

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Perawatan (*Caring*)

2.1.1 Pengertian

Caring dapat merupakan esensi dari praktek keperawatan dalam memenuhi kebutuhan manusia. *Caring* merupakan suatu proses yang memberikan kesempatan kepada seseorang, baik pemberi asuhan maupun penerima asuhan untuk pertumbuhan pribadi. Aspek *caring* meliputi pengetahuan, pengalaman, kesabaran, kejujuran, rasa percaya, kerendahan hati, harapan dan keberanian (Morrison & Burnard, 2009).

Watson dengan *teori of human care* mempertegas bahwa *caring* sebagai jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi klien sebagai manusia. Bentuk hubungan perawat dan klien adalah hubungan yang wajib dipertanggungjawabkan secara profesional. *Caring* merupakan ilmu tentang manusia, bukan hanya sebagai perilaku namun merupakan suatu cara untuk menjadi berarti dan memberikan motivasi untuk berbuat, *caring* tidak dapat diturunkan dari suatu generasi ke generasi berikutnya melalui genetika, melainkan melalui budaya profesi (Tomey & Aligood, 2006).

Caring bersifat sangat personal sehingga pengungkapan *caring* pada tiap klien berbeda. Persepsi transkultural yang dikemukakan oleh Leininger (1988, dalam Potter & Perry, 2009) menekankan pentingnya pemahaman perawat tentang

pelayanan kultural. Perawat perlu mempelajari kebiasaan kultur yang berbeda agar dapat mengenali dan memenuhi kebutuhan klien.

Caring merupakan sentral praktek keperawatan. Potter & Perry, (2009) menjelaskan bahwa *caring* adalah fenomena universal yang mempengaruhi cara manusia berpikir, merasa dan mempunyai hubungan dengan sesama. Klien dan keluarga mengharapkan kualitas hubungan individu yang baik dari perawat. Percakapan yang terjadi antara klien dan perawat pada umumnya sangat singkat dan tidak menggambarkan suatu hubungan.

Swanson (1991) dalam Potter & Perry, (2009) mendefinisikan bahwa *caring* adalah suatu cara pemeliharaan hubungan dengan menghargai orang lain, disertai perasaan memiliki dan tanggung jawab. Hal ini mendukung pernyataan bahwa *caring* merupakan sentral praktik keperawatan dan bukan merupakan sesuatu yang unik dalam praktek keperawatan dan berguna dalam memberikan petunjuk bagaimana membangun strategi *caring* yang berguna dan efektif.

Caring merupakan cara seseorang bereaksi terhadap sakit, penderitaan dan berbagai kekacauan yang terjadi (Leininger, 1973). *Caring science* menurut Watson (2004) adalah bentuk kepedulian profesional untuk memberikan bantuan, dukungan berupa pengetahuan, sikap dan tindakan kepada individu, keluarga, masyarakat yang sedang sakit atau menderita untuk dapat meningkatkan kondisi kehidupannya.

2.1.2 Asumsi dasar *science of caring*

Watson (2004) mengidentifikasi asumsi dan beberapa prinsip dasar dari *transpersonal caring*. Watson menyatakan tujuh asumsi tentang *science of caring*. Asumsi dasar tersebut adalah: *caring* dapat didemostrasikan dan dipraktekkan

dengan efektif hanya secara interpersonal, terdiri dari *carative factor* yang menghasilkan kepuasan terhadap kebutuhan manusia tertentu, efektif *caring* meningkatkan kesehatan dan perubahan individu dan keluarga. Respon *caring* menerima seseorang tidak hanya sebagai dia saat ini, tetapi juga menerima akan jadi apa dia kemudian. Lingkungan *caring* adalah sesuatu menawarkan dari potensi yang ada dan disaat yang sama membiarkan seseorang untuk memilih tindakan yang terbaik bagi dirinya saat itu. *Caring* lebih *health homogenic* dari pada *curing*. Praktek *caring* merupakan integrasi antara pengetahuan biofisik dengan pengetahuan hubungan manusia atau promosi kesehatan dan untuk memberikan pelayanan kepada pasien dan *caring* merupakan sentral dari keperawatan.

2.1.3 Faktor *carative caring*

Watson mendasari teorinya untuk praktek keperawatan dengan sepuluh faktor *carative caring*. Masing-masing memiliki komponen fenomenologis dinamis yang relatif pada individu yang terlibat dalam hubungan keperawatan. Tiga faktor pertama menjadi dasar fisiologis bagi ilmu *caring* (Tomey & Alligood, 2006). Sepuluh faktor *carative caring* yaitu :

1. Membentuk dan menghargai system nilai *humanistic* dan *altruistic*.

Nilai *humanistic* dan *altruistic* dibentuk pada awal mulai kehidupan tetapi dapat juga dipengaruhi selama seseorang menjalani pendidikan terutama pendidikan perawat. Individu merupakan totalitas dari bagian-bagian yang memiliki harga diri didalam dirinya yang memerlukan perawatan, penghormatan, dipahami dan kebutuhan untuk dibimbing (Potter & Perry, 2009). Perawat membutuhkan rasa puas karena mampu memberikan sesuatu

kepada klien. Selain itu, perawat juga memperlihatkan kemampuan diri dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada klien (Nurrachmah, 2001).

Manifestasi perilaku *caring* perawat dengan menggunakan kebaikan dan kasih sayang untuk memperluas diri. Perawat yang memiliki sifat *caring* adalah perawat yang memiliki kualitas kepribadian yang baik. Perilaku yang ditunjukkan: baik, tulus, perpengetahuan, sabar dan tenang, memiliki rasa humor, penolong, jujur, santai, asertif, penuh kasih sayang, penuh perhatian, berpengalaman dan fleksibel, memiliki watak yang menyenangkan, toleransi serta pengertian (Morrison & Burnard, 2009).

2. Menanamkan sikap penuh pengharapan/kepercayaan

Peran perawat dalam membina hubungan perawat-pasien yang efektif dan dalam mempromosikan kesehatan dengan membantu pasien mengadopsi perilaku mencari kesehatan (Watson, 1979, dalam Tommey & Alligood, 2006a). Perawat juga harus memfasilitasi dan meningkatkan asuhan keperawatan yang holistik. Keperawatan meningkatkan perilaku klien dalam mencari pertolongan kesehatan dan membantu memahami alternatif terapi yang diberikan, memberi keyakinan akan adanya kekuatan penyembuhan atau kekuatan spiritual dan penuh pengharapan.

Manifestasi perilaku *caring* perawat yaitu menciptakan suatu hubungan dengan klien yang menawarkan maksud dan petunjuk saat mencari arti dari suatu penyakit. *Caring* juga sebagai sikap saling memberi dan menerima yang merupakan awal hubungan dari perawat dan klien untuk saling mengenal dan peduli (Potter & Perry, 2009). Hal ini menunjukkan bahwa perawat memberikan perhatian kepada pasien.

3. Menumbuhkan sensitifitas terhadap diri orang lain.

Pengakuan perasaan mengarah pada aktualisasi diri melalui penerimaan diri baik bagi perawat maupun pasien. Perawat mengakui sensitifitas dan perasaan mereka sehingga menjadi lebih asli, otentik dan sensitif terhadap orang lain (Watson, 1979 dalam Tommey & Alligood, 2006).

Perawat harus dapat belajar menghargai kesensitifan perasaan klien dan dirinya sendiri. Sensitif terhadap diri sendiri akan menjadi lebih sensitif terhadap orang lain dan menjadi lebih tulus dalam memberikan bantuan kepada orang lain, lebih empati dalam proses interpersonal perawat-klien. Manifestasi perilaku *caring* perawat dengan belajar menerima keadaan diri sendiri dan orang lain (Potter & Perry, 2009). Belajar menerima keadaan diri sendiri dan orang lain maka perawat membina hubungan interpersonal yang baik dengan klien.

4. Mengembangkan hubungan saling percaya.

Perawat memberikan informasi dengan jujur dan memperlihatkan sikap empati yaitu turut merasakan apa yang dialami klien (Nurrachmah, 2001). Manifestasi perilaku *caring* perawat yaitu belajar membangun dan mendukung pertolongan, kepercayaan hubungan *caring* melalui komunikasi yang efektif dengan klien (Potter & Perry, 2009).

Perawat dapat membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri saat awal kontak, meyakinkan pasien tentang kehadiran perawat untuk menolong, perawat bersikap hangat dan bersahabat. Perawat yang bersikap *caring* dalam membina hubungan dengan orang lain juga harus menunjukkan sikap empati dan mudah didekati serta mau mendengarkan orang

lain. Perawat tersebut lebih peka, mudah bergaul, sopan dan mampu berkomunikasi dengan baik dengan orang lain (Morrison & Burnard, 2009).

5. Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif.

Perawat diharapkan dapat memberikan waktunya untuk mendengarkan semua keluhan dan perasaan klien (Nurrachmah, 2001). Perawat yang bersifat *caring* juga senantiasa memiliki waktu untuk orang lain (Morrison & Burnard, 2009). Tujuan dari sikap ini untuk menciptakan hubungan perawat-klien yang terbuka, saling menghargai perasaan dan pengalaman antar perawat, klien dan keluarga. Perawat harus belajar mendukung dan menerima perasaan klien. Tunjukkan kesiapan mengambil risiko dalam berbagi dengan sesama dalam berinteraksi dengan klien (Potter & Perry, 2009).

6. Menggunakan metode sistimatis dalam pemecahan masalah dengan menumbuhkan kemampuan pengambilan keputusan pada klien dan keluarga.

Penggunaan proses keperawatan dalam pemecahan masalah secara ilmiah melalui pendekatan asuhan keperawatan akan menghilangkan citra perawat sebagai pembantu dokter. Proses keperawatan sama dengan proses penelitian yang sistimatis dan terorganisir (Watson, 1979 dalam Tommey & Alligood, 2006a). perawat menggunakan metode proses keperawatan yang sistimatis sebagai pola pikir dan pendekatan dalam menyelesaikan masalah dan pengambilan keputusan dalam menyelenggarakan pelayanan yang berfokus pada klien (Potter & Perry, 2009).

7. Meningkatkan proses belajar mengajar interpersonal.

Faktor ini merupakan konsep yang penting untuk keperawatan dalam membantu kesembuhan dengan bentuk kepedulian. Pasien diharapkan untuk

mendapatkan informasi tentang status kesehatan (Watson, 1979 dalam Tommey & Alligood, 2006a). *caring* akan efektif bila dilakukan melalui hubungan interpersonal, memberikan asuhan mandiri, menerapkan kebutuhan personal dan memberikan kesempatan untuk tumbuh. Kegiatan ini dapat dilakukan pada saat mengajarkan klien tentang ketrampilan perawatan diri. Klien mempunyai tanggung jawab untuk belajar agar dapat memenuhi kebutuhannya sendiri (Potter & Perry, 2009).

8. Menciptakan lingkungan fisik, mental, sosiokultural dan spiritual yang suportif, protektif dan korektif.

Perawat harus menyadari bahwa lingkungan internal dan eksternal berpengaruh pada kesehatan dan Penyakit individu. Lingkungan internal meliputi mental dan kesejahteraan spiritual serta keyakinan sosial budaya individu (Watson, 1979 dalam Tommey & Alligood, 2006). perawat perlu mengenali pengaruh lingkungan internal dan eksternal klien terhadap kondisi kesehatan klien. Perawat dapat membuat pemulihan suasana pada semua tingkat baik fisik dan non fisik. Perawat juga dapat meningkatkan kebersamaan, keindahan, kenyamanan, kepercayaan dan kedamaian (Potter & Perry, 2009).

9. Membantu memenuhi kebutuhan dasar manusia.

Perawat mengakui kebutuhan biofisik, psikofisik, psikososial serta interpersonal diri. Pasien harus memenuhi kebutuhan yang lebih rendah sbelum mencoba untuk mencapai kebutuhan yang lebih tinggi (Watson, 1979 dalam Tommey & Alligood, 2006a). Perawat mengidentifikasi kebutuhan pasien,

mendahulukan kepentingan pasien, dapat dipercaya dan terampil (Morrison & Burnard, 2009).

Perawat dalam melakukan asuhan keperawatan, membantu klien memenuhi kebutuhan dasar dengan perilaku *caring* yang disengaja dan disadari. Perawat bersedia membantu kebutuhan *activity daily living* dengan tulus dan menyatukan perasaan bangga dapat mmenolong klien, menghargai dan menghormati privasi klien (Potter & Perry, 2009). Perawat dalam membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien harus dilakukan dengan penuh kesadaran dan memperhatikan seluruh aspek dalam keperawatan.

10. Menghargai adanya kekuatan *existensial-phenomological-spiritual*.

Perawat harus memahami pertumbuhan dan kematangan jiwa klien. Yang dapat dilakukan perawat antara lain mengizinkan klien menggunakan kekuatan spiritual untuk melakukan terapi alternative sebagai pilihannya, memotivasi klien dan keluarga untuk berserah diri kepada Tuhan Yang Maha Esa, menyiapkan klien dan keluarga saat menghadapi fase berduka (Potter & Perry, 2009).

2.1.4 Perilaku *caring*

Dwidiyanti (2007) mengatakan perilaku *caring* merupakan manifestasi perhatian kepada orang, menghormati harga diri dan kemanusiaan. *Caring* mempunyai komitmen untuk mencegah terjadinya sesuatu yang buruk, member perhatian dan konsen, menghormati orang lain dan keidupan manusia. *Caring* juga merupakan ungkapan cinta dan ikatan, otoritas dan keberadaan, selalu bersama, empati, pengetahuan, penghargaan dan menyenangkan. Pelaksanaan

caring dalam praktek keperawatan menurut Watson (2004) terdiri atas enam dimensi meliputi:

1. Kesiapan dan kesediaan

Tujuan dari sikap ini adalah menciptakan hubungan perawat dan klien yang terbuka saling menghargai perasaan dan pengalaman antar perawat, klien dan keluarga. Perawat harus mematuhi dan menerima pikiran dan perasaan positif dan negatif yang berbeda pada situasi yang berbeda (Larson, 1994 dalam Watson, 2004).

Individu merupakan totalitas dari bagian-bagian yang memiliki harga diri didalam dirinya yang memerlukan perawatan, penghormatan, dipahami dalam memenuhi kebutuhannya. Lingkungan yang memiliki sikap *caring* yang selalu bersedia untuk membantu klien dapat meningkatkan dan membangun potensi klien untuk membuat pilihan tindakan baik bagi dirinya (Davis, 2000).

Manifestasi perilaku *caring* perawat adalah memberi kesempatan kepada klien untuk mengekspresikan perasaan, perawat mengungkapkan harapannya, menjadi pendengar yang aktif, menyatakan kesediaan untuk selalu membantu dalam mengatasi masalah klien. Sikap ini membutuhkan kesiapan mental dan fisik dari perawat. Tahap ini merupakan tahap pra interaksi dalam membina hubungan terapeutik keperawatan yang harus dipersiapkan oleh perawat (Stuart & Laraia, 2005).

2. Penjelasan dan fasilitasi

Perawat menggunakan metode proses keperawatan sebagai pola pikir dan pendekatan dalam penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan secara sistematis. Pendekatan dan pemecahan masalah harus didasari dengan

explain dan *fasilitation*. *Explain* dan *fasilitation* yaitu kemampuan perawat untuk memberikan penjelasan yang berkaitan dengan perawatan klien, pengambilan keputusan dan pendidikan kesehatan bagi klien serta keluarga (Larson, 1994 dalam Watson, 2004).

Upaya pendidikan bagi klien dan keluarga akan lebih efektif jika dilakukan dengan hubungan interpersonal. Hubungan interpersonal dalam memenuhi kebutuhan personal dapat memberikan kesempatan untuk pertumbuhan personal klien. Proses pembelajaran interpersonal dapat memotivasi klien untuk bertanggung jawab terhadap kesehatannya sendiri (Watson, 2004).

Manifestasi perilaku *caring* meliputi klien bertanggung jawab untuk belajar. Perawat bertanggung jawab untuk mengajarkan klien dengan menciptakan lingkungan yang kondusif untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kebutuhan klien. Penjelasan keluhan dan tindakan keperawatan yang dilakukan secara rasional dan ilmiah, meyakinkan klien tentang kesediaan perawat untuk memberikan informasi, melakukan proses keperawatan sesuai dengan masalah klien, memenuhi kebutuhan klien dan keluarga, membantu keputusan pemecahan masalah secara ilmiah dalam menyelenggarakan pelayanan berfokus pada klien, melindungi klien dari praktek yang merugikan, menjadi mediator antara klien dengan anggota kesehatan lainnya (Stuart & Laraia, 2005).

