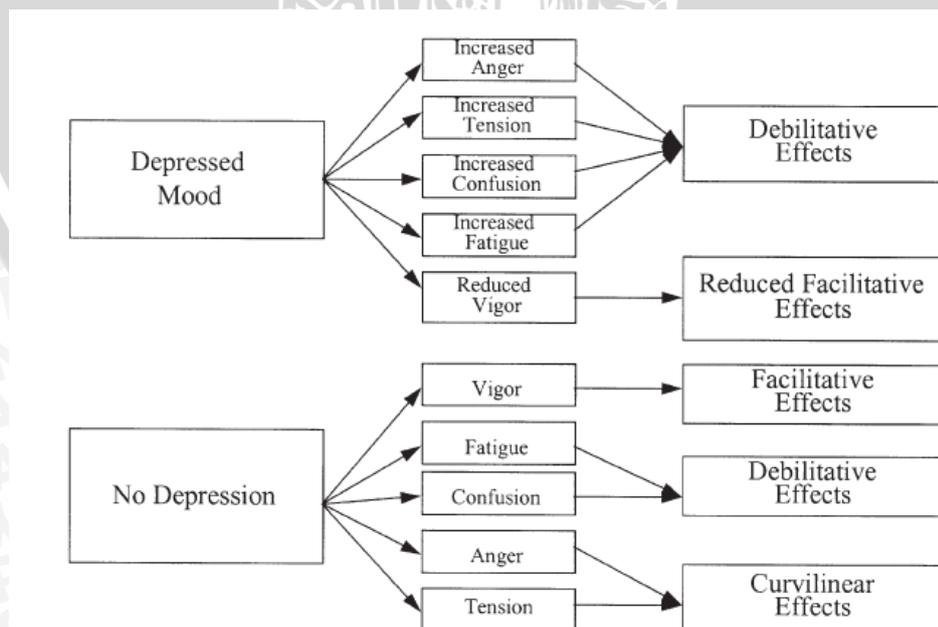


Gambar 2.3 Mood sebagai afek positif dan negatif (D. Watson, L. A. Clark, and A. Tellegen, 1988)

### 3. Model hubungan Mood-Performance

Dalam model hubungan antara mood dan *performance* atau kinerja (Lane & Terry, 2000) menekankan pengaruh mood tertekan atau *depressed mood*. Dalam model ini, depresi dinilai dengan

menanyakan perasaan responden dalam kaitannya dengan empat item, "tertekan", "putus asa", "bahagia" dan "menyedihkan". Skor rendah pada item ini menunjukkan sedikit tertekan yang merupakan keadaan mood sub-klinis, keadaan mood yang merupakan bagian dari reaksi normal manusia terhadap peristiwa sehari-hari (Kendall & Hammen, 1995), sedangkan nilai sangat tinggi menunjukkan gangguan mood klinis. Bahkan skor maksimum pada empat item ini dapat mewakili depresi ekstrim, tetapi tidak signifikan secara klinis, bisa saja karena ketidakpuasan atau tekanan dalam kaitannya dengan peristiwa atau situasi tertentu. Untuk mendiagnosa gangguan mood akan membutuhkan informasi yang lebih jauh seperti gangguan tidur, anhedonia, kehilangan nafsu makan dan libido, dan penarikan sosial. Untuk menghindari kebingungan dengan depresi klinis, Lane dan Terry (2000) menggunakan Mood tertekan untuk merujuk skor tinggi pada subskala depresi (Lane, Andrew M. Et all, 2001).



Gambar 2.4 Konsep model mood-performance (Lane, Andrew M. Et all, 2001)

Model Lane dan Terry (2000) mengusulkan bahwa Mood tertekan dikaitkan dengan ketidakmampuan untuk mengatur dimensi mood lainnya, yang menyebabkan peningkatan kemarahan, kebingungan, kelelahan dan ketegangan, dan mengurangi kekuatan. (Lane, Andrew M. Et all, 2001). Telah diusulkan bahwa Mood tertekan membutuhkan regulasi lebih dari unsur-unsur lain dari mood dan karena itu menggunakan lebih banyak sumber daya yang terbatas, dengan mengurangi kapasitas untuk regulasi jenis lain seperti kinerja fisik (lihat Muraven, Tice, & Baumeister, 1998 dalam Lane, Andrew M. Et all, 2001).

