

**PENGARUH IMPLEMENTASI ATRAUMATIC CARE
TERHADAP KECEMASAN ANAK PRASEKOLAH DI RUANG
ANAK RSUD dr.SAIFUL ANWAR MALANG**

TUGAS AKHIR

**Untuk memenuhi persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan**



Oleh :

LUSIA TITIK ANDAYANI

NIM.185070209111089

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

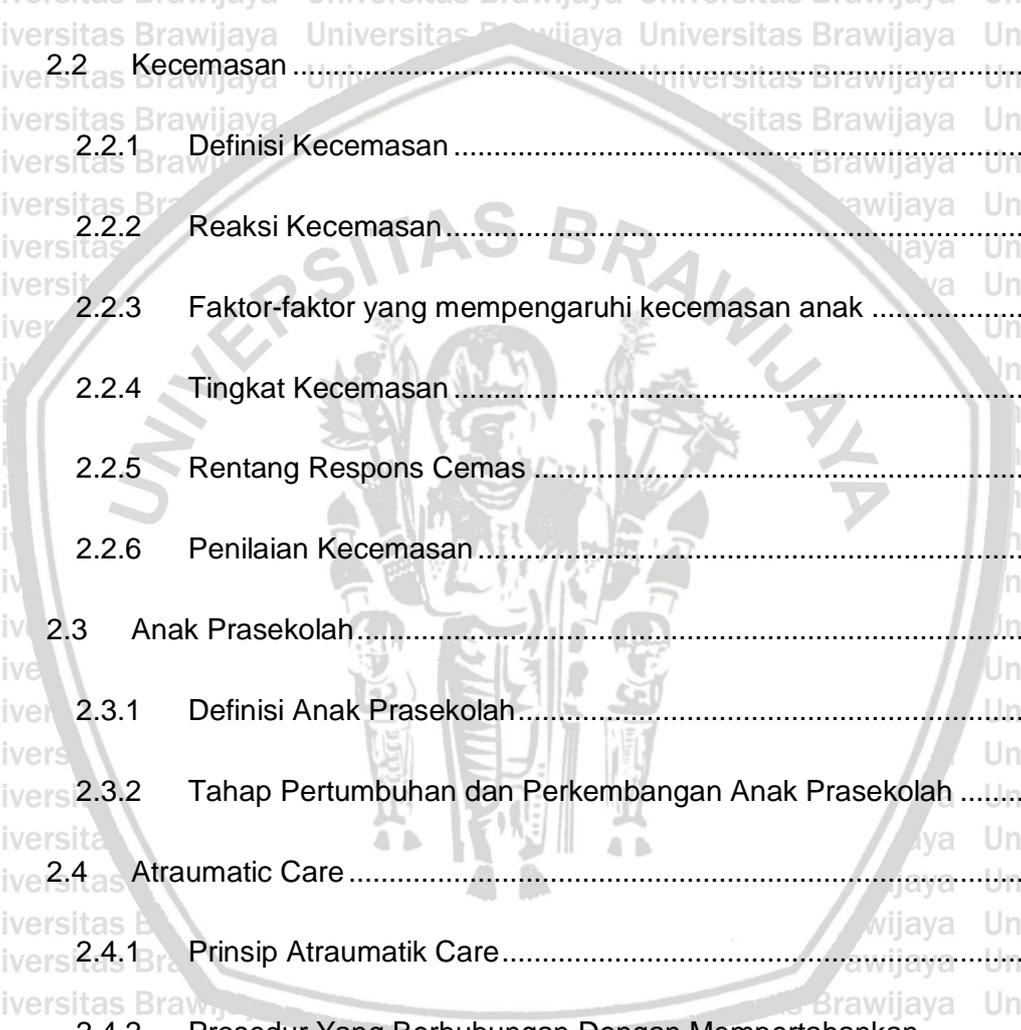
2019

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Akademis	6
1.4.2 Manfaat Praktisi	6
BAB II TINJAUAN TEORI	8
2.1 Hospitalisasi	8
2.1.1 Definisi Hospitalisasi	8
2.1.2 Faktor-faktor yang Menimbulkan Stress Saat Anak Menjalani Hospitalisasi	8



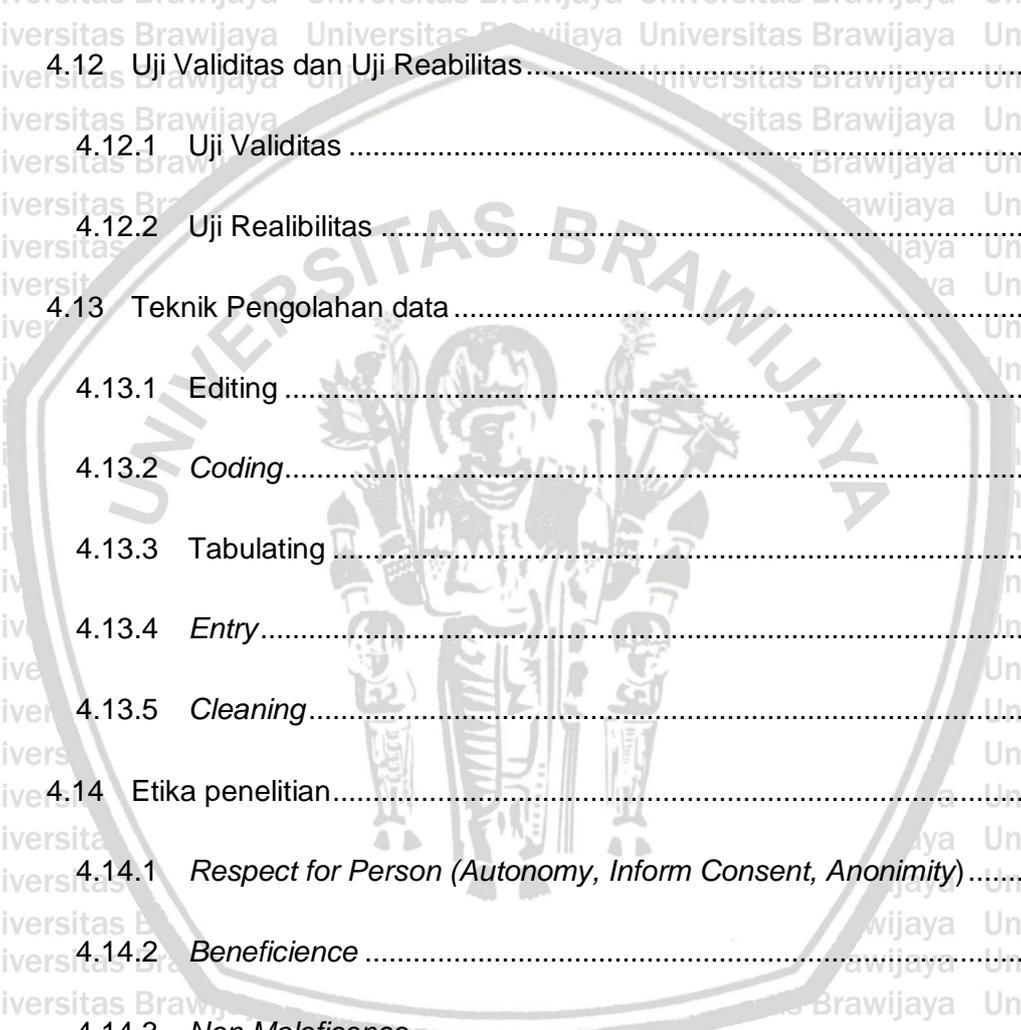
2.1.3	Respons Anak Saat Menjalani Hospitalisasi.....	10
2.1.4	Reaksi Anak Prasekolah terhadap Cedera Tubuh Dan Nyeri	12
2.1.5	Respons Keluarga Terhadap Hospitalisasi.....	12
2.1.6	Dampak Hospitalisasi	14
2.1.7	Meminimalkan Dampak Hospitalisasi.....	14
2.2	Kecemasan	17
2.2.1	Definisi Kecemasan	17
2.2.2	Reaksi Kecemasan.....	17
2.2.3	Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan anak	19
2.2.4	Tingkat Kecemasan	20
2.2.5	Rentang Respons Cemas	21
2.2.6	Penilaian Kecemasan	21
2.3	Anak Prasekolah.....	23
2.3.1	Definisi Anak Prasekolah.....	23
2.3.2	Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Prasekolah	23
2.4	Atraumatic Care	26
2.4.1	Prinsip Atraumatik Care.....	27
2.4.2	Prosedur Yang Berhubungan Dengan Mempertahankan Keamanan.....	29
2.5	Konsep Peran Perawat.....	29
2.5.1	Pengertian Peran.....	29
2.5.2	Peran Perawat	30



2.5.3	Peran Perawat dalam Implementasi <i>Atraumatic Care</i>	32
BAB III KERANGKA KONSEP.....		33
3.1	Kerangka Konsep.....	33
3.2	Hipotesis Penelitian.....	34
BAB IV METODE PENELITIAN.....		35
4.1	Rancangan Penelitian.....	35
4.2	Populasi dan Sampel Penelitian.....	36
4.2.1	Populasi Penelitian.....	36
4.2.2	Sampel Penelitian.....	36
4.3	Teknik Pengambilan Sample.....	38
4.4	Kriteria sample penelitian.....	38
4.4.1	Kriteria Inklusi.....	38
4.4.2	Kriteria eksklusi.....	38
4.5	Jumlah Sample.....	39
4.6	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	39
4.6.1	Lokasi Penelitian.....	39
4.6.2	Waktu Penelitian.....	39
4.7	Variabel Penelitian.....	39
4.7.1	Variabel Independen.....	39
4.7.2	Variabel Dependen.....	39
4.8	Definisi Operasional.....	40
4.9	Prosedur dan Alur Penelitian.....	42
4.9.1	Prosedur Penelitian.....	42



4.9.2	Alur Penelitian.....	44
4.10	Analisis Data.....	45
4.10.1	Analisis Univariat.....	45
4.10.2	Analisis Bivariat.....	45
4.11	Bahan dan instrument penelitian.....	46
4.12	Uji Validitas dan Uji Reabilitas.....	46
4.12.1	Uji Validitas.....	46
4.12.2	Uji Realibilitas.....	47
4.13	Teknik Pengolahan data.....	47
4.13.1	Editing.....	47
4.13.2	<i>Coding</i>	48
4.13.3	Tabulating.....	48
4.13.4	<i>Entry</i>	48
4.13.5	<i>Cleaning</i>	48
4.14	Etika penelitian.....	49
4.14.1	<i>Respect for Person (Autonomy, Inform Consent, Anonimity)</i>	49
4.14.2	<i>Beneficience</i>	50
4.14.3	<i>Non Maleficence</i>	50
4.14.4	<i>Right to Justice</i>	50
BAB V HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA.....		51
5.1	Hasil Penelitian.....	51
5.1.1	Data Umum.....	51



5.2.	Data hasil penelitian.....	54
5.2.1.	Analisis Data	54
5.2.2.	Uji beda antara kecemasan anak pada pre dan post pada kelompok kontrol dan intervensi.....	55
BAB VI PEMBAHASAN		58
6.1.	Interpretasi dan Diskusi hasil.....	58
6.2.	Karakteristik Responden.....	59
6.3.	Implementasi <i>Atraumatic Care</i>	61
6.4.	Kecemasan anak pada saat proses hospitalisasi	62
6.4.1.	Kecemasan anak pada kelompok intervensi.....	62
6.4.2.	Kecemasan anak pada kelompok kontrol	63
6.5.	Pengaruh Implementasi <i>Atraumatic Care</i> dengan kecemasan anak prasekolah pada kelompok kontrol dan intervensi.....	65
6.6.	Keterbatasan Penelitian.....	66
6.7.	Implikasi Keperawatan.....	66
BAB VII PENUTUP		68
7.1.	Kesimpulan	68
7.2.	Saran.....	69
DAFTAR PUSTAKA.....		70
LAMPIRAN.....		72



DAFTAR BAGAN

Bagan 1 Konsep Pengaruh Implementasi *Atraumatic Care* Terhadap Kecemasan Anak Prasekolah..... 33



HALAMAN PERSETUJUAN

TUGAS AKHIR

**PENGARUH IMPLEMENTASI ATRAUMATIC CARE TERHADAP
KECEMASAN ANAK PRASEKOLAH DI RUANG ANAK
RSUD dr. SAIFUL ANWAR MALANG**

Untuk memenuhi persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan

oleh :

Lusia Titik Andayani
NIM.185070209111089

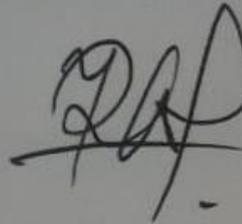
Menyetujui untuk diuji

Pembimbing I



Ns. Rinik Eko Kapti, S.Kep, M.Kep
NIP. 19820131 200812 2 003

Pembimbing II



Ns.Renny Nova, Skep, M.Kep, Sp.Kep J
NIK. 2012018811102001

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

PENGARUH IMPLEMENTASI *ATRAUMATIC CARE* TERHADAP
KECEMASAN ANAK PRASEKOLAH DI RUANG ANAK
RSUD dr. SAIFUL ANWAR MALANG

Oleh :

Lusia Titik Andayani
NIM. 185070209111089

Telah diuji pada :

Hari : Senin

Tanggal : 23 Desember 2019

Dan dinyatakan lulus oleh :

Penguji I

Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep, M.Kep
NIP.19810824 201504 2007

Penguji II/ Pembimbing I

Ns Rinik Eko Kapti, S.Kep, M.Kep
NIP.19820131 200812 2 003

Penguji III/ Pembimbing II

Ns. Renny Nova, S Kep, M.Kep, Sp.Kep J
NIK.2012018811102001



Mengetahui
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan,

Ns. Tony Suharsono, S.Kep, M.Kep
NIP.19800902 200604 1 003



ABSTRAK

Andayani, Lusia Titik. 2019. **PENGARUH IMPLEMENTASI ATRAUMATIC CARE TERHADAP KECEMASAN ANAK PRASEKOLAH DI RUANG ANAK RSUD DR.SAIFUL ANWAR MALANG**. Tugas Akhir. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Ns.Rinik Eko Kapti, Skep, M.Kep (2) Ns.Renny Nova, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep J

Atraumatic Care adalah suatu layanan yang diberikan perawat dalam upaya pelayanan kesehatan anak dengan mengurangi perasaan trauma fisik dan psikis yang dialami anak dan orang tua, dengan cara membuang atau mengantisipasi penyebab stress psikologis dan fisik yang dialami anak-anak. Penerapan ini tidak lepas dari peran perawat yang diharapkan sebagai pemberi asuhan. **Tujuan** : untuk mengidentifikasi kecemasan anak prasekolah pada saat menjalani hospitalisasi di RSSA Malang, dengan desain penelitian *quasy eksperimental* dengan cara membandingkan 1 kelompok kontrol dan 1 kelompok intervensi. **Metode** : *Purposive Sampling*, Jumlah responden 30 anak yang dibagi menjadi 15 kelompok control dan 15 kelompok intervensi. **Hasil** : uji Man Whitney menunjukkan bahwa pada tingkat kecemasan anak prasekolah tidak bermakna secara statistic ditunjukkan dengan nilai signifikansi 0,152.

