



**HUBUNGAN PENERAPAN *ATRAUMATIC CARE* DENGAN
KECEMASAN ANAK PRASEKOLAH SAAT PROSES
HOSPITALISASI DI RSU dr. H. KOESNADI
KABUPATEN BONDOWOSO**

SKRIPSI

Oleh
Debbi Mustika Rini
NIM 092310101065

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2013**



**HUBUNGAN PENERAPAN *ATRAUMATIC CARE* DENGAN
KECEMASAN ANAK PRASEKOLAH SAAT PROSES
HOSPITALISASI DI RSUD dr. H. KOESNADI
KABUPATEN BONDOWOSO**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk
menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan
mencapai gelar Sarjana Keperawatan

Oleh
Debbi Mustika Rini
NIM 092310101065

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2013**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Allah SWT yang senantiasa memberikan petunjuk dan ridho-Nya;
2. Ayahanda Hari, Ibunda Indah, dan Aak Arief tercinta yang selalu memberikan dukungan, doa, dan kasih sayang selama ini;
3. Segenap guru TK Pertiwi Kalisat, SDN Kepatihan III Jember, SMPN 1 Jember, SMAN 4 Jember, yang telah memberikan ilmu dan membimbing dengan penuh kesabaran;
4. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

MOTO

Maka dengan rahmat Allah-lah kamu dapat berlaku lemah-lembut dan kasih sayang pada mereka. Dan jikalau kamu berkasar dan berkeras hati niscaya mereka akan menjauhkan diri darimu.^{*)}
(Ali Imran: 159).

Sebaik-baik manusia ialah orang yang memberi manfaat pada manusia (termasuk meratakan kasih sayang). Sebaik-baik manusia ialah mereka yang paling baik akhlaknya (kasih sayang kepada orang lain).
(Riwayat At Tabrani).

Berbaktilah kepada kedua ibu bapak kamu, maka akan berbakti anak-anak kamu kepada kamu (termasuk memberi kasih sayang).
(Riwayat Al Hakim).

Betapa ringan langkah kita jika diawali doa dan senyuman karena itu menggambarkan ketulusan hati yang kuat dalam menghadapi banyak hal..^{**)}

*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: PT Kumudasmoro Grafindo.

**) Teguh, M. 2009. *Life Changer Menjadi Pengubah Hidup*. Jakarta: Mario Teguh Publishing House.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Debbi Mustika Rini

NIM : 092310101065

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Hubungan Penerapan *Atraumatic Care* dengan Kecemasan Anak Prasekolah Saat Proses Hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari ini tidak benar.

Jember, 26 September 2013

Yang menyatakan

(Debbi Mustika Rini)

NIM 092310101065

SKRIPSI

HUBUNGAN PENERAPAN *ATRAUMATIC CARE* DENGAN KECEMASAN ANAK PRASEKOLAH SAAT PROSES HOSPITALISASI DI RSUD dr. H. KOESNADI KABUPATEN BONDOWOSO

Oleh :

Debbi Mustika Rini
NIM 092310101065

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Ratna Sari H., M. Kep
Dosen Pembimbing Anggota : Iis Rahmawati, S. Kp., M. Kes

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul "Hubungan Penerapan *Atraumatic Care* dengan Kecemasan Anak Prasekolah Saat Proses Hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso" telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

hari : Kamis

tanggal : 26 September 2013

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Tim Penguji
Ketua,



Ns. Nur Widayati, MN
NIP 19810610 200604 2 001

Anggota I,



Ns. Ratna Sari H., M. Kep
NIP 19810811 201012 2 002

Anggota II,



Iis Rahmawati, S. Kp., M. Kes
NIP 19750911 200501 2 001

Mengesahkan
Ketua Program Studi,



dr. Sujono Kardis, Sp. KJ
NIP 19490610 198203 1 001

Hubungan Penerapan *Atraumatic Care* dengan Kecemasan Anak Prasekolah Saat Proses Hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso (*The Relationship between the Application of Atraumatic Care and Preschool Children Anxiety during Hospitalization in dr. H. Koesnadi Hospital of Bondowoso Regency*)

Debbi Mustika Rini

Nursing Study Program University of Jember

ABSTRACT

Hospitalization can cause anxiety in preschool children. Children anxiety may be effected by health care workers, new environment, and accompanying family during hospitalization. atraumatic care service aims to minimize anxiety in children or parents during hospitalization. The general aim of this research is to determine the relationship between the applications of atraumatic care with preschool children anxiety during the hospitalization in dr. H. Koesnadi Hospital in Bondowoso Regency. The research type is observational analytic with a cross sectional approach. Judgmental sampling technique was used and the total of sample got are 20 respondents. The experiment was conducted in the Melati pavilion of dr . H. Koesnadi Hospital in Bondowoso Regency. The data analysis used the Spearman-rank correlation test with P value test results of 0.003 (α 0.05), and r -0634. The statistical analysis result shows that there is a relationship between the application of atraumatic care with preschool children anxiety during hospitalization in dr. H. Koesnadi Hospital in Bondowoso Regency and when better atraumatic care is given, thus the smaller the risk of anxiety experienced by preschool children during hospitalization. Increased atraumatic care services needs to be carried out to reduce anxiety in preschool children during hospitalization.

Keywords: *atraumatic care, anxiety, hospitalization*

RINGKASAN

Hubungan Penerapan *Atraumatic Care* dengan Kecemasan Anak Prasekolah Saat Proses Hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso:
Debbi Mustika Rini, 092310101065; 2013; 88 halaman, Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Hospitalisasi merupakan suatu keadaan krisis pada anak, saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit. Keadaan ini terjadi karena anak berusaha untuk beradaptasi dengan lingkungan baru yaitu rumah sakit, sehingga kondisi tersebut menjadi faktor stresor bagi anak baik terhadap anak maupun orang tua dan keluarga yang dapat menimbulkan kecemasan (Wong, 2009). Anak prasekolah menggambarkan bahwa hospitalisasi sebagai hukuman dan perpisahan dengan orang tua sebagai kehilangan kasih sayang (Muscari, 2005). Stres dan kecemasan anak saat menjalani hospitalisasi dipengaruhi oleh karakteristik personal anak, yang meliputi umur, jenis kelamin, budaya, pengalaman hospitalisasi dan pengalaman medis sebelumnya (Mahat & Slocoveno dalam Tsai, 2007).

Pelayanan *Atraumatic care* merupakan bentuk pelayanan perawatan terapeutik dalam tatanan pelayanan kesehatan anak melalui penggunaan tindakan yang mengurangi distress fisik maupun distress psikologis yang dialami anak maupun orang tua (Supartini, 2004). Menurut Hidayat (2005), ada beberapa prinsip perawatan *Atraumatic care* yang harus dimiliki oleh perawat anak, yaitu menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga; meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak; mencegah atau mengurangi cedera (*injury*) dan nyeri (dampak psikologis); tidak melakukan kekerasan pada anak; dan modifikasi lingkungan fisik .

Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui hubungan antara penerapan *Atraumatic care* dengan kecemasan anak prasekolah saat proses hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso. Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan pendekatan *Cross sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan Pendekatan teknik *non probability sampling* dengan *Judgemental sampling*, jumlah sampel yang digunakan sebanyak 20 responden. Pengumpulan data dilakukan dengan membagikan kuesioner yang terdiri dari kuesioner karakteristik responden, penerapan *Atraumatic care*, dan kecemasan anak.

Analisis yang digunakan adalah uji korelasi *Spearman-rank*. Pada hasil diperoleh nilai *P value* adalah 0,003. Berdasarkan hasil uji dengan melihat nilai *significancy* didapatkan nilai $p < \alpha$ ($0,003 < 0,05$) yang berarti H_0 ditolak, dimana ada hubungan antara penerapan *Atraumatic care* dengan kecemasan anak prasekolah saat proses hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso. Nilai korelasi *Spearman* (r) pada penelitian ini sebesar $r = -0,634$ yaitu arah korelasi negatif dengan kekuatan korelasi kuat. Maka semakin baik penerapan *Atraumatic care* yang diberikan maka semakin kecil risiko kecemasan yang dialami anak prasekolah saat proses hospitalisasi. Diharapkan perawat dapat memberikan pelayanan *Atraumatic care* kepada pasien anak sehingga dapat meminimalkan kecemasan pada anak dan dapat mengoptimalkan kemampuan orang tua dalam mengontrol kesehatan anak sehingga proses hospitalisasi dapat berjalan dengan baik.

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya maka penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Penerapan *Atraumatic Care* dengan Kecemasan Anak Prasekolah Saat Proses Hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. dr. Sujono Kardis, Sp. KJ., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Ratna Sari H., S. Kep., M. Kep., selaku Dosen Pembimbing Utama, Ibu Iis Rahmawati, S. Kp., M. Kes., selaku Dosen Pembimbing Anggota, dan Ns. Nur Widayati, MN., selaku Dosen Penguji yang telah meluangkan waktu, pikiran dan perhatian serta memberikan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
3. Ns. Anisah Ardiana, M. Kep., dan Ns. Emi Wuri, M. Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan bantuan
4. seluruh dosen, staf, dan karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan bantuan;
5. Direktur RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso dan seluruh staf yang telah memberikan izin untuk dilaksanakannya penelitian ini;
6. Ayahanda Hari, Ibunda Indah, Aak Arief tercinta, serta Ivan Syah N. yang telah memberi dukungan selama ini;
7. teman-teman PSIK angkatan 2009 yang telah memberikan saran, bantuan, dan semangat selama penyusunan skripsi ini;

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna, Penulis mengharapkan adanya saran dan kritik yang membangun guna mendapatkan hasil yang lebih sempurna dan bermanfaat untuk masa yang akan datang. Akhir kata, penulis mengharapkan semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan.

Jember, September 2013

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	iii
HALAMAN MOTO.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
RINGKASAN.....	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.3.1 Tujuan Umum	8
1.3.2 Tujuan Khusus	8
1.4 Manfaat Penelitian	9
1.4.1 Bagi Peneliti	9
1.4.2 Bagi Pendidikan Keperawatan	9
1.4.3 Bagi Rumah Sakit	9
1.4.4 Bagi Praktik Keperawatan	10
1.4.5 Bagi Masyarakat	10
1.5 Keaslian Penelitian	10
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	12

2.1. Konsep Anak Prasekolah	12
2.1.1. Definisi Anak	12
2.1.2. Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Prasekolah	13
2.2. Konsep Hospitalisasi	17
2.2.1. Definisi Hospitalisasi	17
2.2.2. Stressor dan reaksi anak terhadap hospitalisasi	17
2.2.3. Dampak hospitalisasi	24
2.3. Kecemasan	25
2.3.1. Definisi Kecemasan	25
2.3.2. Reaksi Kecemasan	26
2.3.3. Predisposisi Kecemasan	28
2.3.4. Hubungan Kecemasan Dengan Hospitalisasi	30
2.3.5. Tingkat Kecemasan	32
2.3.6. Rentang Respon Kecemasan	33
2.3.7. Penilaian Kecemasan	34
2.4. Konsep <i>Atraumatic Care</i>.....	36
2.4.1. Definisi	36
2.4.2. Prinsip <i>Atraumatic care</i>	36
2.4.3. Prosedur-prosedur yang Berhubungan Dengan Mempertahankan Keamanan	40
2.5. Hubungan Penerapan <i>Atraumatic Care</i> dengan Kecemasan Anak Prasekolah Saat Hospitalisasi	41
2.6. Kerangka Teori	43
BAB 3. KERANGKA KONSEP.....	44
3.1 Kerangka Konseptual	44
3.2 Hipotesis Penelitian	45
BAB 4. METODE PENELITIAN.....	46
4.1 Jenis Penelitian	46
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	46
4.2.1 Populasi Penelitian	46

4.2.2	Sampel Penelitian	47
4.2.3	Teknik Penentuan Sampel	48
4.2.4	Kriteria Subjekl Penelitian	48
4.3	Lokasi Penelitian	49
4.4	Waktu Penelitian	49
4.5	Definisi Operasional.....	50
4.6	Pengumpulan Data	53
4.6.1	Sumber Data	53
4.6.2	Teknik Pengumpulan Data	53
4.6.3	Alat Pengumpulan Data.....	54
4.6.4	Uji Validitas dan Uji Reliabilitas	57
4.7	Pengolahan Data.....	59
4.7.1	<i>Editing</i>	59
4.7.2	<i>Coding</i>	59
4.7.3	<i>Entry</i>	60
4.7.4	<i>Cleaning</i>	60
4.8	Analisa Data	60
4.8.1	Analisa Univariat	60
4.8.2	Analisa Bivariat	61
4.9	Etika Penelitian.....	62
BAB 5.	HASIL DAN PEMBAHASAN	64
5.1	Hasil Penelitian	65
5.1.1	Data Umum	65
5.1.2	Data Khusus.....	68
5.2	Pembahasan	70
5.2.1	Karakteristik Responden.....	70
5.2.2	Penerapan <i>Atraumatic Care</i>	74
5.2.3	Tingkat Kecemasan Anak Prasekolah Saat Proses Hospitalisasi.....	77
5.2.4	Hubungan Penerapan <i>Atraumatic Care</i> dengan Tingkat Kecemasan Anak Prasekolah Saat Proses Hospitalisasi...	79

5.3 KETERBATASAN PENELITIAN	82
BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN.....	83
6.1 Simpulan.....	83
6.2 Saran	84
DAFTAR PUSTAKA	86
LAMPIRAN.....	90

DAFTAR TABEL

	Halaman
4.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	51
4.2 Blue Print Kuesioner Penelitian Sebelum Uji Validitas dan Uji Reliabilitas	56
4.3 Blue Print Kuesioner Penelitian Setelah Uji Validitas dan Uji Reliabilitas	58
4.4 Analisis Data Bivariat	61
4.5 Interpretasi Hasil Uji Hipotesis Berdasarkan Kekuatan Korelasi, Nilai p dan Arah Korelasi	61
5.1 Karakteristik Umum Anak Usia Prasekolah Saat Proses Hospitalisasi di RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso Bulan September 2013.....	65
5.2 Karakteristik Umum Orang Tua Anak Usia Saat Proses Hospitalisasi di RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso Bulan September 2013.....	67
5.3Distribusi Penerapan <i>Atraumatic Care</i> Saat Proses Hospitalisasi di RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso pada Bulan September 2013.....	68
5.3Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan Anak Prasekolah Saat Proses Hospitalisasi di RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso pada Bulan September 2013.....	68
5.4Distribusi Penerapan <i>Atraumatic Care</i> Dengan Tingkat Kecemasan Anak Prasekolah Saat Proses Hospitalisasi di RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso pada Bulan September 2013.....	69

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Rentang Respon Kecemasan	33
2.2 Kerangka Teori Penelitian	43
3.1 Kerangka Konsep Penelitian	44

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar <i>Informed</i>	90
B. Lembar <i>Consent</i>	91
C. Data Karakteristik Responden	92
D. Kuesioner Kecemasan.....	93
E. Kuesioner Penerapan <i>Atraumatic Care</i>	96
F. Hasil Uji Statistik	99
G. Dokumentasi Penelitian.....	109
H. Surat Ijin Penelitian.....	111

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anak merupakan anugerah, karunia dan amanah dari Tuhan Yang Maha Esa, yang dalam dirinya melekat harkat dan martabat sebagai manusia seutuhnya (Ramdaniati, 2011). Jumlah populasi anak di Indonesia berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik Nasional tahun 2007 yaitu 82.840.600 jiwa anak dari 231.294.200 jiwa penduduk. Anak adalah individu yang berusia antara 0 sampai 18 tahun, yang sedang dalam proses tumbuh-kembang, mempunyai kebutuhan yang spesifik (fisik, psikologis, sosial, dan spiritual) yang berbeda dengan orang dewasa, apabila kebutuhan tersebut terpenuhi maka anak akan mampu beradaptasi dan kesehatannya terjaga, sedangkan bila anak sakit maka akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan fisik, psikologis, intelektual, sosial, dan spiritual (Supartini, 2004).

Sehat dan sakit merupakan sebuah rentang yang dapat dialami oleh semua manusia, tidak terkecuali oleh anak. Anak dengan segala karakteristiknya memiliki peluang yang lebih besar untuk mengalami sakit jika dikaitkan dengan respon imun dan kekuatan pertahanan dirinya yang belum optimal (Markum, 2002 dalam Ramdaniati, 2011). Suatu keadaan dimana anak mengalami sakit dan mengharuskan anak tinggal di rumah sakit untuk mendapatkan terapi dan perawatan hingga pemulangnya kembali ke rumah, merupakan suatu alasan proses hospitalisasi yang harus dijalani (Supartini, 2004).