3. Kenyamanan

Perawat membantu klien mendapatkan kebutuhan dasar dengan memperhatikan kenyamanan klien. Larson (1994, dalam Watson, 2004)

mengemukakan bahwa perawat harus mempunyai kemampuan memberikan kenyamanan dalam memenuhi kebutuhan dasar klien meliputi fisik, emosional dengan penuh penghargaan. Pemenuhan kebutuhan yang paling mendasar adalah makan, minum, eliminasi dan lain-lain. Kebutuhan klien tingkat tinggi adalah psikososial yaitu kemampuan aktivitas dan seksual. Kebutuhan aktualisasi diri tertinggi adalah kebutuhan intrapersonal (Webster, 2001).

Manifestasi perilaku *caring* perawat adalah bersedia membantu kebutuhan *activity daily living* dengan tulus dan menyatakan perasaan bangga dapat menolong klien, menghargai dan menghormati *privacy* klien, menunjukkan kepada klien bahwa klien orang yang pantas dihormati dan dihargai (Stuart & Laraia, 2005).

4. Tindakan antisipasi

Perawat harus memiliki sikap *anticipates* dalam perilaku *caring*. Pelaksanaan *caring* dalam dimensi ini adalah melakukan pencegahan dan mengantisipasi perubahan-perubahan yang tidak diinginkan dari kondisi klien. Perawat dapat menyiapkan sesuatu yang dibutuhkan bila hal itu terjadi (Larson, 1994 dalam Watson, 2004).

Perawat harus dapat belajar menghargai kesensitifitasan perasaan klien dan dirinya sendiri. Sensitif pada diri sendiri akan menjadi lebih sensitive terhadap orang lain dan menjadi lebih tulus dalam memberikan bantuan kepada orang lain, lebih empati, dalam proses interpersonal perawat dan klien (Clark, 2003).

Manifestasi perilaku *caring* perawat adalah sikap empati, tenang dan sabar, menemani dan mendampingi klien, menempatkan dalam posisi klien, ikut merasakan dan perhatian ungkapan penderitaan klien, memahami perilaku positif dan negatif dengan mengidentifikasi kebutuhan psikologis klien. Gangguan biologis dapat disebabkan oleh adanya gangguan psikologis dan biologis itu sendiri (Stuart & Laraia, 2005).

5. Membina hubungan saling percaya

Perawat dalam melakukan asuhan keperawatan harus dapat membina hubungan saling percaya dengan klien. Larson (1994 dalam Watson, 2004) mengemukakan perilaku *caring* perawat harus mencerminkan *trusting relationship* yaitu kemampuan perawat membina hubungan interpersonal dengan klien, menunjukkan rasa tanggung jawab terhadap klien dan selalu memahami klien sesuai kondisinya.

Manifestasi perilaku *caring* perawat meliputi *congruence*, *emphaty*, *non posesive warmth* dan *effective communication*. *Congruence* berarti hadir secara fisik, jujur, nyata dan alami. Empati adalah kemampuan untuk merasakan dan memahami persepsi dan perasaan klien. *Non posesive warmth* diperlihatkan dengan volume suara yang sedang, sikap tenang, postur badan dan wajah yang terbuka.

Komunikasi yang efektif memiliki aspek kognitif, afektif dan respon perilaku. Mengenalkan diri saat awal kontak berarti meyakinkan klien tentang kehadirannya bahwa perawat adalah orang yang siap menolong setiap dibutuhkan, mengenali kebiasaan klien, hobi atau kesukaan klien, bersikap hangat, bersahabat dan menyediakan waktu bagi klien untuk mengekspresikan

perasaan dan pengalamannya melalui komunikasi yang efektif serta menjelaskan setiap tindakan yang dilakukan (Stuart & Laraia, 2005).

6. Memonitor dan *follow up* kesehatan klien

Pengenalan pengaruh lingkungan non fisik dan fisik perawat menjamin kemampuan profesionalnya dan keamanan tindakan keperawatan dalam membimbing dan mengawasi klien. Perilaku ini menurut Larson (1994, dalam Watson, 2004) adalah *monitors* dan *follow up*. Perawat membuat pemulihan suasana pada semua tingkatan fisik maupun non fisik yang bersifat suportif, protektif dan korektif. Perawat juga perlu mengenali pengaruh lingkungan internal dan eksternal klien terhadap kesehatan atau kondisi penyakit klien.

Manifestasi perilaku *caring* perawat adalah meningkatkan kebersamaan, keindahan, kenyamanan, kepercayaan dan kedamaian dengan cara mmenyetujui keinginan klien untuk bertemu dengan pemuka agama dan menghadiri pertemuannya, bersedia mencarikan alamat dan atau menghubungi keluarga yang ingin ditemui oleh klien. Menyediakan tempat tidur yang selalu rapi dan bersih, menjaga kebersihan dan ketertiban ruang perawatan, melakukan kunjungan rumah saat klien pulang (Stuart & Laraia, 2005).

2.1.5 Faktor yang mempengaruhi perilaku *caring*

Caring merupakan aplikasi dari proses keperawatan sebagai bentuk kinerja yang ditampilkan oleh seseorang perawat. Gibson, James & John (2000) mengemukakan 3 faktor yang berpengaruh terhadap kinerja individu meliputi faktor individu, psikologis dan organisasi. Faktor psikologis meliputi persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi, faktor organisasi meliputi kepemimpinan, sumber daya, imbalan struktur dan desain pekerjaan. Faktor

individu meliputi kemampuan dan ketrampilan, latar belakang dan demografi.

Karakteristik demografi meliputi:

1. Usia

Usia berkaitan dengan tingkat kedewasaan atau maturitas seseorang. Siagian (2010) menegaskan bahwa semakin tinggi usia semakin mampu menunjukan kematangan jiwa dan semakin dapat berpikir rasional, bijaksana, mampu mengendalikan emosi dan terbuka terhadap pandangan orang lain. Usia produktif adalah usia 25-45 tahun (Desslerr, 2000). Hal ini merupakan penentu seseorang untuk memilih bidang pekerjaan yang sesuai bagi karir individu.

2. Jenis kelamin

Tidak ada perbedaan kinerja perawat pria dan wanita (Panjaitan, 2002).

3. Latar belakang pendidikan

Siagian (2010) menegaskan bahwa tingkat pendidikan perawat mempengaruhi kinerja perawat yang bersangkutan. Pangewa (2007) menyatakan bahwa faktor pendidikan mempengaruhi perilaku kerja.

4. Masa kerja

Masa kerja perawat adalah lama seseorang perawat bekerja pada suatu organisasi yaitu dimulai dari resmi dinyatakan sebagai pegawai atau kariawan tetap rumah sakit.

5. Status perkawinan.

2.1.6 Instrumen pengukuran perilaku *caring*

Instrumen yang dipakai dalam mengukur perilaku *caring* menurut beberapa ahli adalah sebagai berikut:

1. Daftar dimensi perilaku *caring* (*Caring Dimension Inventory/CDI*).

Daftar dimensi *caring* yang didesain oleh Watson dan Lee dalam Watson (2004) merupakan instrumen yang dikembangkan untuk meneliti perilaku *caring* perawat yang terdiri atas 25 item pernyataan.

Tabel 2.1 Daftar dimensi *caring*

CDI1	Membantu klien dalam <i>Activity Daily Living</i> (ADL).
CDI2	Membuat catatan keperawatan mengenai klien.
CDI3	Merasa bersalah atau menyesal kepada klien.
CDI4	Memberikan pengetahuan kepada klien sebagai individu.
CDI5	Menjelaskan prosedur klinik.
CDI6	Berpakaian rapi ketika bekerja dengan klien.
CDI7	Duduk dengan klien
CDI8	Mengidentifikasi gaya hidup klien.
CDI9	Melaporkan kondisi klien kepada perawat senior.
CDI10	Bersama klien selama prosedur klinik.
CDI11	Bersikap manis terhadap klien.
CDI12	Mengorganisasi pekerjaan dengan perawat lain untuk klien.
CDI13	Mendengarkan klien.
CDI14	Konsultasi dengan dokter mengenai klien.
CDI15	Memangjurkan klien mengenai aspek <i>self care</i> .
CDI16	Melakukan sharing mengenai masalah pribadi dengan klien.
CDI17	Memberikan informasi mengenai klien.
CDI18	Mengukur tanda vital klien.
CDI19	Menempatkan kebutuhan klien sebagai kebutuhan pribadi.
CDI20	Bersikap kompeten dalam prosedur klinik.
CDI21	Melibatkan klien dalam perawatan.
CDI22	Memberikan jaminan mengenai prosedur klinik.
CDI23	Memberikan <i>privacy</i> kepada klien.
CDI24	Bersikap gembira dengan klien.
CDI25	Mengobservasi efek medikasi kepada klien.

Sumber: Watson (2004).