Kata Kunci: Atraumatic Care, kecemasan anak prasekolah, hospitalisasi

ABSTRACT

Andayani, Lusia Titik. 2019. **THE EFFECT OF ATRAUMATIC CARE IMPLEMENTATION OF PRESCHOOL ANXIETY IN PEDIATRIC ROOM DR.SAIFUL ANWAR MALANG**. Thesis. Nursing Science Study Program Faculty of Medicine Universitas Brawijaya. Supervisor: (1) Ns.Rinik Eko Kapti, Skep, M.Kep (2) Ns.Renny Nova, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep J.

Atraumatic Care is a service provided by nurses in the effort to provided health sevices for children by reducing a feeling of physical and psychological trauma experienced by children and parents, by removing or anticipating the causes of psychological and physical stress experienced by children. This application cannot be separated from the expeted role of nurses as care givers.

Objective: To indentify the anxiety of preschool children while undergoing hospitalization at RSSA Malang, with a quasy experimental research design by comparing 1 control group and 1 intervension group. **Method:** Purposive sampling, the number of respondents 30 children were divided into 15 control group and 15 intervension group. **Results:** The Man Whitney test showed that at the anxiety level preschool children were not statistically significant as indicated by a significance value of 0.152.

Keywords: Atraumatic care, Preschool children's anxiety, hospitalization

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang diakibatkan suatu alasan terencana atau darurat, sehingga mengharuskan seorang anak untuk tinggal di rumah sakit dan harus menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangannya kembali ke rumah (Setiawan et al, 2014). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa proses hospitalisasi, anak dan orang tua dapat mengalami kejadian dengan pengalaman yang sangat traumatik dan penuh stress.

Anak merupakan bagian dari keluarga dan masyarakat. Anak yang sakit dapat menimbulkan suatu stress bagi anak itu sendiri maupun keluarga (Setiawan et al, 2014). Pengalaman traumatis sering melibatkan ancaman terhadap kehidupan dan keselamatan, yang mengakibatkan seseorang memaknai suatu peristiwa yang menjadi pemicu seseorang tersebut memiliki trauma psikologis. Trauma psikologis yang berkembang sebelum anak berusia 6 tahun dapat mempengaruhi aspek kritis dari perkembangan emosional, kognitif serta fisik anak (Stuart, Keliat & Pasaribu, 2016). Anak-anak yang memiliki trauma, memberi dampak yang menetap pada keseimbangan mental dan emosional anak.

Menurut Wong (2009) anak pra sekolah adalah anak yang berusia 3-6 tahun. Pada anak prasekolah, reaksi terhadap penyakit atau masalah dirinya seperti perpisahan, tidak mengenal lingkungan atau lingkungan yang asing, hilangnya kasih sayang dan *body image*. Hal ini akan menimbulkan reaksi seperti regresi yaitu hilangnya *control spingter*, *represi*, *proyeksi*

displacement, agresi (menyangkal), identifikasi, menarik diri, tingkah laku protes, tidak kooperatif. Selain itu juga lebih peka dan pasif seperti menolak makan dan sebagainya. Pada rentang anak yang berusia 3-6 tahun secara umum terjadi kesulitan mengutarakan perasaan cemasnya. Tetapi di masa perkembangannya anak akan belajar mengatasi rasa cemas, baik yang bersifat sesungguhnya ataupun yang sifatnya khayalan (Mardaningsih, 2011). Reaksi hospitalisasi yang timbul pada anak pra sekolah bersifat individual dan sangat tergantung pada tahapan usia perkembangan anak, pengalaman sebelumnya terhadap sakit, sistem pendukung yang tersedia dan kemampuan coping yang dimiliki anak.

Menurut Survey Kesehatan Nasional (2010) jumlah anak usia prasekolah di Indonesia sebesar 72% dari total seluruh penduduk Indonesia, diperkirakan dari 35 per 100 anak menjalani hospitalisasi dan 45% diantaranya mengalami kecemasan. Data yang diperoleh dari Dinkes Propinsi Jawa Timur anak usia prasekolah pada tahun 2013 yang menjalani hospitalisasi semakin meningkat. Anak usia prasekolah tercatat sebanyak 2.485.218 jiwa dengan angka kesakitan 1.475.197 dan 85% diantaranya mengalami kecemasan saat menjalani perawatan di rumah sakit. Stressor penyebab kecemasan antara lain karena anak dihadapkan pada lingkungan baru dan ancaman akan tindakan yang berkaitan dengan dengan nyeri yang dilakukan oleh perawat. Anak menjadi takut dengan perawat terutama dengan atribut yang dipakai oleh perawat. Atribut dan seragam yang dipakai perawat membuat kesan menakutkan, dimana ketakutan merupakan salah satu bentuk dari gangguan kecemasan (Varcarolis & Halter, 2010).

Kecemasan merupakan kekhawatiran yang tidak jelas, berhubungan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya serta tidak memiliki obyek

yang tidak spesifik (Stuart, Keliat & Pasaribu, 2016). Dalam kehidupan sehari-hari, kecemasan pada anak tidak dapat dicegah, terutama pada klien anak yang sedang dirawat di rumah sakit dengan berbagai kondisi dan situasinya (Mardaningsih, 2011). Hal ini akan mampu memberikan gambaran bahwa sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan sebuah pengalaman yang mengancam serta menimbulkan berbagai respon emosional, diantaranya ketakutan, kesepian, ketidak berdayaan dan putus asa.

Perawatan anak membutuhkan perawatan yang special, dibanding merawat pasien dewasa. Waktu yang dibutuhkan untuk merawat pasien anak-anak 20-45% lebih banyak dibandingkan merawat orang dewasa. Anak yang dirawat di rumah sakit akan berpengaruh pada kondisi fisik dan psikologinya. Anak yang mengalami stress selama masa perawatan, dapat membuat orang tua menjadi stress dan stress orang tua juga akan membuat stress anak semakin meningkat (Sufianti et al, 2017). Dalam hal ini, diharapkan keluarga mampu berpartisipasi aktif dalam perawatan. Untuk dapat terlibat, keluarga membutuhkan informasi dari tim medis dan keperawatan untuk mampu berpartisipasi dalam perawatan.

Penelitian tentang pengaruh trauma psikologis dan dampaknya terhadap individu, keluarga, komunitas dan masyarakat pada umumnya telah sangat berkembang selama 20 tahun terakhir ini. Perawat sebagai penyedia perawatan langsung yang bekerja dalam perspektif holistik, diposisikan untuk memainkan peran integral dalam layanan perawatan kesehatan sering terkendala dengan aturan yang berlaku di unit rawat inap atau kebijakan di rumah sakit tersebut sehingga berpotensi menimbulkan tidak terlaksananya implementasi *atraumatic care* di unit perawatan anak. Implementasi *atraumatic care* pada anak yang dirawat di rumah sakit dapat

menurunkan trauma pada anak dan orang tua akibat prosedur *invasif* (Loryhuff et al, 2009). Berbagai kemajuan yang luar biasa telah dicapai dalam keperawatan anak sehingga perubahan dalam proses penyembuhan penyakit mampu meningkatkan harapan hidup anak. Tetapi proses tersebut seringkali bersifat traumatis, menyakitkan dan menakutkan.

Atraumatic care merupakan salah satu dasar dalam penerapan pelayanan asuhan keperawatan pada anak untuk mengurangi dampak trauma saat menjalani perawatan fisik pada anak maupun keluarga (Hockenberry & Wilson, 2014). Asuhan ini berfokus menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dengan keluarga, meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan anak, mencegah dan mengurangi cedera (*injury*) dan nyeri (dampak psikologis). Prinsip ini diperkuat juga dengan tidak melakukan kekerasan pada anak, juga modifikasi lingkungan fisik (Hidayat, 2009). *Atraumatic care* merupakan suatu asuhan yang tidak menimbulkan adanya trauma pada anak, dalam upaya mencapai tumbuh kembang yang optimal di rumah sakit.

Dalam penelitian Sunaldi (2016) implementasi perawatan *atraumatic care* yang dilakukan oleh perawat di ruang rawat inap anak mempunyai hubungan yang signifikan dengan penurunan tingkat kecemasan anak saat melakukan injeksi intravena pada anak usia toddler. Penelitian yang lain untuk anak yang mengalami hospitalisasi dan akan dilakukan operasi dengan menggunakan *audio visual* pada *smartphone* untuk *audio visual feasible* dan mudah diterima dalam menurunkan kecemasan anak sebelum dilakukan operasi (Chow et al, 2017). Penelitian ini membuktikan bahwa hal prinsip *atraumatic care* ini sejalan dengan prinsip keperawatan anak.

Secara umum hal ini dapat membuktikan bahwa prinsip keperawatan anak harus mampu memberikan dukungan kepada anak dan keluarga yang

menjalani hospitalisasi dengan berbagai tingkat kecemasan untuk memilih pendekatan terbaik dalam manajemen non farmakologis (Olsen & Weinberg, 2017). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di ruang perawatan anak, rumah sakit dr Saiful Anwar Malang didapatkan bahwa sebagian besar anak selalu menangis saat akan dilakukan tindakan keperawatan. Hal ini terjadi karena kurang optimalnya penerapan *atraumatic care* pada anak dan focus pada tindakan invasif yang diberikan. Upaya memperkecil trauma pada anak akibat intervensi medis sudah sering dilakukan namun kurang secara maksimal dan berkelanjutan.

Dalam perkembangannya, masyarakat atau standart akademik harus sejalan dengan peran perawat sehingga dalam mengembangkan praktik keperawatan selalu didasari oleh kebutuhan perkembangan anak. Perawat hendaknya harus mampu bersikap realistis, memiliki tujuan yang jelas, berespon sesuai kebutuhan anak dan mengembangkan rencana keperawatan yang bersifat komprehensif dengan mengidentifikasi serta mengintegrasikan kebutuhan anak dan sumber daya keluarga (Stuart, Keliat, & Pasaribu, 2016). Dari latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk mempelajari tentang pengaruh implementasi *atraumatic care* terhadap tingkat kecemasan anak prasekolah yang sedang dirawat di ruang anak, di rumah sakit dr Saiful Anwar Malang.

1.2 Rumusan Masalah

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh implementasi *atraumatic care* terhadap kecemasan anak prasekolah yang sedang dirawat di Ruang Anak Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi pengaruh implementasi *atraumatic care* pada anak yang sedang dirawat di Ruang Anak Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi kecemasan anak usia prasekolah yang sedang dirawat di Ruang Anak Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang pada pre dan post intervensi.
2. Mengidentifikasi kecemasan anak usia prasekolah yang sedang dirawat di Ruang Anak Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang pada pre dan post kelompok kontrol.
3. Menganalisis perbedaan implementasi *atraumatic care* terhadap kecemasan anak usia prasekolah pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang sedang dirawat di Rumah Sakit dr Saiful Anwar Malang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademis

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan wawasan mahasiswa keperawatan tentang implementasi *atraumatic care* pada anak-anak prasekolah yang dirawat di Ruang Anak Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang melalui interaksi yang terapeutik dengan keluarga.

1.4.2 Manfaat Praktisi

1. Bagi peneliti
Penelitian ini diharapkan mampu memberikan pengetahuan dalam menyusun tugas akhir dan wawasan peneliti tentang hal-hal

yang masuk dalam prinsip keperawatan *atraumatic care* pada anak usia prasekolah, dan mengenali hambatan nya.

2. Bagi responden

Menambah pengetahuan tentang cara yang efektif dalam mendampingi anak sakit, mengontrol perawatan anak, serta berperan serta aktif dalam memberi dukungan dalam proses tindakan keperawatan

3. Bagi profesi keperawatan

Perawat akan mampu meningkatkan pelayanan perawatan anak, mengembangkan rencana keperawatan yang bersifat komprehensif terutama pada aspek modifikasi lingkungan dan meminimalkan injuri atau nyeri pada anak.

4. Bagi instansi terkait

Pelayanan rumah sakit khususnya perawatan anak sebaiknya lebih memaksimalkan pelayanan keperawatan dengan prinsip *atraumatic care* sehingga mampu meminimalkan kecemasan pada anak saat hospitalisasi dan proses perawatan akan jauh lebih mudah.

5. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan mampu menjadi materi pembelajaran dan referensi bagi mahasiswa yang akan melakukan penelitian lebih lanjut terkait topik yang berhubungan dengan *atraumatic care*.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Hospitalisasi

2.1.1 Definisi Hospitalisasi

Hospitalisasi adalah bentuk *stressor* individu yang berlangsung selama individu berada di rumah sakit (Wong, 2009). Sedangkan menurut Heri (2017) hospitalisasi adalah masuknya individu ke rumah sakit sebagai pasien dengan berbagai alasan seperti pemeriksaan diagnostic, prosedur operasi, perawatan medis, pemberian obat dan menstabilkan atau pemantauan kondisi tubuh. Hospitalisasi merupakan suatu kondisi yang krisis bagi anak, karena anak berusaha beradaptasi dengan lingkungan asing dan baru yaitu rumah sakit. Kondisi ini akan menimbulkan *stressor* baik terhadap anak, maupun orang tua serta keluarga sehingga mampu menimbulkan ketakutan dan kecemasan terhadap anak.

2.1.2 Faktor-faktor yang Menimbulkan Stress Saat Anak Menjalani Hospitalisasi

1. Faktor lingkungan rumah sakit

Suasana rumah sakit, bau, suara dan wajah-wajah yang tidak familiar dapat menimbulkan kecemasan tersendiri bagi anak-anak, maupun orang tua (Norton-Westwood, 2012). Rumah Sakit dipandang sebagai suatu tempat yang menakutkan dari sudut pandang anak, maupun orang tua.

2. Faktor berpisah dengan orang yang sangat berarti

Efek yang timbul akibat terpisah dengan rumah sendiri, orang yang dicintai, berpisah dengan rutinitas harian yang biasa dilakukan (Pelander & Leino-Klipi, 2010). Hal ini akan mampu menciptakan kecemasan tersendiri bagi anak dan orang tua, bahkan saat mulai awal masuk rumah sakit.

3. Faktor kurangnya informasi

Proses hospitalisasi merupakan hal yang tidak lazim dialami oleh semua orang. Dipandang sebagai suatu hal yang rumit terutama dengan berbagai prosedur yang harus dilakukan (Gordon et al, 2010). Stressor pasien dan orang tua terjadi karena kurangnya informasi.

4. Faktor kehilangan kebebasan dan kemandirian

Rumah sakit mempunyai aturan, rutinitas dan prosedur medis yang harus dipatuhi. Prosedur medis seperti bed rest, pemasangan infus dan sebagainya akan mengganggu kebebasan dan kemandirian anak yang sedang dalam taraf perkembangan (Price & Gwin, 2005). Pelayanan perawatan kesehatan sering terkendala dengan aturan yang berlaku di unit rawat inap atau kebijakan di rumah sakit tersebut.

5. Faktor yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan

Semakin sering anak mempunyai pengalaman rawat inap sebelumnya, semakin kecil bentuk kecemasan atau malah sebaliknya (Pelander & Leino-Kilpi, 2010). Anak-anak yang sering keluar-masuk rumah sakit akan mengalami perbedaan cara memahami konsep perawatan di rumah sakit, dibanding anak-anak yang baru pertama kali dirawat di rumah sakit.

6. Faktor perilaku atau interaksi dengan petugas rumah sakit

Berkomunikasi dengan anak sangat dipengaruhi oleh usia anak, kemampuan kognitif, tingkah laku, kondisi fisik dan psikologis, tahapan penyakit dan respon pengobatan (Pena & Juan, 2011). Perawat diharapkan mempunyai sensitifitas yang tinggi dalam berkomunikasi dan berinteraksi dengan pasien anak-anak, mengingat bahwa anak-anak masih mempunyai keterbatasan dalam perkembangan kognitif, bahasa dan komunikasi.