Anak-anak yang dirawat di rumah sakit dalam dua dekade terakhir mengalami peningkatan pesat. Prosentase anak-anak yang dirawat di rumah sakit ini mengalami masalah yang lebih serius dan kompleks dibandingkan dengan hospitalisasi tahun-tahun sebelumnya (Wong, 2009). Anak-anak di Amerika Serikat diperkirakan lebih dari 5 juta mengalami hospitalisasi dan lebih dari 50% dari jumlah tersebut, anak mengalami kecemasan dan stres (Kain, 2006 dalam Apriliawati, 2011). Anak-anak yang menjalani hospitalisasi di Indonesia diperkirakan 35 per 1000 anak (Sumarko, 2008 dalam Purwandari, 2009). Data Susenas di Indonesia tahun 2001 hingga tahun 2005, menunjukkan persentase angka kesakitan anak (*Morbidity Rate*) sebanyak 15,50% (Susenas, 2005). Perawatan anak sakit selama dirawat di rumah sakit atau hospitalisasi menimbulkan krisis dan kecemasan tersendiri bagi anak dan keluarganya. Saat anak berada di rumah sakit, anak harus menghadapi lingkungan yang asing dan pemberi asuhan yang tidak dikenal. Anak juga sering kali berhadapan dengan prosedur yang menimbulkan nyeri, kehilangan kemandirian, dan berbagai hal yang tidak diketahui (Wong, 2009).

Anak dan orang tua dapat mengalami berbagai kejadian yang menurut beberapa penelitian ditunjukkan dengan pengalaman yang sangat traumatik dan penuh dengan stres saat proses hospitalisasi (Supartini, 2004). Berbagai kejadian dapat menimbulkan dampak atraumatik terutama pada anak yang baru pertama kali mengalami perawatan di rumah sakit, salah satunya karena adanya interaksi yang tidak baik dengan petugas kesehatan. Kurangnya dukungan emosional dari kerabat, anggota keluarga ataupun petugas kesehatan pada orang tua anak akan

menimbulkan kecemasan orang tua dan hal ini akan menyebabkan kecemasan anak meningkat (Potter & Perry, 2005).

Kecemasan adalah respon emosi tanpa objek yang spesifik yang secara subyektif dialami dan dikomunikasikan secara interpersonal. Kecemasan adalah kebingungan, kekhawatiran pada sesuatu yang akan terjadi dengan penyebab yang tidak jelas dan dapat dihubungkan dengan perasaan tidak menentu dan tidak berdaya (Wong, 2009). Penyebab dari kecemasan pada anak yang dirawat inap (hospitalisasi) dipengaruhi oleh banyak faktor, baik faktor dari petugas (perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya), lingkungan baru, maupun keluarga yang mendampingi selama perawatan (Nursalam, 2005 dalam Bolin, 2011). Menurut Videbeck (2008) dalam Apriliawati (2011), berpendapat bahwa sebenarnya takut tidak bisa dibedakan dengan cemas karena individu yang merasa takut atau cemas mengalami pola respon perilaku, fisiologis, dan emosional dalam rentang yang sama.

Kecemasan timbul karena adanya reseptor di otak yang menerima neurotransmitter yaitu *Gama-aminobutirik Acid* (GABA). Peningkatan GABA akibat stresor tertentu mengakibatkan neuron tidak mampu untuk menerima pesan yang cukup untuk berhenti. Hal ini membuat seseorang terus menerus merasa tegang, terlalu cemas dan gelisah, dan selanjutnya akan memicu peningkatan respon saraf simpatis (Stuart & Sundeen, 1998). Kecemasan perlu ditangani sedini mungkin, karena keterlambatan dalam penanganan akan membawa dampak tidak baik pada proses kesembuhan terutama pada anak yang harus mendapatkan perawatan di rumah sakit yang lingkungannya masih asing baginya. Apabila

kecemasan tidak segera ditangani dan menjadi lebih buruk, maka dampak yang lebih besar dan nyata yaitu anak akan menolak perawatan dan pengobatan hal ini akan memberikan pengaruh pada lama atau proses perawatan dan pengobatan serta penyembuhan dari anak sakit tersebut.

Anak akan menunjukkan berbagai perilaku sebagai reaksi terhadap pengalaman hospitalisasi. Reaksi tersebut bersifat individual dan sangat bergantung pada tahap usia perkembangan anak, pengalaman sebelumnya terhadap sakit, sistem dukungan yang tersedia, dan kemampuan koping yang dimilikinya (Supartini, 2004).

Anak usia prasekolah akan mengembangkan keinginannya dengan cara mengkaji lingkungan melalui kemampuan indranya (Supartini, 2004). Anak akan lebih peka terhadap perubahan lingkungan yang tidak saja melibatkan perubahan fisik, tetapi juga perbedaan dalam penanganan (Sacharin, 1996). Menurut Potter & Perry (2005), kemampuan koping pada anak prasekolah yang mengalami hospitalisasi meliputi protes, putus asa, agresi (tersinggung, frustrasi) dan regresi (kehilangan pengendalian, ketergantungan, menarik diri, cemas, rasa bersalah, respon fisiologis, malu).

Reaksi anak prasekolah terhadap hospitalisasi dapat ditunjukkan dengan reaksi agresif dengan marah dan berontak, ekspresi verbal dengan mengucapkan kata-kata marah, tidak mau bekerja sama dengan perawat dan ketergantungan pada orang tua. Anak prasekolah juga sering mengalami kehilangan kontrol pada dirinya dan rasa cemas ini muncul akibat adanya pembatasan aktivitas yang

menganggap bahwa tindakan dan prosedur perawatan dapat mengancam integritas tubuhnya (Supartini, 2004).

Pelayanan *Atraumatic care* merupakan bentuk perawatan terapeutik yang diberikan oleh tenaga kesehatan yaitu perawat, dalam tatanan pelayanan kesehatan anak melalui penggunaan tindakan yang mengurangi distress fisik maupun distress psikologis yang dialami anak maupun orang tua (Supartini, 2004). *Atraumatic care* difokuskan dalam upaya pencegahan terhadap trauma yang merupakan bagian dari keperawatan anak, pasien anak akan merasa nyaman selama perawatan dengan adanya dukungan sosial keluarga, lingkungan perawatan yang terapeutik, dan sikap perawat yang penuh dengan perhatian sehingga akan mempercepat proses penyembuhan (Hidayat, 2005). Fokus intervensi keperawatan adalah meminimalkan stresor, memaksimalkan manfaat hospitalisasi, memberikan dukungan psikologis pada anggota keluarga, dan mempersiapkan anak sebelum dirawat di rumah sakit (Supartini, 2004).

Menurut Supartini (2004), *Atraumatic care* dibedakan menjadi empat hal, yaitu mencegah atau meminimalkan perpisahan anak dari orang tua, meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan anaknya, mencegah atau meminimalkan cedera fisik maupun psikologis, serta modifikasi lingkungan ruang perawatan anak. Intervensi keperawatan *Atraumatic care* meliputi pendekatan psikologis berupa menyiapkan anak-anak untuk prosedur pemeriksaan sampai pada intervensi fisik terkait menyediakan ruang bagi anak tinggal bersama orang tua dalam satu ruangan (*rooming in*) (Wong, 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh Lory Huff *et al.*, (2009) menyatakan bahwa implementasi *Atraumatic Care* pada anak yang dirawat di rumah sakit dapat menurunkan trauma pada anak dan orang tua akibat prosedur invasif. Alasan tersebut membuat perawat dituntut untuk memberikan pelayanan perawatan yang berkualitas kepada anak maupun orang tua dengan pelaksanaan *Atraumatic care* sehingga dapat meminimalkan kecemasan pada anak saat hospitalisasi.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso didapatkan hasil bahwa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso memiliki ruang perawatan pada anak, yaitu terdiri dari kelas I dengan 5 kamar, kelas II dengan 4 kamar, dan kelas III dengan 6 kamar. Daya tampung dari ruang rawat inap anak di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso adalah sebanyak 36 tempat tidur yang terdiri dari 5 tempat tidur di kelas I, 8 tempat tidur di kelas II, dan 23 tempat tidur di kelas III.

Data tiga tahun terakhir ruang rawat inap anak RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso, menunjukkan bahwa pada tahun 2010 hingga tahun 2013 jumlah pasien anak yang mendapatkan perawatan sebanyak 3.357 anak. Berdasarkan data bulanan ruang rawat inap anak RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso selama tiga bulan terakhir sangat bervariasi, yaitu pada bulan Januari hingga Maret 2013 berjumlah 303 anak, dengan jumlah pasien anak dengan usia 0 sampai 12 bulan sebanyak 139 anak, usia 1 sampai 3 tahun sebanyak 100 anak dan usia 3 sampai 6 tahun sebanyak 64 anak.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di ruang rawat inap anak anak RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso pada 10 pasien, didapatkan bahwa 7 dari 10 anak usia prasekolah menunjukkan reaksi kecemasan. Menurut hasil wawancara dengan orang tua anak prasekolah yang menjalani perawatan, anak menjadi sering gelisah, rewel dan selalu ingin ditemani saat menjalani proses perawatan. Anak juga sering menangis dan mengatakan ingin pulang. Penyebab kecemasan yang dialami juga beragam, mulai dari rasa cemas terhadap petugas kesehatan serta tindakan medis, cemas karena nyeri yang dialami, rasa cemas karena berada pada tempat dan lingkungan baru, rasa cemas akibat perpisahan dengan teman dan saudaranya.

Hasil observasi peneliti dan wawancara dengan perawat, didapatkan bahwa penerapan *Atraumatic care* di ruang rawat inap anak RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso sudah dilakukan oleh perawat. Penerapan *Atraumatic care* juga menjadi salah satu misi pelayanan di ruang rawat anak RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso namun belum maksimal karena fasilitas yang kurang memadai. Pada ruang rawat inap anak di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso telah melakukan *rooming-in* dan pada ruang kelas III telah diberi hiasan dinding bernuansa anak. Sebagian besar tempat tidur anak tidak memiliki pagar pembatas karena telah rusak dan belum ada perbaikan.

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian berupa hubungan penerapan *Atraumatic care* dengan kecemasan anak prasekolah saat hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, dapat disimpulkan rumusan masalah pada penelitian ini yaitu apakah terdapat hubungan penerapan *Atraumatic care* dengan kecemasan anak prasekolah saat hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara penerapan *Atraumatic care* dengan kecemasan anak prasekolah saat proses hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.

1.3.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- a. untuk mengetahui karakteristik pasien anak selama proses hospitalisasi di RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso;
- b. untuk mengetahui penerapan *Atraumatic care* perawat di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso;
- c. untuk mengetahui kecemasan anak prasekolah saat proses hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso;

- d. untuk mengetahui hubungan antara penerapan *Atraumatic care* dengan kecemasan anak prasekolah saat proses hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan informasi peneliti mengenai konsep kecemasan anak saat proses hospitalisasi dan penerapan *Atraumatic care* di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.

1.4.2 Bagi Pendidikan Keperawatan

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menambah bahan kepustakaan dan sebagai pertimbangan untuk penelitian yang sejenis.

1.4.3 Bagi Rumah sakit

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan masukan dalam menentukan kebijakan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan pada anak.

1.4.4 Bagi Praktik Keperawatan

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan masukan bagi perawat dalam penerapan *Atraumatic care* pada anak sehingga dapat mengoptimalkan pemberian pelayanan keperawatan khusus pada anak sehingga meminimalkan kecemasan pada anak di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.

1.4.5 Bagi Masyarakat

Memberikan informasi atau pengetahuan kepada masyarakat tentang pentingnya memberikan dukungan pada anak untuk meminimalkan kecemasan pada anak saat hospitalisasi, serta sebagai pedoman bagi keluarga dalam mengetahui definisi kecemasan, penyebab kecemasan, dan reaksi-reaksi kecemasan pada anak saat hospitalisasi sehingga diharapkan dapat memberikan pendampingan pada anak saat menjalani hospitalisasi.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian terdahulu yang mendasari penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Siska Mardaningsih dengan judul Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Pada Anak Usia *Toddler* yang Sedang di Rawat Inap di IRNA RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember. Penelitian ini dilakukan pada tahun 2011. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan antara dukungan keluarga dengan kecemasan pada anak *todler*. Teknik pengambilan

sampling menggunakan metode *Purposive Quota Sampling*. Analisa data menggunakan analisa univariat dan bivariat berupa uji korelasi *Spearman-rank*.

Perbedaan penelitian yang dilakukan Mardaningsih (2011) dengan penelitian ini adalah variabel bebas dan tempat penelitian. Variabel bebas pada penelitian ini adalah penerapan *Atraumatic care* dan tempat penelitian dilaksanakan di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso. Teknik pengambilan sampling menggunakan metode *Judgemental sampling*. Selain itu, waktu yang digunakan untuk penelitian adalah bulan Maret 2013 hingga bulan November 2013.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Anak Prasekolah

2.1.1. Definisi Anak dan Anak Prasekolah

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak, mendefinisikan anak adalah seseorang yang belum berumur 18 (delapan belas) tahun termasuk anak yang masih dalam kandungan. Anak merupakan individu yang masih bergantung pada orang dewasa dan lingkungannya, artinya membutuhkan lingkungan yang dapat memfasilitasi dalam memenuhi kebutuhan dasarnya dan untuk belajar mandiri (Supartini, 2004). Dari dua definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa anak adalah individu yang belum berumur 18 (delapan belas) tahun dan masih bergantung pada orang dewasa dan lingkungannya.

Menurut Wong (2000) dalam Supartini (2004), mengemukakan anak secara umum terdiri dari tahapan prenatal (usia 0 sampai 28 hari), periode bayi (usia 28 hari sampai 12 bulan), masa anak-anak awal (terdiri atas usia 1 sampai 3 tahun disebut toddler dan usia 3 sampai 6 tahun disebut prasekolah), masa kanak-kanak pertengahan (6 sampai 12 tahun), dan masa kanak-kanak akhir (12 sampai 18 tahun). Setiap individu berbeda dalam proses pertumbuhan dan perkembangannya karena pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh beberapa faktor baik secara hereditas, lingkungan dan internal.

Anak prasekolah merupakan anak yang memasuki periode usia antara 3 sampai 6 tahun (Wong, 2000 dalam Supartini, 2004). Pada usia prasekolah kemampuan sosial anak mulai berkembang, persiapan diri untuk memasuki dunia sekolah dan perkembangan konsep diri telah dimulai pada periode ini. Perkembangan fisik lebih lambat dan relatif menetap. Keterampilan motorik seperti berjalan, berlari, melompat menjadi semakin luwes, tetapi otot dan tulang belum begitu sempurna (Supartini, 2004).

2.1.2. Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Prasekolah

2.1.2.1. Pertumbuhan dan Perkembangan Biologis

Anak usia prasekolah yang sehat adalah yang periang, cekatan serta memiliki sikap tubuh yang baik. Pertambahan tinggi rata-rata adalah 6,25 sampai 7,5 cm per tahun dan tinggi rata-rata anak usia 4 tahun adalah 101,25 cm. Pertambahan berat badan rata-rata adalah 2,3 kg per tahun dan berat badan rata-rata anak usia 4 tahun adalah 16,8 kg (Muscari, 2005).

Perkembangan fisik atau biologis anak usia prasekolah lebih lambat dan relatif menetap. Pertumbuhan tinggi dan berat badan melambat tetapi pasti dibanding dengan masa sebelumnya. Sistem tubuh harusnya sudah matang dan sudah terlatih dengan *toileting*. Keterampilan motorik, seperti berjalan, berlari, melompat menjadi lebih luwes, tetapi otot dan tulang belum begitu sempurna (Supartini, 2004).

2.1.2.2. Perkembangan Psikososial

Menurut teori perkembangan yang Erikson, masa prasekolah antara usia 3 sampai 6 tahun merupakan periode perkembangan psikososial sebagai periode inisiatif versus rasa bersalah, yaitu anak mengembangkan keinginan dengan cara eksplorasi terhadap apa yang ada di sekelilingnya. Hasil akhir yang diperoleh adalah kemampuan untuk menghasilkan sesuatu sebagai prestasinya. Perasaan bersalah akan muncul pada anak apabila anak tidak mampu berprestasi sehingga merasa tidak puas atas perkembangan yang tidak tercapai (Supartini, 2004).

Anak usia prasekolah adalah pelajar yang energik, antusias, dan pengganggu dengan imajinasi yang aktif. Anak menggali dunia fisik dengan semua indra dan kekuatannya. Pada usia prasekolah anak mengembangkan perasaan bersalah ketika orang tua membuat anak merasa bahwa imajinasi dan aktifitasnya tidak dapat diterima. Kecemasan dan ketakutan terjadi ketika pemikiran dan aktifitas anak tidak sesuai dengan harapan orang tua (Muscari, 2005).

2.1.2.3. Perkembangan Psikoseksual

Masa prasekolah merupakan periode perkembangan psikoseksual yang dideskripsikan oleh Freud sebagai periode Falik, yaitu genitalia menjadi area yang menarik dan area tubuh yang sensitif. Anak mulai mempelajari adanya perbedaan jenis kelamin perempuan dan laki-laki dengan mengetahui adanya perbedaan alat kelamin (Supartini, 2004).

Menurut Freud, anak prasekolah akan mengalami konflik Odipus. Fase ini ditandai dengan kecemburuan dan persaingan terhadap orang tua sejenis dan lebih merasa nyaman dan dekat terhadap orang tua lain jenis. Tahap odipus biasanya berakhir pada akhir periode usia prasekolah dengan identifikasi kuat pada orang tua sejenis (Muscari, 2005).