2. *Care Q* (*Caring Assesment Inventory*).

Larson (1994 dalam Watson, 2004) menjelaskan *Care Q* merupakan suatu instrumen yang digunakan untuk mempersepsikan perilaku *caring* perawat.

Penelitian dilakukan pada 2 sampel perawat profesional. Perawat mengidentifikasi perilaku yang penting adalah mendengarkan, sentuhan, kesempatan, mengekspresikan perasaan, komunikasi dan melibatkan klien dalam perencanaan keperawatan. Perilaku *caring* yang ditampilkan pada alat ukur ini meliputi 50 dimensi *caring* yang dibagi dalam 6 variabel yaitu kesiapan dan kesediaan, penjelasan dan peralatan, rasa nyaman, antisipasi, hubungan saling percaya, bimbingan dan pengawasan.

3. *Caring Behavior Inventory* (CBI).

Dimensi perilaku *caring* yang digambarkan dalam pengukuran ini meliputi 5 kategori yaitu: mengakui keberadaan manusia, menanggapi dengan rasa hormat, pengetahuan, ketrampilan profesional dan menciptakan hubungan yang positif. Instrumen ini menggunakan skala likert (Morrison & Burnard, 2009).

2.2 Konsep Bermain

2.2.1 Pengertian bermain

Bermain merupakan setiap kegiatan yang dilakukan untuk kesenangan yang ditimbulkan tanpa mempertimbangkan hasil akhir. Bermain dilakukan secara suka rela dan tidak ada paksaan atau tekanan dari luar atau kewajiban (Hurlock, 1998). Piaget menjelaskan bahwa bermain terdiri atas tanggapan yang diulang sekedar untuk kesenangan fungsional.

Bermain adalah salah satu aspek penting dari kehidupan anak dan salah satu alat paling penting untuk menatalaksana stres karena hospitalisasi menimbulkan krisis dalam kehidupan anak dan karena situasi tersebut sering disertai stres berlebihan sehingga anak perlu bermain untuk mengekspresikan rasa

takut dan cemas yang mereka alami sebagai mekanisme koping dalam menghadapi stres. Bermain sangat penting untuk perkembangan mental, emosional dan kesejahteraan anak, seperti kebutuhan perkembangan, kebutuhan bermain tidak juga terhenti pada saat anak sakit atau di rumah sakit (Wong, 2009).

Champhbel & Glaser (1995) dalam Supartini (2004) mengatakan bermain sama dengan bekerja pada orang dewasa dan merupakan aspek terpenting dalam kehidupan anak serta merupakan satu cara yang efektif menurunkan stres pada anak dan penting untuk mensejahterakan mental dan emosional anak. Bermain dapat dijadikan sebagai suatu terapi karena berfokus pada kebutuhan anak untuk mengekspresikan diri mereka melalui penggunaan mainan dalam aktifitas bermain dan untuk membantu anak mengerti tentang penyakitnya (Mc. Guinness, 2001).

Supartini (2004) menjelaskan bahwa bermain sebagai aktivitas yang dapat dilakukan anak sebagai upaya stimulus pertumbuhan dan perkembangannya, bermain di rumah sakit menjadi media bagi anak untuk mengekspresikan perasaan, relaksasi, dan distraksi perasaan yang tidak nyaman. Kegiatan bermain dilakukan secara sukarela untuk memperoleh kenyamanan dan kesenangan. Bermain merupakan cerminan kemampuan fisik, intelektual, emosional dan sosial, bermain merupakan media yang baik untuk belajar karena dengan bermain anak berkomunikasi, belajar menyesuaikan diri dengan lingkungan, melakukan apa yang ingin dilakukan, mengenal waktu, jarak serta suara (Wong, 2009). Bermain merupakan kesibukan anak, layaknya seperti bekerja pada orang dewasa, dilakukan secara sukarela, untuk memperoleh kesenangan.

2.2.2 Tujuan bermain

Supartini (2004) mengemukakan beberapa tujuan dari bermain antara lain :

1. Melanjutkan pertumbuhan dan perkembangan yang normal.

Pada saat sakit anak mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan, walaupun demikian kegiatan stimulasi pertumbuhan dan perkembangan harus tetap dilanjutkan.

2. Mengekspresikan perasaan, keinginan dan fantasi serta ide-ide.

Pada saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit anak mengalami berbagai perasaan yang tidak menyenangkan, anak yang belum dapat mengekspresikan perasaan secara verbal, bermain adalah media yang sangat efektif untuk mengekspresikan perasaan.

3. Mengembangkan kreativitas dan kemampuan memecahkan masalah.

Bermain akan menstimulasi daya pikir, imajinasi dan fantasi anak untuk menciptakan sesuatu seperti yang ada dipikiran anak.

4. Dapat beradaptasi secara efektif terhadap stress karena sakit dan dirawat di rumah sakit.

2.2.2 Fungsi bermain

Hidayat (2005) mengemukakan bahwa sebelum memberikan berbagai jenis permainan pada anak, maka orang tua harus mengetahui maksud dan tujuan permainan yang akan diberikan pada anak. Fungsi bermain pada anak yaitu: membantu perkembangan sensorik dan motorik pada anak, perkembangan kognitif yang dapat dirangsang melalui permainan, meningkatkan sosialisasi anak yang terjadi melalui bermain dengan kelompok atau temannya. Fungsi lain yaitu: meningkatkan kreatifitas, meningkatkan kesadaran diri melalui

perbandingan dengan perilaku orang lain, mempunyai nilai terapeutik. Bermain dapat memberikan kesenangan pada anak yang dapat menghilangkan stres dan ketegangan akibat hospitalisasi dan mempunyai nilai moral pada anak, anak mulai belajar membedakan mana yang benar dan mana yang salah dari lingkungan sekitarnya.

2.2.4 Faktor yang mempengaruhi bermain

Wong (2008) menyebutkan faktor yang mempengaruhi bermain anak antara lain :

1. Kesehatan

Anak yang sehat mempunyai banyak energi untuk bermain dibandingkan dengan anak yang kurang sehat, bermain sangat membutuhkan banyak energi.

2. Inteligensi

Anak yang cerdas lebih aktif dibandingkan anak yang kurang cerdas, anak cerdas lebih menyenangi permainan yang bersifat intelektual yang banyak merangsang daya pikir.

3. Jenis kelamin anak

Semua alat permainan dapat digunakan oleh anak laki-laki maupun anak perempuan untuk mengembangkan daya pikir, imajinasi, kreativitas dan kemampuan sosial anak. Pendapat lain yang meyakini bahwa permainan adalah salah satu alat untuk membantu anak mengenal identitas diri.

4. Lingkungan

Fasilitas bermain yang lebih diutamakan, yang dapat menstimulus imajinasi dan kreativitas anak. Lingkungan disekitar tempat bermain sangat mempengaruhi ruang gerak anak untuk melakukan aktivitas dalam bermain.

5. Status sosial ekonomi

Anak yang dibesarkan di lingkungan keluarga yang status ekonominya tinggi, lebih banyak tersedia alat permainan yang lengkap dibanding anak yang dibesarkan di lingkungan keluarga yang status ekonominya rendah.

2.2.5 Klasifikasi bermain

Supartini (2004) mengatakan bermain dapat diklasifikasikan berdasarkan isi permainan dan karakteristik sosial.

2.2.5.1 Berdasarkan isi permainan

1. *Sosial affective play*

Inti dari permainan ini adalah adanya hubungan interpersonal yang menyenangkan antara anak dan orang tua, permainan ini mengajarkan anak berhubungan sosial.

2. *Sense of pleasure play*

Ciri khas permainan ini adalah anak semakin asyik bersentuhan dengan permainannya.

3. *Skill play*

Permainan yang meningkatkan ketrampilan anak khususnya motorik kasar dan halus.

4. *Games*

Jenis permainan yang menggunakan alat tertentu yang menggunakan perhitungan atau skor.

5. *Unoccupied behaviou*

Anak tidak memainkan permainan tertentu tetapi situasi atau objek yang ada disekelilingnya yang digunakan sebagai alat permainan, anak tampak senang dengan situasi dan lingkungan disekitarnya.

6. *Dramatic play*

Bermain peran penting untuk proses identifikasi anak terhadap peran tertentu.

2.2.5.2 Berdasarkan karakteristik sosial

1. *On looker play*

Pada permainan ini, anak hanya mengamati temannya yang sedang bermain, tanpa inisiatif untuk ikut berpartisipasi dalam permainan. Anak bersifat pasif, tetapi ada proses pengamatan terhadap permainan yang sedang dilakukan.