#### **2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi Mood**

##### **1. Stres**

Stres dalam kehidupan sehari-hari terjadi dan mempengaruhi keadaan emosional seseorang. Stres seperti masalah sekolah, masalah dengan teman sebaya, keluarga, kehilangan, penyakit medis mempengaruhi anak-anak. Stresor menyebabkan perasaan seperti kesedihan, crabbiness, merasa bosan, dan tidak menikmati apa-apa, menyebabkan penurunan perilaku; seperti penarikan, aktivitas, lekas marah dengan orang lain dan menyebabkan pikiran seperti pesimisme, negatif, rendah diri, dan keputusasaan. Semua faktor datang bersama-sama untuk berkembang menjadi depresi klinis dengan masalah fisik: kesulitan tidur, kurang konsentrasi, energi rendah, agitasi dan masalah

nafsu makan (Asarnow, Jacob, & Thompson, 2001 dalam Irina V. Sokolova, 2003).

Menurut teori kognitif, berpikir negatif sangat mempengaruhi kemungkinan mengembangkan depresi dan bertahan selama peristiwa stres dalam kehidupan seseorang. Ketika individu berpikir negatif, mereka lebih rentan terhadap depresi karena mereka memandang lingkungan, masa depan dan diri mereka sendiri dalam konteks negatif. Cara berpikir yang negatif memandu persepsi, interpretasi dan memori anak atau orang dewasa, menjadikan pengalaman pribadi yang relevan menjadi construal negatif pada dunia pribadi mereka, dan pada akhirnya mengembangkan gejala depresi (Beck, 1967 dalam Irina V. Sokolova, 2003).

## 2. Aktivitas dan interaksi sosial

Penelitian mengungkapkan bahwa aktivitas sosial yang bersifat fisik, informal, atau santai lebih diasosiasikan secara kuat dengan peningkatan mood yang positif dibandingkan kejadian-kejadian formal.

Lama diakui sebagai mediator dari situasi stres, dukungan sosial telah dikaitkan dengan kesejahteraan, harga diri, dan self efficacy (Chu, Saucier & Hafner 2010; Malecki & Demaray, 2006). Untuk anak-anak dan remaja khususnya, dukungan sosial merupakan faktor kunci dalam negosiasi tahap perkembangan dari masa kanak-kanak. Melalui interaksi dengan teman sebaya, anak-anak mengembangkan rasa self efficacy, belajar keterampilan dalam timbal balik interaksi sosial, membangun keterampilan pemecahan masalah. Ketika seorang anak hospitalisasi, konsistensi dan prediktabilitas dukungan sosial

terganggu oleh lamanya menetap rumah sakit. Dihapus dari jaringan dukungan sosial yang signifikan, anak yang dirawat di rumah sakit merindukan kedekatan interaksi sosial yang menyangga stres dan mempromosikan keterampilan coping yang sehat.

### 3. Tidur

Kualitas tidur mempengaruhi mood. Satu dari alasan mengapa tidur yang lebih sedikit, atau kualitas tidur yang buruk, menempatkan orang dalam mood yang buruk, karena hal tersebut memperburuk pengambilan keputusan dan membuatnya sulit untuk mengontrol emosi.

### 4. Olahraga atau aktifitas fisik lain

Penelitian secara konsisten menunjukkan bahwa olahraga meningkatkan mood positif, tetapi tampaknya berpengaruh kuat terhadap mereka yang mengalami depresi.

### 5. Usia

Suatu penelitian terhadap orang-orang yang berusia 18 hingga 94 tahun mengungkapkan bahwa emosi negatif tampaknya semakin jarang terjadi seiring bertambahnya usia seseorang. Bagi seseorang yang lebih tua, mood positif yang tinggi bertahan lebih lama dan mood yang buruk menghilang dengan lebih cepat.

### 6. Gender

Sudah menjadi keyakinan umum bahwa wanita lebih menggunakan perasaan mereka dibandingkan pria, mereka bereaksi lebih secara emosional dan mampu membaca emosi orang lain dengan lebih baik.

### 7. Kepribadian

Kepribadian memberi kecenderungan kepada orang untuk mengalami mood dan emosi tertentu. Beberapa orang mempunyai kecenderungan untuk mengalami emosi apapun secara lebih intens. Orang-orang seperti itu memiliki intensitas efek yang tinggi. Intensitas Efek yaitu perbedaan individual dalam hal kekuatan dimana individu-individu mengalami emosi mereka. Jadi, emosi-emosi berbeda dalam intensitas mereka, tetapi juga berbeda dalam bagaimana mereka berkecenderungan untuk mengalami emosi secara intens.