2.1.3 Respons Anak Saat Menjalani Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu pengalaman yang mengancam dan sebuah stressor yang tentunya akan menimbulkan dampak krisis bagi anak dan keluarga. Anak belum mampu memahami mengapa dirawat, stress dengan adanya perubahan status kesehatan, lingkungan dan kebiasaan sehari-hari dan keterbatasan mekanisme koping. Anak akan memberikan reaksi saat sakit dan mengalami proses hospitalisasi.

Menurut Wong (2009) perasaan yang merupakan respon emosional seperti:

1. Cemas akibat perpisahan

Manifestasi kecemasan yang timbul terbagi menjadi 3 fase yaitu :

a. Fase protes (*phase of protest*)

Anak-anak akan protes dengan menangis, berteriak, memanggil nama orang tua mereka dan menarik perhatian, agar orang lain tau bahwa dia hanya ingin bersama orang tua mereka dan tidak ingin bersama dengan orang asing. Kebanyakan dari anak-anak akan sulit ditenangkan.

b. Fase putus asa (*phase of despair*)

Saat tangisan anak-anak berhenti akan muncul depresi pada anak-anak yang terlihat dengan perilaku anak yang kurang begitu aktif, tidak tertarik terhadap makanan dan menarik diri dari orang lain.

c. Fase menolak (*phase of denial*)

Anak mulai mampu menyesuaikan diri terhadap kehilangan, tertarik pada lingkungan sekitar, bermain dengan orang lain dan tampak membentuk hubungan baru, meskipun perilaku yang dilakukan tersebut merupakan hasil dari kepasrahan dan bukan kesenangan.

2. Kehilangan kendali

Pada tahap yang lebih lanjut, anak usia pra sekolah akan masuk ke rumah sakit dengan rasa ketakutan. Pada situasi ini anak menampilkan pribadi yang agresif, dari menggigit, mencakar, menendang, bahkan berlari ke luar ruangan. Sebagian anak ada yang menganggapnya sebagai hukuman, sehingga timbul perasaan malu, dan dipisahkan karena merasa tidak aman serta kemandiriannya terhambat (Wong, 2009). Ekspresi verbal yang terlihat adalah marah, cenderung tidak kooperatif dengan perawat, serta ketergantungan penuh dengan orang tua bila mengalami nyeri pada anggota tubuhnya. Beberapa prosedur medis akan membuat anak semakin takut, cemas dan stress.

2.1.4 Reaksi Anak Prasekolah terhadap Cedera Tubuh Dan Nyeri

Anak usia pra sekolah akan sulit membedakan antara kenyataan dan khayalan, dimana mereka percaya bahwa sakit yang mereka alami disebabkan pikiran dan tindakannya sendiri.

Reaksi terhadap nyeri cenderung sama dengan reaksi anak usia *toddler* tetapi anak prasekolah memiliki respon yang lebih baik saat diberi penjelasan dan distraksi terhadap prosedur yang diberikan. Secara umum anak akan berespon mendorong orang yang akan menjalankan prosedur akan pergi menjauh, mencoba mengamankan peralatan atau berusaha mengunci diri di tempat yang aman. Anak-anak di usia prasekolah cenderung untuk memikirkan untuk menyerang dan melarikan diri (Wong, 2009).

Ekspresi verbal anak usia pra sekolah menunjukkan kemajuan dalam berespon terhadap stress. Anak mampu “menganiaya” perawat secara verbal dengan mengatakan “pergi dari sini” atau “saya benci kamu”. Anak mampu bersikap cerdik untuk mempengaruhi orang untuk bersikap menyerah dalam melakukan prosedur, dengan meminta tidak mau disuntik, “saya akan bersikap baik, tapi jangan disuntik”. Anak pra sekolah sudah mampu menunjukkan lokasi nyeri dan mampu menggunakan skala nyeri dengan tepat (Hockenberry & Wilson, 2009).

2.1.5 Respons Keluarga Terhadap Hospitalisasi

1. Respons orang tua (Wong, 2009)

Reaksi orang tua terhadap penyakit anak sangat bergantung kepada keberagaman faktor-faktor yang mempengaruhinya antara

lain:

a. Keseriusan ancaman terhadap anak

- b. Pengalaman sebelumnya saat dirawat di rumah sakit
- c. Prosedur medis yang terlibat dalam diagnosis dan pengobatan
- d. Sistem pendukung yang ada
- e. Kekuatan ego pribadi
- f. Kemampuan koping sebelumnya
- g. Stress tambahan pada sistem keluarga
- h. Keyakinan budaya dan agama
- i. Pola komunikasi di antara anggota keluarga

2. Respons Sibling

Sibling merupakan perasaan cemburu, marah, benci, iri dan merasa bersalah. Hal tersebut dikarenakan secara tiba-tiba perhatian keluarga sedang tertuju pada saudaranya yang sakit (Nursalam, 2013). Dalam hal ini perawat dapat membantu orang tua mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan sibling antara lain :

- a. Memberikan informasi tentang kondisi penyakit saudara kandung dan sejauh mana perkembangannya
- b. Memberi kesempatan sibling untuk mengunjungi saudara yang dirawat
- c. Anjuran untuk memberikan perhatian seperti membuatkan gambar dan kartu
- d. Menelpon saudaranya yang dirawat, memberi kesempatan saudara kandung terlibat dalam perawatan saudara kandung semampunya.

3. Perubahan peran keluarga

Selain dampak perpisahan terhadap peran keluarga, kehilangan peran orang tua, *sibling* dan keturunan dapat mempengaruhi setiap anggota keluarga dengan cara yang

berbeda. Kebanyakan permasalahan akibat orang tua terlalu berfokus pada anggota keluarga yang sakit, respons *sibling* akan menyalahkan kondisi dan menginterpretasikannya sebagai bentuk perlakuan yang tidak adil (Wong, 2009).

2.1.6 Dampak Hospitalisasi

Anak-anak dapat bereaksi berbeda terhadap stress hospitalisasi sebelum mereka masuk, selama hospitalisasi dan setelah pemulangan.

Berkembangnya gangguan emosional jangka panjang merupakan dampak dari hospitalisasi. Gangguan emosional tersebut terkait dengan lama dan jumlah lama masuk rumah sakit dan jenis prosedur yang dijalani di rumah sakit (Cooke & Rudolf, 2009). Hospitalisasi berulang dan lama rawat lebih dari 4 minggu dapat berakibat gangguan di masa yang akan datang. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa anak yang di hospitalisasi dapat mengalami gangguan tidur dan makan, perilaku regresif seperti kencing di atas tempat tidur, hiperaktif, perilaku agresif, mudah tersinggung, terteror pada malam hari dan negativisme (Herliana, 2010).

2.1.7 Meminimalkan Dampak Hospitalisasi

Perawat memiliki peranan penting dalam memberikan dukungan bagi anak dan keluarga guna mengurangi respon stress anak terhadap hospitalisasi. Menurut Hockenberry dan Wilson (2014) dapat dilakukan hal-hal sebagai berikut :

1. Meminimalkan pengaruh perpisahan

Lingkungan yang akrab meningkatkan penyesuaian anak terhadap perpisahan. Pendidikan kesehatan pada orang tua biasanya

dibarengi dengan penyediaan ruang tunggu minimal untuk 1 orang.

Jika orang tua terpaksa tidak dapat ikut berperan dalam rawat gabung, maka setidaknya harus disediakan barang-barang kesukaan

anak. Diharapkan benda-benda tersebut mampu memberikan perasaan tenang pada anak-anak.

2. Meminimalkan kontrol dan otonomi

Beberapa cara yang dilakukan adalah :

a. Memelihara kontak orang tua dan anak

Dengan cara melakukan pemeriksaan fisik atau prosedur medis dengan anak tetap dalam pangkuan orang tua.

b. Mempertahankan rutinitas anak ketika hospitalisasi

Mencakup semua aktifitas rutin yang mampu dilakukan anak dan jadwal harian perawat.

c. Mendorong kemandirian

Menjadi satu hal yang sangat menguntungkan, dalam hal perawatan diri, meskipun terbatas pada usia dan kondisi fisik anak.

d. Meningkatkan pemahaman

Anak akan merasa terkendali jika mereka mengetahui apa yang terjadi, karena elemen rasa takut sudah berkurang. Pemberian informasi sangat membantu mengurangi stress dan mencegah kurangnya pemahaman.

3. Mencegah dan meminimalkan cedera fisik

Anak-anak di usia pra sekolah sebagian besar akan takut terhadap tindakan memanipulasi bagian tubuh. Pemikiran anak usia pra sekolah terhadap ketakutan adanya cedera tubuh sangat dominan (Price & Gwin, 2005). Penelitian selanjutnya menunjukkan

bahwa distraksi aktif dan pasif mempengaruhi jika anak yang terlibat permainan yang menunjukkan jika anak yang terlibat permainan menimbulkan distraksi aktif mengalami penurunan nyeri yang signifikan dalam merasakan nyeri, tertekan dan kecemasan jika dibandingkan dengan distraksi pasif (Nilson et al, 2013).

4. Mempertahankan aktivitas yang menunjang perkembangan

Memberi kesempatan anak untuk tetap berinteraksi dengan orang-orang terdekatnya, misalnya dengan orangtua, kakak atau adiknya.

5. Bermain

Merupakan *therapeutic play* yaitu terdiri dari aktivitas yang tergantung dengan kebutuhan perkembangan anak maupun lingkungan dan dapat disampaikan dalam bentuk seni ekspresi, boneka atau jenis-jenis permainan yang berorientasi pada pengobatan (Koller, 2008). Aktivitas bermain merupakan *theurapeutic play* yang paling menyenangkan bagi anak-anak.

6. Memaksimalkan manfaat hospitalisasi anak

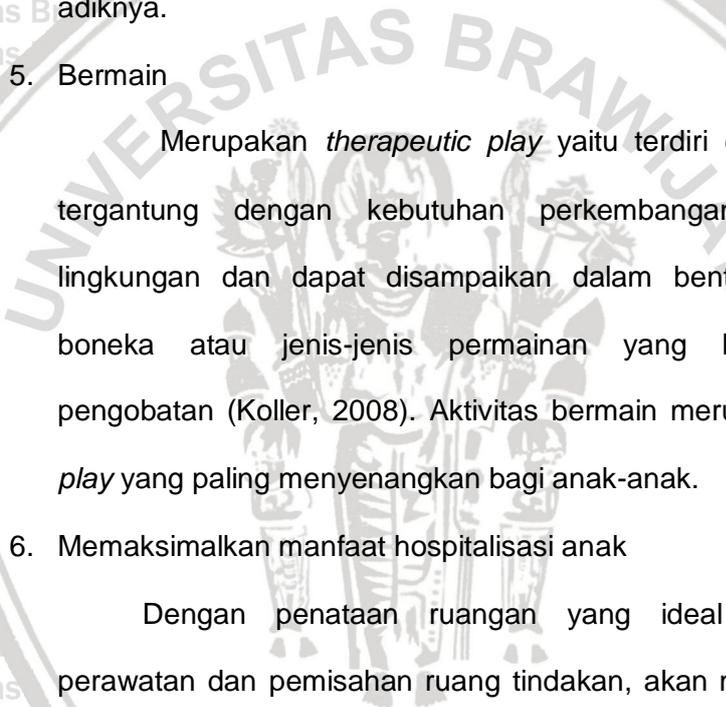
Dengan penataan ruangan yang ideal sebagai tempat perawatan dan pemisahan ruang tindakan, akan membuat anak lain tidak merasa takut terhadap prosedur tindakan. Diharapkan anak mampu meningkatkan coping strategi selama menjalani hospitalisasi

7. Dukungan anggota keluarga

Pendampingan dan support orang tua dalam proses hospitalisasi.

8. Mempersiapkan anak untuk dirawat di rumah sakit

Meminimalisasi dampak hospitalisasi melalui penanganan secara tepat, terencana dan terorganisir.



2.2 Kecemasan

2.2.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan adalah rasa takut yang tidak jelas, berhubungan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Hal ini menimbulkan suatu efek terisolasi dan perasaan tidak aman. Pengalaman kecemasan sudah mampu dirasakan pada masa bayi, dan berlanjut sepanjang hidup (Stuart, Keliat, & Pasaribu, 2016). Kecemasan dapat terlihat dalam hubungan interpersonal dan memiliki dampak terhadap kehidupan manusia, baik dampak positif maupun dampak negative. Kecemasan akan meningkat pada klien anak yang sedang dirawat di rumah sakit dengan berbagai kondisi dan situasinya (Mardaningsih, 2011). Pada anak usia prasekolah akan mempunyai kesulitan akan pemahaman mengapa mereka sakit, tidak bisa bermain, mengapa mereka terluka dan nyeri sehingga mereka harus menginap di rumah sakit.

2.2.2 Reaksi Kecemasan

Kecemasan dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku dan secara tidak langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping sebagai upaya untuk melawan kecemasan. Sifat dari respons yang ditampilkan tergantung pada tingkat kecemasannya. Dalam menggambarkan efek dari kecemasan pada respons fisiologis, tingkat kecemasan ringan sedang meningkatkan kemampuan seseorang. Sebaliknya kecemasan berat dan panik melumpuhkan kemampuan seseorang.

1. Respon fisiologis

Sistem kardiovaskuler akan memunculkan tanda palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meningkat. Respon parasimpatis

juga dapat muncul seperti rasa ingin pingsan, tekanan darah menurun dan penurunan denyut nadi. Respon tubuh akan menunjukkan tarikan nafas yang pendek dan cepat, hiperventilasi berkeringat dingin termasuk telapak tangan, kehilangan nafsu makan, mual dan muntah, nyeri perut, sering buang air kecil, nyeri kepala, tidak bisa tidur, kelemahan umum, pucat dan gangguan pencernaan.

2. Respon perilaku

Kecemasan memiliki 2 aspek yaitu kepribadian dan interpersonal. Tingginya tingkat kecemasan mempengaruhi koordinasi, gerakan involunter, dan respons serta dapat mengganggu hubungan manusia. Klien dengan kecemasan biasanya menarik diri dan mengurangi keterlibatan interpersonal.

3. Respon kognitif

Respon kognitif ditunjukkan seperti perhatian terganggu, konsentrasi memburuk, pelupa salah dalam memberikan penilaian, kreatifitas menurun, bingung, sangat waspada, kehilangan objectivitas, takut kehilangan kontrol, takut pada gambaran visual, takut cedera atau kematian.

4. Respon afektif

Respon afektif ditunjukkan seperti mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, gugup, waspada, gelisah, kecemasan dan ketakutan. Menurut Mardaningsih (2011), beberapa tanda kecemasan pada anak antara lain, anak menjadi impulsif, atau destruktif serta gugup. Diharapkan orang tua dapat mendampingi anaknya yang sedang merasa tidak nyaman dengan mendengarkan dengan simpatik, atau sekedar membicarakan rasa cemas itu sehingga mampu membantu anak mengatasi kecemasan.

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan anak

Sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan sebuah pengalaman yang mengancam serta menimbulkan berbagai respon emosional, antara lain kecemasan, ketakutan kesepian, ketidak berdayaan dan putus asa (Ramdaniati, 2011). Dalam penelitian Tsai (2007) menyatakan terdapat hubungan antara kecemasan dan karakteristik personal yang meliputi umur, jenis kelamin dan perawatan di rumah sakit sebelumnya.