2. *Solitary play*

Anak ikut terlibat dalam permainan namun anak bermain sendiri dengan permainan yang dimiliki, alat permainan berbeda-beda, namun tidak ada kontak dan komunikasi.

3. *Paralel play*

Anak menggunakan permainan yang sama namun tidak terjadi komunikasi sehingga tidak ada sosialisasi.

4. *Assosiative play*

Dalam permainan terjadi komunikasi namun tidak terorganisasi, tidak ada yang memimpin permainan dan tujuan permainan tidak jelas.

5. *Cooperative play*

Aturan dan tujuan permainan dalam jelas, pemimpin permainan mengatur dan mengarahkan anggota dalam bermain sesuai dengan tujuan.

2.2.6 Bermain untuk anak di rumah sakit

Hospitalisasi merupakan pengalaman yang penuh stres, baik bagi anak maupun orang tua. Permainan yang terapeutik didasari oleh pandangan bahwa bermain bagi anak merupakan aktifitas yang sehat dan diperlukan untuk

kelangsungan tumbuh kembang anak, menggali dan mengekspresikan perasaan dan pikiran anak, dengan demikian bermain harus menjadi bagian integral dari pelayanan kesehatan anak di rumah sakit (Behrman dkk, 2000).

Aktifitas bermain pada anak yang dilakukan perawat di rumah sakit akan memberikan keuntungan sebagai berikut : meningkatkan hubungan antara klien, keluarga dan perawat. Aktifitas bermain memulihkan perasaan mandiri klien, memberikan rasa senang pada anak dan membantu anak mengekspresikan perasaan dan pikiran sehingga anak dapat beradaptasi terhadap lingkungan rumah sakit. Permainan yang terapeutik akan dapat meningkatkan kemampuan anak mempunyai perilaku positif. Bermain memberikan kompetisi secara sehat dan menurunkan ketegangan klien dan keluarga.

2.2.7 Prinsip bermain di rumah sakit

Supartini (2004) mengatakan terapi bermain yang dilaksanakan di rumah sakit tetap harus memperhatikan kondisi kesehatan anak. Prinsip bermain anak di rumah sakit yaitu: permainan tidak boleh bertentangan dengan pengobatan yang sedang dijalankan anak, tidak membutuhkan banyak energi, harus mempertimbangkan keamanan anak dan melibatkan orang tua.

2.2.8. Menggambar dan Mewarnai

Menggambar adalah membuat gambar, sedangkan gambar adalah tiruan barang (orang, binatang, tumbuhan dan sebagainya) yang dibuat dengan coretan pencil pada kertas (Tim Penyusun Kamus Pusat Bahasa, 2002). Menggambar juga dapat diartikan sebagai kegiatan membuat gambar, melukis (Kamisa, 1997). Mewarnai dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia berarti memberi berwarna dari kata dasar warna yang berarti corak atau rupa. Mewarnai gambar merupakan kegiatan

memberikan warna pada gambar atau tiruan barang yang dibuat dengan coretan pensil/pewarna pada kertas. Perkembangan menggambar maju setapak demi setapak seperti perkembangan kemampuan-kemampuan yang lain. Hal ini berhubungan erat dengan perkembangan motorik, pengamatan, fantasi, pikiran dan kemauan. Bagi anak-anak menggambar adalah suatu penjelmaan jiwa dan ekspresi jiwa yang sangat besar artinya bagi pembentukan pribadi. Menggambar juga merupakan persiapan untuk ikut serta memelihara dan mengembangkan kebudayaan yang diwariskan oleh nenek moyang kita. Menurut Kerschensteiner dalam Ahmadi & Ardiani (1989) perkembangan menggambar seorang anak melalui beberapa fase :

1. Masa Mencoreng (2 – 3 tahun)

Anak senang menggores sesuatu, alat yang dipergunakan mula-mula tidak tertentu gerakannya belum khas dan maksud tertentu juga belum ada. Apa yang dibuatnya baru corengan-corengan belaka, karenanya disebut masa mencoreng.

2. Masa Bagan (3 – 7 tahun)

Pada periode ini, anak mulai menggambarkan dengan sesuatu bentuk bagan (skema), mulai dapat membayangkan atau menyatakan apa yang akan digambar. Masa bagan ini ada dua tingkatan: masa bagan tanpa persamaan (3–4 tahun): anak mengerti maksud menggambar, dapat menyatakan lebih dulu apa yang akan digambar, apa yang akan dibayangkan belum terdapat persamaan dengan barang yang dimaksud. Masa bagan simbolis (4–7 tahun): anak sudah dapat melukiskan apa yang dikenal orang dalam bentuk bagan. Bagan yang dibuatnya boleh dikatakan mirip persamaan dengan benda-benda yang digambar. Kesesuaian antara bagan dan barang yang digambar bertingkat-tingkat, gambar yang dibuat merupakan simbol-simbol.

3. Masa Bentuk dan Garis (7 – 9 tahun)

Pada masa ini anak sudah dapat membuat gambar sesuai bentuk dan garis tertentu. Gambar-gambar yang dibuatnya sudah lebih bersifat realistik dan bagian-bagiannya makin lama makin tampak.

4. Masa *Silhuet* (9 – 10 tahun)

Pada masa ini anak-anak tidak lagi menggambar dengan batas garis dan bentuk saja, tetapi anak telah dapat memberikan bayang-bayang pada gambar yang dibuatnya.

5. Masa Perspektif (10 – 14 tahun)

Anak menggambar dengan syarat-syarat proyeksi, pada akhir ini anak akan memperoleh hasil gambar yang realistik.

2.3 Konsep Hospitalisasi

2.3.1 Pengertian

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang karena suatu alasan yang berencana atau darurat mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah (Supartini, 2004). Proses hospitalisasi anak dan orang tua dapat mengalami berbagai kejadian yang sangat traumatik dan penuh dengan stres. Dirokx (2004) mengemukakan bahwa hospitalisasi adalah penempatan pasien dirumah sakit untuk penelitian, diagnosis dan pengobatan. Hospitalisasi juga diartikan sebagai pemasukan seseorang penderita kedalam rumah sakit atau masa selama di rumah sakit (Dorlan's, 1996).

Berbagai perasaan yang sering muncul pada hospitalisasi anak yaitu cemas, marah, sedih, takut dan rasa bersalah (Wong, 2008). Perasaan tersebut timbul

karena anak menghadapi sesuatu yang baru dan belum pernah dialami sebelumnya, rasa tidak aman dan nyaman, perasaan kehilangan dan sesuatu yang dirasakan sangat menyakitkan. Dampak hospitalisasi juga dirasakan oleh orang tua terutama bagi orang tua yang baru pertama kali mengalami perawatan anak di rumah sakit dan orang tua yang kurang mendapat dukungan emosi dan sosial dari keluarga, kerabat bahkan petugas kesehatan.

2.3.2 Reaksi anak terhadap hospitalisasi

Supartini (2004) menjelaskan bahwa penyebab hospitalisasi adalah pasien sakit dan harus menjalani terapi dan perawatan. Reaksi anak dan keluarga terhadap sakit dan hospitalisasi adalah kecemasan, stres, dan perubahan perilaku. Perilaku anak untuk beradaptasi terhadap sakit dan dirawat di rumah sakit adalah:

1. *Avoidance*

Perilaku dimana anak mencoba menghindari dari situasi yang membuat anak tertekan, anak berusaha menolak *treatment* yang diberikan seperti: disuntik, diinfus, menolak minum obat, bersikap tidak kooperatif kepada petugas.

2. *Distraction*

Anak berusaha mengalihkan perhatian dari pikiran atau sumber yang membuatnya tertekan. Perilaku yang dilakukan anak misalnya mendengarkan cerita, menonton TV, membaca buku.

3. *Active*

Anak berusaha mencari jalan keluar dengan melakukan sesuatu secara aktif. Perilaku yang dilakukan anak misalnya menanyakan kondisinya kepada petugas kesehatan atau orang tuanya, bersikap kooperatif.

4. *Support seeking*

Anak mencari dukungan dari orang lain untuk melepaskan tekanan atas penyakit yang dideritanya. Anak biasanya meminta dukungan dari orang terdekatnya misalnya orang tua atau saudaranya. Biasanya anak minta ditemani selama di rumah sakit, didampingi saat dilakukan *treatment*.

Potter (2005) mengemukakan bahwa selama waktu sakit, anak usia pra sekolah mungkin kembali ngompol, atau mengisap ibu jari dan menginginkan orang tua mereka untuk menyuapi, memakaikan pakaian dan memeluk mereka.

2.3.3 Faktor yang mempengaruhi reaksi anak terhadap hospitalisasi

Supartini (2004) mengemukakan bahwa reaksi anak terhadap sakit dan hospitalisasi berbeda-beda pada masing-masing individu. Faktor yang mempengaruhi reaksi anak terhadap hospitalisasi adalah :

1. Perkembangan usia anak.

Semakin mudah anak semakin sukar baginya untuk menyesuaikan diri dengan pengalaman dirawat di rumah sakit.

2. Pengalaman anak sebelumnya.

Apabila anak pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan dirawat di rumah sakit sebelumnya akan menyebabkan anak takut dan trauma, sebaliknya apabila anak mempunyai pengalaman yang menyenangkan pada hospitalisasi sebelumnya maka anak akan lebih kooperatif terhadap petugas kesehatan.

3. *Support system* dan berat ringannya Penyakit.

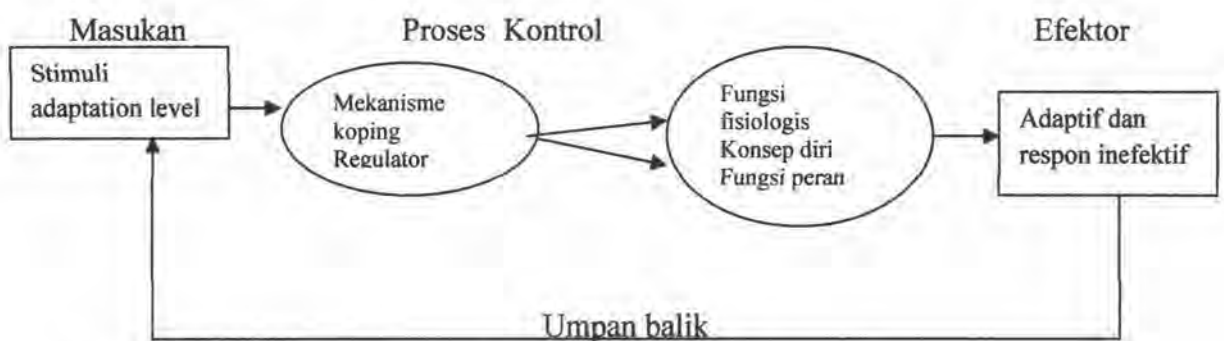
Sistim pendukung yang tersedia akan membantu anak beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit.

4. Keterampilan koping

Keterampilan koping dalam menangani stres sangat penting untuk proses adaptasi anak selama masa perawatan. Mekanisme koping anak baik dalam menerima kondisi yang mengharuskan dirawat di rumah sakit maka anak akan lebih kooperatif selama menjalani perawatan di rumah sakit.

2.4 Konsep Teori Adaptasi Roy

Hockenberry dan Wilson (2009) menjelaskan bahwa hospitalisasi pada anak adalah sebuah *stressor*. *Stressor* akan direspon oleh tubuh baik secara fisik maupun psikologis (Selye, 1999 dalam Tomey & Aligood, 2006). Respon tubuh terhadap suatu *stressor* dapat terjadi dalam batas kewajaran jika anak memiliki mekanisme adaptasi. Roy sebagai seorang ahli keperawatan menggambarkan dengan jelas tentang manusia sebagai makhluk biopsikososial spiritual yang selalu berinteraksi dan menyesuaikan diri dengan lingkungan sehingga manusia dikatakan sebagai "*adaptive system*" (Tomey & Aligood, 2006) seperti terlihat dalam gambar dibawah ini :



Sumber : Roy (1984) dalam Tomey & Aligood (2006)

Gambar 2.1 Manusia sebagai sistem adaptif

Teori adaptasi sebagai salah satu model keperawatan adalah sebuah deskripsi konseptual keperawatan yang didasari oleh asumsi filosofi dan prinsip pengetahuan (*philosophic assumptions and scientific principles*). Asumsi keilmuan dari model ini didasari oleh teori sistem dan teori tingkat adaptasi. Kontribusi teori sistem terhadap dasar keilmuan model Roy dibuktikan dalam penjelasan manusia sebagai sistem adaptif. Roy memandang sistem adaptif manusia sebagai sebuah fungsi dengan bagian-bagian yang bertindak secara independen dalam sebuah kesatuan untuk beberapa tujuan. Mekanisme kontrol adalah pusat dari fungsi sistem manusia. Konsep teori sistem berkaitan dengan *input* (stimulus) dan *output* (perilaku) yang berkontribusi penting terhadap konsep model. Teori tingkat adaptasi Helson membentuk induk teori bagi konsep adaptasi Roy dan menjelaskan tentang manusia sebagai sistem adaptif yang memiliki kemampuan untuk beradaptasi dan menciptakan perubahan dalam lingkungan.

Adaptation model dikembangkan oleh Sister Callista Roy dan dipublikasikan untuk pertama kali pada tahun 1970, selama 40 tahun berbagai macam penelitian, praktek dan pendidikan telah menggunakan teori ini sebagai petunjuk kerjanya. *Adaptation model* mendefinisikan adaptasi sebagai suatu proses dan hasil yang berkaitan dengan pemikiran dan perasaan manusia secara sadar dan pemilihan untuk menciptakan integrasi antara manusia dengan lingkungannya (Roy, 1997). *Adaptation model* merupakan sebuah model sistematis yang mengontrol hubungan antara proses, cara adaptasi dan hasil. Proses kontrol adalah subsistem regulator dan kognator. Sistem regulator memproses impuls melalui saluran saraf, kimia dan endokrin sedangkan sistem

kognator menggunakan saluran kognisi seperti persepsi, proses informasi, pembelajaran, penilaian dan emosi (Buchner *et al.*, 2007).

Stimulus dari lingkungan diklasifikasikan atas stimulus fokal, kontekstual dan residual. Stimulus fokal adalah objek, kejadian atau perasaan yang tiba-tiba dalam keadaan sadar. Stimulus kontekstual adalah semua hal yang berkontribusi terhadap dampak atau efek. Stimulus residual adalah hal-hal diluar lingkungan yang pengaruhnya tidak jelas (Buchner *et al.*, 2007). Dampak hospitalisasi berupa takut, cemas dan frustasi merupakan sebuah susistem kognator yang dihasilkan dari pola pikir anak terhadap sebuah stimulus yang bersifat fokal atau kontekstual selama dalam masa hospitalisasi, sehingga anak harus mampu melakukan adaptasi agar ia mampu melewati rasa takut, cemas dan frustasi akibat hospitalisasi. Callista Roy mengemukakan konsep keperawatan dengan model adaptasi yang memiliki beberapa pandangan atau keyakinan serta nilai yang dimilikinya. Manusia sebagai makhluk biologi, psikologi dan sosial yang selalu berinteraksi dengan lingkungannya, menggunakan koping yang bersifat positif maupun negatif. Kemampuan beradaptasi seseorang dipengaruhi oleh tiga komponen yaitu penyebab utama terjadinya perubahan, terjadinya perubahan dan pengalaman beradaptasi. Individu selalu berada dalam rentang sehat-sakit, yang berhubungan erat dengan keefektifan koping yang dilakukan untuk memelihara kemampuan adaptasi.

Roy menjelaskan bahwa respon yang menyebabkan penurunan integritas tubuh akan menimbulkan suatu kebutuhan dan menyebabkan individu tersebut berespon melalui upaya atau perilaku tertentu. Setiap manusia selalu berusaha menanggulangi perubahan status kesehatan dan perawat harus merespon untuk

membantu manusia beradaptasi terhadap perubahan ini. Proses adaptasi yang dikemukakan Roy:

1. Mekanisme koping. Pada sistem ini terdapat dua mekanisme yaitu pertama mekanisme koping bawaan yang prosesnya secara tidak disadari manusia tersebut, yang ditentukan secara genetik atau secara umum dipandang sebagai proses yang otomatis pada tubuh. Kedua yaitu mekanisme koping yang didapat dimana koping tersebut diperoleh melalui pengembangan atau pengalaman yang dipelajarinya
2. Regulator subsistem merupakan proses koping yang menyertakan subsistem tubuh yaitu saraf, proses kimiawi, dan sistem endokrin.
3. Kognator subsistem merupakan proses koping seseorang yang menyertakan empat sistem pengetahuan: pengolahan persepsi, informasi, pembelajaran, pertimbangan dan emosi.