2.1.2.4. Perkembangan Kognitif

Perkembangan kognitif yang dideskripsikan oleh Piaget pada anak usia prasekolah (3 sampai 6 tahun) berada pada fase peralihan antara prakonseptual dan intuitif. Pada fase prakonseptual (usia 2 sampai 4 tahun), anak membentuk konsep yang kurang lengkap dan logis dibandingkan dengan konsep orang dewasa. Anak membuat klasifikasi yang sederhana. Anak menghubungkan satu kejadian dengan kejadian yang simultan (penalaran transduktif) (Muscari, 2005).

Pada fase intuitif (usia 5 sampai 7 tahun), anak menjadi mampu membuat klasifikasi, menjumlahkan, dan menghubungkan objek-objek, tetapi tidak menyadari prinsip-prinsip di balik kegiatan tersebut. Anak menunjukkan proses berfikir intuitif (anak menyadari bahwa sesuatu adalah benar, tetapi ia tidak dapat mengatakan alasannya). Anak tidak mampu untuk melihat sudut pandang orang lain. Anak menggunakan banyak kata yang sesuai, tetapi kurang memahami makna sebenarnya (Muscari, 2005).

Menurut Sacharin (1996), anak usia 5 hingga 6 tahun mulai mengetahui banyak huruf-huruf dari *alphabet*, mengetahui lagu kanak-kanak dan dapat menghitung sampai sepuluh. Anak juga mulai dapat diberi pengertian, bermain secara konstruktif dan imitatif serta menggambar gambar-gambar yang dapat dikenal.

2.1.2.5. Perkembangan Moral

Menurut Piaget dalam Sacharin (1996), yang menyelidiki penggunaan aturan-aturan oleh anak-anak dan pandangan mereka mengenai keadilan, dinyatakan bahwa anak-anak dibawah usia 6 tahun memperlihatkan sedikit kesadaran akan suatu aturan. Bahkan aturan yang mereka terima tampaknya tidak membatasi perilaku mereka dalam cara apapun.

Menurut Kohlberg, anak usia prasekolah berada pada tahap prakonvensional dalam perkembangan moral, yang terjadi hingga usia 10 tahun. Pada tahap ini, perasaan bersalah muncul, dan penekanannya adalah pada pengendalian eksternal. Standar moral anak adalah apa yang ada pada orang lain, dan anak mengamati mereka untuk menghindari hukuman atau mendapatkan penghargaan (Muskari, 2005).

2.1.2.6. Perkembangan Sosial

Salah satu bentuk sosialisasi anak usia prasekolah dalam kehidupan sehari-hari adalah bermain bersosialisasi dengan keadaan bersama atau dekat dengan anak-anak lain. Selama masa ini anak cenderung bercakap-cakap dengan dirinya sendiri membeberkan individu, dan dunia berpusat dalam kehidupan dirinya (Shacarín, 1996).

2.2. Konsep Hospitalisasi

2.2.1. Definisi Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang menjadi alasan yang berencana atau darurat, mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi pengobatan dan perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah (Supartini, 2004). Anak yang baru pertama kali dirawat di rumah sakit menunjukkan perilaku kecemasan. Selain pada anak, orang tua yang kurang mendapat dukungan emosi dan sosial dari keluarga, kerabat, bahkan petugas kesehatan anak menunjukkan perasaan cemasnya pula (Tiedeman, 1997, dalam Supartini, 2004).

2.2.2. Stresor dan Reaksi Anak Terhadap Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu keadaan krisis pada anak, saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit. Keadaan ini terjadi karena anak berusaha untuk beradaptasi dengan lingkungan baru yaitu rumah sakit, sehingga kondisi tersebut menjadi faktor stresor bagi anak baik terhadap anak maupun orang tua dan

keluarga. Adapun stresor utama dari hospitalisasi dan reaksi anak prasekolah menurut Wong (2009) adalah sebagai berikut:

a. cemas akibat perpisahan

Kecemasan pada anak akibat perpisahan dengan orang tua atau orang yang menyayangi merupakan sebuah mekanisme pertahanan dan karakteristik normal dalam perkembangan anak (Mendez *et al.*, 2008, dalam Ramdaniati, 2011). Jika perpisahan itu dapat dihindari, maka anak-anak akan memiliki kemampuan yang besar untuk menghadapi stress lainnya. Perilaku utama yang ditampilkan anak sebagai respon dari kecemasan akibat perpisahan ini terdiri atas tiga fese (Wong, 2009), yaitu:

1) fase protes (*protest*)

pada fase protes anak-anak bereaksi secara agresif terhadap perpisahan dengan orang tua. Anak menangis dan berteriak memanggil orang tuanya, menolak perhatian dari orang lain, dan sulit dikendalikan. perilaku yang dapat diamati pada anak usia prasekolah antarlain menyerang orang asing secara verbal, misal dengan kata “pergi”; menyerang orang asing secara fisik, misalnya memukul atau mencubit; mencoba kabur; mencoba menahan orang tua secara fisik agar tetap menemaninya. Perilaku tersebut dapat berlangsung dari beberapa jam hingga beberapa hari. Protes dengan menangis dapat terus berlangsung dan hanya berhenti jika lelah. Pendekatan orang asing dapat mencetuskan peningkatan stres.

2) fase putus asa

pada fase putus asa, tangisan berhenti dan mulai muncul depresi. Anak kurang aktif, tidak tertarik untuk bermain atau terhadap makanan dan menarik diri dari orang lain. Perilaku yang dapat diobservasi adalah tidak aktif, menarik diri dari orang lain, depresi, sedih, tidak tertarik terhadap lingkungan, tidak komunikatif, mundur ke perilaku awal seperti menghisap ibu jari atau mengompol. Lama perilaku tersebut berlangsung bervariasi. Kondisi fisik anak dapat memburuk karena menolak untuk makan, minum atau bergerak.

3) fase pelepasan

anak menjadi lebih tertarik pada lingkungan sekitar, bermain dengan orang lain dan tampak membentuk hubungan baru. Perilaku yang dapat diobservasi adalah menunjukkan peningkatan minat terhadap lingkungan sekitar, berinteraksi dengan orang asing atau pemberi asuhan yang dikenalnya, membentuk hubungan baru namun dangkal, tampak bahagia. Biasanya terjadi setelah perpisahan yang terlalu lama dengan orang tua. Hal tersebut merupakan upaya anak untuk melepaskan diri dari perasaan yang kuat terhadap keinginan akan keberadaan orang tuanya.

Perawatan di rumah sakit memaksa anak untuk berpisah dari lingkungan yang dirasakan aman, penuh kasih sayang dan menyenangkan, yaitu lingkungan rumah, permainan dan teman sepermainan (Supartini, 2004). Kebutuhan akan keamanan dan bimbingan dari orang tua pun akan

mengalami peningkatan (Apriliawati, 2011). Pada anak usia prasekolah, anak akan cenderung lebih aman secara interpersonal daripada anak usia 1 sampai 3 tahun, maka anak dapat mentoleransi perpisahan singkat dengan orang tua anak dan dapat lebih cenderung membangun rasa percaya pada orang dewasa lain yang bermakna untuknya. Anak usia prasekolah memperlihatkan kecemasan akibat perpisahan melalui penolakan makan, sulit untuk tidur, bertanya terus menerus tentang keberadaan orangtuanya atau menarik diri dari orang lain (Wong, 2009).

b. kehilangan kendali

Kehilangan kendali yang dirasakan anak saat di rawat dirumah sakit merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi jumlah stres anak. kurangnya kendali akan meningkatkan persepsi ancaman dan dapat mempengaruhi keterampilan koping anak-anak (Hockenbery & Wilson, 2009, dalam Apriliawati, 2011).

Kontrol diri pada anak bersifat menetap karena anak berada di luar lingkungan normalnya. Kehilangan kontrol dapat menyebabkan perasaan tidak berdaya sehingga dapat memperdalam kecemasan dan ketakutan (Monaco, 1995, dalam Ramdaniati, 2011). Anak akan kehilangan kebebasan dalam mengembangkan otonominya akibat sakit dan dirawat di rumah sakit. Anak akan bereaksi agresif dengan marah dan berontak akibat ketergantungan yang dialaminya (Supartini, 2004).

Anak usia prasekolah sering terjadi kehilangan kontrol yang disebabkan oleh pembatasan fisik, perubahan rutinitas dan ketergantungan yang harus anak patuhi. Pemikiran magis anak usia prasekolah membatasi kemampuan anak untuk memahami berbagai peristiwa, karena anak memandang semua pengalaman dari sudut pandang anak itu sendiri. Salah satu ciri-ciri khayalan yang sering dimiliki anak prasekolah untuk menjelaskan alasan sakit atau hospitalisasi adalah peristiwa tersebut adalah hukuman bagi kesalahan baik yang nyata maupun khayalan. Respon kehilangan kontrol pada usia ini berupa perasaan malu, takut dan rasa bersalah (Wong, 2009).

c. cedera tubuh dan adanya nyeri

Nyeri dan ketidaknyamanan secara fisik yang dialami anak saat hospitalisasi merupakan salah satu kondisi yang mungkin akan dihadapi selain perpisahan dengan rutinitas dan orang tua, lingkungan yang asing, serta kehilangan kontrol (Pilliteri, 2009 dalam Ramdaniati, 2011). Konsep nyeri dan penyakit yang dimiliki oleh seorang anak akan berbeda bergantung dari tingkat perkembangannya begitu pula dengan respon terhadap nyeri. Perkembangan kognitif anak menentukan pola pikir dan konsep terhadap sakit dan rasa nyeri (Wong, 2009).

Pemahaman anak terhadap penyakit dan nyeri muncul pada usia prasekolah. Pada usia ini anak berada pada fase praoperasional dalam kemampuan kognitifnya. Anak prasekolah sulit membedakan antara diri anak sendiri dan dunia luar. Pemikiran anak tentang penyakit difokuskan pada kejadian eksternal yang dirasakan dan hubungan sebab akibat dibuat

berdasarkan kedekatan antara dua kejadian. Misalnya anak sakit perut akibat sebelum makan tidak cuci tangan. Pemahaman anak terhadap nyeri dihubungkan sebagai sebuah hukuman atas kesalahan yang dilakukan (Wong, 2009).

Reaksi-reaksi tersebut dipengaruhi oleh usia perkembangan anak; pengalaman dirawat sebelumnya; mekanisme koping anak dan sistem pendukung yang ada (Wong, 2009).

a. usia perkembangan anak

Reaksi anak terhadap sakit berbeda-beda sesuai tingkat perkembangan anak (Supartini, 2004). Semakin muda usia anak, maka akan semakin sulit bagi anak untuk menyesuaikan diri dengan pengalaman dirawat di rumah sakit (Sacharin, 1996).

b. pengalaman dirawat di rumah sakit sebelumnya

Anak yang baru pertama kali mengalami perawatan di rumah sakit, dan kurangnya dukungan dari keluarga bahkan petugas kesehatan akan menimbulkan kecemasan. Pengalaman yang tidak menyenangkan anak akan menyebabkan anak takut dan trauma (Supartini, 2004). Pengalaman hospitalisasi yang lalu selalu menimbulkan dampak bagi pasien terutama anak-anak. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa distress emosional pada anak-anak sering muncul selama menjalani hospitalisasi atau setelahnya (Luthfi, 2009, dalam Wijayanti, 2009).

c. mekanisme koping

Pemahaman anak-anak dan mekanisme koping yang digunakan pada saat hospitalisasi dipengaruhi oleh stresor individu pada tiap fase perkembangan. Stresor yang utama adalah perpisahan, kehilangan kontrol, bagian tubuh yang cedera, dan perilaku anak.

Setiap anak mempunyai reaksi mekanisme koping berbeda dalam menjalani hospitalisasi (Leifer, 2003, dalam Wijayanti, 2009). Mekanisme koping utama anak prasekolah adalah regresi. Anak prasekolah akan bereaksi terhadap perpisahan dengan regresi dan menolak untuk bekerja sama (Muscari, 2005)

d. sistem pendukung

Anak akan mencari dukungan yang ada dari orang lain untuk melepaskan tekanan akibat penyakit yang dideritanya. Anak biasanya akan meminta dukungan kepada orang terdekat denganya. Perilaku ini ditandai dengan permintaan anak untuk ditunggu selama dirawat di rumah sakit, didampingi saat dilakukan perawatan padanya, minta dipeluk saat merasa takut dan cemas bahkan saat merasa ketakutan (Ariffiani, 2008 dalam Utami, 2012).

2.2.3. Dampak hospitalisasi

Hospitalisasi bagi anak tidak hanya akan berdampak pada anak tersebut, tetapi kepada orang tua serta saudara-saudaranya. Berikut ini adalah dampak hospitalisasi terhadap anak dan orang tua yaitu:

a. anak

Perubahan perilaku merupakan salah satu dampak hospitalisasi pada anak. Anak bereaksi terhadap stres pada saat sebelum, selama dan setelah proses hospitalisasi. Perubahan perilaku yang dapat diamati pada anak setelah pulang dari rumah sakit adalah merasa kesepian, tidak mau lepas dari orang tua, menuntut perhatian dari orang tua dan takut perpisahan (Supartini, 2004). Dampak negatif hospitalisasi juga berhubungan dengan lamanya rawat inap, tindakan invasif yang dilakukan serta kecemasan orang tua. Respon yang biasa muncul pada anak akibat hospitalisasi antarlain regresi, cemas karena perpisahan, apatis, takut, dan gangguan tidur terutama terjadi pada anak yang berusia kurang dari 7 tahun (Melnyk, 2000, dalam Ramdaniati, 2011).

b. orang tua

Perawatan anak di rumah sakit tidak hanya menimbulkan masalah bagi anak, namun juga bagi orang tua. Berbagai macam perasaan muncul pada orang tua yaitu takut, rasa bersalah, stres dan cemas (Hallstrom dan Elander, 1997; Callery, 1997 dalam Supartini 2004). Perasaan orang tua tidak boleh diabaikan karena apabila orang tua stres, hal ini akan membuat ia tidak dapat merawat anaknya dengan baik dan akan menyebabkan anak akan menjadi semakin stres (Supartini, 2000 dalam Supartini, 2004).

Takut, cemas dan frustrasi merupakan perasaan yang banyak diungkapkan oleh orang tua. Takut dan cemas dapat berkaitan dengan keseriusan penyakit dan prosedur medis yang dilakukan. Sering kali kecemasan yang paling besar berkaitan dengan trauma dan nyeri yang terjadi pada anak. Perasaan frustrasi sering berhubungan dengan prosedur dan pengobatan, ketidaktahuan tentang peraturan rumah sakit, rasa tidak diterima oleh petugas, prognosis yang tidak jelas, atau takut mengajukan pertanyaan (Wong, 2009).

2.3. Kecemasan

2.3.1. Definisi Kecemasan

Kecemasan merupakan kekhawatiran yang tidak jelas atau menyebar, yang berhubungan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya serta tidak memiliki objek yang spesifik. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kapasitas untuk menjadi cemas diperlukan untuk bertahan hidup, tetapi tingkat kecemasan yang parah tidak sejalan dengan kehidupan (Stuart & Sundeen, 1998).

Kecemasan dapat terlihat dalam hubungan interpersonal dan memiliki dampak terhadap kehidupan manusia, baik dampak positif maupun dampak negatif. Kecemasan akan meningkat pada klien anak yang dirawat, dengan berbagai kondisi dan situasi di rumah sakit (Asmadi, 2008, dalam Mardaningsih 2011).

2.3.2. Reaksi Kecemasan

Menurut Kaplan (1997), Perasaan kecemasan ditandai dengan rasa tidak menyenangkan, samar, dan seringkali disertai dengan gejala otonomik seperti nyeri kepala, berkeringat, kekakuan pada dada, dan gangguan lambung ringan. Seseorang yang cemas juga merasa gelisah, seperti yang dinyatakan oleh ketidakmampuan untuk duduk atau berdiri lama. Kumpulan gejala kecemasan tersebut akan bervariasi dari tiap individu.

Menurut Stuart & Sundeen (1998), 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. Intensitas perilaku akan meningkat sejalan dengan peningkatan tingkat kecemasan. Respon kecemasan dapat dibagi terdiri dari respon fisiologis, perilaku, kognitif, dan afektif.

a. 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 denyut nadi menurun. Namun pada penelitian lain menunjukkan bahwa anak yang menjalani prosedur pembedahan menunjukkan peningkatan tekanan darah dan denyut nadi (Tsai, 2007).