### 2.2.5 Dampak Mood

#### 1. Mood Positif

Mood memiliki banyak keuntungan, yaitu dapat meningkatkan rasa altruisme (membantu orang tanpa mengharapkan pamrih), membantu mengambil keputusan dengan tepat, meningkatkan kreativitas dan meningkatkan kualitas interpersonal. Selain itu mood yang baik dapat menghentikan seseorang untuk memikirkan hal-hal yang buruk. orang yang memiliki suasana hati yang baik, akan melakukan aktivitas dengan riang, lebih berkonsentrasi dan juga mau berempati pada orang lain.

#### 2. Mood Negatif

Ketika seorang anak merasa tertekan, anak mungkin memiliki pikiran negatif. Dengan adanya pikiran negatif perasaan depresi cenderung meningkat. Kadang-kadang pikiran negatif dapat menghentikan Anak dari melakukan hal-hal yang biasanya dilakukan. Akibatnya, anak berada pada kondisi pikiran kritis dengan menjadi malas, atau tidak bertanggung jawab, yang membuat mereka merasa lebih buruk. Dengan kata lain. Ketika tertekan, seseorang mungkin berfikir

bahwa dirinya tidak berdaya dan merasa sendiri, mereka sering menyalahkan diri sendiri untuk semua kekurangan yang mereka pikir mereka miliki. Di tingkat paling bawah, seseorang akan berfikir negatif tentang diri sendiri, tentang dunia dan tentang masa depan. Sehingga cenderung kehilangan minat pada apa yang terjadi di sekitar dan tidak mendapatkan kepuasan apapun dari hal-hal yang digunakan untuk dinikmati. Hal ini menyulitkan untuk membuat keputusan atau melakukan tugas yang sebelumnya telah dilakukan tanpa masalah sama sekali.

Penelitian menyatakan bahwa pikiran negatif memainkan peran penting dalam depresi. Ketika seseorang mengalami depresi biasanya ada perubahan dalam perasaan dan emosi mereka, bagaimana tubuh mereka bereaksi, apa yang mereka pikirkan dan bagaimana mereka berperilaku. Seringkali jika suasana hati seseorang dalam keadaan rendah, mereka menyalahkan diri mereka sendiri untuk sesuatu yang tidak sesuai, meskipun hal itu tidak ada hubungannya dengan mereka. Latihan fisik dan aktivitas dapat membantu untuk mengangkat suasana hati, mencoba dan memotivasi setiap hari, berkumpul dengan teman-teman, keluarga dan tetangga juga dapat membantu.

Tanda-tanda yang ditunjukkan anak usia prasekolah ketika mereka merasa depresi adalah:

- Sedih, kosong, mudah tersinggung atau mood yang buruk setiap hari
- Tidak tertarik pada kegiatan yang biasanya mereka nikmati
- Perubahan besar pada nafsu makan atau berat badan
- Insomnia atau tidur terlalu banyak
- Perasaan kurang istirahat atau menjadi tidak bersemangat

- Letih, lelah, dan kurang energi
- Perasaan kurang energi dan kekuatan atau rasa bersalah yang berlebihan
- Tidak mampu berkonsentrasi atau membuat keputusan
- Berfikir untuk mati dan bunuh diri

## 2.3 Origami

### 2.3.1 Definisi Origami

Nama Origami berasal dari kata Jepang “ori” yang berarti melipat dan “kami” yang berarti kertas, sehingga Origami adalah seni melipat kertas. Origami adalah seni melipat kertas menjadi karya patung yang disukai tanpa bantuan gunting atau lem. Metode melipat kertas menjadi bentuk dan gambar cantik membuat origami menjadi seni yang sangat kreatif. Saat ini dengan kemajuan modern, origami mengungkapkan kaya struktur geometris yang memberi kemungkinan tak terbatas untuk mengeksplorasi kertas-lipat.

Origami tradisional dilakukan tanpa memotong atau paste. Namun, dalam origami kreatif baru-baru ini, gunting dan bahkan pasta digunakan untuk membantu membentuk desain yang lebih rumit. Pada tingkat yang lebih rendah, origami hanya dianggap sebagai hobi yang dapat membawa kesenangan. Pada tingkat yang lebih tinggi, origami benar-benar melibatkan serangkaian konsep-konsep matematika seperti geometri dan simetri. Dari hewan untuk poligon, origami menampilkan kreasi beragam seni.