1. Umur

Kecemasan pada anak yang dirawat di rumah sakit bersifat individual dan akan berbeda pada tiap usia anak. Pada penelitian Apriliwati (2011) pada 30 responden anak yang rata-rata berusia 3-6 tahun, terdapat hubungan sedang antara usia dan kecemasan responden. Semakin bertambah usia semakin tinggi tingkat kecemasan responden .

2. Jenis kelamin

Penelitian Apriliwati (2011) didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan tingkat kecemasan anak. Anak laki-laki dan perempuan tidak memiliki faktor perbedaan dalam yang mempengaruhi kecemasan.

3. Pengalaman di rumah sakit dan lama perawatan

Menurut penelitian Apriliwati (2011) pengalaman dirawat di rumah sakit tidak berpengaruh terhadap kecemasan anak yang mengalami hospitalisasi karena anak masih mempunyai pengalaman sakit sebelumnya.

2.2.4 Tingkat Kecemasan

Kecemasan disebabkan oleh beberapa faktor antara lain peristiwa traumatic, konsep diri, konflik emosional, frustrasi, gangguan fisik, pola mekanisme koping, riwayat gangguan kecemasan keluarga dan medikasi (Prabowo, 2014).

Stuart, Keliat B.A, & Pasaribu (2016) mengklasifikasikan tingkatan kecemasan menjadi beberapa tahap yaitu :

1. Kecemasan ringan

Selama tahap ini seseorang akan berperilaku waspada dan terjadi peningkatan persepsi. Kemampuan seseorang dalam melihat, mendengar dan menangkap akan lebih dari sebelumnya. Pada fase kecemasan ringan, dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

2. Kecemasan sedang

Memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan hal yang lain, sehingga pada tingkat kecemasan sedang ini seseorang kurang mampu melihat, mendengar dan menangkap. Seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.

3. Kecemasan berat

Pada kecemasan berat ditandai dengan penurunan yang signifikan pada ruang persepsinya. Seseorang cenderung akan memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berfikir tentang hal lain.

4. Panik

Panik melibatkan diorganisasi kepribadian. Dengan panik terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk

skor maksimal pada skala kecemasan SCAS ada 112. Dua puluh delapan item kecemasan tersebut memberikan ukuran keseluruhan kecemasan, selain nilai pada 6 sub skala masing-masing menekankan pada aspek tertentu dari kecemasan anak, yaitu kecemasan umum, kecemasan sosial, gangguan obsesif kompulsif, ketakutan cidera fisik dan kecemasan pemisahan (Spence, 2001). Hasil total questioner akan menjadi kriteria tingkat kecemasan anak dengan rentang skore kecemasan sebagai berikut : ringan (score < 28) sedang (score 28-56) berat (score 57-84) dan sangat berat / panik (score > 85).

2. *Tailor Manifest Anxiety Scale*

Kuesioner *Tailor Manifest Anxiety Scale* adalah instrument pengukuran kecemasan yang berisi 50 butir pertanyaan yang menggambarkan kecenderungan mengalami kecemasan yang ditandai dengan kata-kata yang sering, jarang, tidak pernah. Tinggi rendahnya kecemasan ditentukan dengan tinggi rendahnya total nilai yang diperoleh. Semakin tinggi total nilai yang diperoleh, maka semakin tinggi tingkat kecemasannya. Score dengan tingkat kecemasan ringan (< 21), skore dengan kecemasan berat (≥ 21).

3. *Screen for Child Anxiety Related Disorder* Rumah Sakit (SCARED)

Screen for Child Anxiety Related Disorder Rumah Sakit (SCARED) merupakan instrument untuk mengukur kecemasan anak yang terdiri dari 41 item. Dalam instrument ini responden (orang tua/pengasuh) diminta untuk menjelaskan bagaimana perasaan anak dalam 3 bulan terakhir. Instrument ini ditujukan pada anak 8 tahun hingga 18 tahun.

4. *The Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS)*

The Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS) digunakan untuk menilai seberapa besar tingkat keparahan kecemasan pada anak-anak dan remaja, dimulai usia 6 sampai 17 tahun. PARS memiliki 2 bagian yaitu item pemeriksaan gejala dan keparahan. Pemeriksaan gejala digunakan untuk menentukan gejala pada minggu-minggu terakhir. Sedangkan untuk tingkat keparahan terdiri dari 7 item digunakan untuk menentukan tingkat keparahan gejala dan skor total PARS. Gejala yang termasuk dalam penilaian umumnya diamati pada pasien dengan kumpulan gangguan seperti panik dan *fobia spesifik*.

2.3 Anak Prasekolah

2.3.1 Definisi Anak Prasekolah

Anak prasekolah adalah anak yang memasuki periode usia antara 3-6 tahun (Potter & Perry 2009). Pada usia Prasekolah kemampuan sosial anak mulai berkembang, peRumahan diri untuk memasuki dunia sekolah dan perkembangan konsep diri, telah dimulai pada periode ini. Pada usia ini terjadi perubahan yang signifikan untuk mempersiapkan masa untuk sekolah dengan mengombinasikan antara perkembangan biologi, psikososial, kognitif spiritual dan prestasi sosial (Hockenberry & Wilson, 2009). Anak usia prasekolah ini memiliki kesadaran tentang dirinya sebagai laki-laki atau perempuan, dapat mengatur dirinya dalam toilet training dan mengenal beberapa hal yang berbahaya dan mejncelakai dirinya (Mansur, 2011).

2.3.2 Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Prasekolah

1. Pertumbuhan dan perkembangan biologis

Pada anak usia prasekolah akan mengalami pertumbuhan dan perkembangan fisik yang melambat dan stabil. Berat badan rata-rata bertambah 2-3 kg pertahun dengan rata-rata berat badan 14,5 kg pada usia 3 tahun, 16,5 kg pada usia 4 tahun dan 18,5 kg pada usia 5 tahun. Tinggi badan tetap bertambah dengan perpanjangan tungkai dibandingkan dengan batang tubuh. Pada anak usia 3 tahun tinggi badan rata-rata adalah 95 cm dan 103 cm pada usia 4 tahun serta 110 pada usia 5 tahun (Wong, 2009). Pada perkembangan motorik anak mengalami peningkatan kekuatan dan penghalusan ketrampilan yang sudah dipelajari sebelumnya seperti berjalan, berlari dan melompat. Pada fase ini pertumbuhan tulang masih jauh dari matur sehingga anak mudah cidera (Hockenberry & Wilson, 2009).

2. Perkembangan psikososial

Masa prasekolah antara usia 3 sampai 6 tahun merupakan periode perkembangan psikososial sebagai periode inisiatif vs rasa bersalah yaitu anak mengembangkan keinginan dengan cara mengeksplorasi terhadap apa yang ada di sekelilingnya. Hasil akhir yang diperoleh adalah kemampuan menghasilkan sesuatu sebagai prestasinya, bila tidak mampu mencapai, anak akan merasa tidak puas atas perkembangan yang tidak tercapai (Supartini, 2004).

Eksplorasi pesat anak prasekolah terlihat di masa usia ini.

Pada anak usia prasekolah anak menggali dunia fisik dengan semua indra dan kekuatannya. Pada usia ini anak mengembangkan perasaan bersalahnya ketika orang tua membuat anak merasa bahwa imajinasinya dan aktivitasnya tidak dapat diterima. Akan timbul kecemasan dan ketakutan bila pemikiran dan aktivitas anak tidak sesuai harapan orang tua (Muscari, 2005). Respon menangis atau

berteriak akan muncul bila harapan tidak sesuai dengan keinginannya.

3. Perkembangan psikoseksual

Menurut Freud, perkembangan psikoseksual dideskripsikan sebagai periode falik, yaitu periode dimana saat genitalia merupakan area yang menarik dan sensitive. Anak mulai mempelajari adanya perbedaan alat kelamin (Supartini, 2004). Sedangkan konflik yang dihadapi disebut dengan konflik Odius, dimana pada masa ini anak mulai muncul perasaan cemburu dan persaingan dengan orang tua sejenis dan merasa nyaman dengan orang tua lain jenis. Masa ini akan berakhir pada akhir masa usia prasekolah dengan identifikasi kuat pada orang tua sejenis (Muscari, 2005).

4. Perkembangan kognitif

Pada anak usia prasekolah pada perkembangan kognitif mempunyai tugas yang lebih banyak dalam mempersiapkan anak mencapai kesiapan terutama pada proses berfikir (Wong, 2009).

Menurut Piaget pada anak usia prasekolah (3-6 tahun) berada pada fase peralihan antara prakonseptual dan intuitif. Pada fase pra konseptual (2-4 tahun) anak membentuk konsep yang kurang lengkap dan logis dibandingkan dengan orang dewasa. Anak membuat klasifikasi yang sederhana dengan menghubungkan satu kejadian dengan kejadian yang simultan (penalaran transduktif).

Perkembangan kognitif anak di usia ini berfokus pada orientasi pada diri sendiri, dan membuat klasifikasi yang masih relatif sederhana.

Pada fase intuitif (usia 5-7 tahun) anak menjadi mampu membuat klasifikasi, menjumlahkan, dan menghubungkan objek-objek, tetapi tidak bisa menyadari prinsip-prinsip dibalik kegiatan itu.

Anak mulai menyadari bahwa sesuatu itu benar tetapi tidak tahu alasannya. Anak belum mampu melihat dari sudut pandang orang lain. Anak menggunakan banyak kata, tetapi tidak paham arti yang sebenarnya.

5. Perkembangan moral

Menurut Piaget, pandangan anak-anak usia dibawah 6 tahun, mereka sangat kurang memahami dan kurang patuh terhadap suatu aturan. Bahkan aturan yang mereka terima tidak mampu membatasi perilaku mereka dalam cara apapun. Tetapi pada tahap ini anak akan belajar tentang standar perilaku yang yang dapat diterimanya untuk bertindak sesuai dengan standar norma yang berlaku serta merasa bersalah bila telah melanggarnya (Wong, 2009). Standar moral anak adalah apa yang ada pada orang lain, anak mengamati mereka untuk menghindari hukuman atau mendapatkan penghargaan (Muscari, 2005). Anak-anak akan mampu mengadopsi serta menginternalisasi nilai-nilai moral dari orang tuanya.

6. Perkembangan sosial

Salah satu bentuk sosialisasi anak usia pra sekolah dalam kehidupan sehari hari adalah bermain sosialisasi dengan keadaan rumah sakit atau dekat dengan anak-anak lain. Selama masa ini anak mengeksplorasi dirinya sendiri dan dunia berpusat pada dirinya sendiri.

2.4 Atraumatic Care

Atraumatic care merupakan bentuk perawatan terapeutik yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam tatanan pelayanan kesehatan anak melalui penggunaan tindakan yang dapat mengurangi distress fisik maupun distress psikologis yang dialami anak maupun orang tua.

Perawatan terapeutik dapat dilakukan melalui tindakan pencegahan, penetapan diagnostic, pengobatan dan perawatan baik pada kasus akut maupun kronis dengan intervensi mencakup pendekatan psikologis (Supartini, 2004).

Maka dapat disimpulkan bahwa pelayanan *atraumatic care* adalah suatu tindakan perawatan terapeutik yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan intervensi melalui cara mengeliminasi atau meminimalisasi stress psikologis dan fisik yang dialami oleh anak dan keluarganya dalam sistem pelayanan kesehatan.

2.4.1 Prinsip Atraumatik Care

Ada beberapa prinsip perawatan *atraumatic care* yang harus dimiliki oleh seorang perawat anak, yaitu :

1. Menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga

Untuk mencegah atau meminimalkan dampak perpisahan dapat dilakukan dengan melibatkan orang tua dituntut berperan aktif dalam perawatan anak dengan cara membolehkan mereka untuk tinggal bersama anaknya selama 24 jam (*rooming in*). Jika tidak memungkinkan untuk *rooming in*, beri kesempatan orang tua untuk melihat anak setiap saat dengan maksud mempertahankan kontak antar orang tua dan anak (Supartini, 2004).

2. Meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan anak

Dengan cara membuat jadwal kegiatan untuk prosedur terapi, latihan, bermain dan beraktivitas lain dalam perawatan untuk menghadapi perubahan kebiasaan atau kegiatan sehari-hari. Focus intervensi keperawatan pada upaya untuk mengurangi

ketergantungan dengan cara memberi kesempatan anak mengambil keputusan dan melibatkan orang tua dalam merencanakan kegiatan asuhan keperawatan (Supartini, 2004).

3. Mencegah atau mengurangi cedera (injuri) dan nyeri dampak psikologis

Proses pengurangan rasa nyeri sering tidak dapat dihilangkan namun dapat dikurangi melalui teknik farmakologi (seperti prinsip penggunaan obat 6 benar) dan teknik non farmakologi yang melibatkan psikologi anak dan orang tua (Wong, 2009). Penanganan nyeri secara non farmakologis dapat melalui distraksi. Penggunaan teknik non farmakologi diantaranya terapi music atau dengan gaded (Sartika, 2010).

4. Tidak melakukan kekerasan pada anak

Kekerasan pada anak akan menimbulkan gangguan psikologis yang sangat berarti dalam kehidupan anak. Apabila itu terjadi pada saat anak dalam proses tumbuh kembang maka kemungkinan pencapaian kematangan akan terhambat, dengan demikian tindakan kekerasan pada anak sangat tidak dianjurkan, karena akan memperberat kondisi anak (Hidayat, 2005).

5. Modifikasi lingkungan fisik

Stressor fisik dan psikis meliputi prosedur yang menyakitkan seperti suntikan, kegelisahan, ketidakberdayaan, tidur yang tidak nyaman, pengekangan, suara bising, bau tidak sedap dan lingkungan kotor. Stressor ini akan mengahibatkan ketidaknyamanan baik yang dirasakan anak atau orang tua. Oleh karena itu, pentingnya modifikasi lingkungan untuk menjaga kenyamanan pengguna fasilitas di rumah sakit (Wong, 2009).

2.4.2 Prosedur Yang Berhubungan Dengan Mempertahankan Keamanan

Prosedur yang berhubungan dengan mempertahankan keamanan menurut (Wong 2009) yaitu :

1. Memastikan bahwa tindakan penjagaan keamanan lingkungan sudah dilakukan misalnya : kebiasaan merokok, pencahayaan baik dan lantai tidak licin.
2. Tempat tidur pasien ambulasi dikunci pada ketinggian yang memungkinkan akses mudah ke lantai.
3. Memberi tempat bagi anak yang dapat memanjat di atas sisi tempat tidur yang dirancang khusus yang bagian atasnya ditutupi dengan pengaman.
4. Memberi keamanan mainan yang dibawa ke rumah sakit dengan orang tua dan menentukan apakah mainan tersebut sesuai dengan kondisi anak.
5. Menjaga selalu anak yang berada di boks atau tempat tidur yang pagarnya tidak terpasang dengan mempertahankan kontak mata dengan punggung dan abdomen agar anak tidak terguling, merangkak atau melompat dari boks atau tempat yang ada.

2.5 Konsep Peran Perawat

2.5.1 Pengertian Peran

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan dari masyarakat sesuai dengan kedudukannya di masyarakat. Peran perawat adalah seperangkat tingkah laku yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan profesinya. Peran perawat dipengaruhi oleh keadaan sosial dan bersifat tetap (Kusnanto, 2004).