Respon tubuh pada juga akan menunjukkan tarikan nafas yang pendek dan cepat, hiperventilasi, berkeringat dingin termasuk telapak tangan, kehilangan nafsu makan, mual atau muntah, nyeri perut, sering buang air kecil, nyeri kepala, tidak bisa tidur, kelemahan umum, pucat dan gangguan pencernaan.

b. respon perilaku

Respon perilaku sering ditunjukkan seperti gelisah, ketegangan fisik, tremor, gugup, bicara cepat, kurang koordinasi, menarik diri dari hubungan interpersonal, dan menghindar.

c. respon kognitif

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

d. 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:

1. Menjadi impulsif dan destruktif;
2. Gugup;
3. Sulit tidur atau tidur lebih lama dari biasanya;
4. Tangan berkeringat;

5. Peningkatan detak jantung dan nafas;
6. Mual;
7. Sakit kepala;
8. Sakit perut.

Dengan tanda-tanda ini orang tua diharapkan bisa mengenali anaknya sedang merasa tidak nyaman karena sesuatu. Mendengarkan dengan simpatik atau sekedar membicarakan rasa cemas tersebut dapat membantu anak mengatasi kecemasan.

2.3.3. Predisposisi Kecemasan

Menurut Stuart & Sundeen (1998), menjelaskan bahwa dari berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan asal ansietas, antarlain:

- a. pandangan psikoanalitik, kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian—id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan, dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
- b. pandangan interpersonal, kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap tindakan adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan spesifik.

- c. pandangan perilaku, kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku lain menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan.
- d. Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan kecemasan merupakan hal yang biasa ditemui dalam suatu keluarga. Ada tumpang tindih dalam gangguan kecemasan dan antara gangguan kecemasan dengan depresi.
- e. Kajian biologi menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepines. Reseptor ini mungkin membantu mengatur kecemasan. Penghambat *Gama-aminobutirik Acid* (GABA) juga mungkin memainkan peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan, sebagaimana hanya dengan endorphin. Selain itu, telah dibuktikan bahwa kesehatan umum seseorang mempunyai akibat nyata sebagai predisposisi terhadap kecemasan. Kecemasan mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stresor.

Selain faktor predisposisi kecemasan, ada pula stresor pencetus yang mungkin berasal dari sumber internal dan eksternal. Menurut Stuart & Sundeen (1998), stresor pencetus dapat dikelompokkan dalam dua katagori, yaitu:

- a. ancaman terhadap integritas seseorang meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktifitas hidup sehari-hari.

- b. ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi seseorang.

2.3.4. Hubungan Kecemasan Dengan Hospitalisasi

Anak prasekolah menginterpretasikan hospitalisasi sebagai hukuman dan perpisahan dengan orang tua sebagai kehilangan kasih sayang. Cara berfikir magis menyebabkan anak prasekolah memandang penyakit sebagai suatu hukuman. Selain itu, anak usia prasekolah mengalami konflik psikoseksual dan takut terhadap mutilasi, menyebabkan anak trauma takut terhadap pengukuran suhu rektal dan kateterisasi urine (Muscari, 2005).

Anak usia prasekolah kurang dapat membedakan antara diri sendiri dan orang lain. Mereka memiliki pemahaman bahasa yang terbatas dan hanya dapat melihat satu aspek dari suatu objek atau situasi pada satu waktu. Keterbatasan pengetahuan yang dimiliki mengenai tubuh meningkatkan rasa takut yang khas, seperti takut terhadap kateterisasi dan takut kerusakan akan kulitnya yang akan menyebabkan bagian tubuhnya menjadi bocor (Muscari, 2005).

Shives (2005) dalam Ramdaniati (2011), menjelaskan bahwa sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan sebuah pengalaman yang mengancam serta menimbulkan berbagai respon emosional. Respon emosional yang timbul tersebut antarlain adalah kecemasan, ketakutan, kesepian, ketidakberdayaan dan putus asa.

Stres dan kecemasan anak saat menjalani hospitalisasi dipengaruhi oleh karakteristik personal anak, yang meliputi umur, jenis kelamin, budaya, pengalaman hospitalisasi dan pengalaman medis sebelumnya (Mahat & Slocoveno dalam Tsai, 2007). Penelitian yang dilakukan Tsai (2007), menyatakan terdapat hubungan antara kecemasan dan karakteristik personal yang meliputi umur, jenis kelamin, dan pengalaman hospitalisasi sebelumnya.

a. umur

Reaksi anak terhadap kecemasan anak saat hospitalisasi bersifat individual dan akan berbeda pada setiap usia anak. Berdasarkan hasil penelitian Apriliawati (2011) pada 30 responden anak, terdapat hubungan sedang antara usia dan kecemasan responden. Semakin bertambah usia semakin tinggi tingkat kecemasan responden. Namun ada pula penelitian yang dilakukan menyebutkan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan tingkat kecemasan pada anak yang menjalani hospitalisasi (Brewer *et.al* dalam Tsai, 2007)

b. jenis kelamin

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

c. pengalaman hospitalisasi dan lama rawat

Anak yang memiliki pengalaman menjalani hospitalisasi memiliki kecemasan lebih rendah dibandingkan anak yang belum memiliki pengalaman hospitalisasi (Tsai, 2007). Namun, dalam penelitian yang dilakukan Coyne & Dip (2006) dalam Apriliawati (2011), menyatakan bahwa pengalaman hospitalisasi tidak berpengaruh terhadap kecemasan anak yang menjalani hospitalisasi karena anak masih memiliki pengalaman nyeri sebelumnya.

2.3.5. Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart & Sundeen (1998), tingkatan kecemasan dapat dibedakan menjadi beberapa tahap, yaitu:

a. kecemasan ringan

Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Kecemasan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

b. kecemasan sedang

Memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan hal yang lain. Sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.

Kecemasan diperlukan dalam kehidupan anak dalam taraf ringan. Dalam kehidupan sehari-hari, kecemasan anak tidak dapat dicegah. Anak memiliki usia lebih muda, memiliki ego yang belum matang, lebih sedikit kemampuan anak untuk mengatasi kecemasan yang dialami. Sebaliknya pada anak yang memiliki usia lebih tua, terutama pada usia dewasa awal, ego telah berkembang lebih matang, sehingga lebih mudah untuk mengatasi kecemasan secara realistis. Dalam masa perkembangannya, anak harus belajar mengatasi rasa cemas baik yang bersifat sesungguhnya maupun yang bersifat khayal. Anak umumnya kesulitan dalam mengutarakan rasa cemas (Mardaningsih, 2011).

2.3.7. Penilaian Kecemasan

a. skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*)

Skala ini diciptakan oleh Max Hamilton. Tujuannya adalah untuk menilai kecemasan sebagai gangguan klinikal dan mengukur gejala kecemasan. Gambaran dari HARS adalah kuesioner yang terdiri dari 13 kategori gejala kecemasan dan satu kategori perilaku saat wawancara yang terdiri dari skala yang paling banyak atau umumnya ditemukan sebagai karakteristik dari kecemasan (6 gejala psikologis dan 7 gejala fisiologis). Skor HARS diberi skor dengan menilai tiap soal untuk menghasilkan jumlah skor antara 0-56. Reliabilitas kuesioner ini menggunakan koefisien reliabilitas spearman-brown adalah 0,83 dan validitasnya adalah 0,77 (Mc. Dowell, 2006);

b. skala SAS (*Zung Self Rating Anxiety Scale*)

Skala ini diciptakan oleh William W. K Zung. Tujuannya adalah untuk menilai kecemasan sebagai kekacauan klinikal dan mengukur gejala kecemasan. Gambaran SAS adalah 20 soal yang terdiri dari skala yang paling banyak atau umumnya ditemukan sebagai karakteristik kecemasan. Skor SAS diberi skor dengan menilai tiap soal untuk menghasilkan jumlah skor antara 20-80. Reliabilitas data tidak tersedia dan validitas SAS bersama signifikan korelasi validitas dengan Taylor (Mc Dowell, 2006);

c. skala STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*)

Skala ini diciptakan oleh Charles D. Spielberger. Tujuannya adalah untuk menilai kecemasan sebagai gangguan klinikal. Gambaran dari STAI adalah kuesioner yang terdiri dari 2 kategori yaitu *state anxiety* dan *trait anxiety*. Skor STAI diberi skor dengan menilai tiap soal untuk menghasilkan jumlah skor antara 0-60 untuk masing-masing kategori. Reliabilitas kuesioner ini adalah 0,65 dan validitasnya adalah 0,69 (Mc Dowell, 2006).

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan skala SAS karena skala SAS lebih jelas, singkat serta mudah digunakan.

2.4. Konsep *Atraumatic Care*

2.4.1. Definisi

Wong (2009), menyebutkan bahwa *Atraumatic care* berhubungan dengan siapa, apa, kapan, dimana, mengapa, bagaimana dari setiap prosedur tindakan yang ditujukan pada anak bertujuan untuk mencegah atau mengurangi stres psikologi dan fisik. Menurut Supartini (2004), *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 diagnostik, 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 stres psikologi dan fisik yang dialami oleh anak dan keluarganya dalam sistem pelayanan kesehatan.

2.4.2. Prinsip *Atraumatic Care*

Asuhan keperawatan yang berpusat pada keluarga dan *Atraumatic care* menjadi falsafah utama dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Untuk itu, berkaitan dengan upaya mengatasi masalah yang timbul baik pada anak maupun orang tua selama anaknya dalam perawatan di rumah sakit, fokus intervensi keperawatan adalah meminimalkan stresor, memaksimalkan manfaat hospitalisasi,

memberikan dukungan psikologis pada anggota keluarga, dan mempersiapkan anak sebelum dirawat di rumah sakit (Supartini, 2004).

Menurut Hidayat (2005), ada beberapa prinsip perawatan *Atraumatic care* yang harus dimiliki oleh perawat anak, yaitu:

a. menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga

Dampak perpisahan dari keluarga, anak akan mengalami gangguan psikologis seperti kecemasan, ketakutan, kurangnya kasih sayang, gangguan ini akan menghambat proses penyembuhan anak dan dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak. Orang tua dapat memberikan asuhan keperawatan yang efektif selama anaknya berada di rumah sakit. Telah terbukti dalam beberapa penelitian bahwa anak akan merasa nyaman apabila berada disamping orang tuanya (Supartini, 2004).

Untuk mencegah atau meminimalkan dampak perpisahan dapat dilakukan dengan melibatkan orang tua 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).

b. meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak

Perasaan kehilangan kontrol dapat dicegah dengan menghindari pembatasan fisik jika anak kooperatif terhadap petugas kesehatan. Buat jadwal kegiatan untuk prosedur terapi, latihan, bermain, dan beraktifitas lain dalam perawatan untuk menghadapi perubahan kebiasaan atau kegiatan

sehari-hari. Fokus intervensi keperawatan padaupaya untuk mengurangi ketergantungan dengan cara memberi kesempatan anak mengambil keputusan dan melibatkan orang tua dalam perencanaan kegiatan asuhan keperawatan (Supartini, 2004).

Melalui peningkatan kontrol orang tua pada diri anak diharapkan anak mampu dalam menjalani kehidupannya. Anak akan selalu berhati-hati dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan selalu bersikap waspada dalam segala hal. Pendidikan terhadap kemampuan dan keterampilan orang tua dalam mengawasi perawatan anak juga perlu diberikan (Hidayat, 2005).

c. mencegah atau mengurangi cedera (*injury*) dan nyeri (dampak psikologis)

Proses pengurangan rasa nyeri sering tidak dapat dihilangkan namun dapat dikurangi melalui teknik farmakologi (seperti prinsip penggunaan obat enam benar) dan teknik nonfarmakologi (seperti mempersiapkan psikologi anak dan orang tua) (Wong, 2009). Mempersiapkan psikologi anak dan orang tua untuk tindakan prosedur yang menimbulkan rasa nyeri, yaitu dengan menjelaskan apa yang akan dilakukan dan memberikan dukungan psikologis pada orang tua (Supartini, 2004).

Pertimbangan untuk menghadirkan orang tua pada saat anak dilakukan tindakan atau prosedur yang menimbulkan rasa nyeri, apabila meraka tidak dapat menahan diri dan menangis, tawarkan pada orang tua dan anak untuk mempercayakan kepada perawat sebagai pendamping anak selama prosedur tersebut. Meminimalkan rasa takut terhadap cedera tubuh dan rasa nyeri juga dapat dilakukan dengan permainan terlebih dahulu sebelum melakukan

persiapan fisik anak, misalnya dengan bercerita, menggambar, menonton video kaset dengan cerita yang berkaitan dengan tindakan atau prosedur yang akan dilakukan pada anak. Perawat diharapkan menunjukkan sikap empati sebagai pendekatan utama dalam mengurangi rasa takut akibat prosedur yang menyakitkan (Supartini, 2004).

d. 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).

e. modifikasi lingkungan fisik

Wong (2005) mengungkapkan ada 3 prinsip perawatan atraumatik yang harus dimiliki oleh tim kesehatan dalam merawat pasien anak yaitu diantaranya adalah mencegah atau meminimalkan stresor fisik dan psikis, mencegah dampak perpisahan orang tua dan anggota keluarga lain, dan bersikap empati kepada keluarga dan anak yang sedang dirawat serta memberikan pendidikan kesehatan tentang sakit yang dialami anak.

Stresor fisik dan psikis meliputi prosedur yang menyakitkan seperti suntikan, kegelisahan, ketidakberdayaan, tidur yang tidak nyaman, pengekangan, suara bising, bau tidak sedap dan lingkungan kotor. Stresor ini akan mengakibatkan ketidaknyamanan baik yang dirasakan anak atau orang

tua (Wong, 2009). Oleh karena itu pentingnya modifikasi lingkungan untuk menjaga kenyamanan pengguna fasilitas di rumah sakit.

Modifikasi lingkungan fisik dilakukan melalui modifikasi ruang perawatan yang bernuansa anak sehingga anak merasa nyaman di lingkungannya (Hidayat, 2005). Modifikasi ruang perawatan anak dapat dilakukan dengan cara membuat situasi ruang anak seperti di rumah, diantaranya dengan membuat dekorasi ruangan anak yang bernuansa anak, seperti menempelkan gambar tokoh kartun, dinding ruangan berwarna cerah, dan terdapat hiasan mainan anak (Supartini, 2004).

2.4.3. Prosedur yang Berhubungan Dengan Mempertahankan Keamanan

Dibawah ini merupakan menurut prosedur-prosedur yang berhubungan dengan mempertahankan keamanan menurut Wong (2003) dalam Kurniawati (2009), yaitu:

- a. Memastikan bahwa tindakan penjagaan keamanan lingkungan sudah dilakukan misalnya: kebiasaan tidak merokok, pencahayaan baik, dan lantai tidak licin dan lain-lain.
- b. Tempat tidur pasien ambulasi dikunci pada ketinggian yang memungkinkan akses mudah ke lantai.
- c. Memberi tempat bagi anak yang dapat memanjat di atas sisi tempat tidur yang dirancang khusus yang bagian atasnya ditutupi dengan jaringan pengaman. Ikatkan jaringan tersebut ke kerangka tempat tidur untuk bersiap-siap jika terjadi suatu kegawatan.

- d. Mengkaji keamanan mainan yang dibawa ke rumah sakit dengan orang tua dan menentukan apakah mainan tersebut sesuai dengan usia dan kondisi anak.
- e. 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 tidur yang ada.

2.5. Hubungan Penerapan *Atraumatic Care* dengan Kecemasan Anak Prasekolah Saat Hospitalisasi

Anak usia prasekolah yang menjalani hospitalisasi memungkinkan akan mengalami stres. Tidak hanya anak yang akan mengalami stres, anak dan orang tua akan mengalami pengalaman yang penuh dengan rasa stres. Sumber stresor utama pada anak dan yang sering terjadi pada anak yang sedang menjalani hospitalisasi adalah perpisahan, kehilangan kontrol, trauma fisik dan nyeri, serta kondisi lingkungan rumah sakit (Supartini, 2004).