### 2.3.2 Lipatan Dasar Origami

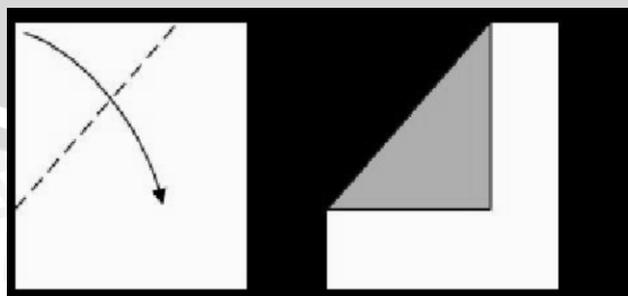
Ada dua jenis utama untuk garis simbol origami dan tanda panah.

Panah menunjukkan bagaimana kertas dibengkokkan atau dipindahkan.

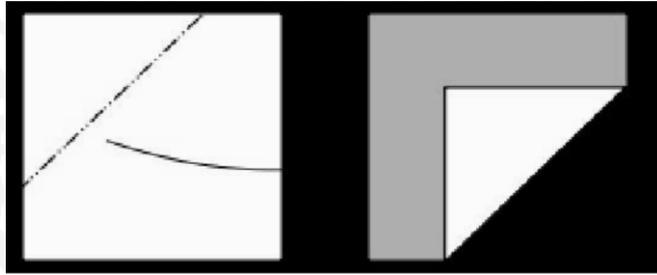
Garis menunjukkan berbagai jenis tepi (Robinson, 2004 dalam HiroMitsu et.al, 2014).

- Garis tebal menunjukkan tepi kertas.
- Garis putus-putus menunjukkan lipatan lembah kemudian kertas dilipat kedepan.
- Garis putus-putus dan bertitik menunjukkan lipatan gunung (mungkin ada satu atau dua titik per tanda hubung tergantung pada penulis). Kertas dilipat ke belakang, ini biasanya dilakukan dengan memutar kertas itu, melipat lipatan lembah dan kemudian membalikkan kertas kembali lagi.
- Garis tipis menunjukkan di mana lipatan kertas sebelumnya telah terlipat.
- Garis bertitik menunjukkan lipatan sebelumnya yang tersembunyi di balik kertas lainnya, atau kadang-kadang menunjukkan lipatan yang belum dibuat.

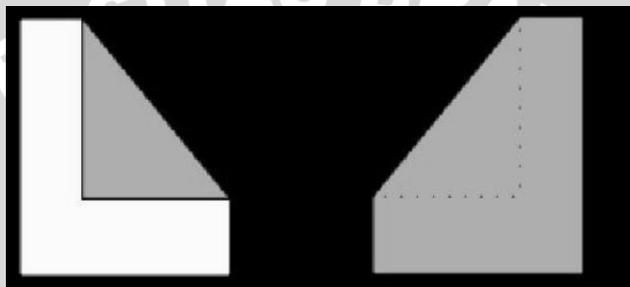
Simbol untuk lipatan dasar:



Gambar 2.5 Lipatan lembah (Hiromitsu, 2014)



Gambar 2.6 Lipatan gunung (Hiromitsu, 2014)



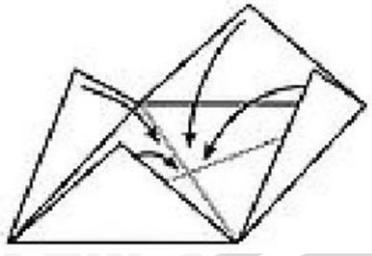
Gambar 2.7 Lipatan garis Girmerry (Hiromitsu, 2014)

### 2.3.3 Dasar Origami

Dalam origami, ada beberapa dasar model yang dibuat. Secara umum, "dasar" mengacu pada lipatan kertas yang mendahului sebelum menuju model lipatan akhir dan membentuk model yang diinginkan (Engel, 1989 dalam HiroMitsu et.al, 2014). Bentuk - bentuk tersebut antara lain adalah sebagai berikut

#### a. Dasar berbentuk kilat

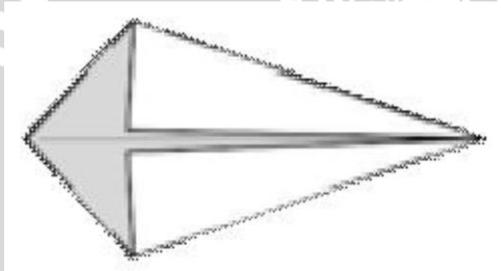
Dibuat dengan melipat sudut-sudut persegi ke pusat. Persegi yang dihasilkan kemudian dapat digunakan sebagai titik awal untuk dasar atau bisa dibentuk kilat lagi. Dasar yang dihasilkan kemudian akan memiliki lebih banyak titik yang tersedia untuk dilipat.



Gambar 2.8 Dasar berbentuk kilat (Hiromitsu, 2014)

b. Dasar layang-layang

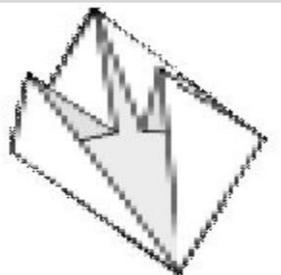
Hanya dua lipatan lembah yang membawa dua sisi yang berdekatan dari persegi sama sisi untuk di bentangkan pada sisi persegi diagonal.



Gambar 2.9 Dasar Layang-layang (Hiromitsu, 2014)

c. Dasar ikan

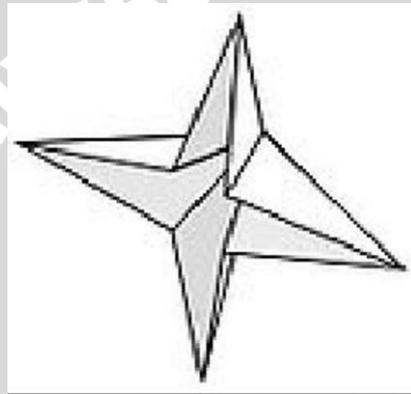
Terdiri dari dua lipatan radial terhadap lipatan acuan diagonal pada masing-masing dua sudut yang berlawanan. Lipatan yang dihasilkan pada dua sudut lainnya secara hati-hati dilipat ke bawah dalam arah yang sama.



Gambar 2.10 Dasar Ikan (Hiromitsu, 2014)

d. Dasar *water bomb*

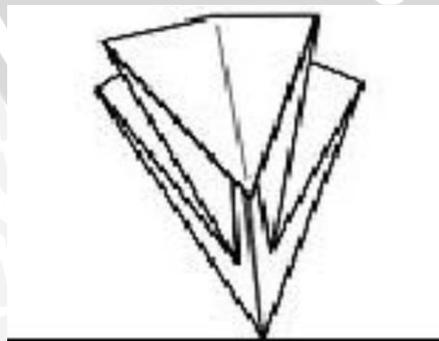
Terdiri dari dua bagian tegak lurus lembah lipatan bawah diagonal persegi dan dua gunung tegak lurus lipatan di tengah-tengah persegi. Pola lipatan ini kemudian dikompresi untuk membentuk dasar *water bomb*, yang merupakan segitiga siku-siku sama kaki dengan empat lipatan kanan segitiga sama kaki. Dasar *water bomb* merupakan lipatan awal luar dalam.



Gambar 2.11 Dasar Waterbomb (Hiromitsu, 2014)

e. Dasar katak

Dimulai dengan dasar *water bomb* atau lipatan awal. Keempat lipatan adalah lipatan labu, kemudian sudut kelopak dilipat ke atas.



Gambar 2.12 Dasar Katak (Hiromitsu, 2014)

### 2.3.4 Origami Sebagai Terapi

Dalam buku yang ditulis oleh *American Art Therapy Association*, Origami merupakan salah satu bentuk *Art Therapy*. *Art Therapy* (AT) adalah pendekatan psikoterapi yang memanfaatkan kreativitas dan simbolisasi untuk memfasilitasi adaptasi dan melepaskan perasaan tekanan batin dengan cara yang halus, mencegah akumulasi dari keadaan yang tak terelakkan dari kecemasan selama rawat inap (Robbins, 1994, dalam Favara-Scacco et al., 2001). Berdasarkan analogi komunikasi, *Art Therapy* memfasilitasi empati, pemahaman, jaminan dan pemrosesan emosional psikologis dalam mode non traumatis. Hal ini terbukti sangat sesuai untuk rumah sakit (Malchiodi, 1993 dalam Favara-Scacco et al., 2001). *Art Therapy* sangat fleksibel dan bisa diadaptasi terhadap kepribadian anak yang berbeda dan mampu merangsang keterampilan koping yang berbeda.