Peran perawat adalah tingkah laku perawat yang diharapkan oleh orang lain untuk berproses dalam sistem sebagai pemberi asuhan, pembela pasien, pendidik, coordinator, kolaborator, konsultan dan pembaharu (Ali, 2002).

2.5.2 Peran Perawat

Peran dalam melakukan perawatan diantaranya :

1. *Care giver* atau pemberi asuhan keperawatan

Perawat memberikan asuhan keperawatan professional kepada pasien meliputi pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi hingga evaluasi. Selain itu perawat melakukan observasi yang continue terhadap kondisi pasien, melakukan pendidikan kesehatan, memberikan informasi yang terkait dengan kebutuhan pasien sehingga masalah pasien dapat teratasi (Susanto, 2012).

2. *Client advocate* atau advocator

Perawat sebagai advocator berfungsi sebagai perantara antara pasien dengan tenaga kesehatan lain. Perawat membantu pasien dalam memahami informasi yang didapatkan, membantu pasien dalam mengambil keputusan terkait tindakan medis yang akan dilakukan serta memfasilitasi pasien dan keluarga serta masyarakat dalam upaya peningkatan kesehatan yang optimal (Kusnanto, 2004).

3. *Client educator* atau pendidik

Perawat sebagai pendidik menjalankan perannya dalam memberikan pengetahuan, informasi dan pelatihan ketrampilan kepada pasien, keluarga pasien maupun anggota masyarakat dalam

upaya pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan (Susanto, 2012). Perawat sebagai pendidik berperan untuk mendidik dan mengajarkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat serta tenaga kesehatan yang lain sesuai dengan tanggung jawabnya. Perawat sebagai pendidik berupaya untuk memberikan pendidikan atau penyuluhan kesehatan kepada klien dengan evaluasi yang dapat meningkatkan pembelajaran (Wong, 2009).

4. *Change agent* atau agen pengubah

Perawat sebagai agen pengubah berfungsi membuat perubahan atau inovasi terhadap hal-hal yang dapat mendukung tercapainya kesehatan yang optimal. Perawat mengubah cara pandang dan pola pikir pasien, keluarga maupun masyarakat untuk mengatasi masalah sehingga hidup yang sehat dapat tercapai (Susanto, 2012).

5. Peneliti

Perawat sebagai peneliti yaitu perawat melaksanakan tugas untuk menemukan masalah, menerapkan konsep dan teori, mengembangkan penelitian yang pernah ada sehingga penelitian yang dilakukan dapat memberikan manfaat untuk peningkatan mutu asuhan dan pelayanan keperawatan (Susanto, 2012). Perawat sebagai peneliti diharapkan mampu memanfaatkan hasil penelitian untuk memajukan profesi keperawatan (Sudarma, 2008).

6. Konsultan

Perawat sebagai tempat untuk konsultasi bagi pasien keluarga dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami klien. Peran ini dilakukan perawat sesuai dengan permintaan klien (Kusnanto, 2004).

7. *Kollaborator* atau kolaborasi

Peran perawat sebagai kolaborator yaitu perawat bekerja sama dengan anggota tim kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan klien (Susanto, 2012).

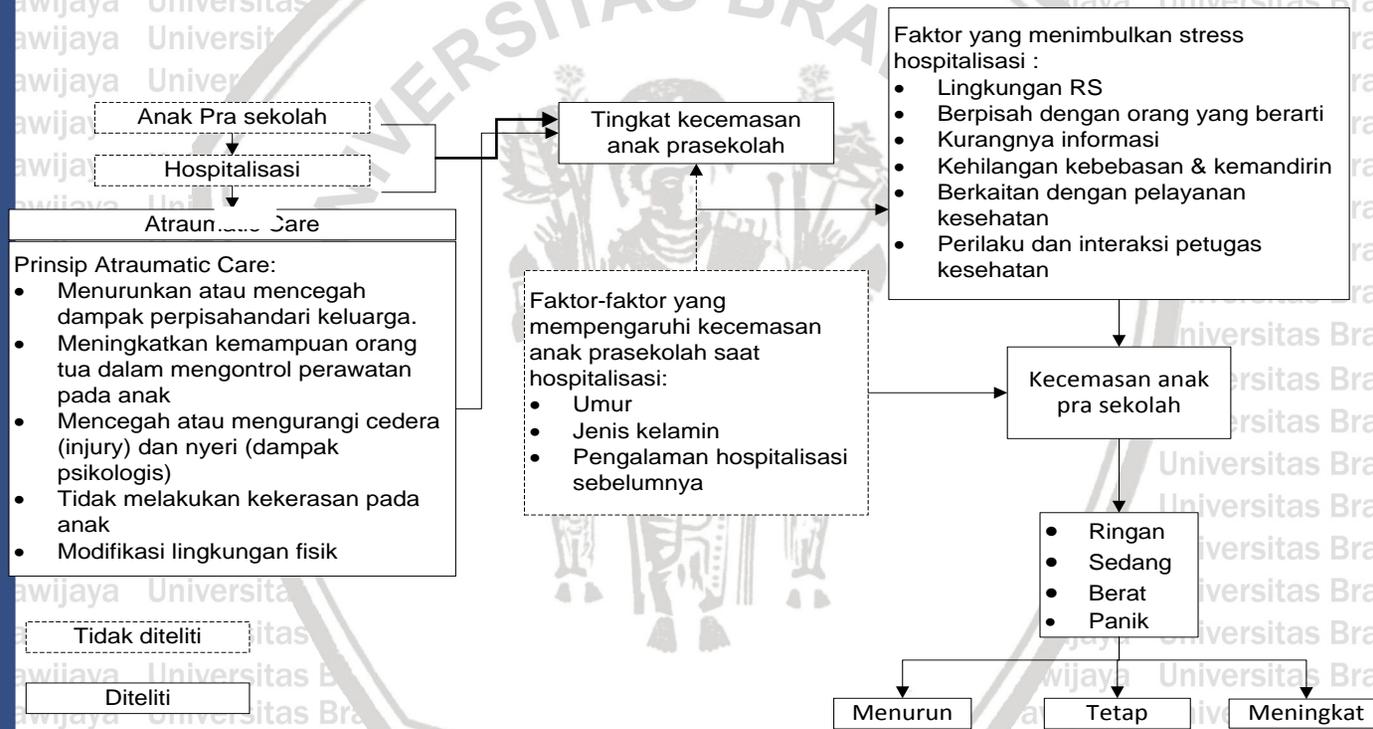
2.5.3 Peran Perawat dalam Implementasi *Atraumatic Care*

Perawat anak memberikan pelayanan keperawatan yang berperan dalam membina hubungan terapeutik sehingga kualitas pelayanan keperawatan dapat ditingkatkan. Semakin baik penerapan *atraumatic care* maka semakin kecil risiko kecemasan yang dialami anak saat hospitalisasi.

Dalam penelitian Sunaldi (2016), implementasi perawatan *atraumatic care* yang dilakukan oleh perawat di ruang rawat inap anak mempunyai hubungan signifikan dengan penurunan tingkat kecemasan anak saat melakukan injeksi intravena pada anak usia *toddler*. Penelitian yang lain untuk anak yang mengalami hospitalisasi diperoleh hasil bahwa dilakukan operasi dengan menggunakan *audio visual* pada *smartphone* untuk *audio visual feasible* akan dapat menurunkan kecemasan anak sebelum dilakukan operasi (Chow et al, 2017). Asuhan keperawatan yang tepat bagi anak yang menjalani hospitalisasi akan membantu anak beradaptasi dengan lingkungannya dan kondisi kesehatannya sehingga proses hospitalisasi dapat berjalan baik dan meminimalkan kecemasan pada anak.

BAB III
KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Bagan 1 Konsep Pengaruh Implementasi *Atraumatic Care* Terhadap Kecemasan Anak Pra Sekolah

Anak pra sekolah yang sedang mengalami hospitalisasi akan mengalami stress dimana hal tersebut dipengaruhi oleh faktor lingkungan rumah sakit, perpisahan dengan orang yang sangat berarti, kurangnya informasi, kehilangan kebebasan dan kemandirian, juga dipengaruhi oleh pelayanan kesehatan diantaranya adalah faktor perilaku dan interaksi dengan petugas rumah sakit. Faktor yang mempengaruhi kecemasan yang terjadi pada usia prasekolah ini di pengaruhi oleh umur, jenis kelamin dan pengalaman hospitalisasi sebelumnya. Tingkat kecemasan yang timbul dari hospitalisasi ini akan berbeda antara anak satu dengan anak yang lainnya yaitu meliputi tingkat ringan, sedang, berat bahkan panik.

Atraumatic care merupakan suatu teori yang dapat diimplementasikan petugas kesehatan utamanya perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada anak-anak usia prasekolah yang berfokus pada pencegahan/menurunkan dampak perpisahan keluarga, meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan anak, mencegah atau mengurangi cedera (*injury*) dan nyeri (dampak psikologis), tidak melakukan kekerasan pada anak, dan memodifikasi lingkungan fisik.

3.2 Hipotesis Penelitian

Pada penelitian ini terdapat hipotesis yang dapat diambil yaitu ada pengaruh implementasi *atraumatic care* dengan penurunan kecemasan anak prasekolah pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi pada saat dirawat di Ruang Anak Rumah

Sakit Dr. Saiful Anwar Malang.

BAB IV METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah metode yang digunakan peneliti untuk menentukan arah penelitian berdasarkan tujuan dan hipotesis. Pada penelitian ini desain yang digunakan adalah *quasi eksperiment* dengan *metode pre dan post test control design*. Rancangan ini berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok kontrol di samping kelompok eksperimental (Nursalam, 2015).

Dalam rancangan penelitian ini, dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok pertama adalah kelompok eksperimental diberi intervensi terkait prinsip *atraumatic care*, sedangkan pada kelompok kontrol mengikuti sistem standar keperawatan yang diterapkan di ruangan anak tanpa ada intervensi khusus *atraumatic care*. Gambaran umum desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

$$O1 - O2 = X$$

Keterangan :

O1 : Pengukuran tingkat kecemasan pada anak akibat hospitalisasi di ruang perawatan (dengan intervensi).

O2 : Pengukuran tingkat kecemasan pada anak akibat hospitalisasi di ruang perawatan anak (tanpa intervensi).

O1 - O2 = X : Perbedaan tingkat kecemasan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Teknik pengambilan sampling yaitu dengan purposive sampling yaitu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (Nursalam, 2015). Kriteria tertentu yang dimaksud peneliti diantaranya yaitu anak usia prasekolah (3-6 tahun) yang sedang dirawat di Ruang Anak Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang. Penelitian ini mempelajari perbedaan kecemasan anak pra sekolah yang sedang menjalani hospitalisasi yang diberikan intervensi *atraumatic care* dibandingkan dengan anak prasekolah yang menjalani hospitalisasi tetapi yang tidak dilakukan intervensi *atraumatic care*. Setelah kedua kelompok tersebut melakukan pre test dan post test, dan akan dibandingkan atau diuji perbedaannya. Perbedaan yang signifikan akan menunjukkan pengaruh dari intervensi yang diberikan.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah berdasarkan rata-rata jumlah pasien anak prasekolah (usia 3-6 tahun) yang menjalani rawat inap di Ruang Anak Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang per bulan, yaitu sebesar 21 pasien anak (berdasarkan data jumlah pasien anak dalam 2 bulan terakhir yaitu Februari-Maret 2019).

4.2.2 Sampel Penelitian

Sample adalah kelompok individu yang merupakan unit yang paling kecil dan bagian dari populasi. Peneliti melakukan pengumpulan data dan melakukan pengukuran langsung pada sample (Darma, 2011). Sampel dalam penelitian ini adalah anak prasekolah (usia 3 sampai 6 tahun) yang sedang

menjalani rawat inap di Ruang Anak Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang dan memenuhi kriteria inklusi ataupun kriteria eksklusi yang ditetapkan oleh peneliti.

Menurut Dharma (2011) besar sample dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan rumus 2 kelompok independent berdasarkan jenis data numerik :

$$n = \frac{2\delta^2(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan:

n = besar sampel

Z α = tingkat kepercayaan yang ditetapkan 5% (Z α = 1,96)

Z β = kekuatan uji 90% (Z β = 1.282)

Sd = simpangan baku dari selisih rerata

d = selisih rerata pada 2 kelompok yang bermakna

Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Roohafza et,all (2009)

didapatkan bahwa standar deviasi tingkat kecemasan adalah 0,72, selisih rerata sebelum dan sesudah intervensi yang dianggap bermakna dalam sebuah penelitian adalah 0,86 dengan tingkat kepercayaan $\alpha = 0,05$ (Z $\alpha = 1,96$) dan kekuatan uji 90% (Z $\beta = 1,282$).

Sehingga diperoleh perkiraan jumlah sample dalam penelitian ini adalah :

$$n = \frac{2 \times 0,72^2 (1,96 + 1,282)^2}{(0,86)^2} = 14,71$$

n = 15 anak

Maka besar sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah 15 anak. Jadi total sample

minimal pada kelompok kontrol dan intervensi adalah 30 responden. Ada 15 responden untuk masing-masing kelompok, sehingga total jumlah responden adalah 30 anak.

4.3 Teknik Pengambilan Sample

Metode sampling yang digunakan pada penelitian ini adalah *purposive sampling*, dimana responden yang diambil adalah yang memenuhi kriteria yaitu pasien anak yang berumur 3-6 tahun yang sedang dirawat di Ruang Anak Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang dalam rentang waktu Oktober sampai November 2019.

4.4 Kriteria sample penelitian

4.4.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Anak usia prasekolah yang sedang menjalani perawatan rawat inap di ruang anak di Ruang Anak Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang.
2. Bersedia menjadi responden dan menandatangani *informed consent*, dalam hal ini diwakili oleh orang tua
3. Anak usia prasekolah yang minimal sudah menjalani 1 hari masa perawatan.

4.4.2 Kriteria eksklusi

1. Anak usia prasekolah yang sedang dirawat di Ruang Anak Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang tetapi tidak bersedia menjadi responden.
2. Anak usia prasekolah yang masih menjalani tahap pemantauan intensif.
3. Anak yang dirawat lebih dari 1x dalam rentang waktu 1 tahun.

4.5 Jumlah Sample

Jumlah sample yang digunakan adalah seluruh jumlah populasi yaitu sebanyak 15 responden pada tiap kelompok.

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.6.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Anak Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang.

4.6.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian yang diperlukan untuk pelaksanaan penelitian ini adalah bulan Oktober sampai November 2019. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 2-26 November 2019.

4.7 Variabel Penelitian

4.7.1 Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah implementasi *atraumatic care*.

4.7.2 Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kecemasan anak prasekolah yang sedang dirawat di Ruang Anak Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang.