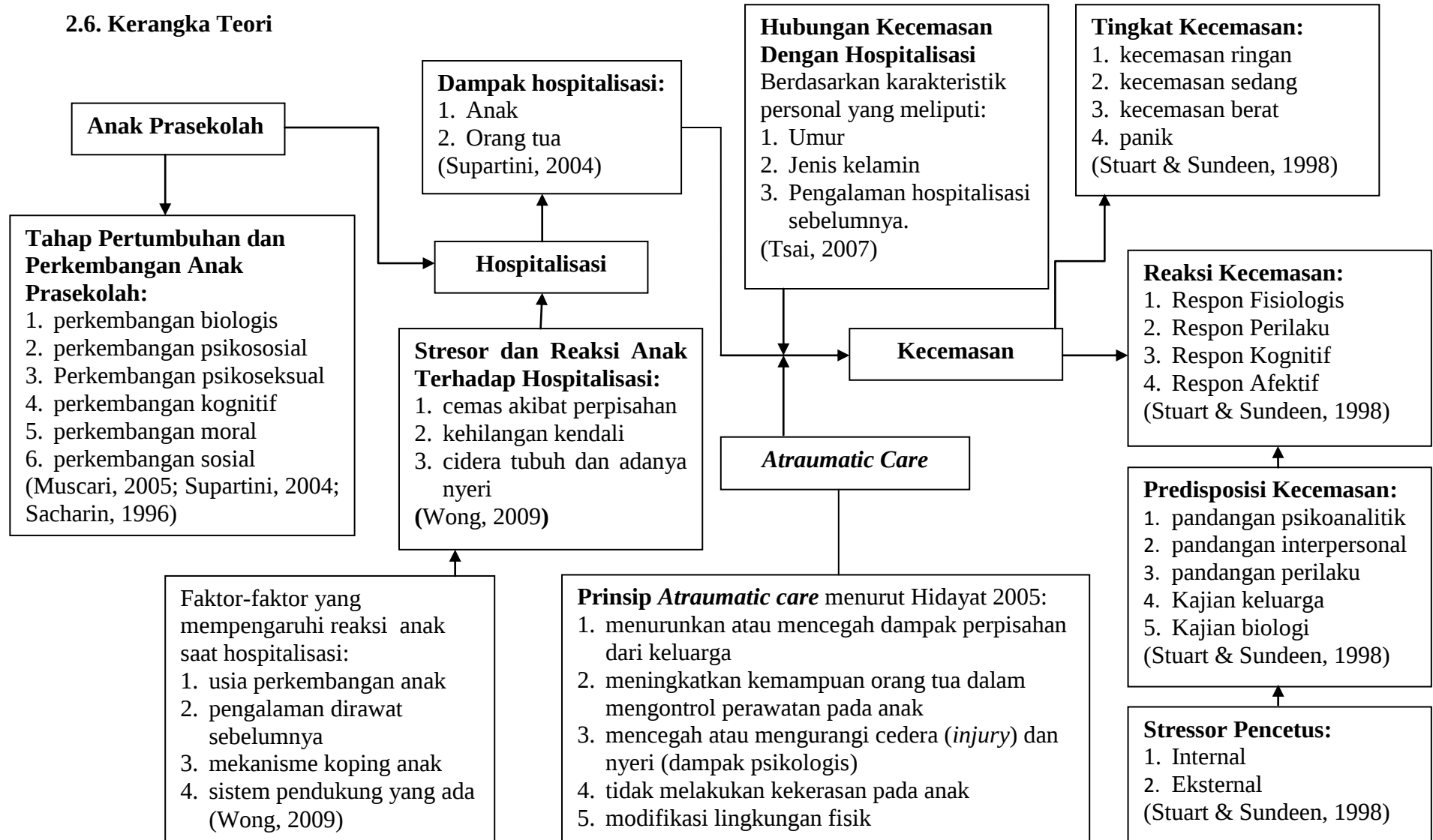
Reaksi anak terhadap hospitalisasi bersifat individual tergantung pada usia perkembangan anak; pengalaman dirawat sebelumnya; mekanisme koping anak dan sistem pendukung yang ada (Wong, 2009). Reaksi-reaksi yang ditimbulkan anak akibat hospitalisasi, tindakan meminimalkan dampak hospitalisasi memegang peranan penting dalam proses hospitalisasi agar anak mampu beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit (Rohmani, 2009, dalam Utami, 2012).

Hospitalisasi ini akan menimbulkan ancaman terhadap integritas fisik dan sistem dalam diri anak. Ancaman ini akan menimbulkan respon kecemasan pada anak (Wong, 2009). Menurut Tsai (2007), menyatakan terdapat hubungan antara kecemasan dan karakteristik personal yang meliputi umur, jenis kelamin, dan pengalaman hospitalisasi sebelumnya dan lama rawat. Menurut Stuart & Sundeen (1998), kecemasan memiliki faktor predisposisi dan faktor pencetus hingga terjadinya kecemasan. Respon kecemasan dapat dibagi terdiri dari respon fisiologis, perilaku, kognitif, dan afektif. Tingkat kecemasan dibagi menjadi kecemasan ringan, sedang, berat, dan panik.

Untuk mengatasi kecemasan anak selama hospitalisasi dibutuhkan pendekatan *Atraumatic care* (Apriliawati, 2011). Pelayanan *Atraumatic care* adalah suatu tindakan perawatan terapeutik yang dilakukan oleh seseorang dengan menggunakan intervensi melalui cara mengeliminasi atau meminimalisasi stres psikologi dan fisik yang dialami oleh anak dan keluarganya dalam sistem pelayanan kesehatan.

Perawat anak merupakan bagian dari pemberi pelayanan kesehatan dituntut untuk mampu memberikan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk meminimalkan dampak hospitalisasi sebagai pemenuhan aspek psikologis anak (Supartini, 2004). Pendekatan psikologis yang dapat dilakukan yaitu dengan prinsip *Atraumatic care* yang terdiri dari: menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga, meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak, mencegah atau mengurangi cedera (*injury*) dan nyeri, tidak melakukan kekerasan pada anak, dan modifikasi lingkungan fisik (Hidayat, 2005).

2.6. Kerangka Teori

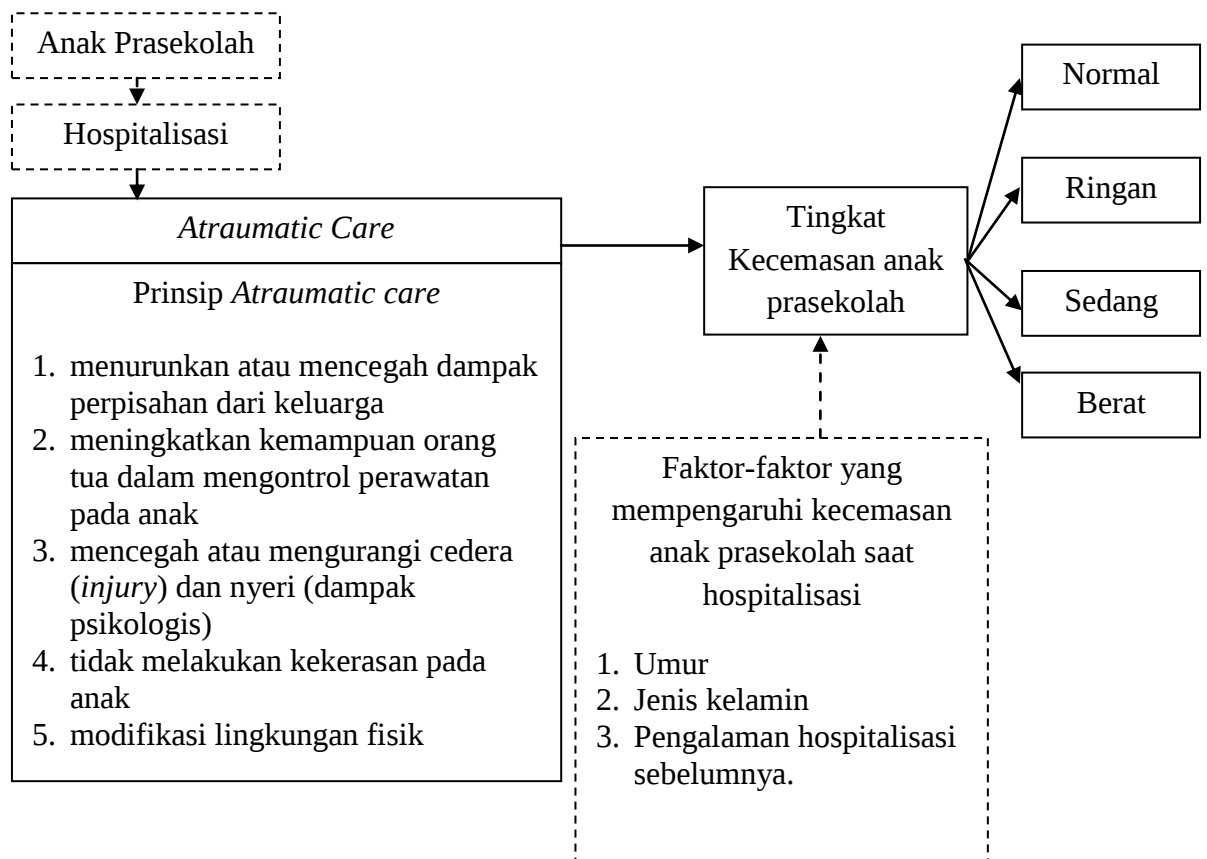


Gambar 2.2 Kerangka Teori Penelitian

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian dapat dilihat pada gambar 3.1 di bawah ini.



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

= diteliti

= tidak diteliti

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara dari masalah penelitian. Hipotesis penelitian merupakan jawaban sementara terhadap masalah penelitian yang menunjukkan adanya hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat (Setiadi, 2007). Hipotesis yang dapat diambil dalam penelitian ini yaitu: Ada hubungan antara penerapan *Atraumatic care* dengan kecemasan anak prasekolah saat hospitalisasi.

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan yaitu observasional analitik dengan pendekatan *Cross sectional*. Penelitian dengan observasi analitik bertujuan untuk mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi, kemudian melakukan analisis korelasi antara fenomena atau faktor risiko dengan faktor efek. Pendekatan *Cross sectional* merupakan suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Penelitian ini mempelajari dinamika korelasi antara penerapan *Atraumatic care* dengan tingkat kecemasan anak prasekolah. Tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2010).

4.2. Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan sekelompok subjek yang akan menjadi sasaran penelitian (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah berdasarkan rata-rata jumlah pasien anak prasekolah (usia 3 sampai 6 tahun) yang menjalani hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso per bulan, yaitu

sebesar 21 pasien anak (berdasarkan data jumlah pasien anak dalam tiga bulan terakhir yaitu Januari-Maret).

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan sebagian atau seluruh dari anggota populasi yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi yang ada (Notoatmodjo, 2010). Besarnya sampel dalam penelitian ini anak prasekolah (usia 3 sampai 6 tahun) yang sedang menjalani hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso dan memenuhi kriteria inklusi ataupun kriteria eksklusi yang ditetapkan oleh peneliti. Jumlah sampel yang ditetapkan peneliti menggunakan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan:

n = besar sampel yang dibutuhkan

N = ukuran populasi

d = derajat presisi yang diinginkan yaitu 5% (0,05)

Sehingga diperoleh:

$$n = \frac{21}{1 + 21(0,05^2)}$$

$$n = \frac{21}{1,05}$$

$$n = 20 \text{ anak}$$

Maka besar sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 20 anak yang sedang menjalani hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.

4.2.3 Teknik Penentuan Sampel

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non probability sampling*. *Non probability sampling* adalah teknik yang tidak memberi kesempatan yang sama bagi anggota populasi untuk dapat dipilih menjadi anggota sampel. Pendekatan teknik *non probability sampling* dengan *Judgemental sampling*. *Judgemental sampling* didasarkan pada kriteria yang sudah ditetapkan oleh peneliti sebelumnya. Sampel dipilih berdasarkan penilaian peneliti bahwa dia adalah pihak yang paling tepat untuk dijadikan sampel penelitiannya (Jamil, 2007).

4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah anak prasekolah yang sedang dirawat di ruang rawat inap anak RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso. Adapun kriteria-kriteria sampel yang telah ditetapkan penelitian sebagai berikut:

a. kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). Kriteria inklusi dalam penelitian ini terdiri dari:

1. Anak usia prasekolah (usia 3 sampai 6 tahun) yang menjalani proses hospitalisasi di RSUD dr. Koesnadi Kabupaten Bondowoso minimal selama 1x24 jam;
2. Keluarga dalam keadaan sehat jasmani dan mental;
3. Keluarga yang dapat berkomunikasi secara verbal atau lisan;

4. Keluarga yang dapat membaca dan menulis;
5. Bersedia menjadi responden.

b. kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini terdiri dari:

1. Anak dengan *syndrome down*, retardasi mental atau hiperaktif;
2. Anak dengan penyakit kronik.

4.3. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap anak RSUD dr. H Koesnadi Kabupaten Bondowoso.

4.4. Waktu Penelitian

Waktu penelitian yang diperlukan untuk pelaksanaan penelitian ini adalah bulan Maret sampai November 2013. Waktu penelitian dihitung mulai dari pembuatan proposal sampai penyusunan laporan dan publikasi penelitian.

4.5. Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah penerapan *Atraumatic care* sedangkan variabel dependennya adalah tingkat kecemasan anak prasekolah.

Definisi operasional dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel yang dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi	Indikator	Alat ukur	Skala	Hasil
1.	Variabel bebas: penerapan <i>Atraumatic care</i>	Penilaian keluarga pasien terhadap tindakan perawatan terapeutik yang dilakukan oleh perawat, meliputi bagaimana perawat menggunakan intervensi melalui cara mengeliminasi atau meminimalisasi stres psikologi dan fisik yang dialami oleh anak dan keluarganya selama anak dirawat di ruang anak	a. Menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga b. Meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak c. Mencegah atau mengurangi cedera (<i>injury</i>) dan nyeri (dampak psikologis) d. Tidak melakukan kekerasan pada anak e. Modifikasi lingkungan fisik	Kuesioner	Ordinal	a. Skor < 43 = penerapan kurang b. Skor 43-61 = penerapan cukup c. Skor > 61 = penerapan baik
2.	Variabel terikat: Kecemasan anak prasekolah saat hospitalisasi	Penilaian keluarga terhadap adanya kekhawatiran yang tidak jelas yang dirasakan oleh anak, yang berhubungan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya serta tidak	a. Respon Fisiologis b. Respon Perilaku c. Respon Kognitif d. Respon Afektif	Kuesioner	Ordinal	a. Skor 20-44 = normal atau tidak cemas b. Skor 45-59 = kecemasan ringan c. Skor 60-74 = kecemasan

	memiliki objek 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.				sedang d. Skor 75-80 = kecemasan berat
3.	Karakteristik responden: a. Usia	Lama hidup seseorang sejak dilahirkan sampai saat penelitian dilakukan dalam tahun	Kuesioner	Rasio	a. 3-4 tahun = 1 b. 5-6 tahun = 2
	b.Jenis kelamin	Peran biologis yang dimiliki responden	Kuesioner	Nominal	a. Laki-laki = 1 b. Perempuan = 2
	c.Pengalaman dirawat	Intensitas atau riwayat anak pernah di rawat di rumah sakit	Kuesioner	Nominal	a. Pertama = 1 b. Berulang = 2
	d. Orang tua atau keluarga terdekat	Seseorang yang memiliki satu garis keturunan dengan anak atau yang paling sering menjaga anak.	Kuesioner	Nominal	a. Ibu = 1 b. Ayah = 2 c. Lain-lain = 3

4.6. Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

a. Data primer

Data primer adalah data sumber pertama yang diperoleh dari individu atau perorangan yang didapat secara langsung misalnya melalui metode wawancara atau menggunakan kuesioner di lapangan atau melakukan pengukuran yang biasanya dilakukan oleh peneliti (Arikunto, 2006). Data primer yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner pertanyaan yang diisi sendiri oleh keluarga responden, sesuai dengan petunjuk yang telah ada pada kuesioner.

b. Data sekunder

Data sekunder merupakan data yang didapatkan dari pihak lain, badan atau instansi yang secara rutin mengumpulkan data (Setiadi, 2007).

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik yang digunakan untuk pengumpulan data adalah kuesioner. Cara pengisian kuesioner diisi sendiri oleh keluarga responden dengan pengawasan dari peneliti atau responden perlu didampingi oleh peneliti dalam mengisi kuesioner dikarenakan keterbatasan memahami isi kuesioner. Langkah-langkah pengumpulan data:

- a. peneliti akan menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian pada responden;
- b. peneliti meminta responden menandatangani lembar persetujuan responden jika responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian;
- c. peneliti menjelaskan tentang cara mengisi kuesioner pada responden;

- d. peneliti memberikan formulir yang berisi tentang kuesioner karakteristik responden.
- e. peneliti memberikan formulir yang berisi tentang kuesioner yang berisi tentang tingkat kecemasan dan penerapan *Atraumatic care* yang akan diisi oleh orang tua atau keluarga terdekat pasien. Pengisian kuesioner ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kecemasan anak prasekolah saat hospitalisasi dan mengetahui penerapan *Atraumatic care* yang diterapkan di ruang rawat inap anak RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso. Alokasi waktu yang dibutuhkan peneliti dalam mengumpulkan data untuk satu responden adalah sekitar 20 menit;

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Alat pengumpulan data terdiri dari kuesioner berisi pertanyaan mengenai kecemasan anak dan penerapan *Atraumatic care*. Kuesioner merupakan suatu alat pengumpulan data mengenai suatu masalah yang umumnya banyak menyangkut kepentingan umum (Notoatmodjo, 2002).

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner yang terdiri atas 2 bagian, yaitu:

- a. kuesioner tingkat kecemasan anak yang terdiri dari 20 pertanyaan tertutup. Pertanyaan disusun menggunakan skala likert dengan rentang nilai 1 hingga 4 jawaban pertanyaan meliputi: 1= tidak pernah, 2= kadang-kadang, 3= sering, 4= selalu.

Katagori yang digunakan yaitu:

Skor 20-44 = normal atau tidak cemas

Skor 45-59 = kecemasan ringan

Skor 60-74 = kecemasan sedang

Skor 75-80 = kecemasan berat

- a. kuesioner penerapan *Atraumatic care* yang terdiri dari 35 pertanyaan tertutup.