Modalitas *Art Therapy* dapat dikombinasikan untuk mencapai tujuan terapeutik spesifik mengintensifkan aktivitas sisi kanan otak (Robbins, 1986 dalam Favara-Scacco et al., 2001), merangsang imajinasi dan simbolisasi kreatif, memfasilitasi kapasitas anak-anak untuk berkonsentrasi pada pikiran menyenangkan. Stimulasi ini memungkinkan pasien untuk bersantai, mengurangi tingkat kecemasan (Collins JJ, et.al 1995 dalam Favara-Scacco et al., 2001). *Art Therapy* efisien dalam mengkompensasi kurangnya kontrol yang dialami anak selama di rumah sakit, dengan merangsang pengambilan keputusan sekaligus meningkatkan kualitas hidup mereka.

Melalui kreativitas, anak melibatkan ruang keakraban, mereka mengisinya dengan bermain ketimbang hanya menjadi pasien. Kemampuan ini melindungi kesehatan psikologis-emosional masa depannya dan memungkinkan pengembangan untuk melanjutkan identitas batin (Montesarchio G, et.al, 1989 dalam Favara-Scacco et al., 2001). *Art Therapy* dibuat antara lain untuk 1) mencegah peningkatan rasa takut dan kecemasan ketika pengobatan dan membantu anak untuk menjadi lebih kooperatif dan memiliki kualitas hidup yang lebih baik selama perawatan di rumah sakit; 2) untuk membantu anak-anak dan orang tua selama proses adaptasi terhadap peristiwa traumatik dan untuk mengembangkan kapasitas koping mereka sendiri; dan 3) untuk mencegah kurangnya kontinuitas dalam struktur perkembangan kepribadian masing-masing anak (Favara-Scacco et al., 2001).

Lipnick, (2012) menunjukkan bahwa Origami adalah sebuah intervensi yang tepat, tidak hanya khusus pada anak, tapi di hampir semua situasi. Origami dapat berfungsi sebagai sarana untuk meningkatkan kekuatan tangan dan jari, baik keterampilan motorik, keterampilan spasial visual, dan arah serta memfasilitasi penggunaan fungsi berpikir tingkat yang lebih tinggi seperti memori, urutan, dan mengikuti petunjuk. Origami melibatkan beberapa indera dan dapat disesuaikan dengan kemampuan anak.

Kegiatan origami dapat dengan mudah dinilai tanpa meningkatkan kompleksitas model dengan hanya mengurangi lipatan ukuran kertas yang digunakan. Origami sangat bermanfaat bagi anak-

anak dan orang dewasa. Ini membantu meningkatkan konsentrasi, mengembangkan logika dan kedisiplinan pada anak. Origami juga dapat membantu orang dewasa melawan penyakit umum seperti stres dan hipertensi. Hal yang baik tentang Origami adalah seseorang tidak perlu bakat alami untuk menjadi kreatif untuk membuat origami, dengan kata lain setiap orang dapat mempelajarinya. Baru-baru ini, Origami telah digunakan oleh terapis dan guru (Shalev, 2013 dalam HiroMitsu et.al, 2014).

Terapis telah mengetahui bahwa origami memiliki efek yang baik pada pasien dan mereka menggunakannya sebagai terapi dan diagnostik. Origami memiliki keuntungan yaitu menarik dan mendidik. Origami juga memenuhi kemampuan inventif, konstruktif dan kreatif dari anak-anak. Friedrich Froebel (1782 - 1852) adalah seorang pendidik Jerman dan ia adalah pendiri TK, yang mendedikasikan hidupnya untuk eksplorasi proses belajar pada anak. Dia menyadari bahwa memainkan permainan untuk anak adalah alat instruksional yang berguna dan Origami memiliki karakteristik game. Kegiatan tersebut menyenangkan karena mengibur dan juga mengatur emosi. Untuk anak, transformasi selembar kertas menjadi bentuk tiga dimensi, dengan menggunakan dua tangan saja, menurut mereka hampir tampak seperti sulap. (Shalev, 2013).