4.8 Definisi Operasional

Tabel 4.8.1 Definisi operasional variabel

No	Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
1.	Independen: implementasi <i>atraumatic care</i>	Meminimalisasi stres psikologi dan fisik yang dialami oleh anak dan keluarganya selama anak dirawat di Ruang Anak Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang.	a. Menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga b. Meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak c. Mencegah atau mengurangi cedera (injury) dan nyeri (dampak psikologis) d. Tidak melakukan kekerasan pada anak e. Modifikasi lingkungan fisik	SOP	Ordinal	a. dilakukan sesuai prinsip <i>atraumatic care</i> . b. tidak dilakukan sesuai prinsip <i>atraumatic care</i>

No	Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Hasil ukur
2.	Variabel terikat: Kecemasan anak prasekolah	Kecemasan adalah suatu kekhawatiran yang tidak jelas yang dirasakan oleh anak, yang berhubungan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya serta tidak memiliki obyek yang spesifik yang dirasakan anak selama menjalani perawatan di rumah sakit dan menunjukkan perilaku yang dapat dilihat oleh orang tua atau orang terdekat yang menjaga anak selama dirawat di Rumah Sakit. Anak Prasekolah adalah anak yang memasuki periode usia 3-6 tahun (Potter, & Perry 2009).	a. Respon Fisiologis b. Respon Perilaku c. Respon Kognitif d. Respon Afektif	Kuesioner <i>Spance Children Anxiety Scale</i> (SCAS) yang telah dimodifikasi	Interval	a. Skor 20-44 = kecemasan ringan b. Skor 45-59 = kecemasan sedang c. Skor 60-74 = kecemasan berat d. Skor 75-80 = panik

4.9 Prosedur dan Alur Penelitian

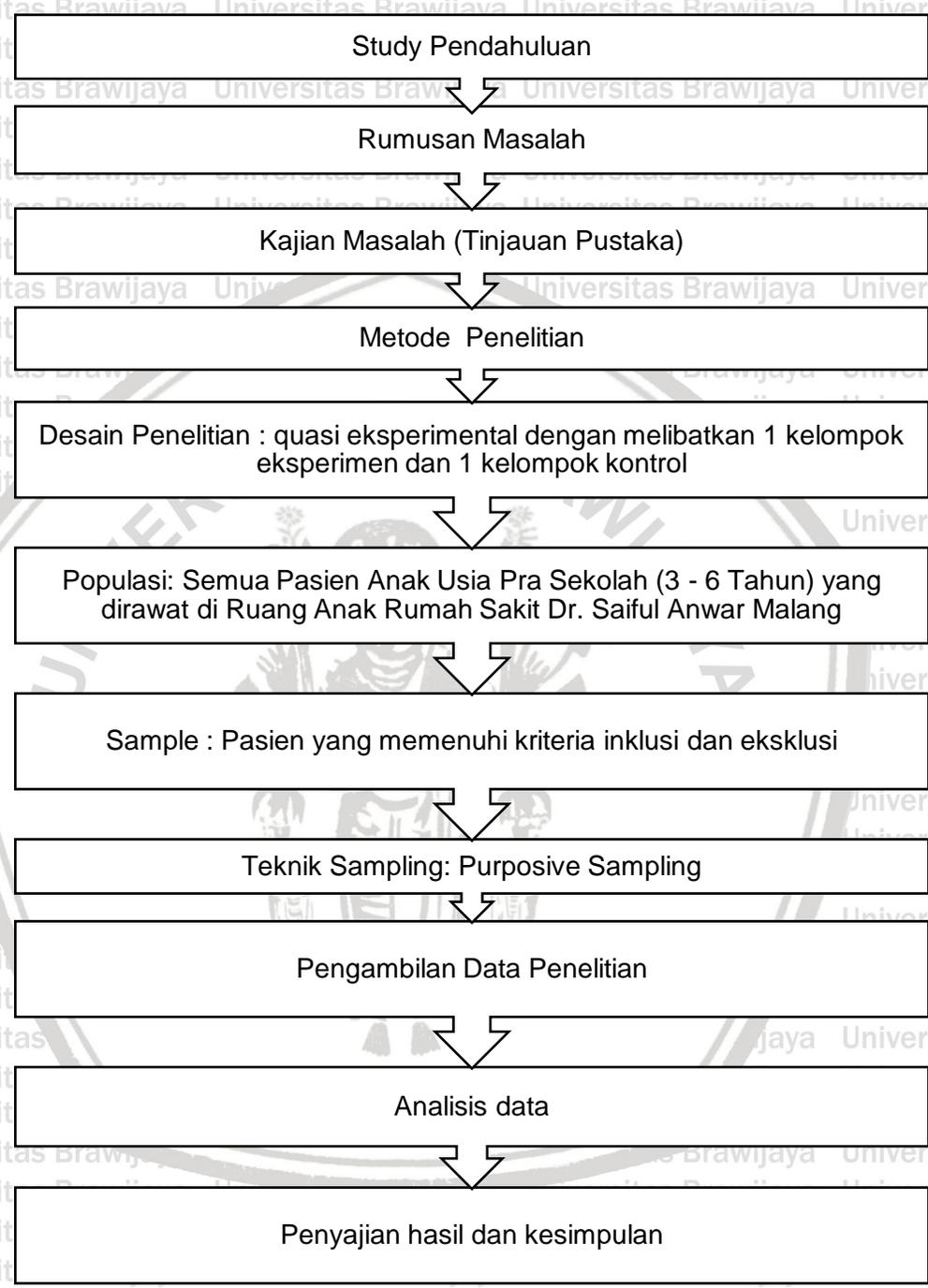
4.9.1 Prosedur Penelitian

Peneliti mengumpulkan data pasien anak usia prasekolah yang sedang menjalani rawat inap di Ruang Anak Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang. Berikut langkah-langkah yang dilakukan oleh peneliti dalam melakukan pengumpulan data:

1. Peneliti melakukan studi pendahuluan dan meminta ijin kepada direktur Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang untuk melakukan pengambilan data penelitian di tempat tersebut.
2. Peneliti menyusun proposal penelitian
3. Peneliti mengajukan proposal penelitian ke *ethical clearance* komisi etik Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang.
4. Setelah peneliti mendapatkan ijin, dan dinyatakan lulus pengujian etik peneliti dan dan pihak Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang berkoordinasi untuk menentukan kontrak waktu dilaksanakannya penelitian.
5. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan ke Kepala Ruang Anak Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang untuk melakukan pengambilan data.
6. Saat pengambilan data, peneliti menjelaskan tujuan, manfaat dan prosedur penelitian, kemudian subyek yang diwakili oleh orang tua, menandatangani *informed consent*.
7. Peneliti melakukan pengambilan data dan mengucapkan terimakasih di akhir pengambilan data.
8. Pengambilan data dibantu oleh asisten peneliti yang telah mendapatkan penjelasan tentang proses pengambilan data. Asisten peneliti dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Perawat Ruang Anak Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang
 - b. Pengalaman kerja minimal 5 tahun
 - c. Menguasai asuhan keperawatan anak
9. Pengambilan data dilakukan pada pasien anak yang sedang menjalani perawatan dengan melibatkan kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Masing-masing kelompok berjumlah 15 peserta. Pada kelompok intervensi diawali dengan pre tes setelah pemberian perlakuan diadakan pengukuran kembali, sedangkan pada kelompok kontrol hanya dilakukan pre tes.
10. Pengisian kuesioner diisi sendiri oleh orang tua responden dengan pengawasan dari peneliti. Peneliti akan menjelaskan ulang tentang cara pengisian kuesioner. Alokasi waktu yang dibutuhkan dalam mengumpulkan 1 responden adalah 20 menit.
11. Hasil pengukuran, dikumpulkan dan dilakukan analisa data.

4.9.2 Alur Penelitian



4.10 Analisis Data

4.10.1 Analisis Univariat

Dilakukan untuk menjelaskan karakteristik tiap variabel penelitian.

Analisa ini akan menunjukkan prosentase atau proporsi dari tiap variabel.

Ukuran variasi maksimal (heterogen) jika proporsi antar katagorik sama.

Analisa univariat untuk data usia, lama hari perawatan, tingkat kecemasan anak akibat hospitalisasi baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi menggunakan nilai mean dan standart deviasi.

4.10.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mencari tahu hubungan dua variabel.

Sebelum analisis bivariat dilakukan, dilakukan uji normalitas dan uji homogenitas untuk melihat kesetaraan dan distribusi data kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pada variabel kecemasan anak, apabila data berdistribusi normal dan homogen, maka digunakan uji Mann Withney karena pada uji normalitas data didapatkan tidak homogen.

Tabel 4.10.1 : Analisis Bivariat Variabel penelitian Pengaruh implementasi atraumatic care terhadap tingkat kecemasan anak prasekolah yang sedang dirawat di Ruang Anak Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang

a. Analisis uji homogenitas karakteristik responden

No.	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Jenis analisis
1.	Usia	Usia	<i>Pearson Corelation</i>
2.	Jenis Kelamin	Jenis Kelamin	<i>Independent t-test</i>
3.	Pengalaman dirawat sebelumnya	Pengalaman dirawat sebelumnya	<i>Independent t-test</i>

b. Analisis bivariat variabel dependen

No.	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Jenis analisis
1.	Kecemasan	Kecemasan	<i>Mann Withney test</i>

4.11 Bahan dan instrument penelitian

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner *Spance Children Anxiety Scale (SCAS)* yang sudah dimodifikasi. Kuesioner diisi oleh orang tua anak, baik ayah atau ibu yang benar-benar memahami kondisi anak. Kuesioner terdiri dari 21 pertanyaan yang sesuai dengan kondisi yang ada di rumah sakit. Kuesioner pre test dibagikan dan diisi oleh orang tua pada hari ke 2 pada kelompok kontrol dan intervensi serta pada hari saat akan keluar rumah sakit pada post tes.

4.12 Uji Validitas dan Uji Reabilitas

Kuesioner yang telah dibuat belum berarti kuesioner itu dapat dapat langsung digunakan untuk mengumpulkan data. Kuesioner tersebut perlu diuji validitas dan reliabilitas untuk dapat digunakan. Responden untuk uji validitas dan reliabilitas ini sebaiknya memiliki ciri-ciri responden dari tempat dimana penelitian akan dilakukan (Notoatmojo, 2012).

4.12.1 Uji Validitas

Validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip kehandalan instrument dalam mengumpulkan data. Instrumen harus dapat mengukur apa yang seharusnya diukur (Nursalam, 2014). Uji validitas konstruk pada kuesioner kecemasan *Spance Anxiety Score* telah dilakukan oleh Spence, Rapee, Donald dan Ingram (2001) dengan hasil nilai $r = 0,68$ dan $r =$

0,59. Dalam penelitian Rini (2012) modifikasi kuesioner kecemasan SCAS sudah dilakukan uji validitas dengan menggunakan *Pearson Product Moment* untuk membandingkan setiap skor item pertanyaan dengan skor total. Nilai korelasi baik apabila nilai $r_{uji} > r_{tabel}$ sehingga item pertanyaan tersebut dianggap valid.

4.12.2 Uji Realibilitas

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2014). Tujuannya adalah untuk mengetahui konsistensi instrument dalam penelitian (Dharma, 2011). Uji reliabilitas untuk alat ukur tingkat kecemasan anak pada usia prasekolah dilakukan oleh Spence, Barrett dan Turner (2003) dengan nilai koefisien alpha sebesar 0,9 sampai 0,92. Hal ini menunjukkan bahwa instrument kecemasan Spence Anxiety Score (SCAS) memenuhi kriteria reliabilitas karena memiliki nilai koefisien alpha $> 0,8$. Dalam penelitian Rini (2012) modifikasi kuesioner SCAS sudah dilakukan uji reliabilitas dengan *Cronbrach Alpha* untuk melihat konsistensi internal diantara item pertanyaan. Hasil uji dikatakan reliabel bila nilai koefisien alpha $> 0,6$ (Ghozali, 2002).

4.13 Teknik Pengolahan data

4.13.1 Editing

Setelah responden diberikan kuesioner dan mengisinya, peneliti memeriksa kembali kuesioner. Jika terdapat item kuesioner yang belum terisi, peneliti meminta kembali responden untuk melengkapinya. Jika ada yang terlewat maka dapat dimasukkan dalam data "*missing*".

4.13.2 Coding

Dalam penelitian ini pemberian kode terdiri dari:

1. Variabel tingkat kecemasan dengan instrumen berupa kuesioner memiliki 4 kategori yaitu:
 - a. Skor 20-44 = diberi kode 1 = kecemasan ringan
 - b. Skor 45-59 = diberi kode 2 = kecemasan sedang
 - c. Skor 60-74 = diberi kode 3 = kecemasan berat
 - d. Skor 75-84 = diberi kode 4 = kecemasan panik
2. Variabel implementasi *Atraumatic care* dengan instrumen berupa SOP (check list)
 - a. Kode 1 untuk kelompok control (tanpa perlakuan)
 - b. Kode 2 untuk kelompok intervensi (perlakuan)

4.13.3 Tabulating

Proses ini dilakukan setelah editing dan coding dilakukan. Setelah semua data terkumpul maka data ditabulasi dan dikumpulkan sesuai dengan variable (Arikunto, 2006)

4.13.4 Entry

Data yang telah di coding dimasukkan sesuai dengan tabel SPSS (*Statistical Program for Social Science*).

4.13.5 Cleaning

Kesalahan mungkin terjadi pada saat memasukan data ke computer. Hasil dari pembetulan data didapatkan bahwa tidak ada kesalahan sehingga seluruh data dapat digunakan.

4.14 Etika penelitian

Etika penelitian menunjukkan prinsip-prinsip etis yang diterapkan dalam suatu penelitian yang dimulai dari proposal penelitian sampai dengan publikasi hasil penelitian, sehingga bagi peneliti dapat memegang teguh prinsip dari penelitian. Penelitian diawali dengan mengajukan permohonan ijin kepada pihak RSU dr Saiful Anwar Malang untuk mendapatkan surat keterangan penelitian yang sebelumnya harus lulus *Ethical Clearance* yang memenuhi aspek penelitian sebagai berikut :

4.14.1 *Respect for Person (Autonomy, Informed Consent, Anonymity)*

1. *Autonomy*

Autonomy adalah hak untuk memutuskan apakah bersedia menjadi responden dan boleh bersedia menjadi responden saat pengumpulan data, tanpa ada sanksi apapun. Peneliti akan terlebih dahulu menjelaskan tentang mekanisme dan hak kepada responden. Setelah mengerti responden akan menandatangani *informed consent*.

2. *Informed consent*

Responden mendapat informasi selengkap-lengkapnyanya mengenai tujuan dan manfaat penelitian, kemudian responden diberi lembar persetujuan subjek (*informed consent*) untuk ditandatangani.

3. *Anonymity*

Dalam data karakteristik demografi, tidak akan dicantumkan data responden pada lembar questioner untuk menjaga kerahasiaan responden.

4.14.2 *Beneficence*

Suatu penelitian menekankan manfaat secara nyata lebih besar dibandingkan dengan resiko yang mungkin akan dialami oleh subyek penelitian. Penelitian ini memberikan manfaat bagi subyek yaitu dapat mengetahui bahwa intervensi *atraumatic care* dapat menurunkan tingkat kecemasan pada anak-anak, terutama pada anak usia pra sekolah

4.14.3 *Non Maleficence*

Selama dalam penelitian tidak merugikan dimana peneliti meminimalisir tindakan yang merugikan dan memperburuk kondisi pasien.

4.14.4 *Right to Justice*

Prinsip justice atau keadilan dilakukan dalam 2 cara yaitu hak untuk diperlakukan dengan adil dalam penelitian dan hak untuk mendapatkan privacy. Pada penelitian ini subyek diperlakukan secara adil sejak sebelum, selama hingga sesudah keikut sertaannya dalam penelitian. Penelitian ini diselenggarakan tanpa adanya diskriminasi terutama bagi subyek yang tidak bersedia diambil datanya karena suatu alasan.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

Pada bab ini akan menjelaskan hasil penelitian dan analisis data mengenai “Pengaruh implementasi *atraumatik care* terhadap kecemasan anak prasekolah di Ruang Anak RSUD dr Saiful Anwar Malang. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 06-20 November 2019 di Ruang Anak RSUD dr Saiful Anwar Malang.

Penelitian ini melibatkan 30 responden yang terdiri dari 15 responden intervensi dan 15 responden sebagai kontrol.

Hasil penelitian ini menyajikan data karakteristik umum yang memuat tentang data distribusi frekuensi berdasarkan usia, jenis kelamin, dan pengalaman dirawat di rumah sakit sebelumnya. Sedangkan analisis data akan menyajikan data khusus terkait tentang implementasi *atraumatic care* terhadap tingkat kecemasan pasien.

5.1. Hasil Penelitian

5.1.1. Data Umum

Berdasarkan hasil kuesioner pada 30 responden pasien anak usia prasekolah yang menjalani hospitalisasi di Ruang anak RSUD dr Saiful Anwar Malang, didapatkan data umum berupa umur, jenis kelamin, dan pengalaman di rawat di RS sebelumnya.

Tabel 5.1.1 Karakteristik Responden berdasarkan Umur pasien

Umur	Kelompok Intervensi n (%)	Kelompok Kontrol n (%)
3-4	5 (33,3 %)	4 (26,6 %)
4-5	6 (40 %)	4 (26,6 %)
5-6	4 (26,7 %)	7 (46,7 %)
TOTAL	15 (100 %)	15 (100 %)

Berdasarkan tabel distribusi, pada kelompok kontrol responden terbanyak dengan usia 5-6 tahun sebanyak 7 orang (46,7%) usia 3-4 tahun sebanyak 4 orang (26,6 %), usia 4-5 tahun sebanyak 4 orang (26,6 %) sedangkan pada kelompok intervensi, paling banyak pada usia 4-5 tahun sebanyak 6 orang (40%) usia 3-4 tahun sebanyak 5 orang dan usia 5-6 tahun sebanyak 4 orang (26,7%).

Tabel 5.1.2 Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Kelompok Intervensi (%)	Kelompok Kontrol (%)
Laki-laki	9 (60 %)	7 (46,7 %)
Perempuan	6 (40 %)	8 (53,3 %)
Total	15 (100%)	15 (100%)

Berdasarkan tabel distribusi, pada kelompok kontrol responden dengan sebagian besar perempuan 8 (53,3%), dan laki-laki berjumlah 7 (46,7%) sedangkan pada kelompok intervensi sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki sejumlah 9 (60%) dan perempuan sejumlah 6 (40%).

Tabel 5.1.3 Karakteristik Responden berdasarkan pengalaman di rawat di RS sebelumnya

Pengalaman dirawat di RS sebelumnya	Kelompok Intervensi (%)	Kelompok Kontrol (%)
Pernah dirawat di RS	3 (20 %)	4 (26,7%)
Tidak pernah dirawat di RS	12 (80 %)	11 (73,3%)
Total	15 (100%)	15 (100%)

Berdasarkan tabel distribusi, didominasi oleh responden yang belum punya pengalaman dirawat di rumah sakit sebelumnya. Pada kelompok kontrol, responden dengan pengalaman dirawat di RS sebelumnya sejumlah 4 (26,7%), dan tidak pernah dirawat sebelumnya sejumlah 11 (73,3%) sedangkan pada kelompok intervensi responden yang pernah dirawat di RS sejumlah 3 (20%) dan yang tidak pernah dirawat di RS sejumlah 12 (80%).

5.1.2. Data Responden berdasarkan skor kecemasan

Tabel 5.1.4 Kelompok Intervensi

Skor Kecemasan	Pre Test N (%)	Post Test N (%)
Ringan	4 (26,7%)	11 (73,3 %)
Sedang	8 (53,3%)	3 (20%)
Berat	3 (20 %)	1 (6,7%)
Total	15 (100%)	15 (100%)

Pada data kelompok intervensi pada kecemasan anak prasekolah menunjukkan bahwa pada pre test sebagian besar anak mengalami kecemasan sedang yaitu 8 orang anak (53,3%) sedangkan pada post test sebagian besar anak mengalami penurunan skor kecemasan, yang ditandai dengan 11 dari 15 anak mengalami kecemasan ringan (73,3%).

Tabel 5.1.5 Kelompok Kontrol

Skor Kecemasan	Pre Test N (%)	Post Test N (%)
Ringan	6 (40%)	13 (86 %)
Sedang	8 (53,3%)	2 (13,3 %)
Berat	1 (6,7%)	0
Total	15 (100%)	15 (100%)

Pada data kelompok kontrol pada kecemasan anak prasekolah menunjukkan bahwa pada pre test sebagian besar anak mengalami kecemasan sedang yaitu 8 orang anak (53,3 %) sedangkan pada post test sebagian besar anak mengalami penurunan skor kecemasan, yang ditandai dengan 13 dari 15 anak mengalami kecemasan ringan (86 %).

5.2. Data hasil penelitian

5.2.1. Analisis Data

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui analisis antar dua kelompok yaitu pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi pada tingkat kecemasan anak prasekolah, maka dari itu harus dilakukan uji normalitas. Pada penelitian ini, dilakukan uji normalitas dengan menggunakan *Kolmogorov Sminorv test*. Bila nilai $p > \alpha$ ($=0,05$) maka asumsi normalitas terpenuhi dan sebaiknya dilakukan *uji t independent*. Akan tetapi jika nilai $p < \alpha$ ($= 0,05$) akan menunjukkan bahwa asumsi normalitas tidak terpenuhi, maka uji yang digunakan adalah *Mann Whitney*. Sebaliknya, jika data sudah memenuhi uji normalitas, maka untuk mengetahui perbedaan pre test dan post test akan dilakukan *uji t paired (dependent)*.

Tabel 5.2.1 Uji normalitas antara kelompok intervensi dan kontrol

Uji normalitas	Keterangan	Kelompok	n	α	Nilai p	Keterangan
Kolmogorov Sminorv test	Pre test	Intervensi	30		.552	Ho diterima
Kolmogorov Sminorv test	Post test	Kontrol	30		.154	Ho diterima

Hasil uji normalitas data pada tingkat kecemasan anak prasekolah pada *pre test dan post test* menunjukkan asumsi normalitas terpenuhi nilai signifikan $> 0,05$ ($5\%=\alpha$) maka hal ini menunjukkan bahwa distribusi data normal.

5.2.2. Uji beda antara kecemasan anak pada pre dan post pada kelompok kontrol dan intervensi

Pada uji normalitas data pada tabel 5.2.1 pada kelompok kontrol dan intervensi menggunakan uji Kolmogorov-Sminorv test yang hasil uji pada kelompok tersebut memiliki nilai signifikansi $>$ dari 0,05 sehingga disimpulkan bahwa data yang didapat merupakan sebaran normal, maka dilakukan uji T.

Tabel 5.2.2 Uji T kelompok Kontrol

Kelompok	Mean	N	Std. Deviation	Std.Error
Pre	45.53	15	8.49	2.19
Post	39.86	15	11.64	3.00

Hasil analisis uji T pada tingkat kecemasan anak prasekolah kelompok kontrol menunjukkan bahwa nilai rata-rata *pre test* lebih besar daripada nilai rata-rata *post test*. Ini menunjukkan penurunan kecemasan pada saat *pre test* dibandingkan pada saat *post test*.



Tabel 5.2.3 Uji T kelompok Intervensi

Kelompok	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error
Pre	43.80	15	11.59	2.99
Post	30.06	15	15.30	3.95

Hasil analisis uji T pada tingkat kecemasan anak prasekolah pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa nilai pre test lebih besar daripada nilai rata-rata post test. Ini menunjukkan penurunan kecemasan pada saat pre test dibandingkan pada saat post test.

Tabel 5.2.4 Uji beda pada kelompok kontrol dan intervensi

Kelompok	Mean	Std. Deviation	Std. Error mean	Interval diff. lower	Interval diff. Upper	T	Df	Sig.(2 Tailed)
Kontrol (pre-post)	5.66	7.29	1.88	1.62	9.70	3.00	14	.009
Intervensi (pre-post)	13.73	10.07	2.60	8.15	19.31	5.28	14	.000

Dari hasil uji T menyatakan bahwa tingkat kecemasan anak prasekolah pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, baik pada pretest maupun post test memiliki nilai signifikansi > 0,05. Hasil tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan tingkat kecemasan antara pre test dan post test baik pada kelompok kontrol atau kelompok intervensi.

Tabel 5.2.5 Uji beda dengan Man Whitney test pada kelompok post test

Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Rank	Asymp.Sig.(2-tailed)
Intervensi	15	13.20	198.00	.152
Kontrol	15	17.80	267.00	

Hasil pengujian dengan *Mann Whitney* menyatakan bahwa pada kelompok intervensi dan kontrol tingkat kecemasan anak prasekolah tidak bermakna secara statistic ditunjukkan dengan nilai signifikansi 0,152 sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada tingkat kecemasan anak prasekolah yang menjalani hospitalisasi di ruang anak RS dr. Saiful Anwar Malang.



BAB VI

PEMBAHASAN

6.1. Interpretasi dan Diskusi hasil

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh implementasi *atraumatic care* terhadap tingkat kecemasan anak prasekolah pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Implementasi *atraumatic care* bertujuan untuk memberikan perawatan teurapeutik yang diberikan tenaga kesehatan melalui intervensi melalui cara mengeliminasi atau meminimalkan stress psikologis dan fisik yang dialami oleh anak dan keluarganya. Dalam penelitian ini dianalisis juga hubungan karakteristik anak yang meliputi usia, jenis kelamin dan pengalaman dirawat di rumah sakit.

Kecemasan merupakan kekuatan yang besar dalam menggerakkan tingkah laku. Tingkah laku ini dapat berupa tingkah laku yang normal maupun tingkah laku yang menyimpang, atau yang terganggu keduanya, atau bisa juga terganggu keduanya. Hal ini terlihat dari pernyataan, penampilan, penjelmaan dari pertahanan diri terhadap kecemasan itu (Gunarsa, 2012).

Pada penelitian ini kecemasan anak dibandingkan pada kelompok intervensi yaitu kelompok yang dilakukan intervensi sesuai prinsip-prinsip *atraumatic care*.

Pada penelitian ini, hal yang amati oleh peneliti yaitu bahwa bermain dapat mendistraksi anak dari stressor kecemasannya dan membantu meningkatkan pendekatan komunikasi teurapetik dan hubungan personal perawat dengan responden anak. Pada saat proses penelitian, peneliti datang bersama dengan perawat yang bertugas dan mengajak bermain

dengan beberapa responden. Terlihat bahwa responden terlihat antusias dan kooperatif dengan perawat. Peneliti mengamati bahwa dalam ini, ketakutan anak pada perawat yang biasanya dialami pada anak yang menjalani hospitalisasi tidak akan terjadi jika prinsip atraumatic care diterapkan oleh perawat di ruang anak khususnya. Ini terbukti karena sebagian besar anak-anak menunjukkan respon positif dengan kedatangan perawat pada hari ke 3 dan selanjutnya di ruang perawatan.

6.2. Karakteristik Responden

Pada karakteristik anak menjelaskan tentang usia, jenis kelamin dan pengalaman di rawat di rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata usia pada kelompok intervensi adalah 4,2 tahun sedangkan pada kelompok kontrol 4,6 tahun. Tahap perkembangan pada rentang usia 4-5 tahun, anak-anak sudah mulai memasuki masa prasekolah dimana mereka sudah bisa belajar tentang bersosialisasi, belajar tentang konsep berbagi dan belajar bersikap baik pada teman atau orang dewasa. Anak sudah mampu menyampaikan pendapat, mendeskripsikan obyek yang dilihat, hingga menceritakan aktivitas yang dilakukan. Tetapi sebaliknya mereka mempunyai pola berfikir yang egosentris dimana anak akan berfokus pada diri sendiri sehingga sulit memperhatikan lingkungan sekitar.

Saat hospitalisasi anak akan menghadapi lingkungan baru dan rutinitas baru, sehingga sering mereka berimajinasi tentang hal yang tidak realistik terhadap setiap kejadian yang terjadi di rumah sakit, sehingga reaksi anak akan ditafsirkan dengan kurang tepat. Hal ini merupakan hal yang sering terjadi di rumah sakit sebagai respon dari efek hospitalisasi.

Kecemasan pada anak usia ini, akan berdampak pada tingkat kooperatif anak terhadap pengobatan dan perawatan yang diberikan (Hurlock, 2011).

Pada penelitian ini, hal tersebut dialami anak-anak pada 24 jam pertama masuk. Saat hari kedua peneliti melakukan pre test sebagian besar anak-anak tidak terlalu menunjukkan ekspresi ketakutan saat perawat datang. Hal ini menunjukkan bahwa strategi teurapetik yang dilakukan perawat mulai saat pasien datang, tidak hanya merupakan usaha untuk menurunkan kecemasan anak, tetapi juga sebuah strategi peningkatan kerjasama terhadap tindakan keperawatan pada anak.

Perkembangan pada kelompok prasekolah mempunyai pola berfikir menggeneralisasi kejadian yang spesifik. Tetapi kenyataannya perkembangan imajinatif anak yang dicapai pada kelompok prasekolah tidak sebanding dengan realita (Hochenberry & Wilson, 2009). Dalam hal ini hendaknya perawat tetap memperhatikan tahap perkembangan anak sehingga memungkinkan peningkatan keberhasilan intervensi dalam membantu mengurangi kecemasan anak.

Pada karakteristik jenis kelamin pada anak didapatkan pada kelompok intervensi didominasi pada laki-laki 9 (60%) dan responden perempuan 6 (40%) mendominasi pada kelompok kontrol. Disebutkan dalam penelitian sebelumnya bahwa anak perempuan lebih cenderung emosional dalam mengekspresikan kecemasan, sedangkan anak laki-laki cenderung menunjukkan perilaku yang agresif (Small, Melnyk & Arcoleo, 2009).

Pengalaman dirawat sebelumnya akan menjadikan dasar pengalaman anak untuk mempersepsikan perawatan berikutnya. Pada penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa anak yang sebelumnya

dilakukan perawatan di rumah sakit mempunyai perilaku agresif yang lebih dibandingkan dengan anak yang belum pernah dirawat sebelumnya (Youngblut & Brooten, 1999). Anak perempuan lebih cemas dari anak laki-laki karena anak perempuan lebih sensitive dan mendapat stressor lebih intensif daripada anak laki-laki yang lebih eksploratif. Hasil penelitian tidak mampu menjelaskan keterlibatan pada lamanya dirawat namun hasil penelitian berdasarkan observasi dan anamnesa dengan orang tua, sebagian besar anak-anak menunjukkan kecemasan pada hari pertama dirawat.

6.3. Implementasi *Atraumatic Care*

Implementasi *atraumatic care* pada penelitian ini didasari pada kerjasama orang tua dan perawat untuk melibatkan keluarga untuk aktif dalam asuhan keperawatan anak selama hospitalisasi. Anggota keluarga dalam satu rumah merupakan harapan dari *support system* dimana semakin banyak jumlah anggota keluarga dalam satu rumah akan memudahkan adanya pennggu di sisi pasien dan orang tua lebih terfocus pada masalah anak yang dilakukan perawatan di rumah sakit. Anak dan orang tua pada umumnya selalu ingin bersama, terutama anak yang berusia di bawah 6 tahun (Robert, 2010). Jadi, jika ayah dan ibu selalu diijinkan untuk menemani anak di rumah sakit, dukungan kepada anak akan tetap didapatkan (Shields & MRC Public Health Fellow, 2001). Pada penelitian ini, sebagian besar anak, di damping oleh orang tua.

6.4. Kecemasan anak pada saat proses hospitalisasi

6.4.1. Kecemasan anak pada kelompok intervensi

Pada hasil pengukuran kecemasan anak prasekolah pada kelompok intervensi terlihat bahwa kecemasan anak usia prasekolah berdasarkan kategorinya, didapatkan 8 orang anak mengalami kecemasan sedang, 4 orang anak mengalami kecemasan ringan dan 3 orang mengalami kecemasan berat di awal perawatan di rumah sakit. Pada hasil post test yaitu pada saat pasien pulang, tingkat kecemasan anak menjadi berkurang yaitu 11 anak dengan kecemasan ringan, 3 anak dengan kecemasan sedang dan 1 anak dengan kecemasan berat. Berdasarkan hasil analisis uji T pada tingkat kecemasan anak prasekolah pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa nilai pre test lebih tinggi dari post test, artinya kecemasan anak sangat tinggi diawal pasien datang, tetapi setelah dilakukan intervensi kecemasan anak menunjukkan penurunan yang signifikan.

Intervensi yang diberikan pada kelompok antara lain meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol anak, dengan cara menjelaskan jadwal kegiatan untuk prosedur terapi pengobatan, dan mengurangi ketergantungan dengan memberi kesempatan pada orang tua untuk merencanakan kegiatan asuhan keperawatan. Hal ini dilakukan peneliti saat memberikan obat injeksi dan oral, anak diberi kesempatan untuk bermain 5-10 menit, diajak bercerita sebelum kemudian perawat memberikan obatnya.

Orang tua mendampingi anak dan diijinkan membawakan serta mainan dan benda yang disukai, sesuai kondisi yang dialami. Orang tua diberi

penjelasan khusus tentang apa yang harus dilakukan orang tua dalam mendampingi perawatan anak di rumah sakit.

Pada kelompok intervensi ini, menurut orang tua anak kecemasan anak sering muncul ketika perawat datang menghampiri anak terutama diawal intervensi. Persepsi anak merupakan penilaian sederhana anak untuk perawat. Persepsi anak tentang perawat sering negatif, karena dengan identitas perawat selalu dipersepsikan dengan akan selalu melakukan tindakan yang menyakitkan (Velotis, 2005). Anak usia 4-5 tahun sering merasa takut dengan tindakan yang dilakukan perawat yang berhubungan dengan nyeri (Salmela, Aronen & Salanterä, 2010). Pada penelitian ini, peneliti ikut bersama dengan petugas ruangan dalam pemberian obat injeksi dan oral, anak diberi kesempatan untuk bermain 5-10 menit, diajak bercerita sebelum kemudian perawat memberikan obatnya. Orang tua mendampingi anak dan diijinkan membawakan serta mainan dan benda yang disukai, sesuai kondisi yang dialami. Orang tua diberi penjelasan khusus tentang apa yang harus dilakukan orang tua dalam mendampingi perawatan anak di rumah sakit. Dari hal yang dilakukan peneliti tersebut, sebagian besar pasien anak yang menjadi responden kooperatif pada hari ke 3 dan ke 4.

6.4.2. Kecemasan anak pada kelompok kontrol

Pada hasil pengukuran kecemasan anak prasekolah pada kelompok kontrol terlihat bahwa pada pre test kecemasan anak usia prasekolah berdasarkan kategorinya didapatkan 8 orang anak mengalami kecemasan sedang, 6 orang mengalami kecemasan ringan dan 1 orang mengalami

kecemasan berat. Responden yang mengalami kecemasan berat ditunjukkan dengan wajah anak yang terlihat tegang saat perawat datang, menangis tanpa sebab dan sering memukul-mukul orang tua saat perawat atau petugas lain datang untuk memberikan obat atau akan membicarakan prosedur tindakan. Berdasarkan hasil analisis uji T pada tingkat kecemasan anak prasekolah pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa nilai pre test lebih tinggi dari post test, artinya kecemasan anak sangat tinggi di awal pasien datang, tetapi setelah dilakukan intervensi kecemasan anak menunjukkan penurunan kecemasan yang signifikan.

Pada kelompok kontrol perawatan yang dilakukan mengikuti perawatan standart yang biasa dilakukan oleh tim perawat di ruang anak. Penilaian pretest dilakukan di hari kedua pasien masuk sedangkan untuk *post test* dilakukan pada hari pasien akan pulang. Penilaian *post test* sebagian besar dilakukan di ruang bermain anak. Kegiatan bermain pada anak, dapat mengalihkan rasa sakit pada permainan dan relaksasi melalui kesenangan melakukan permainan (Evism, 2012). Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa kegiatan bermain berpengaruh pada kecemasan anak yang sedang menjalani hospitalisasi (Patel, 2014). Anak dengan dukungan sosial tinggi akan dapat mengurangi cemas yang dialami sebab mereka akan tahu bahwa ada seseorang yang akan dapat membantu mereka. Anak-anak dengan dukungan tinggi dapat memiliki penghargaan diri yang lebih tinggi yang membuat mereka tidak mudah terserang cemas. Adanya dukungan keluarga sangat diperlukan agar lebih

mudah bekerja sama untuk dilakukan tindakan keperawatan (Wibowo, 2011).

6.5. Pengaruh Implementasi *Atraumatic Care* dengan kecemasan anak prasekolah pada kelompok kontrol dan intervensi

Hasil pengujian dengan *Mann Whitney* menyatakan bahwa pada kelompok intervensi dan kontrol tingkat kecemasan anak prasekolah tidak bermakna secara statistic ditunjukkan dengan nilai signifikansi 0,152 sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada tingkat kecemasan anak prasekolah yang menjalani hospitalisasi di ruang anak RS dr. Saiful Anwar Malang.

Stressor utama dari hospitalisasi dan reaksi anak prasekolah yaitu cemas akibat perpisahan, kehilangan kendali serta cedera tubuh serta adanya nyeri. Pada anak usia prasekolah anak dapat mentolerir perpisahan singkat dengan orang tua anak dan cenderung membangun rasa percaya pada orang dewasa lain yang bermakna untuknya (Wong, 2019). Sistem pendukung yang didapatkan anak akan mempengaruhi pola terhadap kecemasan anak selama dirawat di RS. Anak akan mencari dukungan yang ada dari orang lain untuk melepaskan tekanan dari penyakit yang dideritanya. Anak akan selalu meminta dukungan pada orang yang didekatnya. Dalam penelitian ini sebagian besar anak-anak (80%) didampingi oleh ibu. Ini membuktikan bahwa peran ibu dalam mengasuh anak mampu memberikan rasa nyaman pada anak yang sedang dirawat di rumah sakit.

Intervensi keperawatan yang memperhatikan kebutuhan pasien dan keluarga percaya dengan tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada

pasien dan keluarga serta pasien dan keluarga serta pasien mampu bekerjasama dengan perawat untuk mengatasi masalah keperawatan pada anak. Kepercayaan dan kerjasama ini akan menjadikan peningkatan kualitas asuhan keperawatan sehingga meningkatkan kepuasan pelayanan keperawatan.

6.6. Keterbatasan Penelitian

1. Dalam penelitian ini tidak cukup mendapatkan responden dengan tingkat kecemasan sedang-berat, sehingga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak tampak perbedaan yang signifikan.
2. Penelitian ini mengkaji karakteristik anak berdasarkan umur, jenis kelamin, dan pengalaman dirawat di RS sehingga dimungkinkan ada faktor-faktor lain yang mempengaruhi kecemasan anak yang belum sempat terkaji.
3. Peneliti bukan tim dari ruang perawat anak, sehingga peneliti tidak mendapatkan data tentang kecemasan pasien selama 24 jam dan mengandalkan asisten yang merupakan perawat di ruangan tersebut.

6.7. Implikasi Keperawatan

1. Berdasarkan penelitian diatas, maka perlu adanya upaya terus-menerus dari ruang anak dan rumah sakit untuk memberlakukan kebijakan untuk implementasi atraumatic care serta sesekali memberikan *reward* terhadap perawat yang konsisten bisa melaksanakan dengan baik.
2. Perlu adanya peningkatan dukungan dari rumah sakit untuk menyiapkan ruangan khusus bermain yang lebih luas dan terbuka sehingga perawat dapat sering terlibat dalam mendampingi anak, sehingga akan mengurangi

dampak hospitalisasi, mengembangkan kreatifitas anak, dan anak mampu beradaptasi secara efektif terhadap stress. Diharapkan hal ini dapat masuk dalam program unggulan rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan anak, melalui penerapan standart asuhan keperawatan anak.

3. Perlu adanya kesadaran perawat tentang pentingnya memperhatikan prinsip-prinsip yang terkait *atraumatic care*, sejak awal pasien datang di rumah sakit sehingga hal ini mampu menurunkan kecemasan anak-anak di rumah sakit.

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



BAB VII PENUTUP

7.1. Kesimpulan

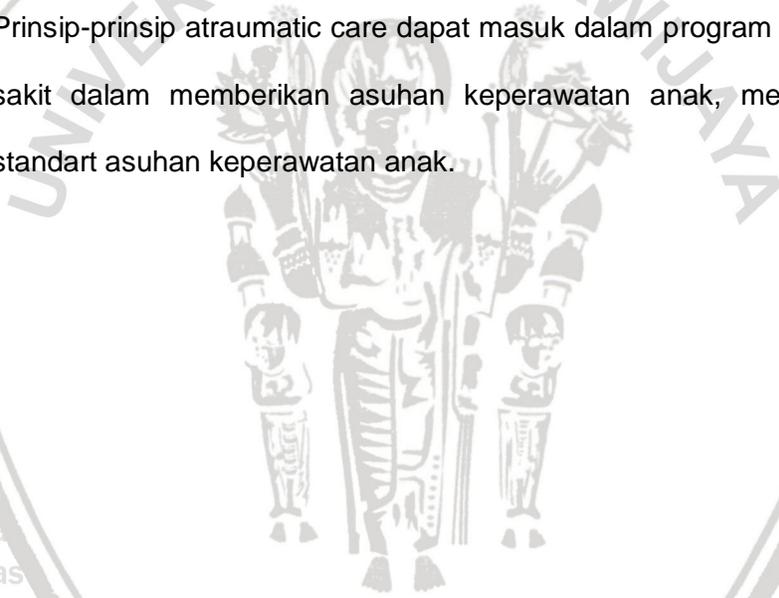
Kesimpulan yang didapat dari penelitian “Pengaruh Implementasi *Atraumatic Care* terhadap kecemasan anak prasekolah di ruang anak rumah sakit dr. Saiful Anwar Malang ini adalah :

1. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, yang dilakukan uji pre test dan post test menunjukkan bahwa skor kecemasan pada anak-anak pada kelompok pre test lebih besar dari kelompok post test, artinya selama dilakukan perawatan pada kedua kelompok ini sama-sama menunjukkan hasil yang signifikan, sehingga menunjukkan tidak menunjukkan adanya pengaruh implementasi *atraumatic care* terhadap kecemasan anak prasekolah di Ruang Anak RSUD dr Saiful Anwar Malang.
2. Pada penelitian ini, faktor yang ikut berperan dalam menurunkan kecemasan anak adalah petugas ruangan yang terlibat dalam pelayanan anak-anak di ruang anak yang sigap dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai standar pelayanan. Faktor lain yang berpengaruh dalam menurunkan kecemasan anak-anak yaitu kehadiran anggota keluarga disamping mereka, dan kehadiran anak-anak lain yang ada di ruangan tersebut sehingga anak-anak dengan mudah berinteraksi dengan anak-anak lain yang ada di ruangan tersebut.

7.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, beberapa saran yang dapat menjadi bahan pertimbangan dan masukan untuk penelitian adalah :

1. Untuk penelitian selanjutnya, perlu jumlah sample yang lebih besar dan sesuai dengan kriteria responden yang seimbang untuk memperoleh data yang lebih valid
2. Pada penelitian selanjutnya, perlu ada penelitian terkait kecemasan anak prasekolah dalam hospitalisasi sehingga dimungkinkan ada faktor-faktor lain yang mempengaruhi kecemasan anak yang belum sempat terkaji.
3. Prinsip-prinsip atraumatic care dapat masuk dalam program unggulan rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan anak, melalui penerapan standart asuhan keperawatan anak.



DAFTAR PUSTAKA

Wong DL, Hockenberry M.,Wilson D, Winkestein, M.L, & Schwartz (2009), *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik* Ed.6 (Vol.1), Penerbit buku Kedokteran EGC

Hockenberry M.J, & Wilson.D (2013), *Wong,s Essentials of pediatric nursing*, St.Louis : Mosby Elseiver

Nursalam (2013), *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika

Spence, S.H. Rappee, R, Mc Donald, C & Ingram.M (2001). *The structure of anxiety symptoms among preschoolers. Behaviour research and teraphy*, 39, 1293-1316

Spence, SH, Barrett, P.M & Turner C.M (2002). *Psikometric Properties of the Spence Children anxiety scale with young adolescent, Anxiety Disorders*, 17,605-625

Wilson, M. Megel, ME, Enenbach, L & Carlson, K.N (2010). *The voices of Children : Stories about hospitalization. J. Pediatric Health Care Qual*, 27 (1), 35-42

Stuart, Keliat B.A, & Pasaribu,(2013) *Prinsip dan praktik Kesehatan Jiwa Stuart*, [http:// sea.manthan.info](http://sea.manthan.info), Elsevier

L.Huff et all,2009 Atraumatic Care : *Emla cream and Application of Heat to Facilitate Pheripheral Venous Cannulation in Children*, <http://www.scribd.com/129915463/> Atraumatic Care -Emla-Cream.

Mardaningsih, Siska (2011) Skripsi, *Hubungan antara dukungan Keluarga dengan kecemasan pada anak Usia Toddler yang sedang dirawat di IRNA RSUD Dr. Subandi Kabupaten Jember*, PSIK Jember

Ilmiasih,R, (2012) Skripsi , *Pengaruh Seragam Perawat : Rompi bergambar terhadap Kecemasan Anak Prasekolah akibat Hospitalisasi*,PMIK,FIK,Universitas Indonesia.

Youngblut, J.M & Brooten, D (1999). *History of hospitalization and preschool child behavior Nurs Resp*, 48(1), 29-34

Darma,KK (2011) *Metodologi penelitian keperawatan: Panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian . Jakarta : Trans Info Media*

Ramdaniati, Sri, 2011 *Analisis Determinan Kejadian Takut pada Anak pra sekolah dan sekolah yang mengalami Hospitalisasi di Ruang Rawat Anak RSUD Blut*

dr. Slamet Garut. Tesis. Depok : Fakultas Ilmu Keperawatan Program Magister Keperawatan Universitas Indonesia.

Utami, Resti, 2012, *Hubungan Penerapan Atraumatic Care dengan tingkat kepuasan orang tua anak selama proses hospitalisasi di Ruang Anak Rumah Sakit Daerah Balung, Jember*. Skripsi. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Apriliawati, Anita, 2011. *Pengaruh Biblioterapi terhadap Tingkat kecemasan Anak Usia Sekolah yang menjalani hospitalisasi di Rumah Sakit Islam Jakarta*. Tesis. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Program Magister Keperawatan Universitas Indonesia.

Tsai, C. 2007. *The effect of animal assisted therapy on children's stress during hospitalization*. Doctoral Disstertasi of Phylosopy. University of Marylan, School of Nursing