Pertanyaan disusun menggunakan skala likert dengan rentang nilai 1 hingga 3 jawaban pertanyaan yang bersifat favorable meliputi: selalu = 3, jarang = 2, tidak pernah = 1. Jawaban selalu merupakan hal rutin yang dilakukan setiap hari maupun berdasarkan jadwal. Jarang berarti hal yang pernah dilakukan tetapi lebih banyak dilewatkan. Tidak pernah berarti hal yang tidak pernah dilakukan sama sekali. Rentang minimum-maksimum menggunakan rumus Azwar (2003) dengan cara yaitu $26 \times 1 = 26$ samapi $26 \times 3 = 78$. Sehingga luas jarak sebenarnya $78 - 26 = 52$. Dengan demikian satuan deviasi (σ) bernilai $52/6 = 9$ dan mean teoritisnya adalah $\mu = 26 \times 2 = 52$. Katagori yang digunakan adalah sebagai berikut:

$X < (\mu - 1,0\sigma)$ = penerapan kurang

$(\mu - 1,0\sigma) \leq X < (\mu + 1,0\sigma)$ = penerapan cukup

$(\mu + 1,0\sigma) \leq X$ = penerapan baik

sehingga pengkatagorianya, yaitu:

Skor < 43 = penerapan kurang

Skor 43-61 = penerapan cukup

Skor > 61 = penerapan baik

Keterangan:

X = skor mentah sampel

σ = standar deviasi distribusi dalam populasi

μ = skor rata-rata distribusi dalam populasi

Lembar kuisioner tingkat kecemasan dibuat oleh peneliti dari modifikasi kecemasan yang terstandar *Self-Rating Anxiety Scale* (SAS) yang dirancang oleh William W.K.Zung (1971), dan lembar kuesioner penerapan *Atraumatic care* merupakan kuesioner yang dibuat sendiri oleh peneliti dari modifikasi kuesioner yang pernah dibuat oleh Utami (2012) dengan nilai validitas r hitung > r tabel, ilai r tabel yang digunakan adalah 5% (0,514).

Tabel 4.2 Blue Print Kuesioner Penelitian Sebelum Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Variabel	Indikator	Jumlah butir pertanyaan		Jumlah butir
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
Penerapan <i>Atraumatic care</i>	a. menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga	1, 2, 3, 4, 6	5	6
	b. meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak	7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16	8, 11	10
	c. mencegah atau mengurangi cedera (<i>injury</i>) dan nyeri (dampak psikologis)	17, 19, 20, 21, 22, 23, 25	18, 24	9
	d. Tidak melakukan kekerasan pada anak	26, 27, 31	28, 29, 30	6
	e. modifikasi lingkungan fisik	32, 33, 34	35	4
Total				35
Tingkat kecemasan anak prasekolah saat hospitalisasi	a. Respon Fisiologis	1, 2, 3, 5, 4, 6, 7, 8,	9	9
	b. Respon Perilaku	10, 12, 13	11	4
	c. Respon Kognitif	14, 16, 17	15	4
	d. Respon Afektif	18, 19	20	3
	Total			20

4.6.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Kuesioner yang telah dibuat belum berarti kuesioner tersebut dapat langsung digunakan untuk mengumpulkan data. Kuesioner tersebut perlu di uji validitas dan reliabilitas untuk dapat digunakan. Responden untuk uji validitas dan reliabilitas ini sebaiknya memiliki ciri-ciri responden dari tempat dimana penelitian akan dilakukan (Notoatmodjo, 2010).

a. Uji validitas

Uji validitas adalah ukuran yang menunjukkan sejauh mana pernyataan pengukur mampu mengukur sesuatu yang ingin diukur. Uji validitas menggunakan *Pearson Product Moment* (r), dasar pengambilan keputusan adalah valid jika r hitung $>$ r tabel dan tidak valid jika r hitung $<$ r tabel. Taraf signifikan yang digunakan adalah 5 % (Riwidikdo, 2007). Setelah dilakukan uji validitas pada 20 responden dengan r tabel=0,444 maka didapatkan 35 item pertanyaan pada kuesioner penerapan *Atraumatic care* terdapat 9 item pertanyaan yang dinyatakan gugur sehingga menjadi 26 item pertanyaan yang valid. Sedangkan pada kuesioner tingkat kecemasan, dari 20 pertanyaan semua dinyatakan valid.

b. Uji reliabilitas

Uji reliabilitas digunakan untuk mengetahui apakah alat ukur yang digunakan memiliki suatu kesamaan apabila pengukuran dilaksanakan oleh orang yang berbeda ataupun waktu yang berbeda (Setiadi, 2007). Dalam penelitian ini item pernyataan pada kuesioner yang sudah valid diuji dengan rumus *Cronbach's Alpha*, dasar pengambilan keputusan uji reliabilitas

penerapan *Atraumatic care* dan tingkat kecemasan anak adalah reliabel jika nilai r alpha $>$ r tabel. Nilai r alpha yang didapatkan 0,96=96%, dikatakan uji reliabel karena mendekati angka 100%.

Tabel 4.3 Blue Print Kuesioner Penelitian Setelah Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Variabel	Indikator	Jumlah butir pertanyaan		Jumlah butir
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
Penerapan <i>Atraumatic care</i>	a. menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga	1, 2, 3, 4	5	5
	b. meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak	6, 8, 9, 11, 12, 13	7, 10	8
	c. mencegah atau mengurangi cedera (<i>injury</i>) dan nyeri (dampak psikologis)	14, 15, 16, 18	17	5
	d. Tidak melakukan kekerasan pada anak	19,	20, 21, 22	4
	e. modifikasi lingkungan fisik	23, 24, 25	26	4
	Total			26
Tingkat kecemasan anak prasekolah saat hospitalisasi	a. Respon Fisiologis	1, 2, 3, 5, 4, 6, 7, 8,	9	9
	b. Respon Perilaku	10, 12, 13	11	4
	c. Respon Kognitif	14, 16, 17	15	4
	d. Respon Afektif	18, 19	20	3
	Total			20

4.7 Pengolahan data

4.7.1 *Editing*

Editing merupakan proses dalam upaya memeriksa kembali kebenaran data atau kuesioner yang telah diperoleh atau dikumpulkan. Pemeriksaan daftar pertanyaan meliputi kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan, dan relevansi jawaban (Setiadi, 2007). Setelah responden diberikan kuesioner dan mengisinya, peneliti memeriksa kembali kuesioner. Jika terdapat item kuesioner yang belum terisi, peneliti meminta kembali responden untuk melengkapinya.

4.7.2 *Coding*

Coding merupakan proses klasifikasi jawaban-jawaban dari responden dalam kategori (Setiadi, 2007). Dalam penelitian ini pemberian kode terdiri dari:

- a. variabel tingkat kecemasan dengan alat pengumpulan data berupa kuesioner memiliki 5 katagorik yaitu:
 - 1) Skor 20-44 = diberi kode 1 = normal atau tidak cemas
 - 2) Skor 45-59 = diberi kode 2 = kecemasan ringan
 - 3) Skor 60-74 = diberi kode 3 = kecemasan sedang
 - 4) Skor 75-80 = diberi kode 4 = kecemasan berat
- b. variabel penerapan *Atraumatic care* dengan alat pengumpulan data berupa kuesioner memiliki 3 katagorik yaitu:
 - 1) Skor < 58 = diberi kode 1 = penerapan kurang
 - 2) Skor 58-82 = diberi kode 2 = penerapan cukup
 - 3) Skor > 82 = diberi kode 3 = penerapan baik

4.7.3 Entry

Data *entry* merupakan kegiatan memasukan data yang telah diberi kode kemudian dikumpulkan kedalam tabel melalui pengolahan komputer (Setiadi, 2007). Data yang telah di *coding* dimasukan sesuai dengan tabel SPSS (*Statistical Program for Social Science*).

4.7.4 Cleaning

Cleaning merupakan proses memeriksa kembali data yang dimasukan apakah sudah benar atau belum (Setiadi, 2007). Kesalahan mungkin terjadi pada saat memasukan data ke computer. Hasil dari pembersihan data didapatkan bahwa tidak ada kesalahan sehingga seluruh data dapat digunakan.

4.8 Analisa Data

Data yang telah diolah kemudian dianalisa sebagai bahan pertimbangan pengambilan keputusan (Setiadi, 2007). Analisa yang digunakan meliputi analisa univariat dan bivariat.

4.8.1 Analisa Univariat

Dilakukan untuk menjelaskan karakteristik tiap variabel penelitian. Analisa ini akan menunjukkan persentase atau proporsi dari tiap variabel. Ukuran variasi maksimal (heterogen) jika proporsi antar katagorik sama. Gambaran karakteristik anak terdiri dari usia, jenis kelamin, pengalaman rawat inap dan keluarga yang

mendampingi. Gambaran karakteristik orang tua anak terdiri dari usia, tingkat pendidikan, dan pekerjaan. Analisa univariat juga dilakukan pada variabel penerapan *Atraumatic care* dan tingkat kecemasan anak yang disajikan dalam tabel distribusi frekuensi.

4.8.2 Analisa bivariat

Uji hipotesis menggunakan uji korelasi *Spearman Rank* karena kedua variabel dengan skala ordinal. Analisa bivariat yang digunakan adalah menghubungkan penerapan *Atraumatic care* dengan kecemasan anak.

Tabel 4.4 Analisis Data Bivariat

Variable		Jenis skala	Uji statistik
Independent	Dependent		
Penerapan <i>Atraumatic care</i>	Tingkat Kecemasan Anak Presekolah Saat Proses Hospitalisasi	Ordinal-Ordinal	<i>Spearman Rank</i>

Tabel 4.5 Interpretasi Hasil Uji Hipotesis Berdasarkan Kekuatan Korelasi, Nilai p dan Arah Korelasi

No	Parameter	Nilai	Interpretasi
1.	Kekuatan korelasi (r)	0,00-0,199	Sangat lemah
		0,20-0,399	Lemah
		0,40-0,599	Sedang
		0,60-0,799	Kuat
		0,80-1,000	Sangat kuat
2.	Nilai ρ	$\rho < 0,05$	Terdapat korelasi yang bermakna
		$\rho > 0,05$	Tidak terdapat korelasi yang bermakna antara dua variabel yang diuji
3.	Arah korelasi	+ (positif)	Searah, semakin besar nilai satu variabel, semakin besar pula nilai variabel lainnya
		- (negatif)	Berlawanan arah, semakin besar nilai satu variabel, semakin kecil nilai variabel lainnya

Sumber: Dahlan 2006 (dalam Prasetyono 2010)

4.9 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. Nursalam (2008) menjelaskan prinsip dari etika penelitian yaitu:

a. prinsip manfaat

1. bebas dari penderitaan

penelitian yang telah dilakukan tanpa menimbulkan penderitaan pada responden yaitu pasien anak dan keluarga pasien. Hal ini dilakukan dengan memberitahu tentang tujuan dan manfaat penelitian ini sebelum keluarga bersedia menjadi responden.

2. bebas dari eksploitasi

partisipasi responden penelitian telah dihindarkan dari keadaan yang dapat merugikan dengan cara memberitahu tentang tujuan dan manfaat penelitian ini sebelum keluarga bersedia menjadi responden.

3. risiko (*benefits ratio*)

peneliti memperhatikan kerugian dan keuntungan yang dapat berakibat kepada responden penelitian cara memberitahu tentang tujuan dan manfaat penelitian ini sebelum keluarga bersedia menjadi responden.

b. prinsip menghargai hak asasi manusia (*respect for human dignity*)

1. hak untuk ikut atau tidak menjadi responden (*right to self determination*)

responden memiliki hak untuk memutuskan apakah mereka bersedia menjadi responden atau tidak tanpa adanya sanksi dalam bentuk apapun.

2. hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*)

peneliti memberikan penjelasan secara rinci dan bertanggung jawab mengenai tujuan dan manfaat penelitian sehingga responden dapat memahami perlakuan yang diberikan.

3. *Informed consent*

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

- c. prinsip keadilan (*right to justice*)

1. Hak untuk mendapat pengobatan yang adil (*right in fair treatment*)

responden penelitian diperlakukan secara adil baik sebelum, selama, dan setelah penelitian tanpa diskriminasi.

2. Hak dijaga kerahasiaannya (*right to privacy*)

Segala informasi yang diberikan telah dijaga kerahasiaannya oleh peneliti dengan cara tidak mencantumkan nama responden dalam kuesioner untuk menjaga kerahasiaan informasi dalam penelitian.

BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan hasil dan pembahasan pada penelitian tentang hubungan penerapan *Atraumatic care* dengan tingkat kecemasan anak prasekolah saat proses hospitalisasi di paviliun melati RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso. Penelitian ini dilakukan sejak tanggal 6 September - 18 September 2013 dengan jumlah responden sebanyak 20 orang tua pasien anak di paviliun melati RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso. Paviliun Melati RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso dibagi atas tiga kelas perawatan yaitu ruang rawat kelas I, kelas II, dan kelas III, serta satu ruang tindakan. Daya tampung dari ruang rawat inap anak di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso adalah sebanyak 36 tempat tidur yang terdiri dari 5 tempat tidur di kelas I, 8 tempat tidur di kelas II, dan 23 tempat tidur di kelas III.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara membagikan kuesioner yang ditujukan kepada orang tua anak atau keluarga terdekat anak untuk mengisi tentang penerapan *Atraumatic care* dan kecemasan anak saat proses hospitalisasi. Pengambilan data diawali dengan penjelasan peneliti kepada responden mengenai tujuan dan manfaat penelitian. Orang tua anak atau keluarga terdekat anak yang bersedia menjadi responden menandatangani lembar *informed consent*. Pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan uji statistik dengan menggunakan salah satu program yang ada dalam komputer, yaitu program SPSS (*Statistical Program for Social Science*).

Hasil penelitian ini dikelompokkan menjadi dua yaitu data umum dan data khusus. Data umum terdiri dari karakteristik anak menurut usia, jenis kelamin, pengalaman perawatan sebelumnya, dan orang tua atau keluarga terdekat yang menemani anak selama proses hospitalisasi. Data khusus terdiri dari variabel penerapan *Atraumatic care*, variabel tingkat kecemasan anak prasekolah dan hubungan antara keduanya.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Data Umum

Data umum menggambarkan karakteristik anak dan karakteristik orang tua anak. Data umum menggambarkan karakteristik anak yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pengalaman perawatan sebelumnya, dan orang tua atau keluarga terdekat yang menemani anak selama proses hospitalisasi. Data umum menggambarkan karakteristik orang tua terdiri dari usia, tingkat pendidikan dan pekerjaan. Adapun data yang diperoleh penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.1 Karakteristik Umum Anak Usia Prasekolah Saat Proses Hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso Bulan September 2013

Data umum	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
a. Usia		
1. 3-4	14	70
2. 5-6	6	30
Total	20	100
b. Jenis Kelamin		
1. Laki-laki	12	60
2. Perempuan	8	40
Total	20	100

Data umum	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
c. Pengalaman rawat inap		
1. Pertama	14	70
2. Berulang	6	30
Total	20	100
d. Orangtua atau keluarga terdekat anak		
1. Ibu	15	75
2. Ayah	2	10
3. Lain – lain	3	15
Total	20	100

Sumber: Data primer (2013)

Berdasarkan tabel 5.1 distribusi usia dari total 20 responden menunjukkan usia terbanyak yaitu usia 3-4 tahun sebanyak 14 responden (70%) dan usia 5-6 tahun sebanyak 6 responden (30%).

Distribusi data jenis kelamin responden (anak) terbanyak yaitu laki-laki sebanyak 12 responden (60%) dan perempuan sebanyak 8 responden (40%).

Distribusi data pengalaman rawat inap terbanyak yaitu pengalaman yang pertama kali sebanyak 14 responden (70%), sedangkan yang memiliki pengalaman berulang atau sudah pernah dirawat sebelumnya sebanyak 6 responden (30%).

Distribusi data orang tua atau keluarga terdekat anak yang menemani saat proses hospitalisasi paling banyak ditemani oleh ibu yaitu sebanyak 15 responden (75%), sedangkan pada urutan yang kedua ditemani oleh selain ayah dan ibu yaitu sebanyak 3 responden (15%) dan sisanya ditemani oleh ayah meraka sebanyak 2 responden (10%).

Tabel 5.2 Karakteristik Umum Orang Tua Anak di RSUD dr. H. Koesnadi
Kabupaten Bondowoso Bulan September 2013

Data umum	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
a. Usia		
1. 20-39 tahun	15	75
2. 40-59 tahun	4	20
3. > 60 tahun	1	5
Total	20	100
b. Tingkat Pendidikan		
1. SD	3	15
2. SMP	7	35
3. SMA	6	30
4. Perguruan Tinggi	4	20
Total	20	100
c. Pekerjaan		
1. PNS	4	20
2. Ibu Rumah Tangga	11	55
3. Lain-lain	5	25
Total	20	100

Sumber: Data primer (2013)

Berdasarkan tabel 5.2 Distribusi usia responden sebanyak 10 orang (50%) berusia antara 20-39 tahun, 9 orang (45%) berusia antara 40-59 tahun, dan hanya satu responden yang berusia lebih dari 60 tahun (5%).