Sistem adaptasi memiliki empat model adaptasi diantaranya: fungsi fisiologis: komponen sistem adaptasi fisiologis diantaranya oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, integritas kulit, indera, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis dan fungsi endokrin. Konsep diri yakni bagaimana seseorang mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain. Fungsi peran merupakan proses penyesuaian berhubungan dengan bagaimana peran seseorang dalam mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain. Interdependen merupakan kemampuan seseorang mengenal pola-pola tentang kasih sayang, cinta yang dilakukan melalui hubungan secara interpersonal pada tingkat individu maupun kelompok.

Respon adaptasi menurut Roy (2004) yaitu: respon yang adaptif dimana terminologinya adalah manusia dapat mencapai tujuan atau keseimbangan sistem tubuh manusia. Respon yang tidak adaptif dimana manusia tidak dapat mengontrol dari terminologi keseimbangan sistem tubuh manusia, atau tidak mencapai tujuan. Respon tersebut menjadi hasil dari proses adaptasi dan menjadi umpan balik terhadap stimuli adaptasi.

2.5 Konsep Anak Pra Sekolah

2.5.1 Pengertian

Anak menurut Undang-Undang nomor 23 tahun 1992 tentang perlindungan anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun termasuk anak yang masih dalam kandungan. Definisi lain menyebutkan bahwa anak adalah individu yang masih bergantung pada orang dewasa (Supartini, 2004).

Anak usia pra sekolah adalah anak yang berusia 3-5 tahun (Hockenberry & Wilson, 2009), sedangkan menurut Muscari (2005) dan Ball & Bindler (2003) menjelaskan bahwa anak usia pra sekolah adalah anak yang berusia 3-6 tahun. Anak usia pra sekolah di Indonesia umumnya mengacu pada Peraturan Pemerintah nomor 27 tahun 1990 tentang pendidikan, anak pra sekolah adalah anak yang berusia 4-6 tahun.

2.5.2 Pertumbuhan dan perkembangan anak usia pra sekolah

Pada anak pra sekolah pertumbuhan fisik mulai melambat dan stabil dengan penambahan berat badan rata-rata 2-3 kilogram dan tinggi badan 6,5-9 cm pertahun. Kemampuan motorik juga berkembang pada usia ini, kemampuan motorik kasar yang dimiliki anak pra sekolah antara lain meloncat, menangkap

dan melempar bola, serta mengendarai sepeda roda tiga. Kemampuan motorik halus yang dimiliki anak pra sekolah adalah menggunakan pensil, mewarnai, menggambar, memotong dengan gunting, mengikat tali sepatu dan memasang kancing baju (Hockenberry & Wilson, 2009 ; Muscari, 2005 ; Ball & Bindler, 2003).

Erikson dalam Hockenberry & Wilson (2009) mengatakan perkembangan psikososial anak pra sekolah mengalami peningkatan dan berada pada tahap *initiative versus guilty*, tahap ini anak mulai giat belajar, bermain dan merasa mampu menyelesaikan tugas dan puas terhadap aktivitas yang dilakukannya. Orang terdekat pada anak usia pra sekolah adalah orang tua. Rasa bersalah anak biasanya muncul jika imajinasi dan aktivitasnya tidak dapat diterima atau tidak sesuai dengan harapan orang tuanya (Bruck & Mayer, 2005 ; Muscari, 2005).

Respon emosi yang muncul sangat kuat pada anak pra sekolah yaitu perasaan takut (Hurlock, 1998). Takut yaitu perasaan terancam oleh objek yang dianggap membahayakan (Yusuf, 2011). Pengalaman takut yang terjadi pada periode usia pra sekolah umumnya lebih besar dibandingkan pada periode usia lain. Rasa takut muncul biasanya berkaitan dengan kondisi sendirian terutama saat menjelang tidur, keadaan gelap, binatang (terutama binatang besar), hantu, mutilasi tubuh, darah serta objek atau orang-orang yang berhubungan dengan pengalaman yang menyakitkan (Bruck & Mayer, 2005 ; Muscari, 2005 ; Hockenberry & Wilson, 2009).

Pengalaman takut anak dipengaruhi oleh perkembangan kognitif (Merckelbach & Luijten, 2002). Perkembangan kognitif anak usia pra sekolah menurut Piaget dalam Hockenberry & Wilson (2009) berada pada fase pra

operasional. Fase ini terbagi atas dua yaitu fase pra konseptual (usia 2-4 tahun) dan fase intuitif (usia 4-7 tahun). Dalam fase intuitif anak, anak telah mampu menunjukkan proses berpikir intuitif yaitu anak menyadari bahwa sesuatu adalah benar tetapi ia tidak dapat mengatakan alasannya (Muscari, 2005). Anak pada usia ini telah mampu membuat klasifikasi sederhana, menggunakan banyak kata dengan tepat namun tanpa memahami makna yang sebenarnya dan sering memperlihatkan pemikiran yang egosentris yaitu pemikiran yang berdasarkan perasaan dan pengalaman saja dari pada perasaan orang lain (Bruck & Mayer, 2005).

2.5.3 Faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak

Supartini (2004) mengemukakan faktor yang mempengaruhi proses pertumbuhan dan perkembangan anak meliputi :

1. Faktor keturunan (genetik)

Gen terdapat dalam kromosom, setiap kromosom mengandung gen yang mempunyai sifat diturunkan pada anak dari keluarga yang memiliki abnormalitas.

2. Faktor hormonal

Kelenjar pituitari anterior mengeluarkan hormon pertumbuhan (Growth Hormone, GH) yang merangsang pertumbuhan epifise dari pusat tulang panjang, tanpa GH anak akan tumbuh dengan lambat dan kematangan seksualnya terhambat. Hipopituitarisme terjadi gejala-gejala anak tumbuh pendek, alat genitalia kecil dan hipoglikemi. Hiperfungsi pituitari, kelainan yang ditimbulkan adalah akromegali yang diakibatkan oleh hipersekresi GH dan pertumbuhan linear serta gigantisme bila terjadi sebelum pubertas.

3. Faktor gizi.

Proses tumbuh kembang anak berlangsung pada berbagai tingkatan sel, organ tumbuh dengan penambahan jumlah sel, kematangan sel, dan pembesaran ukuran sel, organ dan bagian tubuh lainnya mengikuti pola tumbuh kembang masing-masing. Tumbuh kembang yang optimal membutuhkan asupan gizi yang cukup.

4. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan terdiri dari lingkungan fisik: sinar matahari, udara segar, sanitas, polusi, iklim dan teknologi. Lingkungan biologis diantaranya rumah yang memenuhi syarat kesehatan. Lingkungan psikososial: latar belakang keluarga dan hubungan keluarga.

5. Faktor sosial budaya

Faktor sosial budaya terdiri dari faktor ekonomi yang sangat memengaruhi keadaan sosial keluarga. Faktor politik, keamanan dan pertahanan

2.6 Konsep Penyakit Malaria

2.6.1 Pengertian

Malaria adalah penyakit menular yang disebabkan oleh parasit *Plasmodium* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Anopheles* yang terinfeksi. Penyakit ini dapat menyerang semua orang baik bayi, anak-anak maupun orang dewasa dengan gambaran penyakit berupa demam yang sering periodik, anemia, pembesaran limpa dan berbagai kumpulan gejala oleh karena pengaruh pada beberapa organ misalnya otak, hati dan ginjal (Prabowa, 2004).

2.6.2 Epidemiologi

Epidemiologi malaria adalah ilmu yang mempelajari tentang penyebaran malaria dan faktor-faktor yang mempengaruhinya dalam masyarakat. Epidemiologi selalu ada 3 faktor yang diselidiki yakni *host* (manusia), *agent* (penyebab penyakit malaria, *plasmodium*) dan *evirontment* (lingkungan). Penyebaran malaria terjadi bila ketiga faktor tersebut saling mendukung.

2.6.3 Etiologi

Agent penyebab malaria ialah makhluk hidup genus *Plasmodia* famili *Plasmodiidae* dari ordo *Coccidiidae* (Depkes, 2005) : *Plasmodium falcifarum* : penyebab penyakit tropika menyebabkan malaria berat/malaria otak yang fatal, gejala serangannya timbul berselang setiap dua hari (48 jam) sekali. *Plasmodium vivax* : penyebab penyakit malaria tertian, gejala serangannya timbul berselang setiap tiga hari. *Plasmodium malariae* : penyebab penyakit malaria quartana, gejala serangannya timbul berselang setiap empat hari. *Plasmodium ovale* : jenis ini jarang ditemui di Indonesia, banyak dijumpai di Afrika dan Pasifik Barat.

2.6.4 Gejala klinis

Gejala klinis sangat khas yaitu adanya serangkaian demam yang intermiten, anemia sekunder dan *splenomegali*, didahului oleh keluhan *prodormal* berupa *malaise*, sakit kepala, nyeri tulang atau otot, anoreksia, mual, diare ringan dan kadang-kadang merasa dingin pada punggung, keluhan ini sering terjadi pada *P.Vivax* dan *P.Ovale*, sedangkan *P.Falcifarum* dan *P.Malariae*, keluhan *prodormal* tidak jelas bahkan gejala dapat mendadak (Harijanto, 2000).

Demam periodik berkaitan dengan saat pecahnya *schizon* matang (*sporulasi*). Pada malaria tertian, pematangan tiap 48 jam maka perodesitas

demamnya tiap hari ke tiga, sedangkan malaria Kuartana pematangan tiap 72 jam dan periodesitas demamnya tiap 4 hari. Gejala klasik malaria biasanya terdiri dari tiga stadium yang berurutan yaitu (Depkes, 2005) :

1) Stadium dingin (*cold stage*)

Stadium ini mulai dengan menggigil dan perasaan yang sangat dingin. Gigi gemeretak dan penderita biasanya menutupi tubuhnya dengan segala macam pakaian dan selimut yang tersedia. Nadi cepat tetapi lemah, bibir dan jari-jari sianosis, kulit kering dan pucat, penderita mungkin muntah dan pada anak-anak sering terjadi kejang. Stadium ini berlangsung antara 15 menit sampai 1 jam.

2) Stadium demam (*hot stage*)

Stadium ini penderita merasa kepanasan, muka merah, kulit kering dan terasa sangat panas seperti terbakar, sakit kepala, mual dan muntah, nadi menjadi kuat. Biasanya penderita menjadi sangat haus dan suhu badan meningkat sampai 41 derajat *celsius* atau lebih. Stadium ini berlangsung antara 2-12 jam. Demam disebabkan karena pecahnya *sizon* darah yang telah matang dan masuknya *merosoit* darah ke dalam aliran darah.

3) Stadium berkeringat (*sweating stage*)

Stadium ini penderita berkeringat banyak, suhu badan menurun dengan cepat, kadang sampai di bawah normal, penderita dapat tidur dengan nyenyak, badan terasa lemah setelah bangun. Stadium ini berlangsung 2-4 jam (Soegijanto, 2004). Gejala-gejala tersebut tidak selalu ditemukan pada setiap penderita, dan tergantung pada spesies parasit, umur dan tingkat imunitas penderita (Sutisna, 2002).

Anemia merupakan gejala yang sering dijumpai pada infeksi malaria dan lebih sering dijumpai pada anak-anak dan ibu hamil di daerah endemic, anemia disebabkan oleh penghancuran eritrosit yang berlebihan, eritrosit normal tidak dapat hidup lama (*reduced survival time*) dan gangguan pembentukan eritrosit karena depresi eritropoesis dalam sumsum tulang (Mansjoer, 2001).

Splenomegali merupakan gejala khas dari malaria kronik, teraba setelah tiga hari dari serangan infeksi akut menyebabkan terjadi edema, nyeri dan hiperemis, edema terjadi akibat timbunan pigmen eritrosit dan bertambahnya jaringan ikat. Hampir semua kematian akibat penyakit malaria disebabkan oleh *P.Falcifarum*. Infeksi *P.Falcifarum* dapat menimbulkan malaria berat yang menurut WHO didefinisikan sebagai infeksi *P.Falcifarum* stadium aseksual dengan satu atau lebih komplikasi (Harjianto, 2000).

2.6.5 Komplikasi

Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Tasikmalaya (2011) menyebutkan komplikasi malaria berupa: gangguan sistem saraf pusat oleh penyumbatan aliran darah akibat eritrosit yang rusak. Gagal Ginjal Akut disebabkan oleh sumbatan aliran darah ginjal oleh eritrosit yang rusak sehingga terjadi kegagalan sistem penyaringan ginjal, racun dalam tubuh tidak dapat dieliminasi. Kelainan hati, rusaknya sel hati oleh parasit-parasit yang menginfeksi sel hati. *Black Water Fever* merupakan gabungan dari gejala yang terdiri atas serangan akut: menggigil, demam, hemolisis intravaskuler, urin berwarna merah dan gagal ginjal. Kondisi ini biasanya terjadi pada infeksi *P.Falcifarum* yang berulang dan pengobatan yang tidak cukup. Perdarahan akibat penurunan jumlah trombosit dan terjadi *Edema paru*.

Malaria cerebral merupakan komplikasi yang berbahaya ditandai dengan penurunan kesadaran yang dapat terjadi perlahan dalam beberapa hari atau mendadak dalam waktu 1-2 jam, sering disertai kejang. Malaria menimbulkan komplikasi yang berhubungan dengan anemia dan ikterus. Pada kasus yang lebih berat, gejalanya adalah kejang, gangguan mental, gagal ginjal, gangguan pernapasan akut, koma, bahkan pada anak menunjukkan sikap yang abnormal sebagai tanda kerusakan otak yang parah, biasanya berakhir dengan kematian (Sudoyo, dkk, 2007).

2.6.6 Pemberantasan penyakit malaria

Penyebaran penyakit malaria disebabkan oleh tiga komponen yang saling berkaitan yaitu *host*, *agent* dan *environment* merupakan mata rantai penularan. Pemberantasan malaria harus ditujukan untuk memutus penularan penyakit malaria, dengan sasaran antara lain :

1. Penemuan penderita

Penemuan penderita secara dini merupakan salah satu cara memutus penyebaran penyakit malaria. Kegiatan tersebut antara lain dilakukan dengan penemuan penderita malaria secara aktif (*ACD = Active Case Detection*) dilakukan oleh petugas juru malaria desa yang mengunjungi rumah secara teratur. Penemuan penderita secara pasif (*PCD = Passive Case Detection*) yakni berdasarkan kunjungan pasien di unit pelayanan kesehatan (puskesmas pembantu, puskesmas dan rumah sakit) yang menunjukkan gejala klinis malaria.

2. Pengobatan penderita

Kegiatan pengobatan penderita antara lain : pengobatan malaria klinis adalah pengobatan penderita malaria berdasarkan diagnosis klinis tanpa pemeriksaan laboratorium. Pengobatan radikal adalah pengobatan penderita malaria berdasarkan diagnosa secara klinis dan pemeriksaan laboratorium sediaan darah. Pengobatan MDA (*Mass Drug Administration*) adalah pengobatan massal pada saat KLB, mencakup > 80% jumlah penduduk di daerah tersebut yang diobati. Profilaksis adalah pengobatan pencegahan dengan sasaran warga transmigrasi dan ibu hamil di daerah endemis malaria. Pemberantasan vektor dilakukan dengan penyemprotan rumah menggunakan insektisida untuk membunuh nyamuk dewasa, membunuh jentik melalui kegiatan anti *larvasiding* dan menghilangkan atau mengurangi tempat perindukan nyamuk untuk mengurangi jumlah nyamuk (Depkes RI, 2002)

2.6.7 Pencegahan penyakit malaria

Pencegahan penyakit malaria menurut Prabowo (2004) secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi beberapa kegiatan:

1. Pencegahan terhadap parasit yaitu dengan pengobatan profilaksis atau pengobatan pencegahan:

- 1) Orang yang akan bepergian ke daerah-daerah endemis malaria harus minum obat anti malaria sekurang-kurangnya seminggu sebelum keberangkatan sampai empat minggu setelah orang tersebut meninggalkan daerah endemis malaria.
- 2) Wanita hamil yang akan bepergian ke daerah endemis malaria diperingatkan tentang resiko yang mengancam kehamilannya. Sebelum bepergian, ibu

hamil disarankan untuk berkonsultasi ke klinik atau rumah sakit dan mendapatkan obat anti malaria.

- 3) Bayi dan anak-anak berusia dibawah empat tahun dan hidup di daerah endemis malaria harus mendapat obat anti malaria karena tingkat kematian bayi/anak akibat infeksi malaria cukup tinggi.

2. Pencegahan terhadap vektor/gigitan nyamuk

Daerah yang jumlah penderitanya sangat banyak, tindakan untuk menghindari gigitan nyamuk sangat penting, disarankan untuk memakai baju lengan panjang dan celana panjang saat keluar rumah terutama pada malam hari, memasang kawat kasa di jendela dan ventilasi rumah, serta menggunakan kelambu saat tidur. Masyarakat dapat memakai minyak anti nyamuk saat tidur malam untuk mencegah gigitan nyamuk malaria, karena biasanya vektor malaria menggigit pada malam hari.