Distribusi tingkat pendidikan responden terbanyak adalah lulusan SMP sebanyak 7 orang (35%), lalu tingkat SMA sebanyak 6 orang (30%). Tingkat Perguruan Tinggi sebanyak 4 orang (20%), dan sisanya sebanyak 3 orang (15%) merupakan pendidikan SD.

Distribusi pekerjaan responden terbanyak yaitu sebagai ibu rumah tangga sebanyak 12 orang (50%), bekerja sebagai PNS dan lain-lain masing-masing sebanyak 4 orang (25%).

5.1.2 Data Khusus

a. Penerapan *Atraumatic Care*

Tabel 5.3 Distribusi Penerapan *Atraumatic Care* Saat Proses Hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso pada Bulan September 2013

Penerapan <i>Atraumatic Care</i>	Frekuensi (Orang)	Persentase (%)
Penerapan Kurang	3	15
Penerapan Cukup	12	60
Penerapan Baik	5	25
Total	20	100

Sumber: Data primer (2013)

Berdasarkan tabel 5.3 data penerapan *Atraumatic care* menunjukkan bahwa sebagian besar (60%) penerapan *Atraumatic care* cukup, kemudian (25%) penerapan *Atraumatic care* baik, dan hanya (15%) penerapan *Atraumatic care* kurang.

b. Tingkat Kecemasan Anak Prasekolah Saat Proses Hospitalisasi

Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan Anak Prasekolah Saat Proses Hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso pada Bulan September 2013

Kecemasan	Frekuensi (Orang)	Persentase (%)
Tidak Cemas	14	70
Kecemasan Ringan	5	25
Kecemasan Sedang	1	5
Total	20	100

Sumber: Data primer (2013)

Berdasarkan tabel 5.4 terlihat bahwa kecemasan anak usia prasekolah saat hospitalisasi menunjukkan 14 anak (70%) tidak mengalami kecemasan, 5 anak (25%) mengalami kecemasan ringan, 1 anak mengalami kecemasan sedang, tidak terdapat anak yang mengalami kecemasan berat.

c. Hubungan Penerapan *Atraumatic Care* dengan Tingkat Kecemasan Anak Prasekolah Saat Proses Hospitalisasi

Hubungan penerapan *Atraumatic care* dengan tingkat kecemasan anak prasekolah saat proses hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso di uji dengan uji Spearman, hasil yang diperoleh dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.5 Distribusi Penerapan *Atraumatic Care* dengan Tingkat Kecemasan Anak Prasekolah Saat Proses Hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso pada Bulan September 2013

Penerapan <i>Atraumatic Care</i>	Tingkat Kecemasan								Total		ρ <i>value</i>	r
	Tidak Cemas		Kecemasan Ringan		Kecemasan Sedang		Kecemasan Berat					
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Kurang	0	0	2	10	1	5	0	0	3	15	0,003	-0,634
Cukup	9	45	3	15	0	0	0	0	12	60		
Baik	5	25	0	0	0	0	0	0	5	25		
Total	14	70	5	25	1	5	0	0	20	100		

Sumber: Data primer (2013)

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa pada penerapan *Atraumatic care* kurang didapatkan 2 responden mengalami kecemasan ringan (10%) dan 1 responden mengalami kecemasan sedang (5%), tidak didapatkan responden yang mengalami kecemasan berat. Pada penerapan *Atraumatic care* cukup, didapatkan 9 responden tidak cemas (45%) dan 3 responden mengalami kecemasan ringan (15%), tidak didapatkan responden dengan kecemasan sedang dan berat. Terdapat pada penerapan *Atraumatic care* baik, didapatkan 5 responden tidak mengalami kecemasan, tidak ada responden yang mengalami kecemasan ringan, sedang ataupun berat.

Hasil analisa data menggunakan uji *Spearman-rank* didapatkan hasil bahwa $\rho \text{ value} = 0,003$ dengan taraf signifikan (α) sebesar 0,05 maka $\rho < \alpha$. Hasil tersebut memiliki arti H_0 ditolak, dimana ada hubungan antara penerapan *Atraumatic care* dengan kecemasan anak prasekolah saat proses hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso. Nilai korelasi *Spearman* (r) pada penelitian ini sebesar $r = -0,634$ yaitu arah korelasi negatif dengan kekuatan korelasi kuat. Maka dapat diartikan semakin baik penerapan *Atraumatic care* yang diberikan maka semakin kecil kecemasan yang dialami anak prasekolah saat proses hospitalisasi.

5.2 Pembahasan

Penelitian ini membahas tentang penerapan *Atraumatic care* dengan tingkat kecemasan pada anak prasekolah saat proses hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.

5.2.1 Data Umum

a. Karakteristik Responden

Data umum berisi tentang karakteristik anak saat proses hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pengalaman perawatan sebelumnya, dan orang tua atau keluarga terdekat yang menemani anak selama proses hospitalisasi.

Berdasarkan usia responden, peneliti mengklasifikasikan usia berdasarkan perkembangan kognitif menurut Piaget yang menyebutkan pada anak usia prasekolah (3 sampai 6 tahun) berada pada fase peralihan antara prakonseptual (3 sampai 4 tahun) dan intuitif (5 sampai 6 tahun) (Muscari, 2005). Hasil pengklasifikasian tersebut pada tabel 5.1, usia terbanyak yaitu usia 3-4 tahun sebanyak 14 responden (70%) dan usia 5-6 tahun sebanyak 6 responden (30%).

Semakin muda usia anak, maka akan semakin sulit bagi anak untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan. Hal ini juga berhubungan dengan sistem imun anak akan terus berkembang seiring dengan bertambahnya usia anak (Sacharin, 1996), maka dapat disimpulkan semakin muda usia anak akan lebih berisiko untuk mengalami hospitalisasi disebabkan oleh pertahanan sistem imun anak yang masih berkembang sehingga sangat rentan terhadap paparan penyakit.

Berdasarkan jenis kelamin responden pada tabel 5.2, jenis kelamin terbanyak yaitu laki-laki sebanyak 12 responden (60%) dan perempuan sebanyak 8 responden (40%). Hal ini dapat berhubungan dengan kadar hormonal yang dimiliki, anak laki-laki memiliki hormon testosteron yang mempunyai efek bertolak belakang dengan hormon estrogen pada perempuan. Hormon testosteron menghambat kerja RORA (*retinoic acid related orphan receptor alpha*), sedangkan estrogen lebih berdampak pada peningkatan kerja RORA. Menurut Jetten (2004), ROR- α berfungsi sebagai perkembangan otak dan kelenjar getah bening, metabolisme lipid, respon imun, serta pemeliharaan tulang. ROR- β perannya masih tidak diketahui pasti, tetapi sangat ada dalam otak dan retina. ROR- γ berfungsi pada respon imun dan kelangsungan hidup sel T-helper. RORA

α dan γ turut mempengaruhi respon imun dan perkembangan nodus limfoid. Berdasarkan kajian Grossman (1985), menemukan bahwa sistem imun juga diregulasi oleh estrogen steroid gonad, androgen dan progesteron.

Data pengalaman rawat inap terbanyak yaitu pengalaman yang pertama kali sebanyak 14 responden (70%), sedangkan yang memiliki pengalaman berulang atau sudah pernah dirawat sebelumnya sebanyak 6 responden (30%). Anak yang baru mengalami perawatan di rumah sakit akan berisiko menimbulkan perasaan cemas yang ditimbulkan baik oleh anak maupun orang tua (Supartini, 2004). Berbagai kejadian dapat menimbulkan dampak atraumatik terutama pada anak yang baru pertama kali mengalami perawatan di rumah sakit, salah satunya karena adanya interaksi yang tidak baik dengan petugas kesehatan (Potter & Perry, 2005).

Orang tua atau keluarga terdekat anak yang menemani anak saat proses hospitalisasi paling banyak ditemani oleh ibu yaitu sebanyak 15 responden (75%), sedangkan pada urutan yang kedua ditemani oleh selain ayah dan ibu yaitu sebanyak 3 responden (15%) dan sisanya ditemani oleh ayah meraka sebanyak 2 responden (10%). Seorang perempuan lebih banyak menghabiskan waktu dalam mengasuh anaknya, sehingga terjadi keterikatan emosi antara keduanya. Hal ini dikarenakan peran seorang ibu yang lebih berperan dalam merawat anggota keluarga, sehingga dapat meluangkan waktu untuk menemani anak lebih besar (Utami, 2012). Walaupun anak akan merasa lebih nyaman dengan berada didekat orang tuanya, kehadiran orang yang paling sering mengasuhnya akan lebih membuat anak merasa nyaman baik seorang ibu, ayah, ataupun anggota keluarga lainnya.

Menurut pengklasifikasian usia responden menurut Potter & Perry (2005), usia 20-39 tahun merupakan tahap dewasa awal. Tahap dewasa awal individu mulai membangun apa yang ada pada dirinya, mencapai kemandirian atau lepas dari orang tua, menikah dan memiliki anak. Usia 40-59 tahun merupakan tahap dewasa tengah, pada usia dewasa tengah individu membuat kontribusi yang baik melalui hubungan dengan orang lain. Pada individu dengan usia dewasa tengah menemukan kesenangan istimewa dalam membantu anak-anaknya dan kebersamaan bersama keluarga merupakan hal yang paling menyenangkan. Usia lebih dari 60 tahun, termasuk dalam katagori lansia dimana kepribadian dan pola perilaku yang berkembang sepanjang hidup menentukan derajat keterikatan dan aktifitas pada masa lansia.

Jumlah usia responden terbanyak dalam penelitian ini adalah usia antara 20-39 tahun (75%). Menurut pendapat peneliti, pada usia dewasa awal akan mempengaruhi pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki sehingga akan mempengaruhi terhadap persepsi individu terhadap pelayanan kesehatan yang digunakan. Hal ini akan memberikan konstibusi terhadap pelayanan kesehatan yang diterimanya berupa kepuasan hingga loyalitas terhadap rumah sakit.

Tingkat pendidikan formal responden dikelompokkan menjadi tingkat SD, SMP, SMA, dan Perguruan Tinggi. Berdasarkan jumlah pendidikan terakhir terbanyak responden adalah tingkat SMP (35%) dan selanjutnya SMA (30%), sedangkan paling kecil responden berpendidikan SD (15%). Menurut Trisnantoro dalam Utami (2012), menyatakan bahwa seseorang yang memiliki tingkat pendidikan yang berbeda-beda, cenderung akan menggunakan pelayanan kesehatan

yang berbeda-beda. Informasi dan pengetahuan yang luas akan sejalan dengan tingkat pendidikan yang pernah ditempuh seseorang. Peneliti berasumsi bahwa tingkat pendidikan akan mempengaruhi seseorang untuk pilihan pelayanan kesehatan yang diambil serta mempersepsikan bentuk pelayanan kesehatan yang diterimanya.

Data jenis pekerjaan responden terbanyak yaitu sebagai ibu rumah tangga sebanyak 12 orang (50%). Seorang istri (ibu) memiliki peran formal sebagai pengambil peran kepemimpinan dalam hal mengelola rumah termasuk dalam memberikan asuhan kepada anaknya (Friedman, 1998). Menurut pendapat peneliti, seorang istri (ibu) yang menjadi ibu rumah tangga dan tidak ada ikatan dinas akan memiliki waktu lebih banyak di rumah dan melakukan aktivitas kesehariannya di rumah. Hal ini memungkinkan waktu ibu akan tercurahkan untuk mengasuh dan merawat anggota keluarga lebih banyak, sehingga jika ada anggota keluarga yang sakit dan dirawat di rumah sakit, seorang istri atau ibu akan lebih sering menjaga di rumah sakit.

5.2.2 Data Khusus

a. Penerapan *Atraumatic Care*

Berdasarkan hasil penelitian, hasil pengambilan data penerapan *Atraumatic care* dengan kuesioner kepada orang tua anak yang berjumlah 20 responden, maka didapatkan hasil bahwa sebagian besar (60%) pelaksanaan penerapan *Atraumatic care* cukup, kemudian (25%) penerapan *Atraumatic care* baik, dan hanya (15%) penerapan *Atraumatic care* kurang. Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan

bahwa pelaksanaan pelayanan *Atraumatic care* di paviliun melati RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso telah menerapkan pelayanan *Atraumatic care* yang cukup. Penerapan *Atraumatic care* didasari adanya kerja sama orang tua dan perawat dalam memfasilitasi keluarga untuk terlibat dalam asuhan keperawatan anak selama hospitalisasi. Pelayanan *Atraumatic care* memberdayakan kemampuan keluarga baik dalam aspek pengetahuan, keterampilan, maupun sikap dalam melaksanakan perawatan anaknya di rumah sakit melalui interaksi yang terapeutik dengan keluarga (Supartini, 2004).

Penerapan *Atraumatic care* di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso pada aspek meminimalkan perpisahan dengan orang tua, berdasarkan hasil analisa kuesioner didapatkan hasil yang baik dimana aspek ini telah banyak dirasakan oleh 96% orang tua pasien. Orang tua dapat bekerja sama atau terlibat aktif dalam perawatan selama anaknya menjalani hospitalisasi (Supartini, 2004). Hasil wawancara dengan perawat di paviliun melati di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso mengatakan bahwa orang tua diberikan izin untuk tinggal bersama dengan anaknya (*rooming-in*) selama perawatan di rumah sakit.

Aspek peningkatan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan anaknya selama hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso dari hasil analisa kuesioner didapatkan bahwa setiap orang tua diberikan kesempatan untuk mengambil keputusan dalam perawatan anaknya dan selalu mendapatkan informasi tentang perkembangan kesehatan anaknya dari perawat, tetapi sebanyak 95% perawat tidak memenuhi kebutuhan bermain anak, seperti mengajak bermain, bersenda gurau, bernyanyi atau membacakan buku cerita. Hal ini

dikarenakan keterbatasan sarana-prasarana untuk bermain anak yang disediakan di rumah sakit. Namun didapatkan seluruh perawat memberikan ijin pada anak untuk membawa mainan kesayangannya dan bermain dengan orang tuanya selama tidak mengganggu kondisi kesehatan anak.

Perawat dalam melakukan perawatan pada anak harus mempertimbangkan untuk menghadirkan orang tua pada saat dilakukan prosedur yang menimbulkan rasa nyeri (Hidayat, 2005). Hasil analisa kuesioner pada aspek mencegah atau mengurangi cedera (*injury*) dan nyeri (dampak psikologis), didapatkan 35% perawat tidak memberikan dukungan psikologis pada anak dan orang tua seperti bercerita, bernyanyi, melakukan permainan terlebih dahulu sebelum melakukan prosedur tindakan keperawatan dan sebanyak 75% tempat tidur tidak memiliki pagar pengaman pada tempat tidur anak. Mencegah atau mengurangi cedera (*injury*) dan nyeri (dampak psikologis) dapat dilakukan dengan mempersiapkan psikologi anak dan orang tua untuk tindakan prosedur yang menimbulkan rasa nyeri, yaitu dengan menjelaskan apa yang akan dilakukan dan memberikan dukungan psikologis pada orang tua (Supartini, 2004).

Menurut pendapat peneliti, mencegah injuri dan nyeri pada anak tidak mudah, namun jika pencegahan injuri dan nyeri tidak dilakukan akan menyebabkan trauma pada anak, akan mengganggu proses perawatan selanjutnya sehingga lama perawatan dapat lebih panjang. Hasil pembahasan diatas maka dapat disimpulkan pada aspek mencegah injuri atau mengurangi cedera perlu adanya pembenahan terutama dalam menjaga keamanan anak dari resiko jatuh dan mempersiapkan anak dan orang tua dengan menjelaskan setiap prosedur

tindakan yang akan dilakukan dan memberikan dukungan secara psikologis pada anak dan orang tua.

Hasil observasi peneliti pada tiap ruangan anak paviliun melati RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso masih belum maksimal terutama fasilitas yang ada pada tiap ruang anak. Modifikasi lingkungan ruang anak dapat dilakukan melalui modifikasi ruang perawatan yang bernuansa anak sehingga anak merasa nyaman di lingkungannya (Hidayat, 2005). Perawat pelaksana secara garis besar telah berupaya untuk memberikan pelayanan *Atraumatic care* secara maksimal, namun keterbatasan sarana dan prasarana yang mengakibatkan minimnya modifikasi ruang anak yang sesuai dengan nuansa anak baik dari segi hiasan, perangkat tenun dan alat keamanan tempat tidur anak.

b. Tingkat Kecemasan Anak Prasekolah Saat Proses Hospitalisasi

Hasil pengukuran kecemasan anak prasekolah terlihat bahwa kecemasan anak usia prasekolah berdasarkan kategorinya, didapatkan hasil 14 anak (70%) tidak mengalami kecemasan, 5 anak (25%) mengalami kecemasan ringan, 1 anak mengalami kecemasan sedang, serta tidak terdapat anak yang mengalami kecemasan berat.

Menurut salah satu orang tua anak, kecemasan anak sering muncul ketika perawat menghampiri anak. Anak tiba-tiba menangis saat melihat perawat, memanggil orang tuanya dan tampak gugup seolah menolak kehadiran perawat yang datang. Menurut Muscari (2005), anak prasekolah menggambarkan bahwa hospitalisasi sebagai hukuman dan perpisahan dengan orang tua sebagai

kehilangan kasih sayang . Hal ini yang menyebabkan anak menganggap perawat yang datang akan selalu melukainya dan kehadiran orang tua akan memberikan perlindungan bagi diri anak.

Hospitalisasi akan menimbulkan ancaman terhadap integritas fisik dan sistem dalam diri anak. Ancaman ini akan menimbulkan respon kecemasan pada anak (Wong, 2009). Penyebab dari kecemasan pada anak yang dirawat inap (hospitalisasi) dipengaruhi oleh banyak faktor, baik faktor dari petugas (perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya), lingkungan baru, maupun keluarga yang mendampingi selama perawatan (Nursalam, 2005 dalam Bolin, 2011).

Hasil analisa kuesioner didapatkan bahwa 45% kecemasan anak ditunjukan dengan wajah anak yang selalu terlihat tegang saat akan dilakukan perawatan, 65% anak menangis tanpa sebab saat di rumah sakit, 50% anak memukul-mukul atau menendang-nendang saat membicarakan prosedur perawatan atau saat perawat datang, 60% anak mengalami perubahan porsi dan frekuensi makan saat di rumah sakit.

Hasil penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar usia anak yang menjalani proses hospitalisasi yaitu anak usia 3 hingga 4 tahun (70%). Menurut penelitian yang dilakukan Apriliawati (2011) pada 30 responden anak, terdapat hubungan sedang antara usia dan kecemasan responden. Semakin muda usia anak, maka akan semakin sulit bagi anak untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan (Scharin, 1996). Selain itu pengalaman yang tidak menyenangkan anak akan menyebabkan anak takut dan trauma (Supartini, 2004).

c. Hubungan Penerapan *Atraumatic Care* dengan Tingkat Kecemasan Anak Prasekolah Saat Proses Hospitalisasi

Hasil korelasi hubungan antara penerapan *Atraumatic care* dengan kecemasan anak prasekolah saat proses hospitalisasi menggunakan uji *Spearman* didapatkan hasil bahwa $p\text{ value} = 0,003$ dengan taraf signifikan (α) sebesar 0,05 maka $p < \alpha$. Hasil tersebut memiliki arti H_0 ditolak, dimana ada hubungan antara penerapan *Atraumatic care* dengan kecemasan anak prasekolah saat proses hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso. Nilai korelasi *Spearman* (r) pada penelitian ini sebesar $r = -0,634$ yaitu arah korelasi negatif dengan kekuatan korelasi kuat. Maka semakin baik penerapan *Atraumatic care* yang diberikan maka semakin kecil risiko kecemasan yang dialami anak prasekolah saat proses hospitalisasi.

Perawat anak merupakan bagian dari pemberi pelayanan kesehatan dituntut untuk mampu memberikan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk meminimalkan dampak hospitalisasi sebagai pemenuhan aspek psikologis anak (Supartini, 2004). Pendekatan psikologis yang dapat dilakukan yaitu dengan prinsip *Atraumatic care* saat perawatan apada anak saat hospitalisasi.

Menurut Wong (2009), stresor utama dari hospitalisasi dan reaksi anak prasekolah yaitu cemas akibat perpisahan, kehilangan kendali, serta cedera tubuh dan adanya nyeri. Pada anak usia prasekolah, anak akan cenderung lebih aman secara interpersonal daripada anak usia 1 sampai 3 tahun, maka anak dapat mentoleransi perpisahan singkat dengan orang tua anak dan dapat lebih cenderung membangun rasa percaya pada orang dewasa lain yang bermakna untuknya.

Anak usia prasekolah sering terjadi kehilangan kontrol yang disebabkan oleh pembatasan fisik, perubahan rutinitas dan ketergantungan yang harus anak patuhi. Kehilangan kontrol dapat menyebabkan perasaan tidak berdaya sehingga dapat memperdalam kecemasan dan ketakutan (Monaco, 1995, dalam Ramdaniati, 2011). Pemahaman anak terhadap nyeri dihubungkan sebagai sebuah hukuman atas kesalahan yang dilakukan (Wong, 2009).

Peran perawat dalam meminimalkan kecemasan pada anak saat hospitalisasi sangatlah penting. Salah satu tindakan yang penting yang dapat dilakukan untuk mengurangi kecemasan adalah melibatkan orang tua untuk berperan aktif dalam perawatan anak, salah satunya dengan membolehkan orang tua untuk tinggal bersama anak selama 24 jam, hal ini merupakan salah satu bagian dari pelayanan *Atraumatic care* (Supartini, 2004).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerapan *Atraumatic care* yang cukup (60%) dan baik (25%) masih menimbulkan kecemasan, yaitu kecemasan ringan (25%) dan kecemasan sedang (5%) pada anak. Hal ini dapat disebabkan sebagian besar anak yang menajalani hospitalisasi merupakan pengalaman yang pertama bagi mereka.

Anak yang memiliki pengalaman menjalani hospitalisasi memiliki kecemasan lebih rendah dibandingkan anak yang belum memiliki pengalaman hospitalisasi (Tsai, 2007). Anak yang baru mengalami perawatan di rumah sakit akan berisiko menimbulkan perasaan cemas yang dirasakan baik oleh anak maupun orang tua (Supartini, 2004). Namun, dalam penelitian yang dilakukan Coyne & Dip (2006) dalam Apriliawati (2011), meyakini bahwa pengalaman

hospitalisasi tidak berpengaruh terhadap kecemasan anak yang menjalani hospitalisasi karena anak masih memiliki pengalaman nyeri sebelumnya.

Tingkat pendidikan seseorang akan membentuk pola yang lebih adaptif terhadap pelayanan kesehatan, dimana akan mempengaruhi individu dalam memberikan respon terhadap informasi yang didupatkanya (Anjaryani, 2009). Tingkat pendidikan dan usia orang tua dapat memberikan persepsi yang berbeda terhadap pelayanan yang diterimanya. Maka dengan persepsi orang tua terhadap penerapan *atraumatic care* yang baik, kecemasan anak masih dapat terjadi.

Sitem pendukung yang didapatkan anak akan mempengaruhi pula terhadap kecemasan anak selama dirawat di rumah sakit. Anak akan mencari dukungan yang ada dari orang lain untuk melepaskan tekanan akibat penyakit yang dideritanya. Anak biasanya akan meminta dukungan kepada orang terdekat denganya (Ariffiani, 2008 dalam Utami, 2012). Pada penelitian ini, 75% anak lebih banyak ditemani oleh ibunya. Peran ibu yang lebih besar dalam keluarga terutama untuk mengasuh anak, membuktikan bahwa kehadiran ibu akan memberikan rasa nyaman pada anak saat di rawat di rumah sakit. Kehadiran orang terdekat yang selalu mendampingi anak akan menurunkan kecemasan pada anak selama proses hospitalisasi. Jika perpisahan dengan orang tua dapat dihindari, maka anak-anak akan memiliki kemampuan yang besar untuk menghadapi stres (Mendez *et al.*, 2008, dalam Ramdaniati, 2011).

Penelitian yang dilakukan oleh Lory Huff *et al.*, (2009) menyatakan bahwa implementasi *Atraumatic Care* pada anak yang dirawat di rumah sakit dapat menurunkan trauma pada anak dan orang tua akibat prosedur invasif. Hubungan yang baik dan saling percaya antara perawat dengan keluarga dapat menimbulkan rasa nyaman dan dapat meminimalkan munculnya kecemasan. Memberikan informasi atau pendidikan kesehatan pada orang tua tentang kondisi kesehatan anak dapat meningkatkan peran orang tua dalam mengontrol perawatan anak selama hospitalisasi (Supartini, 2004).

5.3 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menemukan keterbatasan penelitian, salah satunya adalah sampel penelitian. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 20 responden. Hal ini didapatkan berdasarkan jumlah rata-rata anak usia 3 sampai 6 tahun tiap bulan yang dirawat di RSUD dr. H. Koesnadi sebanyak 21 pasien anak, jumlah sampel yang ditetapkan peneliti menggunakan rumus Slovin didapatkan 20 responden dan teknik penentuan sampel menggunakan *Judgemental sampling* yang didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi yang sudah ditetapkan oleh peneliti.

BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan penerapan *Atraumatic care* dengan kecemasan anak prasekolah saat proses hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso, dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 6.1.1 Karakteristik responden di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso mayoritas berusia 3 hingga 4 tahun; berjenis kelamin laki-laki; merupakan pengalaman hospitalisasi yang pertama kali; dan orang terdekat yang menemani adalah ibu.
- 6.1.2 Penerapan *Atarumatic care* di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso mayoritas termasuk dalam katagori cukup (60%).
- 6.1.3 Mayoritas anak didapatkan tidak mengalami kecemasan (70%) saat proses hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.
- 6.1.4 Ada hubungan antara penerapan *Atraumatic care* dengan kecemasan anak prasekolah saat proses hospitalisasi di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso. Uji *Spearman* didapatkan hasil $p\text{ value} = 0,003$ dengan taraf signifikan (α) sebesar 0,05 maka $p < \alpha$. Hubungan penerapan *Atraumatic care* dengan kecemasan anak memiliki kekuatan korelasi yang kuat sehingga semakin besar penerapan *Atraumatic care* yang diberikan maka semakin kecil

risiko kecemasan yang dialami anak prasekolah saat proses hospitalisasi. Hal ini dibuktikan dengan hasil nilai korelasi *Spearman* (r) pada penelitian ini sebesar $r = -0,634$ yaitu arah korelasi negatif dengan kekuatan korelasi kuat.

6.2 Saran

Saran yang diberikan terkait dengan hasil dan pembahasan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

6.2.1 bagi Peneliti

- a. mengadakan penelitian lebih lanjut mengenai faktor lain yang dapat mempengaruhi penerapan *Atraumatic care*
- b. mengadakan penelitian lebih lanjut mengenai faktor lain yang mempengaruhi kecemasan pada anak saat hospitalisasi
- c. mengembangkan inovasi-inovasi untuk bertujuan untuk meminimalkan kecemasan pada anak

6.2.2 bagi Institusi Pendidikan

- a. mengembangkan keilmuan secara mendalam yang berhubungan dengan pelayanan *Atraumatic care* pada anak saat hospitalisasi sehingga dapat menurunkan kecemasan pada anak
- b. mengadakan praktik belajar lapangan di rumah sakit khususnya di ruang anak agar lebih mengetahui keadaan anak selama menjalani hospitalisasi

6.2.3 bagi Keperawatan

- a. mengaplikasikan pelayanan keperawatan *Atraumatic care* sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan. Asuhan keperawatan yang tepat bagi anak yang menjalani hospitalisasi dapat membantu anak untuk beradaptasi dengan lingkungan dan kondisi kesehatannya sehingga proses hospitalisasi atau perawatan dapat berjalan dengan baik dan meminimalkan trauma pada anak

6.2.4 bagi Masyarakat

- a. diharapkan masyarakat khususnya orang tua yang memiliki anak usia prasekolah dapat memberikan dukungan dan pendampingan pada anak saat berada dirumah sakit sehingga anak dapat merasa nyaman dan meminimalkan kecemasan pada anak saat hospitalisasi.

6.2.5 bagi Rumah Sakit

- a. pelayanan di rumah sakit khususnya perawatan anak sebaiknya lebih memaksimalkan pelayanan keperawatan dengan prinsip *Atraumatic care* pada anak sehingga dapat meminimalkan kecemasan pada anak saat hospitalisasi dan proses perawatan akan lebih mudah.
- b. Perawat anak diharapkan melakukan evaluasi penilaian terhadap penerapan pelayanan keperawatan *Atraumatic care* untuk meningkatkan pelayanan keperawatan anak, terutama pada aspek modifikasi lingkungan dan meminimalkan injuri atau nyeri pada anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Anjaryani, Wike. 2009. *Kepuasan Pasien Rawat Inap Terhadap Pelayanan Perawatan di Rsudtulurejo Semarang*. Tesis. Semarang: Program Studi Ilmu Magister Promosi Kesehatan Kajian Semberdaya Manusia Program Pascasarjana Universitas Diponogoro Semarang.
- 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.
- Arikunto, 2006. *Administrasi Kesehatan*. Jakarta: PT. Bina Putra
- Bolin, Novita. 2011. *Hubungan Penerapan Atraumatik Care Dalam Pemasangan Infus Terhadap Respon Kecemasan Pada Anak yang Mengalami Hospitalisasi di IRNA D Anak Rumah Sakit dr. M. Djamil Padang*. Skripsi. Fakultas Keperawatan Universitas Andalas.
- Clark, Amy, BS, CCLS. 2002. *Helping Children Understand and Cope with the Experience of Hospitalization*. http://www.phoenix-society.org/downloads/reprint_article/children_cope_hosp.pdf. [diakses pada 28 Maret 2013]
- Dahlan, Sopiudin. 2006. *Stastistika Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Friedman, Marilyn M. 1998. *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik Edisi 3*. Jakarta: EGC
- Grossman, C.J. 1985. *Interactions Between The Gonadal Steroids and The Immune System*. <http://www.sciencemag.org/content/227/4684/257.full.pdf>. [diakses pada 20September 2013]
- Hidayat, A. A. 2005. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*. Jakarta: Selemba Medika
- Jamil, Nur Aisyah. 2007. *Teknik Sampling*. Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia. <Http://Medicine.Uii.Ac.Id/Upload/Klinik/Elearning/Ikm/Teknik-Sampling-Penelitian-Ikm-Fkuii-Naj.Pdf>. [diakses pada 22 Juli 2013]

- Jetten, A. M. 2004. *Recent advances in the mechanisms of action and physiological functions of the retinoid-related orphan receptors (RORs)*. <http://www.ingentaconnect.com/content/ben/cdtia/2004/00000003/00000004/art00007>. [diakses pada 20 September 2013]
- Kaplan, H & B.j. saddock. 1997. *Synopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis Edisi 7 Jilid 2*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Kurniawati, Sri. 2009. *Persepsi Perawat Terhadap Prinsip Perawatan Atraumatik Pada Anak di Ruang III RSUD dr. Pirngadi Medan*. Skripsi. Medan: Fakultas Keperawatan Universitas Sumatra Utara.
- L. Huff *et al*. 2009. *Atraumatic Care: Emla Cream and Application of Heat to Facilitate Peripheral Venous Cannulation In Children*. <http://www.scribd.com/doc/129915463/Atraumatic-Care-EMLA-Cream#download>. [diakses pada 5 Juni 2013]
- Mardaningsih, Siska. 2011. *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Pada Anak Usia Toddler yang Sedang di Rawat Inap di IRNA RSD Dr. Soebandi Kabupaten Jember*. Skripsi. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
- Markum, dkk. 1991. *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Mc. Dowell, Ian. 2006. *Measuring Health : A Guide to Rating Scales and Questionnaires, Third Edition*. New York : Oxford University Press.
- Muscari, Mary E. 2005. *Panduan Belajar: Keperawatan Pediatrik Ed.3*. Jakarta: EGC
- Nazir, Moh. 2005. *Metodologi Penelitian*. Bogor: Ghalita Indonesia
- Notoadmodjo, Soekidjo. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses & Praktik, (Ed)*. Jakarta: EGC

- Purwandari, H. 2009. *Pengaruh Terapi Seni Untuk Menurunkan Tingkat Kecemasan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Hospitalisasi di Wilayah Kabupaten Banyumas*. Tesis. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Program Magister Keperawatan Universitas Indonesia.
- Ramdaniati, Sri. 2011. *Analisis Determinan Kejadian Takut Pada Anak Pra Sekolah dan Sekolah yang Mengalami Hospitalisasi di Ruang Rawat Anak RSUD dr. Slamet Garut*. Tesis. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Program Magister Keperawatan Universitas Indonesia.
- Sacharin, Rosa M. 1996. *Prinsip Perawatan Pediatric Ed.2*. Jakarta: EGC
- Setiadi. 2007. *Konsep & Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Stuart, G.W & Sundeen, S.J. 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Ed.3*. Jakarta: EGC
- Supartini, Yupi. 2004. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC
- Susenas. 2005. *Angka Kesakitan (Morbidity Rate) Anak-anak Umur 0-21 Tahun*. http://www.ykai.net/index.php?option=com_content&view=article&id=145:angka-kesakitan-morbidity-rate-anak-anak-umur-0-21-tahun-&catid=105:tabel&Itemid=119. [diakses pada 5 Juni 2013]
- Riwidikdo, Handoko. 2007. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: Mitra Cendika
- Tsai, C. 2007. *The effect of animal assisted therapy on children's stress during hospitalization*. Doctoral Disttertasi of Phylosopy. University of Marylan, School of Nursing.
- 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
- Wijayanti, Pradita Dwi. 2009. *Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Regresi Anak Prasekolah Saat Hospitalisasi di Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita Jakarta*. Skripsi. Jakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Wong, Donna L. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC