

SKRIPSI

PENGARUH AKTIFITAS BERNYANYI TERHADAP PENURUNAN STRES HOSPITALISASI PADA ANAK USIA PRA SEKOLAH

PENELITIAN *QUASY EXPERIMENTAL*
DI RUANG ANAK "ISMAIL" RS ISLAM MUHAMMADIYAH
SITI KHADIJAH SIDOARJO

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh :

GANDA ARDIANSYAH

NIM : 010410746 B

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2008

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini merupakan hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 17 AGUSTUS 2008

Yang Menyatakan



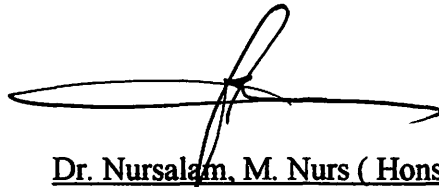
GANDA ARDIANSYAH

Nim : 010410746B

**SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 20 AGUSTUS 2008**

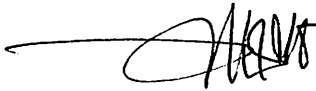
Oleh

Pembimbing I



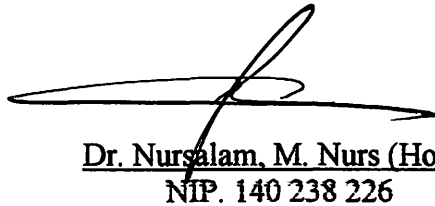
Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons)
NIP : 140 238 226

Pembimbing II



Sukma Randani, S.Kep., Ns
NIK : -

Mengetahui :
Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



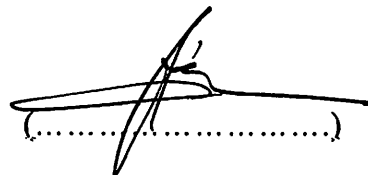
Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons)
NIP. 140 238 226

Telah diuji

Pada tanggal 20 Agustus 2008

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)



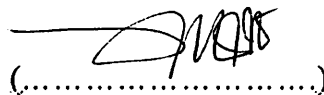
(.....)

Anggota : 1. Yuni Sufyanti A., S.Kp., M.Kes



(.....)

2. Sukma Randani, S.Kep., Ns



(.....)

Mengetahui :

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons)

NIP. 140 238 226

MOTTO

**HIDUP ADALAH MEMAKNAI DAN
MEMPERJUANGKAN KEHIDUPAN UNTUK
MENJADI LEBIH BAIK**

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan-Nya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PENGARUH AKTIVITAS BERNYANYI TERHADAP PENURUNAN STRES HOSPITALISASI PADA ANAK USIA PRASEKOLAH DI RUANG ANAK “ISMAIL” RSI SITI KHADIJAH SIDOARJO**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Bersamaan dengan ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. H. Muhammad Amin, dr, SpP(K), selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya untuk menjadi mahasiswa pada Program Studi Sarjana Keperawatan.
2. Dr. H. M. Thohir HS, MS, selaku Direktur Rumah Sakit Siti Khadijah Sepanjang Sidoarjo.
3. Dr. Nursalam M.Nurs (Hons), selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan selaku pembimbing I yang telah dengan sabar meluangkan waktu memberikan bimbingan, arahan dan saran kepada penulis sehingga skripsi ini akhirnya terselesaikan dengan baik dan benar. Kesabaran beliau menghadapi dan mendidik penulis yang mempunyai berbagai keterbatasan dalam penyelesaian

skripsi ini menjadi pelajaran yang berharga dan telah menginspirasi penulis untuk dapat lebih baik lagi dalam berkarya ke depan.

4. Sukma Randani, S, Kp., Ns selaku pembimbing II yang senantiasa dalam keadaan apapun memberikan bimbingan, arahan dan saran kepada penulis sehingga skripsi ini akhirnya terselesaikan.
5. Ibu Rini selaku Kepala Ruang Anak “Ismail” RSI Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo yang telah memberikan ijin dan memfasilitasi peneliti selama penelitian ini.
6. Para perawat ruangan Anak “Ismail” RSI Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo yang telah membantu pelaksanaan penelitian dengan penuh semangat kekeluargaan.
7. Seluruh responden beserta orang tua di ruang Anak “Ismail” RSI Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo yang telah berpartisipasi dan bekerjasama dengan sangat baik selama penelitian.
8. Ayahku M. Shokeh, ibuku Rumini Kustyaning, dan adikku Gading Arumia Senja, meski ditengah rintangan hidup masih selalu memberikan sayang, doa, semangat dan dukungan selama ananda menimba ilmu. Semoga semua ilmu yang didapat ini, bermanfaat bagi diri sendiri, keluarga, agama, masyarakat, bangsa dan negara. Amin.
9. Rachmat Ch, Melani, Hendra, Beni, Deka, Arief, Au’, Yuniarizky dan sahabat-sahabatku A4, terima kasih atas semua bantuan, fasilitas yang dipinjamkan, semangat dan privasi yang terkorbankan sehingga skripsi ini bisa terselesaikan. Perjuangan dan kebersamaan ini akan selalu terjalin selamanya.

10. Mbakku Merry Triani dan adekku Rahma Dwi Astuti, terima kasih atas perhatian dan semua yang tak pernah habis kau berikan padaku, dukungan, dan motivasi yang tiada henti
11. Seluruh dosen, staf dan karyawan, Pak Hendy, Pak Udin, Pak Dhuha dkk, terima kasih atas bantuannya selama ini.

Semoga Allah SWT selalu melimpahkan rahmat hidayahNya dan membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Kami sadari bahwa skripsi ini jauh dari kesempurnaan, tetapi kami berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 17 Agustus 2008

Penulis

Ganda Ardiansyah

ABSTRACT**THE EFFECT OF SINGING ACTIVITY ON DECREASE OF HOSPITALIZATION STRESS FOR THE PRESCHOOL AGES (4-6 YEARS)****Quasy Experimental Study in Pediatric Room
"Ismail" Siti Khadijah Muhammadiyah Islamic Hospital Sidoarjo****By : Ganda Ardiansyah**

Hospitalization stress often happens to the child who are hospitalized. There are various responses caused by this hospitalization, such as separation anxiety, loss control, and bodily injury and pain. The objective of this research was to analyze the effect of singing activity on hospitalization stress to the preschool ages (4-6 years).

This research used quasy experimental pre post control design. The research was tested in 30th June to 31st July 2008. The sampling methode used purposive sampling with total sample 10 respondants. Independent variable in this study was singing activity while the dependent variable were the hospitalization stress and biological responses. The data were collected by using observation paper which consisted hospitalization stress response and biologic response which measured the blood pressure, respiration rate, and heart rate. The data were analized by Wilcoxon Signed Rank Test, Mann Whitney Test and T-Test with significance $p < 0,05$.

The result showed that singing activity had significant level on decreasing hospitalization stress responses ($p = 0,005$) and stabilize heart rate ($p = 0,02$) and respiratory rate ($p = 0,003$), but had no significant level on stabilize systole ($p = 0,160$) and diastole ($p = 0,051$).

It can be concluded that singing activity effects on hospitalization stress responses and heart rate and respiratory rate but there is no effect on decrease systole and diastole. Further study are recommended on the effect of singing activity on increase tetra waves for the preschool ages with hospitalization.

Key Words: *singing, hospitalization stress, biological respons, preschool ages*

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji	iv
Motto.....	v
Ucapan Terimakasih	vi
Abstract.....	ix
Daftar isi.....	x
Daftar tabel.....	xii
Daftar gambar	xiii
Daftar lampiran.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan	6
1.3.1 Tujuan umum.....	6
1.3.2 Tujuan khusus	6
1.4 Manfaat	7
1.4.1 Teoritis	7
1.4.2 Praktis	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep bermain	8
2.1.1 Pengertian bermain	8
2.1.2 Jenis atau kategori bermain.....	10
2.1.3 Manfaat bermain bagi anak.....	11
2.1.4 Prinsip-prinsip bermain bagi anak	13
2.1.5 Pengaruh bermain bagi perkembangan anak	14
2.1.6 Faktor yang mempengaruhi permainan anak.....	16
2.1.7 Permainan pada anak usia prasekolah.....	19
2.2 Konsep Bernyanyi.....	19
2.2.1 Pengertian bernyanyi	19
2.2.2 Manfaat bernyanyi	20
2.2.3 Prinsip dalam bernyanyi	21
2.3 Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia Prasekolah.....	22
2.3.1 Pengertian pertumbuhan dan perkembangan	22
2.3.2 Pengertian anak usia prasekolah	23
2.3.3 Teori perkembangan anak usia prasekolah.....	24
2.3.4 Faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak usia prasekolah	26
2.4 Konsep Stres Hospitalisasi.....	28
2.4.1 Pengertian stres hospitalisasi	28
2.4.2 Stresor pada anak dengan hospitalisasi	29
2.4.3 Faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap stresor	30

2.4.4 Reaksi anak usia prasekolah terhadap stres hospitalisasi	32
2.4.5 Akibat stres hospitalisasi bagi anak	33
2.4.6 Upaya meminimalkan stres hospitalisasi pada anak	34
2.4.7 Penatalaksanaan keperawatan pada anak usia prasekolah dengan hospitalisasi	37
2.4.8 Bermain untuk mengurangi stres hospitalisasi	39
2.5 Pengaruh Aktifitas Bernyanyi terhadap Penurunan Stres Hospitalisasi .	42
2.6 Tanda-tanda vital pada anak	43
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	44
3.1 Kerangka konseptual.....	44
3.2 Hipotesis	46
BAB 4 METODE PENELITIAN	47
4.1 Rancangan Penelitian.....	47
4.2 Kerangka Kerja Penelitian.....	48
4.3 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling	50
4.3.1 Populasi.....	50
4.3.2 Sampel.....	50
4.3.3 Teknik Sampling.....	51
4.4 Identifikasi Variabel.....	52
4.4.1 Variabel independen	52
4.4.2 Variabel dependen	52
4.5 Definisi Operasional	52
4.6 Pengumpulan Data.....	55
4.6.1 Instrumen	55
4.6.2 Tempat dan waktu penelitian.....	55
4.6.3 Prosedur pengambilan data.....	56
4.6.4 Analisis data.....	58
4.7 Etik Penelitian.....	60
4.7.1 Lembar persetujuan menjadi responden	60
4.7.2 Anomity	60
4.7.3 Confidentiality	61
4.8 Keterbatasan.....	61
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	62
5.1 Hasil penelitian	62
5.1.1 Karakteristik lokasi penelitian	62
5.1.2 Karakteristik responden	63
5.1.3 Data variabel yang diukur.....	66
5.2 Pembahasan.....	73
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN	82
6.1 Simpulan	82
6.2 Saran	83
DAFTAR PUSTAKA	84

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Teknik meminimalkan stres akibat sakit dan dirawat di rumah sakit pada anak	37
Tabel 2.2 tekanan darah yang stabil pada anak.....	43
Tabel 2.3 Frekuensi nadi rerata yang stabil pada anak.....	43
Tabel 2.4 Frekuensi prnapasan yang stabil pada anak.....	43
Tabel 4.1 Rancangan penelitian <i>Quasy Experiment</i>	47
Tabel 4.3 Definisi operasional	53
Tabel 5.1 Respons positif stressor hospitalisasi pada saat <i>pre-test</i> hari pertama yang terjadi pada anak usia prasekolah selama dirawat di ruang Anak “Ismail” RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo pada tanggal 30 Juni sampai 31 Juli 2008	66
Tabel 5.2 Respons positif tresor hospitalisasi pada <i>pre-test</i> hari pertama dan <i>post-test</i> hari keempat pada kelompok perlakuan di ruang Anak “Ismail” RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo pada tanggal 30 Juni sampai 31 Juli 2008.....	67
Tabel 5.3 Hasil observasi respon stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah sebelum dan sesudah diberikan aktifitas bernyanyi saat <i>pre-test</i> hari pertama dan <i>post-test</i> hari keempat di ruang Anak “Ismail” RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo pada tanggal 30 Juni sampai 31 Juli 2008.	68
Tabel 5.4 Data hasil pengukuran dan uji analisis perbedaan rerata tekanan darah (sistol) <i>pre</i> Intervensi dan <i>post</i> Intervensi pada responden di Ruang Anak “Ismail” RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo pada tanggal 30 Juni sampai dengan 31 Juli 2008.	69
Tabel 5.5 Data hasil pengukuran dan uji analisis perbedaan rerata tekanan darah (diastol) <i>pre</i> dan <i>post</i> Intervensi pada responden di ruang Anak “Ismail” RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo pada tanggal 30 Juni sampai dengan 31 Juli 2008.....	70
Tabel 5.6 Data hasil pengukuran dan uji analisis perbedaan rerata frekuensi pernafasan <i>pre</i> dan <i>post</i> intervensi pada responden di Ruang Anak “Ismail” RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo pada tanggal 30 Juni sampai dengan 31 Juli 2008	71

Tabel 5.7 Data hasil pengukuran dan uji analisis perbedaan rerata nadi pada responden di Ruang Anak “Ismail” RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo pada tanggal 30 Juni sampai dengan 31 Juli 200872

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual.....	44
Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian.....	49
Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur.....	63
Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	64
Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Hari Perawatan	64
Gambar 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Dirawat di Rumah Sakit	65
Gambar 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan jenis penyakit yang diderita.....	65

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat permohonan ijin penelitian	87
Lampiran 2	Surat keterangan ijin penelitian	88
Lampiran 3	Lembar permintaan menjadi responden	89
Lampiran 4	Data demografi	90
Lampiran 5	Satuan acara kegiatan	92
Lampiran 6	Lembar Observasi Respons Anak Usia Prasekolah terhadap Stres Hospitalisasi	94
Lampiran 7	Lembar Observasi Respons Biologis Anak Usia Prasekolah	95
Lampiran 8	Lembar Evaluasi Respons terhadap Aktifitas Bernyanyi	96
Lampiran 9	Tabulasi Karakteristik Responden	97
Lampiran 10	Hasil Observasi Respon Stres Hospitalisasi	99
Lampiran 11	Tabulasi Tanda-Tanda Vital	100
Lampiran 12	Hasil Evaluasi Kegiatan Menyanyi	102
Lampiran 13	Data Hasil Uji Statistik	103

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1. 1 Latar Belakang

Hospitalisasi merupakan suatu proses karena suatu alasan yang terencana atau darurat, mengharuskan anak untuk tinggal di Rumah Sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah (Supartini, 2004). Sakit dan dirawat di Rumah Sakit (Hospitalisasi) pada pasien anak menyebabkan kecemasan dan stres. Stressor dari kecemasan dan stres saat hospitalisasi dipicu oleh adanya perpisahan, luka pada tubuh/ rasa nyeri, kehilangan kendali, dan persepsi anak saat sakit dan hospitalisasi. Anak juga masih mempunyai keterbatasan mekanisme koping dalam mengatasi masalah atau kejadian yang bersifat menekan (Whaley&Wong, 1999). Reaksi yang dapat ditunjukkan anak usia prasekolah selama hospitalisasi adalah menolak makan, kurang kooperatif, sering bertanya, menangis, dan bahkan ada yang menimbulkan reaksi agresif seperti marah dan berontak baik secara perilaku maupun verbal (Supartini, 2004). Pada pengambilan data awal yang dilakukan oleh Yasmara (2007) dan Suparto (2008) menunjukkan bahwa reaksi stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah di RSUD Dr. Soetomo adalah menangis, menjerit, kurang kooperatif, depresif, dan agresif. Penanggulangan stres hospitalisasi pada anak dapat menggunakan beberapa teknik, salah satunya dengan bermain. Pada data *pre-test* hari pertama yang didapatkan peneliti di ruang Anak "Ismail" RSI Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo menunjukkan seluruh responden mempunyai respons stres hospitalisasi maladaptif. Menurut Hurlock (2005)

bernyanyi adalah salah satu jenis kategori bermain yang dapat dilakukan anak usia prasekolah. Perkembangan bahasa pada usia prasekolah terjadi paling cepat. Perbendaharaan kata bertambah dari 50-100 kata sampai 2000 lebih dan bahasa adalah barometer yang kritis dari perkembangan kognisi maupun emosi (Nelson, 2005). Anak yang memperoleh kegembiraan dari bernyanyi dapat mengembangkan kemampuan untuk menghibur dirinya dan pada waktu yang sama belajar menjadi kreatif. Bernyanyi merupakan sumbangan penting bagi swadaya dan sosialisasi pada anak prasekolah selama hospitalisasi. Musik dapat membantu anak-anak menyampaikan emosi mereka (Adzania, 2007). Bernyanyi merupakan salah satu bentuk kegiatan bermusik selain memainkan alat musik dan mendengarkan (Fauzi, 2006). Hasil studi Preston (2007) seorang terapis musik di New York, menunjukkan bahwa bernyanyi berhubungan dengan penurunan denyut jantung, penurunan tekanan darah, dan menurunkan stress. Berdasarkan observasi yang dilakukan peneliti di ruang Anak RSI Siti Khadijah Sidoarjo bahwa aktifitas yang berhubungan dengan musik masih sebatas mendengarkan musik. Sehingga diharapkan dengan aktifitas bernyanyi dapat menurunkan stres hospitalisasi pada anak terutama anak usia prasekolah. Namun sampai saat ini pengaruh aktifitas bernyanyi terhadap penurunan stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah masih belum dapat dijelaskan.

Hasil pengamatan yang dilakukan oleh Sulistiyani (2006) terhadap 8 anak usia sekolah yang sedang dirawat di Bangsal Ruang Anak RSUD Dr. Soetomo dengan lama perawatan antara 1-6 hari adalah sebagian besar anak menunjukkan perilaku maladaptif, yaitu: 100% anak merasa bosan, 75% merasa kesepian, 62.5% bersikap menarik diri (diam atau lebih banyak tidur), 25% merengek dan

mengeluh ingin pulang, 25% bersikap marah. Hasil dari pengamatan lain yang dilakukan Yasmara (2007) terhadap 18 anak di Ruang Anak RSUD Dr. Soetomo untuk mengamati reaksi anak usia prasekolah yang mendapat prosedur tindakan invasif selama hospitalisasi tanpa memandang diagnosa penyakit dan jenis kelamin, menunjukkan bahwa sebagian besar anak menunjukkan respons penerimaan yang negatif terhadap prosedur invasif (injeksi obat) yaitu: 83% anak menangis/menjerit, 67% menarik anggota tubuhnya dan membutuhkan penahanan fisik. Semua anak usia prasekolah menunjukkan respons penerimaan yang negatif terhadap prosedur invasif, ditunjukkan dengan anak usia prasekolah yang berjumlah 4 anak menangis/menjerit bahkan membutuhkan penahanan fisik saat prosedur invasif (injeksi obat) diberikan. Dari data-data penelitian sebelumnya dapat disimpulkan bahwa sebagian besar pasien anak yang dirawat inap di rumah sakit mengalami stres hospitalisasi. Jika hal ini dibiarkan akan sangat berpengaruh terhadap perkembangan, perilaku, pembentukan kepribadian dan sikap anak (Wahyunin, 2007). Anak menjadi semakin stres dan hal ini akan berpengaruh pada proses penyembuhan, yaitu menurunnya respons imun (Nursalam, 2005). Akibatnya, proses penyembuhan penyakit pada anak akan menjadi terhambat dan waktu perawatan menjadi lebih lama (Nursalam, 2004).

Stres hospitalisasi yang dialami anak jika terjadi dalam kurun waktu yang lama dan tidak segera ditangani dengan benar dapat menyebabkan terjadinya gangguan pada pertumbuhan dan perkembangan anak. Hal ini diakibatkan adanya peningkatan kortisol pada saat stres yang dapat menghambat pembentukan antibodi dan menurunkan pembentukan sel darah putih. Penurunan antibodi ini akan menurunkan imunitas tubuh anak selama hospitalisasi sehingga rentan

terhadap penyakit (Niven, 2005). Akibatnya, proses penyembuhan penyakit menjadi terhambat, waktu perawatan lebih lama, dan meningkatkan resiko terjadinya komplikasi selama perawatan di rumah sakit (Nursalam, 2004). Pada penelitian-penelitian sebelumnya pernah dilakukan di ruang Anak RSUD Dr. Soetomo, seperti yang dilakukan oleh Sulistiyani (2006) yaitu menggunakan aktivitas menggambar pada 20 pasien anak telah menunjukkan hasil bahwa 10 pasien kelompok perlakuan mempunyai respons adaptif setelah intervensi dengan nilai $p=0,003$ dan 8 pasien kelompok kontrol mempunyai respons maladaptif dengan nilai $p=0,157$. Dan perbedaan hasil kelompok perlakuan dan kontrol mempunyai nilai $p=0,000$. Yasmara (2007) yaitu memainkan boneka tangan ketika prosedur invasif yang menunjukkan hasil bahwa terjadi peningkatan respons penerimaan psikologis yang signifikan dengan nilai $p=0,004$ dan penurunan denyut jantung dengan nilai $p=0,02$ dan frekuensi pernapasan dengan nilai $p=0,003$, tetapi tidak ada hasil yang signifikan terhadap penurunan sistol ($p=0,145$) dan diastol ($p=0,418$). Suprpto (2005) menggunakan aktivitas mewarnai gambar sebagai metode yang cukup efektif untuk penyuluhan pada anak. Dan di RSUD Gresik ruang Anggrek pernah dilakukan penelitian oleh Utaminingsih (2006) untuk meningkatkan adaptasi psikologis dengan menggunakan aktivitas bermain yaitu *games*, menunjukkan hasil yang signifikan dengan nilai $p=0,002$ setelah intervensi. Kusumawati (2005) di Ruang Melati RSUD Dr. Soedono Madiun, juga mencoba menggunakan teknik relaksasi *imagery* terhadap respon penerimaan (psikologis dan biologis) dalam prosedur invasif pada anak usia sekolah telah menunjukkan hasil bahwa ada beberapa perbedaan antara kelompok kontrol dan perlakuan pada denyut jantung dengan nilai $p=0,000$ dan

frekuensi pernapasan dengan nilai $p=0,000$, tetapi tidak ada perbedaan dalam sistol ($p=0,476$) dan diastol ($p=0,630$).

Upaya untuk menurunkan stres hospitalisasi pada anak salah satunya dengan melaksanakan aktifitas bernyanyi dapat dilakukan di Ruang Anak, salah satunya di RSI Siti Khadijah Sidoarjo. Aktifitas bermain maupun terapi-terapi lain yang pernah diteliti sebenarnya juga pernah diberikan, namun pelaksanaannya masih belum rutin dan belum disesuaikan dengan protap yang telah ada di ruangan. Kesibukan perawat dan kurangnya peralatan juga merupakan alasan tidak dilaksanakannya aktifitas bermain. Bernyanyi merupakan bentuk paling umum dari ekspresi musikal karena tidak membutuhkan latihan teknis (Hurlock, 2005). Dan menyanyi merupakan bahasa nada, bahasa gerak, dan juga bahasa emosi yang dapat mempengaruhi perkembangan jiwa anak. Sehingga anak bisa mengetahui salah satu cara mengendalikan emosi (Loeis, 2007). Menurut Hermawan yang dikutip oleh Triarsari (2003) mengatakan bahwa dokter-dokter di Jepang bertahun-tahun lalu membuktikan bahwa terapi menyanyi membuat pasien cepat sembuh dan lebih bersemangat menjalani program penyembuhan. Dan dengan menyanyi maka perasaan sedih, depresi, panik dan cemas bisa berkurang sehingga mempercepat proses penyembuhan. Sehingga aktifitas bernyanyi diharapkan dapat menjadi cara sederhana yang bisa digunakan pada anak usia prasekolah dengan stres hospitalisasi dan anak akan dapat mengalihkan rasa sakitnya (distraksi) pada permainannya (aktifitas bernyanyi) dan relaksasi melalui kesenangannya melalui bernyanyi (Supartini, 2004). Dalam penelitian ini, peneliti mencoba menjelaskan pengaruh aktivitas bernyanyi terhadap penurunan stres

hospitalisasi pada anak usia prasekolah. Sehingga diharapkan melalui aktifitas bernyanyi ini, dapat menurunkan stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimanakah respons stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah sebelum dan sesudah diberikan aktifitas bernyanyi di Ruang Anak RSI Siti Khadijah Sidoarjo?
2. Bagaimanakah respons biologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah sebelum dan sesudah diberikan aktifitas bernyanyi di Ruang Anak RSI Siti Khadijah Sidoarjo?
3. Apakah ada pengaruh aktifitas bernyanyi terhadap penurunan stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan pengaruh aktifitas bernyanyi terhadap penurunan stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah di Ruang Anak RSI Siti Khadijah Sidoarjo.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi respons stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah sebelum dan sesudah diberikan aktifitas bernyanyi di Ruang Anak RSI Siti Khadijah Sidoarjo.

2. Mengidentifikasi respons biologis stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah sebelum dan sesudah diberikan aktifitas bernyanyi di Ruang Anak RSI Siti Khadijah Sidoarjo.
3. Menganalisis pengaruh aktifitas bernyanyi terhadap penurunan stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah di Ruang Anak RSI Siti Khadijah Sidoarjo.

1. 4 Manfaat Penelitian

1. 4. 1 Teoritis

Menambah khasanah Ilmu Keperawatan khususnya Keperawatan Anak dalam penanggulangan stres hospitalisasi dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan *atraumatic care* pada anak yang dirawat di rumah sakit melalui pemberian aktifitas bernyanyi, berdasarkan paradigma ilmu keperawatan adaptasi dari Calista Roy.

1. 4. 2 Praktis

Penerapan aktifitas bernyanyi dapat digunakan sebagai alternatif cara dalam menurunkan stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah dan mempercepat proses penyembuhan

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dikemukakan teori dan konsep yang berhubungan dengan masalah penelitian, meliputi: (1) Konsep bermain, (2) Konsep bernyanyi, (3) Konsep tumbuh kembang anak usia pra sekolah, (4) Konsep stres hospitalisasi, dan (5) Pengaruh aktifitas bernyanyi terhadap penurunan stres hospitalisasi.

2.1 Konsep Bermain

2.1.1 Pengertian bermain

Bermain adalah setiap kegiatan yang dilakukan untuk kesenangan yang ditimbulkannya tanpa mempertimbangkan hasil akhir, bermain dilakukan secara suka rela dan tidak ada paksaan atau tekanan dari luar (Hurlock, 2005).

Bermain merupakan kegiatan yang dilakukan secara sukarela untuk memperoleh kesenangan atau kepuasan. Bermain merupakan cerminan kemampuan fisik, intelektual, emosional dan sosial, dan bermain merupakan media yang baik untuk belajar karena dengan bermain, anak-anak akan berkata-kata (berkomunikasi), belajar menyesuaikan diri dengan lingkungan, melakukan apa yang dapat dilakukannya, dan mengenal waktu, jarak serta suara (Wong, 2000)

Suherman (2000) mendefinisikan bermain sebagai suatu tindakan atau kesibukan suka rela yang dilakukan dalam batas-batas tempat dan waktu, berdasarkan aturan-aturan yang mengikat tetapi diakui secara suka rela dengan tujuan yang ada dalam dirinya sendiri, disertai dengan perasaan senang dan tegang serta dengan pengertian bahwa bermain merupakan suatu yang lain dari kehidupan biasa.

Satiadarma (2005) mendefinisikan bermain sebagai sarana bagi anak-anak untuk belajar mengenal lingkungan kehidupannya. Pada saat bermain, anak-anak mencobakan gagasan-gagasan mereka, bertanya serta mempertanyakan berbagai persoalan, dan memperoleh jawaban atas persoalan-persoalan mereka. Bermain memberikan kesempatan pada anak untuk mengembangkan kemampuan emosional, fisik, sosial dan nalar mereka. Melalui interaksinya dengan permainan, seorang anak belajar meningkatkan toleransi mereka terhadap kondisi yang secara potensial dapat menimbulkan frustrasi. Bermain merupakan proses dinamis yang sesungguhnya tidak menghambat anak dalam proses belajar, sebaliknya justru menunjang proses belajar anak

Bermain sama dengan bekerja pada orang dewasa, dan merupakan aspek terpenting dalam kehidupan anak serta merupakan satu cara yang paling efektif untuk menurunkan stress pada anak, dan penting untuk kesejahteraan mental dan emosional anak (Campbell & Glasper, 1995 dalam Supartini, 2004)

Nursalam (2005) mendefinisikan bermain sebagai bentuk infantil dari kemampuan orang dewasa untuk menghadapi berbagai macam pengalaman dengan cara menciptakan model situasi tertentu dan berusaha untuk menguasainya melalui eksperimen dan perencanaan. Dan pola ini juga dapat disamakan pada anak

Bermain sebagai suatu aktivitas yang memberikan stimulasi dalam kemampuan keterampilan, kognitif, dan afektif maka sepatutnya diperlukan suatu bimbingan, karena bermain bagi anak merupakan suatu kebutuhan bagi dirinya sebagaimana kebutuhan lainnya seperti kebutuhan makan, kebutuhan rasa aman, kebutuhan kasih sayang, dan lain-lain (Wong, 1999 dalam Hidayat, 2005)

2.1.2 Jenis atau kategori bermain

Menurut Suherman (2000), berdasarkan isi dan karakter sosial, bermain dibagi menjadi :

1. Bermain berdasarkan isi permainan
 - a. *Social affective play* adalah permainan yang membuat anak belajar berhubungan dengan orang lain.
 - b. *Sense pleasure play* adalah permainan yang memberikan kesenangan pada anak.
 - c. *Skill play* adalah permainan yang bersifat membina keterampilan anak.
 - d. *Dramatic role play* adalah permainan yang menggunakan simbol-simbol.
2. Bermain berdasarkan karakteristik sosial
 - a. *Solitary play* adalah bermain yang dilakukan oleh anak seorang sendiri.
 - b. *Pararel play* adalah bermain dengan teman tetapi tidak berinteraksi. Anak tampak ingin berteman tetapi sosialnya belum adekuat sehingga mereka tidak membentuk kelompok.
 - c. *Assosiative play* adalah bermain bersama temannya dan masing-masing anak bermain sesuai keinginannya, tetapi tidak ada tujuan kelompok.
 - d. *Cooperative play* adalah bermain dalam kelompok, berdiskusi dan merencanakan kegiatan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan dan juga memperoleh tujuan kompetisi.

2.1.3 Manfaat bermain

Menurut Wong (2004), fungsi bermain adalah merangsang perkembangan sensorik-motorik, kognitif (intelektual), perkembangan sosialisasi dan moral, kreativitas, kesadaran diri, dan nilai terapeutik.

1. Perkembangan sensorik-motorik

- b. Memperbaiki keterampilan motorik kasar dan halus serta koordinasi.**
- c. Meningkatkan perkembangan semua indera.**
- d. Mendorong eksplorasi pada sifat fisik dunia.**
- e. Memberikan pelampiasan kelebihan energi.**

2. Perkembangan kognitif (intelektual)

- a. Memberikan sumber-sumber yang beranekaragam untuk pembelajaran.**
- b. Eksplorasi dan manipulasi bentuk, ukuran, tekstur dan warna.**
- c. Pengalaman dengan angka, hubungan yang renggang, konsep abstrak.**
- d. Kesempatan untuk mempraktikkan dan memperluas keterampilan berbahasa.**
- e. Memberikan kesempatan untuk melatih pengalaman masa lalu dalam upaya mengasimilasinya ke dalam persepsi dan hubungan baru.**
- f. Membantu anak memahami dunia dimana mereka hidup dan membedakan antara fantasi dan realita.**

3. Perkembangan sosialisasi dan moral

- a. Mengajarkan peran orang dewasa, termasuk perilaku peran seks.**
- b. Memberikan kesempatan untuk menguji hubungan.**
- c. Mengembangkan keterampilan sosial.**

- d. Mendorong interaksi dan perkembangan sikap yang positif terhadap orang lain.
- e. Memperkuat pola perilaku yang telah disetujui dan standar moral.

4. Kreativitas

- a. Memberikan saluran ekspresif untuk ide dan minat yang kreatif.
- b. Memungkinkan fantasi dan imajinasi.
- c. Meningkatkan perkembangan bakat dan minat khusus.

5. Kesadaran diri

- a. Memudahkan perkembangan identitas diri.
- b. Mendorong pengaturan perilaku sendiri.
- c. Memungkinkan pengujian pada kemampuan sendiri (keahlian sendiri).
- d. Memberikan perbandingan antara kemampuan sendiri dan kemampuan orang lain.
- e. Memungkinkan kesempatan untuk belajar bagaimana perilaku sendiri dapat mempengaruhi orang lain.

6. Nilai terapeutik

- a. Memberikan pelepasan stres dan ketegangan.
- b. Memungkinkan ekspresi emosi dan pelepasan impuls yang tidak dapat diterima dalam bentuk yang secara sosial dapat diterima.
- c. Mendorong percobaan dan pengujian situasi yang menakutkan dengan cara yang aman.
- d. Memudahkan komunikasi verbal tidak langsung dan nonverbal tentang kebutuhan, rasa takut dan keinginan.

2.1.4 Prinsip-prinsip bermain pada anak

Menurut Soetjiningsih (1995), terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan dalam aktivitas bermain pada anak, yaitu:

1. Ekstra energi

Untuk bermain, anak memerlukan energi yang lebih banyak. Anak yang sakit mempunyai lebih sedikit keinginan untuk bermain dibandingkan dengan anak yang sehat.

2. Waktu

Anak harus memiliki cukup banyak waktu untuk bermain.

3. Alat permainan

Untuk bermain, anak memerlukan alat permainan yang sesuai dengan umur dan tahap perkembangannya.

4. Ruangan untuk bermain

Ruangan untuk bermain bagi anak tidak perlu terlalu luas. Anak dapat bermain dimana saja, misalnya diruang tamu, halaman rumah, bahkan di ruang tidurnya.

5. Pengetahuan cara bermain

Anak belajar bermain melalui mencoba-coba sendiri, meniru teman-temannya atau diberi tahu caranya oleh orang lain. Cara yang terakhir adalah cara yang terbaik, karena anak tidak terbatas pengetahuannya dalam menggunakan alat permainannya dan anak-anak akan mendapat keuntungan lain yang lebih banyak.

6. Teman bermain

Anak harus merasa yakin bahwa ia mempunyai teman bermain kalau ia memerlukan, baik itu saudaranya, orang tua atau temannya. Jika anak bermain sendiri, anak akan kehilangan kesempatan belajar dari teman-temannya. Tetapi jika anak terlalu banyak bermain dengan anak lain, maka akan mengurangi kesempatannya untuk menghibur diri sendiri dan menemukan kebutuhannya sendiri. Jika anak bermain bersama orang tuanya, maka hubungan anak dengan orang tuanya akan menjadi akrab dan memudahkan orang tua mengetahui setiap kelainan yang terjadi pada anak mereka secara dini

2.1.5 Pengaruh bermain bagi perkembangan anak

Bermain merupakan dasar untuk mengetahui tentang dunia melalui meniru, eksplorasi, menguji dan membangun. Menurut Hurlock (2005) pengaruh bermain bagi perkembangan anak adalah:

1. Perkembangan fisik

Bermain aktif penting bagi anak untuk mengembangkan otot dan melatih seluruh bagian tubuhnya. Bermain juga berfungsi sebagai penyaluran tenaga yang berlebihan yang bila terpendam terus akan membuat tegang, gelisah dan mudah tersinggung.

2. Dorongan berkomunikasi

Agar dapat bermain dengan baik bersama yang lain, anak harus belajar berkomunikasi dalam arti mereka dapat mengerti dan sebaliknya mereka mereka harus belajar mengenal apa yang dikomunikasikan anak lain.

3. Penyaluran bagi energi emosional yang terpendam

Bermain merupakan sarana bagi anak untuk menyalurkan ketegangan yang disebabkan oleh pembatasan lingkungan terhadap perilaku mereka.

4. Penyaluran bagi kebutuhan dan keinginan

Kebutuhan dan keinginan yang tidak dapat dipenuhi dengan cara lain sering kali dapat dipenuhi dengan cara bermain. Anak yang tidak mampu mencapai peran pemimpin dalam kehidupan nyata mungkin akan memperoleh pemenuhan keinginan itu dengan menjadi pemimpin tentara mainan.

5. Sumber belajar

Bermain memberi kesempatan untuk mempelajari berbagai hal melalui buku, televisi atau menjelajah lingkungan yang tidak diperoleh anak dari belajar di rumah atau di sekolah.

6. Rangsangan bagi kreatifitas

Melalui eksperimen dalam bermain, anak-anak menemukan bahwa merancang sesuatu yang baru dan berbeda dapat menimbulkan kepuasan. Selanjutnya mereka dapat mengalihkan minat kreatifitasnya ke situasi diluar dunia bermain.

7. Perkembangan wawasan diri

Melalui permainan anak mengetahui tingkat kemampuannya dibandingkan dengan tingkat kemampuan teman bermainnya. Ini memungkinkan mereka untuk mengembangkan konsep dirinya yang lebih pasti dan nyata.

8. Belajar bermasyarakat

Melalui permainan yang dimainkan bersama anak lain, mereka belajar bagaimana menghadapi dan memecahkan masalah yang timbul dalam hubungan tersebut.

9. Standar moral

Walaupun anak belajar di rumah dan di sekolah tentang apa saja yang dianggap baik dan buruk oleh kelompok, tidak ada paksaan standar moral paling teguh selain dalam kelompok bermain.

10. Belajar bermain sesuai dengan peran jenis kelamin

Anak belajar di rumah dan di sekolah mengenai apa saja peran jenis kelamin yang disetujui. Akan tetapi, mereka segera menyadari bahwa mereka juga harus menerimanya bila ingin menjadi anggota kelompok bermain.

11. Perkembangan ciri kepribadian yang diinginkan, dari hubungan dengan anggota kelompok teman sebaya dalam bermain, anak belajar bekerja sama, murah hati, jujur, sportif dan disukai orang.

2.1.6 Faktor yang mempengaruhi permainan anak

Pada semua usia anak perlu bermain. Proporsi waktu yang dicurahkan ke masing-masing jenis permainan bergantung pada usia, kesehatan dan kesenangan yang diperoleh dari masing-masing kategori permainan. Menurut Hurlock (2005) faktor-faktor yang mempengaruhi permainan adalah:

1. Tahap perkembangan anak

Aktifitas bermain yang tepat dilakukan anak, yaitu sesuai dengan tahapan pertumbuhan dan perkembangan anak. Tentunya permainan anak usia bayi

tidak lagi efektif untuk pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah. Demikian juga sebaliknya, karena pada dasarnya permainan adalah alat stimulasi pertumbuhan dan perkembangan anak. Dengan demikian orang tua dan perawat harus mengetahui dan memberikan jenis permainan yang tepat untuk setiap tahapan pertumbuhan dan perkembangan anak.

2. Kesehatan

Semakin sehat anak semakin banyak energinya untuk bermain aktif seperti permainan dan olah raga. Anak yang kekurangan tenaga lebih menyukai hiburan.

3. Perkembangan motorik

Permainan anak pada setiap usia melibatkan koordinasi motorik, apa saja yang akan dilakukan dan waktu bermainnya bergantung pada perkembangan motor mereka. Pengendalian motorik yang baik akan memungkinkan anak terlibat dalam permainan aktif.

4. Intelegensi

Pada setiap usia, anak yang pandai lebih aktif daripada anak yang kurang pandai dan permainan mereka lebih menunjukkan kecerdikan. Bertambahnya usia, mereka lebih menunjukkan perhatian dalam permainan kecerdasan, dramatik, konstruksi dan membaca. Anak yang pandai menunjukkan keseimbangan perhatian bermain yang lebih besar termasuk menyeimbangkan faktor fisik dan intelektual yang nyata.

5. Jenis kelamin

Anak laki-laki bermain lebih kasar daripada anak perempuan dan lebih menyukai permainan dan olahraga daripada berbagai jenis mainan lain. Pada

awal masa kanak-kanak, anak laki-laki menunjukkan perhatian pada berbagai jenis permainan yang lebih banyak daripada anak perempuan, tetapi sebaliknya terjadi pada akhir masa kanak-kanak.

6. Lingkungan

Anak dari lingkungan yang buruk, kurang bermain dari pada anak lainnya karena kesehatan yang buruk, kurang waktu, peralatan dan ruang. Anak yang berasal dari lingkungan desa, kurang bermain ketimbang mereka yang berasal dari lingkungan kota. Hal ini karena kurangnya peralatan dan waktu bebas.

7. Status sosioekonomi

Anak dari kelompok sosioekonomi yang lebih tinggi menyukai kegiatan yang mahal seperti lomba atletik dan bermain sepatu roda. Sedangkan anak yang dari kelompok sosioekonomi bawah terlihat dalam kegiatan yang tidak mahal seperti main bola dan berenang. Kelas sosial mempengaruhi buku yang dibaca dan film yang ditonton anak, jenis kelompok rekreasi yang dimiliki supervisi terhadap mereka.

8. Jumlah waktu bebas

Jumlah waktu bermain terutama tergantung pada status ekonomi keluarga. Apabila tugas rumah tangga atau pekerjaan menghabiskan waktu luang mereka, anak terlalu lelah untuk melakukan kegiatan yang memerlukan energi besar.

9. Peralatan bermain

Peralatan permainan yang dimiliki anak mempengaruhi permainannya. Misalnya, dominasi boneka dan binatang buatan mendukung permainan pura-

pura, banyaknya balok, kayu, cat dan lilin mendukung permainan yang sifatnya konstruktif.

2.1.7 Permainan pada anak usia prasekolah

Sejalan dengan pertumbuhan dan perkembangannya, anak usia prasekolah mempunyai kemampuan motorik kasar dan halus yang lebih matang daripada anak usia toddler. Anak sudah lebih aktif, kreatif, dan imajinatif. Demikian juga kemampuan berbicara dan berhubungan sosial dengan temannya semakin meningkat.

Oleh karena itu, jenis permainan yang sesuai adalah *assositive play*, *dramatic play* dan *skill play*. Anak melakukan permainan bersama-sama dengan temannya dengan komunikasi yang sesuai dengan kemampuan bahasanya, anak juga sudah mampu memainkan orang tertentu yang diidentifikasinya, seperti ayah, ibu, dan bapak ibu gurunya (Supartini, 2004). Jenis-jenis mainannya adalah sepeda roda tiga, truk, alat-alat masak, olahraga, berenang dan ski, balok besar dengan berbagai ukuran, menghitung, krayon, cat air, buku gambar dengan kata-kata sederhana, boneka tangan, mobil dan kapal terbang (Suherman, 2000). Dan hasil penelitian Prof. Gordon Shaw dari Universitas California yang dikutip oleh Fauzi (2006) menunjukkan bahwa usia 4-6 tahun adalah masa yang paling tepat untuk belajar musik, karena masa ini adalah masa terbaik pada perkembangan pendengaran.

2.2 Konsep Bernyanyi

2.2.1 Pengertian bernyanyi

Bernyanyi adalah mengeluarkan suara bernada baik dengan lirik atau tidak (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2008).

Menurut Hurlock (2005), bernyanyi merupakan bentuk kegiatan atau ekspresi musikal yang paling sederhana yang dapat dilakukan seorang anak. Bernyanyi dikategorikan sebagai aktifitas bermain aktif dan pasif bagi anak.

Menyanyi merupakan aktivitas sederhana yang memiliki kekuatan yang besar, baik untuk diri sendiri maupun mereka yang mendengarkannya. Menyanyi akan mengantarkan aliran antusiasme yang akan membangkitkan semangat hidup (Arianto, 2007)

2.2.2 Manfaat bernyanyi

Adzania (2007) berpendapat bahwa bernyanyi dapat membantu anak-anak untuk:

1. Menyampaikan emosi mereka. Anak akan menyanyikan lagu gembira dan menyenandungkan irama yang indah ketika sedang ceria. Sebaliknya, mereka mungkin tampak kaku dalam menari ketika marah dan frustrasi.
2. Mengeluarkan energi dan menyalurkannya secara produktif dan kreatif.
3. Mendapatkan rasa percaya diri karena lewat musik mereka melihat kemampuannya untuk menggunakan otak dan tubuhnya secara bersama.
4. Mempelajari kata-kata dan ide-ide baru. Anak-anak sering menciptakan lagu, melodi, dan gerakan mereka sendiri. Atau mereka juga mempelajari lagu-lagu dan menemukan dunia baru.
5. Belajar tentang diri mereka sendiri dan hubungannya dengan orang lain dan lingkungan. Lagu-lagu yang dinyanyikan mengajarkan anak tentang tanaman, hewan, orang-orang lain, dan Tuhan. Kata-kata dalam lagu mengajari anak konsep-konsep yang sulit dimengerti, seperti iman, cinta, kebebasan. Anak yang pemalu bisa berubah berani karena menyanyikan

irama yang rancak dan ceria, sedangkan anak yang suka nakal mendadak tenang ketika menyanyikan atau mendengarkan musik yang lembut.

2.2.3 Prinsip dalam bernyanyi

Menurut Adzania (2007) ada beberapa hal yang bisa digunakan dalam mengajari anak bernyanyi, yaitu :

1. Ketahuilah dan ajarkanlah lagu-lagu yang mengandung unsur emosi dan gerakan. Gunakan lagu-lagu seperti itu terutama buat anak yang sulit mengekspresikan amarah atau kegembiraannya.
2. Beritahu anak tentang suatu lagu, terutama unsur perasaan dari lagu itu. Nyanyikan keras dan jelaskan arti kata-katanya.
3. Nyanyikan lagu secara utuh dengan kecepatan yang benar. Jangan ajari lagu bait demi bait. Lebih baik ajari keseluruhan lagu dengan cara dinyanyikan berulang-ulang.
4. Biarkan anak ikut bernyanyi secepat mungkin. Kalau ada ulangan lagu/refrein sehabis suatu bait, ajarkan itu dulu. Anak-anak bisa menyanyikan refrein-nya setelah anda.
5. Jangan paksakan anak mempelajari/ menghafal seluruh katanya, kalau mereka menikmati dan menyanyikan sebuah lagu. Walau belum hafal, biarkan saja.
6. Jangan paksa anak menyanyi dengan benar, baik nada maupun iramanya. Yang terpenting bukan cara mereka menyanyi tetapi alasannya menyanyi. Biarkan mereka bersenang-senang.
7. Kalau mereka sudah mulai menyanyi, kecilkan suara anda. Biarkan lagu itu menjadi miliknya.

8. Teman-teman sebaya bisa menjadi guru yang terbaik. Kalau satu anak bisa menyanyi, doronglah untuk mengajarkannya kepada anak yang lain.
9. Rekam nyanyian anak-anak dan putar rekamannya serta biarkan mereka bergembira.
10. Sekali-kali bersemangatlah ketika mengajarkan bernyanyi keras seperti monster dan lembut seperti kucing.

2.3 Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia Prasekolah

2.3.1 Pengertian pertumbuhan dan perkembangan

Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang bisa diukur dengan ukuran berat (*gram, pound, kilogram*), ukuran panjang (*cm, meter*), umur tulang dan keseimbangan metabolik, misalnya dari retensi kalsium dan nitrogen tubuh (Soetjiningsih,1995). Pertumbuhan lebih ditekankan pada pertumbuhan ukuran fisik seseorang, yaitu menjadi lebih besar, lebih matang bentuknya, seperti penambahan ukuran berat badan, tinggi badan, dan lingkar kepala. Pertumbuhan pada masa kanak-kanak mengalami perbedaan yang bervariasi sesuai dengan bertambahnya usia anak (Nursalam, 2005).

Perkembangan didefinisikan sebagai bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang lebih teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Termasuk juga perkembangan emosi, intelektual dan tingkah laku sebagai hasil dari interaksi dengan lingkungannya (Soetjiningsih,1995). Aspek perkembangan bersifat

kualitatif, yaitu penambahan kematangan fungsi dari masing-masing bagian tubuh (Nursalam, 2005).

Pertumbuhan fisik merupakan hal yang kuantitatif atau dapat diukur, aspek peningkatan ukuran fisik individu sebagai hasil peningkatan jumlah sel. Sedangkan perkembangan adalah aspek progresif adaptasi terhadap lingkungan yang bersifat kualitatif (Perry & Potter, 2005).

2.3.2 Pengertian anak usia prasekolah

Masa anak usia pra sekolah (usia 2-6 tahun) dibagi atas :

- Pra sekolah awal (masa balita) : mulai 2-3 tahun
- Pra sekolah akhir : mulai 4-6 tahun

Pada masa prasekolah akhir pertumbuhan gigi susu sudah lengkap. Anak kelihatan lebih langsing. Pertumbuhan fisik juga relatif lebih pelan, sudah dapat naik turun tangga sendiri, demikian halnya dengan berdiri dengan satu kaki secara bergantian atau melompat. Anak mulai berkembang super egonya (suara hati), yaitu merasa bersalah bila ada tindakan yang keliru (Perry&Potter, 2005).

Anak menyempurnakan penguasaan terhadap tubuh mereka dan merasa cemas menunggu awal pendidikan formal. Banyak orang menyadari hal ini merupakan masa yang paling menarik untuk orang tua karena anak-anak sudah mempunyai konsep diri yang positif, dapat secara akurat membagi pemikiran mereka, dan dapat lebih secara efektif berinteraksi dan berkomunikasi. Perkembangan fisik masih terus berlangsung menjadi lambat, dimana perkembangan kognitif dan psikososial menjadi cepat (Perry&Potter, 2005)

2.3.3 Teori perkembangan anak usia prasekolah

1. Perkembangan kognitif (Piaget)

Perkembangan kognitif pada anak usia pra sekolah menurut Piaget masuk dalam tahap praoperasional, yaitu tahap yang menunjukkan perkembangan kemampuan anak belum mampu mengoperasionalkan apa yang dipikirkan melalui tindakan dalam pikiran anak. Perkembangan anak masih bersifat egosentrik, seperti dalam penelitian Piaget anak selalu menunjukkan egosentrik seperti anak akan memilih sesuatu atau ukuran yang besar walaupun isi sedikit. Masa ini sifat pikiran bersifat transduktif menganggap semuanya sama, seperti seorang pria di keluarga adalah ayah, maka semua pria adalah ayah. Pikiran yang kedua adalah pikiran animisme selalu memperhatikan adanya benda mati, seperti apabila anak terbentur benda mati maka anak akan memukulnya ke arah benda tersebut (Wong, 1999 dalam Hidayat, 2005).

Anak mengembangkan sistem perwakilan dan menggunakan simbol seperti kata untuk mewakili manusia, tempat dan benda. Konsep praoperasional dibatasi oleh kemampuan berfokus hanya pada satu aspek pada satu waktu, dan pemikiran sering terlihat tidak logis karena alasan anak dari satu hal yang spesifik ke yang lainnya, misalnya mobil menabrak anjing karena laki-laki marah pada anjing tersebut (Potter, 2005).

2. Perkembangan psikoseksual anak (Freud)

Pada perkembangan psikoseksual anak pertama kali dikemukakan oleh Sigmund Freud yang merupakan proses dalam perkembangan anak dengan penambahan pematangan fungsi struktur serta kejiwaan yang dapat menimbulkan dorongan untuk mencari rangsangan dan kesenangan secara umum untuk

menjadikan diri anak menjadi orang dewasa. Dalam perkembangan psikoseksual anak pra sekolah masuk dalam tahap oedipal/phalik, yaitu sebagai berikut :

Pada tahap ini kepuasan anak terletak pada rangsangan autoerotik yaitu meraba-raba, merasakan kenikmatan dari beberapa daerah erogennya, suka pada lain jenis (Wong, 1999 dalam Hidayat, 2005). Anak mulai mengenal perbedaan jenis kelamin perempuan dan laki-laki. Anak juga akan mengidentifikasi figur atau perilaku orang tua sehingga mempunyai kecenderungan untuk meniru tingkah laku orang dewasa sekitarnya (Soetjiningsih, 2002).

Manipulasi genitalia menghasilkan sensasi yang bisa menyenangkan. Masturbasi dimulai dari keingintahuan seksual menjadi terbukti. Sesuatu yang timbul dari kompleks Oedipus dan Elektra untuk laki-laki dan perempuan secara berturut-turut terjadi. Lancang, malu dan takut mungkin merupakan ekspresi dari tahap ini (Perry&Potter, 2005).

3. Perkembangan psikososial anak (Erickson)

Perkembangan anak yang ditinjau dari psikososial dikemukakan oleh Erikson yang mengungkapkan bahwa anak dalam perkembangannya selalu dipengaruhi oleh lingkungan sosialnya dan untuk mencapai kematangan kepribadian anak. Perkembangan psikososial anak pra sekolah masuk dalam tahap inisiatif vs rasa bersalah, yaitu sebagai berikut :

Tahap perkembangan ini anak akan memulai inisiatif dalam belajar mencari pengalaman baru secara aktif dalam melakukan aktifitasnya, dan apabila pada tahap ini anak dilarang atau dicegah maka akan tumbuh perasaan bersalah pada diri anak (Wong, 1999 dalam Hidayat, 2005).

Anak mengembangkan inisiatif pada saat merencanakan dan mencoba hal-hal baru. Perilaku anak ditandai sebagai suatu yang kuat, imajinatif dan intrusif. Terjadi perkembangan perasaan bersalah dan identifikasi dengan orang tua yang sama jenis kelamin. Pembatasan dari orang tua bisa mencegah anak dari perkembangan inisiatif (Peery&Potter, 2005)

4. Perkembangan psikomoral anak (Kohlberg)

Perkembangan psikomoral anak ini dikemukakan dalam memandang tumbuh kembang anak yang ditinjau segi moralitas anak dalam menghadapi kehidupan. Tahapan psikomoral anak pra sekolah menurut Kohlberg masuk dalam tingkat Premoral, yaitu peraturan dari orang lain diikuti untuk menghindari hukuman. Anak peka terhadap peraturan yang berlatar budaya, menghindari hukuman dan patuh pada hukum, bukan atas dasar norma pada peraturan moral yang mendasarinya (Wong, 1999 dalam Hidayat, 2005).

2.3.4 Faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak usia prasekolah

Faktor-faktor ini oleh Potter (2005) dibagi atas faktor internal dan eksternal, yaitu sebagai berikut :

1. Faktor internal :

a. Hereditas

Genetik menetapkan pembawaan jenis kelamin, ras, rambut dan warna mata, pertumbuhan fisik, sikap tubuh dan untuk beberapa keunikan psikologis yang lebih mendalam.

b. Temperamen

Temperamen ditandai dengan alam perasaan psikologis dimana anak dilahirkan dan termasuk tipe perilaku mudah, lambat sampai hangat, dan sulit. Hal tersebut mempengaruhi interaksi antara individu dan lingkungan.

2.Faktor eksternal :

a. Keluarga

Keluarga memberi pengaruh melalui nilai, kepercayaan, adat istiadat dan pola spesifik dari interaksi dan komunikasi.

b. Kelompok teman sebaya

Kelompok teman sebaya memberi pelajaran lingkungan yang baru dan berbeda, memberi pola dan struktur yang berbeda dalam hal interaksi dan komunikasi, memerlukan gaya perilaku yang berbeda.

c. Pengalaman hidup

Pengalaman hidup dan proses pembelajaran membiarkan individu berkembang dengan mengaplikasikan apa yang telah dipelajari pada kebutuhan.

d. Kesehatan lingkungan

Tingkat kesehatan mempengaruhi respon individu terhadap lingkungan dan respons orang lain pada individu tersebut.

e. Kesehatan prenatal

Faktor pre konsepsi dan paska konsepsi mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan dari fetal.

f. Nutrisi

Pertumbuhan dipengaruhi oleh faktor makanan. Nutrisi yang adekuat mempengaruhi kebutuhan fisiologis, kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya.

g. Istirahat, tidur dan olahraga

Keseimbangan antara istirahat atau tidur dengan olahraga merupakan hal yang penting untuk memudahkan tubuh. Gangguan menghambat pertumbuhan, sedangkan keseimbangan mendorong kesehatan fisiologis dan psikologis.

h. Status kesehatan

Sakit atau luka berpotensi mengganggu pertumbuhan dan perkembangan. Sakit atau cedera yang berkepanjangan bisa menyebabkan ketidakmampuan untuk mengatasi dan menjawab kebutuhan dan tugas perkembangan.

i. Lingkungan tempat tinggal

Faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan meliputi musim, iklim, kehidupan sehari-hari dan status sosial ekonomi.

2.4 Konsep Stres Hospitalisasi

2.4.1 Pengertian stres hospitalisasi

Stres adalah suatu keadaan yang dihasilkan oleh perubahan lingkungan yang diterima sebagai suatu hal yang menantang, mengancam, atau merusak terhadap keseimbangan atau ekuilibrium seseorang (Brunner&Suddarth, 2002). Selye mendefinisikan stres sebagai respon tubuh yang sifatnya non spesifik terhadap setiap tuntutan beban atasnya (Hawari, 2003).

Hospitalisasi adalah suatu keadaan dimana seseorang dalam menjalani perawatan di rumah sakit (Dorlan, 2002). Hospitalisasi menggambarkan ketegangan terhadap suatu perubahan kebiasaan selama sehat dan dari perilaku sehari-hari, dan anak memiliki keterbatasan pada mekanisme koping untuk memecahkan saat-saat penuh tekanan (Whaley&Wong, 1995).

Jadi, stres hospitalisasi dapat diartikan sebagai respons tubuh yang terjadi ketika seseorang menjalani perawatan di rumah sakit. Sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan krisis utama yang tampak pada anak, karena anak mengalami stres akibat perubahan lingkungan, perubahan status kesehatan, dan keterbatasan dalam mekanisme coping untuk mengatasi masalah maupun kejadian yang bersifat menekan (Whaley & Wong, 1995)

2.4.2 Stresor pada anak dengan hospitalisasi

Stressor adalah variabel yang didefinisikan sebagai penyebab timbulnya stres, datangnya stressor dapat sendiri atau dapat pula bersamaan (Rasmun, 2004). Brunner dan Suddarth (2002) mendefinisikan stressor sebagai perubahan atau stimulus yang dapat membangkitkan stres.

Menurut Nursalam (2005), stresor pada anak yang dirawat di rumah sakit meliputi:

1. Cemas karena perpisahan

Hubungan anak dengan ibu sangat dekat, akibatnya perpisahan dengan ibu akan menimbulkan rasa kehilangan pada anak akan orang terdekat bagi dirinya dan akan lingkungan yang dikenal olehnya, sehingga pada akhirnya akan menimbulkan perasaan tidak aman dan rasa cemas. Kehilangan kegiatan rutinitas merupakan stresor bagi anak dan hal ini akan meningkatkan stres akibat perpisahan.

2. Kehilangan kendali

Anak sakit dan dirawat di rumah sakit akan kehilangan kebebasan pandangan egosentris dalam mengembangkan otonominya, seperti kemampuan motorik, bermain, melakukan hubungan interpersonal, aktivitas

hidup sehari-hari (*Activity Daily Living-ADL*) dan komunikasi. Hospitalisasi membuat anak menjadi tergantung pada orang lain dan ini menimbulkan perasaan kehilangan kendali. Sarasi (2006) mengatakan bahwa anak perempuan lebih mudah mengendalikan diri dibandingkan anak laki-laki, karena perkembangan otak depan tempat pengendalian diri pada anak laki-laki berkembang lambat.

3. Luka pada tubuh dan rasa sakit (rasa nyeri)

Reaksi anak terhadap tindakan yang tidak menyakitkan sama seperti reaksi terhadap tindakan yang sangat menyakitkan. Anak takut terhadap penyakitnya, ketidakmampuan dan kematian, dan prosedur instrusif pada area genital. Anak perempuan lebih sensitif merasakan sakitnya, sedangkan anak laki-laki lebih agresif dan kurang peka terhadap rasa sakit (Vitasari, 2006)

Menurut Muscari (2005), persepsi terhadap arti sakit dan hospitalisasi juga merupakan stresor hospitalisasi bagi anak. Anak usia prasekolah merasa fenomena nyata yang tidak berhubungan sebagai penyebab penyakit. Cara berpikir yang magis, menyebabkan anak usia prasekolah memandang penyakit sebagai hukuman. Selain itu, anak usia prasekolah mengalami konflik psikoseksual dan takut terhadap mutilasi, menyebabkan anak terutama takut terhadap pengukuran suhu rektal dan kateterisasi urine.

2.4.3 Faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap stresor

Menurut Rasmun (2004), faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap stresor meliputi:

1. Persepsi individu terhadap stresor

Jika stresor dipersepsikan akan berakibat buruk bagi dirinya, maka tingkat stres dirasakan akan berat, namun sebaliknya jika stresor dipersepsikan tidak

mengancam dan individu merasa mampu mengatasinya maka tingkat stres yang dirasakan akan lebih ringan.

2. Intensitas terhadap stimulus

Jika intensitas serangan stres tinggi, maka kemungkinan kekuatan fisik dan mental tidak mampu mengadaptasinya, demikian juga sebaliknya.

3. Jumlah stresor yang harus dihadapi pada waktu yang sama

Jika pada waktu yang bersamaan bertumpuk sejumlah stresor yang harus dihadapi, maka stresor kecil dapat menjadi pemicu (pencetus) yang mengakibatkan reaksi yang berlebihan. Seorang yang sedang sakit kemudian mendapat stresor lain maka kemungkinan coping individu tidak efektif lagi karena ia telah mengalami kelelahan setelah mendapat stresor tambahan.

4. Lamanya pemaparan stresor

Memanjangnya stresor dapat menyebabkan menurunnya kemampuan individu mengatasi stres, karena individu telah berada pada fase kelelahan, individu sudah kehabisan tenaga untuk menghadapi stressor tersebut.

5. Pengalaman masa lalu terhadap stresor

Pengalaman masa lalu dapat mempengaruhi kemampuan individu dalam menghadapi stresor yang sama, misalnya individu yang satu tahun lalu dirawat karena sakit dengan pengalaman negatif maka saat dirawat kembali individu akan sangat cemas, demikian pula sebaliknya.

6. Tingkat perkembangan

Pada tingkat perkembangan tertentu, jumlah dan intensitas stresor berbeda sehingga resiko terjadi stres pada tiap tingkat perkembangan akan berbeda.

Whaley&Wong (1995) menjelaskan bahwa reaksi anak dalam mengatasi krisis hospitalisasi dipengaruhi oleh tingkat perkembangan usia, pengalaman sebelumnya terhadap proses penyakit dan dirawat di rumah sakit, sistem dukungan (*support system*) yang tersedia, keseriusan penyakit, dan keterampilan koping dalam mengatasi stres. Jenis kelamin juga dapat mempengaruhi respon anak terhadap hospitalisasi. Pada semua tingkat usia ditinjau sebagai suatu kelompok, anak perempuan memperlihatkan ketakutan lebih banyak dibandingkan dengan anak laki-laki (Hurlock, 2005). Kondisi kesehatan yang buruk, kecemasan, dan lingkungan yang menggelisahkan akan meningkatkan emosionalitas anak (Hurlock, 2005).

2.4.4 Reaksi anak usia prasekolah terhadap stres hospitalisasi

Menurut Muscari (2005), mekanisme pertahanan utama anak usia prasekolah adalah regresi, mereka akan bereaksi terhadap perpisahan dengan regresi dan menolak untuk bekerja sama. Anak usia prasekolah merasa kehilangan kendali karena mereka kehilangan kekuatan mereka sendiri. Takut terhadap cedera tubuh dan nyeri mengarah kepada rasa takut terhadap mutilasi dan prosedur yang menyakitkan.

Keterbatasan pengetahuan mengenai tubuh meningkatkan rasa takut yang khas, sebagai contoh takut terhadap kastrasi yang dicetuskan oleh enema, pengukuran suhu rektal, dan kateter, dan takut bahwa kerusakan kulit, misalnya jalur intravena dan prosedur pengambilan darah yang akan menyebabkan bagian dalam tubuhnya menjadi bocor. Anak usia prasekolah menginterpretasikan hospitalisasi sebagai hukuman dan perpisahan dengan orang tua sebagai kehilangan kasih sayang.

2.4.5 Akibat stres hospitalisasi bagi anak

Perpisahan dengan orang tua, kehilangan kendali akan kebebasan dalam mengembangkan otonominya, dan luka pada tubuh yang menimbulkan rasa sakit, dialami anak prasekolah selama hospitalisasi. Melalui proses kognitif, keadaan tersebut dapat menjadi stimulus yang masuk ke dalam amygdala yang berperan mengontrol dan memediasi emosi-motivasi dalam pembentukan memori emosi dan korteks melalui sensori thalamus, kemudian stimulus tersebut melalui korteks disimpan dalam memori di hipokampus. Memori ini tersimpan dapat secara sadar atau tidak sadar dan mewarnai stimulus berikut yang dipersepsi (Maramis, 2005). Keadaan ini akan tercatat dalam korteks serebri dan sistem limbik sebagai stressor atau emosi yang mengganggu, bagian dari otak ini akan mengirim pesan ke tubuh untuk direspons guna meningkatkan kewaspadaan dan mempersiapkan diri untuk mengatasi stressor tersebut (Amir, 2005). Sehingga anak prasekolah akan mengalami persepsi dan koping yang negatif terhadap hospitalisasi. Dan terjadi guncangan perasaan dan emosi yang mengakibatkan anak prasekolah mengalami stres selama hospitalisasi (Maramis, 2005). Stres dapat menyebabkan konsekuensi fisik, emosional, intelektual, sosial, dan spiritual. Secara fisik, stres mengancam homeostasis fisiologis. Secara emosional, stres menghasilkan perasaan atau emosi negatif atau tidak konstruktif. Secara intelektual, stres mempengaruhi persepsi seseorang dan kemampuan mengatasi masalah. Secara sosial dapat mengganggu hubungan seseorang dengan orang lain. Secara spiritual dapat memberikan tantangan terhadap keyakinan dan nilai-nilai seseorang (Perry&Potter, 1997).

Melalui jalur HPA-AXIS (Hipotalamus-Pituitari-Adrenal), stres akan menstimulasi hipotalamus untuk mensekresi *Corticotropin Releasing Factor*

(CRF), yang akan menstimulasi pituitari anterior untuk memproduksi *Adrenocorticotropic Hormone* (ACTH). Kemudian ACTH akan menstimulasi korteks adrenal untuk memproduksi glukokortikoid, terutama kortisol. Glukokortikoid akan mendepresi sistem imun (Brunner&Suddarth, 2002). Peningkatan kortisol pada saat stres dapat menghambat pembentukan antibodi dan sel darah putih (Niven, 2002). Penurunan antibodi akan menurunkan imunitas tubuh. Akibatnya, proses penyembuhan penyakit menjadi terhambat, waktu perawatan lebih lama, dan meningkatkan resiko terjadinya komplikasi selama perawatan (Nursalam, 2004).

Kortisol akan menstimulasi katabolisme protein, melepaskan asam amino, meningkatkan glukoneogenesis, dan menginhibisi ambilan glukosa (aksi anti-insulin) oleh berbagai sel tubuh selain otak dan jantung. Peningkatan katabolisme protein dan glukoneogenesis dalam tubuh harus diimbangi dengan penambahan nutrisi. Jika tidak diatasi, seorang anak dengan stres berat akan mengalami retardasi pertumbuhan (Brunner&Suddarth, 2002).

Akibat sakit dan dirawat di rumah sakit, anak akan kehilangan kebebasan pandangan egosentris dalam mengembangkan otonominya. Hal ini akan menimbulkan regresi dan pada akhirnya anak akan menarik diri dari hubungan interpersonal (Nursalam, 2005).

2.4.6 Upaya meminimalkan stres hospitalisasi pada anak

Ketakutan yang timbul biasanya disebabkan karena anak tidak mempunyai pengalaman dirawat atau ketidaktahuan tentang prosedur tindakan. Apabila anak tidak mempunyai coping yang efektif, maka hal tersebut akan menimbulkan stres.

Hal ini dapat dicegah dengan cara memberikan penjelasan kepada anak, seperti membawa anak berkeliling rumah sakit (Nursalam, 2005).

Menurut Nursalam (2005), beberapa tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mencegah atau meminimalkan stres hospitalisasi meliputi:

1. Meminimalkan dampak perpisahan:

a. *Rooming in*

Rooming in berarti orang tua dan anak tinggal bersama. Jika tidak bisa, sebaiknya orang tua dapat melihat anak setiap saat untuk mempertahankan kontak atau komunikasi antara orang tua anak.

b. Partisipasi orang tua

Orang tua diharapkan dapat berpartisipasi dalam merawat anak yang sakit, terutama dalam perawatan yang bisa dilakukan. Perawat dapat memberikan kesempatan pada orang tua untuk menyiapkan makanan anak atau memandikannya. Dalam hal ini, perawat berperan sebagai pendidik kesehatan (*health educator*) bagi keluarga.

c. Modifikasi lingkungan

Membuat ruang perawatan seperti di rumah dengan mendekorasi dinding memakai poster atau kartu bergambar sehingga anak merasa aman jika berada di ruang tersebut.

2. Meminimalkan perasaan kehilangan kendali:

a. Mengusahakan kebebasan bergerak

Pembatasan fisik atau immobilisasi pada anak untuk mempertahankan aliran infus dapat dicegah jika anak kooperatif. Pada beberapa kasus pasien yang diisolasi, seperti luka bakar berat, lingkungan dapat dimanipulasi untuk

meningkatkan kebebasan sensorik, misalnya dengan menempatkan tempat tidur di dekat pintu atau jendela, memperdengarkan musik, dan sebagainya.

b. Mempertahankan kegiatan rutin anak

Kehilangan kegiatan rutinitas merupakan stresor bagi anak dan hal ini akan meningkatkan stres akibat perpisahan. Sedapat mungkin, pembuatan rencana asuhan keperawatan didasarkan pada aktifitas yang biasa dilakukan anak sewaktu di rumah. Teknik untuk meminimalkan gangguan dalam melakukan kegiatan sehari-hari adalah dengan “jadwal kegiatan yang terstruktur (*time structuring*)” yang disusun perawat, orang tua, dan anak secara bersama-sama.

c. Dorongan anak untuk mandiri

Hospitalisasi membuat anak menjadi tergantung pada orang lain dan ini menimbulkan perasaan kehilangan kendali. Untuk mengatasi hal tersebut, anak sebaiknya diberikan kesempatan untuk berpartisipasi dalam setiap kegiatan, misalnya anak diberi kesempatan untuk memilih makanan atau mengatur waktu tidur.

3. Meminimalkan dan mencegah perlukaan tubuh dan rasa nyeri

Perawat dapat menjelaskan apa yang akan dilakukan, siapa yang dapat ditemui oleh anak jika dia merasa takut, dan penjelasan lain yang berhubungan dengan anak selama perawatan di rumah sakit. Manipulasi prosedur juga dapat mengurangi ketakutan akibat perlukaan tubuh. Untuk mengatasi rasa nyeri dapat dilakukan dengan dan tanpa obat, misalnya dengan distraksi

Tabel 2.1 Teknik Meminimalkan Stres Akibat Sakit dan dirawat di Rumah Sakit pada Anak (Rudolph, *et al.*, 2003).

TAHAPAN	TINDAKAN
Persiapan sebelum sakit dan dirawat di rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> - Pendidikan kesehatan bagi anak melalui media, sekolah, dan kunjungan tenaga kesehatan. - Prehospitalisasi tours, melalui media, pendidikan tentang alat-alat kesehatan.
Pada saat sakit	<ul style="list-style-type: none"> - Melibatkan anak, keluarga, dan saudara kandung dalam diskusi tentang penyakit dan pengobatan. - Dukungan perawatan diri, pengoptimalan dan penguasaan perasaan kontrol anak dalam mengambil keputusan jika memungkinkan. - Mengoptimalkan kontrol nyeri saat prosedur, dan meminimalkan pembatasan fungsi. - Mempertahankan kebiasaan keluarga dan keadaan di rumah. - Mempertahankan perilaku sesuai dengan usia, termasuk pemberian tugas dan pekerjaan rumah. - Melibatkan anak dengan grup atau teman sebaya. - Menyesuaikan dengan keperluan dan kepentingan keluarga dan sekolah.
Dirawat di rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> - Meminimalkan lama rawat atau tinggal di rumah sakit. - Menganjurkan dan memfasilitasi rooming in dan kunjungan keluarga dan teman. - Child-life-program (rekreasi dan permainan terapeutik), program sekolah bagi anak yang dirawat di rumah sakit. - Menyediakan kelanjutan perawatan, meminimalkan jumlah dokter, perawat, dan mahasiswa yang terlibat dalam perawatan anak. - Menyediakan pusat perawatan keluarga.

2.4.7 Penatalaksanaan keperawatan pada anak usia prasekolah dengan hospitalisasi

Peran perawat dalam meminimalkan stres akibat hospitalisasi pada anak dan bayi adalah sangat penting. Perawat perlu memahami konsep hospitalisasi dan prinsip-prinsip asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan (Nursalam,

2005). Menurut Muscari (2005), intervensi keperawatan yang harus dilaksanakan pada anak usia prasekolah dengan hospitalisasi meliputi:

1. Berikan intervensi umum

- a. Gunakan boneka tangan atau boneka untuk mendemonstrasikan prosedur.
- b. Gunakan istilah yang sesuai dengan usia dan tingkat pemahaman anak, misalnya menyatakan "memperbaiki" daripada "memotong"
- c. Gunakan balutan berperekat setelah memberikan injeksi.
- d. Dampingi anak selama prosedur
- e. Hindari melakukan prosedur invasif jika memungkinkan.
- f. Berikan bintang, bet, dan bentuk penghargaan lainnya.
- g. Bermain dengan pengalaman di rumah sakit, misalnya improvisasi dengan peralatan dokter dan perawat.
- h. Yakinkan kembali pada anak prasekolah bahwa ia tidak bertanggung jawab terhadap penyakitnya.
- i. Kaji terhadap pencapaian sekunder.

2. Berikan intervensi fisik yang aman dan nyaman

- a. Biarkan anak mempertahankan kendali atas fungsi tubuhnya
 - 1) Biarkan pola normal
 - 2) Tenangkan anak saat kecelakaan terjadi
 - 3) Beri pujian atas keberhasilan anak
 - 4) Berikan stimulasi motorik
- b. Tingkatkan perawatan diri dan biarkan anak memakai sendiri pakaiannya.

3. Berikan intervensi kognitif

a. Lindungi dari rasa bersalah.

- 1) Katakan pada anak bahwa tidak ada seorangpun yang disalahkan atas penyakit atau hospitalisasi
- 2) Jelaskan prosedur

b. Lindungi dari rasa takut

- 1) Gunakan permainan terapeutik.
- 2) Jangan membicarakan hal-hal yang tidak dimengerti anak

c. Tingkatkan penggunaan bahasa

- 1) Anjurkan anak bertanya
- 2) Berikan kesempatan anak untuk bercerita
- 3) Ajarkan anak kata-kata baru.

2.4.8 Bermain untuk mengurangi stres hospitalisasi

Bermain merupakan pengertian alamiah dari ekspresi anak-anak dan merupakan esensi dari mental, emosional, dan keberadaan sosial mereka. Kebutuhan bermain selama stres, misalnya perkembangan, sakit, pengobatan adalah penting untuk memberikan cara pelepasan emosi dan rasa penguasaan terhadap situasi (Carpenito, 2000). Sejak mengalami sakit, anak mungkin tidak menceritakan keadaan mereka karena takut atau karena sedikitnya *vocabulary* yang mereka miliki untuk mendeskripsikan perasaan mereka (Pillitteri, 1999). Bermain memberi orang tua dan profesional kesempatan untuk mengkaji alam perasaan, kata-kata, dan tindakan anak, serta mengidentifikasi persepsi anak terhadap situasi saat ini (Carpenito, 2000). Oleh karena itu, adanya ruang bermain

khusus bagi anak adalah sangat penting untuk memberikan rasa aman dan menyenangkan (Nursalam, 2005).

Terapi bermain adalah teknik *psychoanalytic* yang digunakan oleh *psychiatrist* untuk mengerti perasaan, pikiran, dan motivasi anak. Dalam terapi bermain, terapis berusaha untuk menginterpretasikan isyarat verbal dan nonverbal anak. Untuk menginterpretasikan dan mengerti isyarat anak tersebut membutuhkan keterampilan dari perawat psikiatrik. Permainan terapeutik adalah teknik permainan yang dapat digunakan perawat untuk mengerti perasaan dan pikiran anak (Kuntz et al, 1996, dikutip oleh Pillitteri, 1999).

Menurut Pillitteri (1999), permainan terapeutik dibedakan menjadi 3 tipe:

1. Pelepasan energi

Anak dapat melepaskan rasa cemasnya dengan memukul, menghantam, meninju, atau dengan berteriak. Menyiapkan material yang dapat digunakan untuk melakukan hal tersebut dapat membantu mereka untuk melepaskan kecemasannya. Anak prasekolah dapat diberikan model tanah liat.

2. Permainan drama.

Permainan drama adalah untuk mengeluarkan rasa cemas. Ini sangat efektif pada anak prasekolah, karena mereka sedang dalam puncak imajinasi. Peralatan yang dibutuhkan dalam permainan terapeutik adalah peralatan yang biasanya digunakan untuk perawatan meliputi boneka, boneka tempat tidur, stetoskop mainan, peralatan intravena, alat suntik, masker, dan sarung tangan.

3. Permainan kreatif.

Beberapa anak terlihat sangat marah ketika mengeluarkan perasaannya dalam permainan drama. Mereka mungkin mau melakukan aktifitas menggambar untuk mengekspresikan emosi atau menyampaikan tingkat pengetahuan mereka.

Menurut Nursalam (2005), dalam pelaksanaan aktifitas bermain di rumah sakit, perlu diperhatikan prinsip-prinsip bermain dan permainan yang sesuai dengan usia atau tingkat pertumbuhan dan perkembangan anak, sehingga tujuan bermain dapat dicapai secara optimal. Tujuan bermain di rumah sakit adalah untuk:

- a. Melanjutkan tumbuh kembang yang normal selama perawatan, sehingga tumbuh kembang tetap berlangsung terus tanpa terhambat oleh keadaan anak.
- b. Mengekspresikan pikiran dan fantasi anak.
- c. Mengembangkan kreativitas melalui pengalaman permainan yang tepat.
- d. Meningkatkan adaptasi anak terhadap stres karena penyakit atau karena dirawat di rumah sakit, dan anak mendapatkan ketenangan dalam bermain.

Menurut Nursalam (2005), prinsip bermain di rumah sakit adalah :

- a. Tidak banyak mengeluarkan energi, singkat, dan sederhana.
- b. Mempertimbangkan keamanan dan infeksi silang.
- c. Kelompok umur sama.
- d. Permainan tidak bertentangan dengan pengobatan
- e. Semua alat permainan dapat dicuci.
- f. Melibatkan orang tua untuk menciptakan rasa aman bagi anak

2.5 Pengaruh Aktifitas Bernyanyi terhadap Penurunan Stres Hospitalisasi

Aktifitas bernyanyi yang diberikan pada anak prasekolah yang menjalani hospitalisasi akan berpengaruh pada hipokampus. Hipokampus yang berperan dalam mempertahankan keterjagaan atau atensi, apabila terpajan dengan stimulus baru, yaitu bernyanyi, akan menghasilkan gelombang teta (Amir, 2005). Gelombang teta berperan untuk peningkatan produksi katekolamin, peningkatan

kreatifitas, integratif, pengalaman emosional, potensi perubahan perilaku, peningkatan retensi materi yang telah dipelajari, imajinasi hypnogogik, relaksasi, akses ke kondisi *unconscious* (Putra, 2008). Stimulus bernyanyi ini akan tersimpan dengan secara sadar dan tidak sadar dalam memori di hipokampus dan akan mempengaruhi stimulus dari stressor hospitalisasi sebelumnya yang telah dipersepsi. Sehingga korteks prefrontal dapat memperbaiki atau mengerem impuls stressor hospitalisasi dari amygdala. Anak prasekolah tidak dapat menentukan kapan mengalami guncangan emosi akibat stressor, tetapi dapat memperoleh derajat pengendalian terhadap lamanya. Anak dapat merekam kembali ke dalam memori yang telah diberikan stimulus bernyanyi tersebut dalam ekspresi gen dan proses penguatan yang berulang. Makin baik dan relatif cepat pemulihannya, maka anak dapat dikatakan makin matur emosionalnya dalam mempersepsi stressor hospitalisasi (Maramis, 2005). Sehingga mempunyai koping yang positif dan respons yang adaptif terhadap stres hospitalisasi

Kedadaan ini akan direspon secara biologis oleh jalur Hipotalamus Pituitary Adrenal (HPA) Axis. Hipotalamus menghambat pengeluaran CRF (*Corticotropin Releasing Factor*) yang akan mempengaruhi kelenjar pituitary, sehingga kelenjar pituitary menurunkan sekresi ACTH (*Adrenal Cortico Tropic Hormon*), yang akhirnya dapat mempengaruhi medulla adrenal menghasilkan katekolamin dalam jumlah sedikit. Penurunan kadar Katekolamin ini akan menghambat rangsangan simpatis di jantung yang akan berpengaruh dalam menjaga kestabilan tanda-tanda vital, frekwensi denyut jantung menurun, tekanan darah menurun, dan rerata pernafasan juga menjadi stabil (Brunner&Suddarth, 2002)

2.6 Tanda-tanda vital pada anak

2.6.1 Tekanan darah yang stabil pada anak

Tabel 2.2 Nilai tekanan darah yang stabil pada anak menurut Park M dan Menard S (1989) yang dikutip oleh Wong (2004)

Kelompok usia	Nilai tekanan darah (sistolik/diastolik) dalam mmHg
Bayi baru lahir (1-3 hari)	65/41
1 bulan sampai 2 tahun	95/58
2-5 tahun	101/57

2.6.2 Frekuensi nadi yang stabil pada anak saat istirahat

Tabel 2.3 Frekuensi nadi rata-rata yang stabil pada anak saat istirahat menurut Lowrey GH (1978)

Umur	Frekuensi nadi rata-rata (kali per menit)
Kurang dari 1 bulan	140
1-6 bulan	130
6-12 bulan	115
1-2 tahun	110
2-4 tahun	105
4-6 tahun	105
6-10 tahun	95
10-14 tahun	85
14-18 tahun	82

2.6.3 Frekuensi pernapasan yang stabil pada anak

Tabel 2.4 Frekuensi pernapasan yang stabil pada anak saat istirahat menurut Lowrey GH (1978)

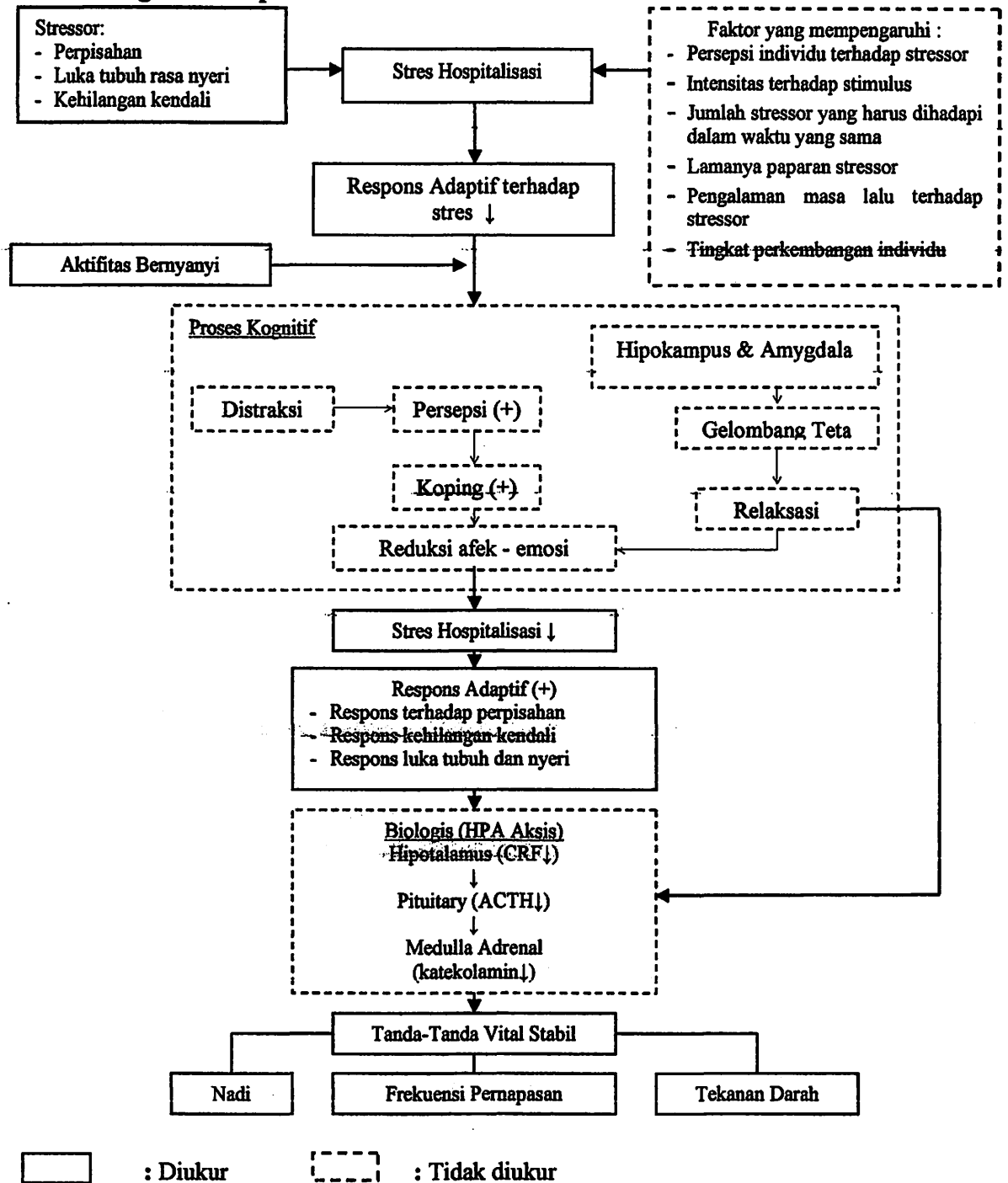
Umur	Frekuensi pernapasan (kali per menit)
Bayi prematur	40-90
Neonatus	30-80
1 tahun	20-40
2 tahun	20-30
3 tahun	20-30
5 tahun	20-25
10 tahun	17-22
15 tahun	15-20
20 tahun	15-20

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL DAN
HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual Pengaruh Aktivitas Bernyanyi terhadap Penurunan Stres Hospitalisasi pada Anak Usia Prasekolah di Ruang Anak RSI Siti Khadijah Sidoarjo

Keterangan gambar :

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan bahwa setiap anak yang masuk rumah sakit akan mengalami stres dan ditandai dengan penurunan respon positif anak terhadap stres hospitalisasi. Sumber stres hospitalisasi yang mempengaruhi meliputi perpisahan, kehilangan kendali, luka tubuh atau rasa nyeri, dan persepsi anak terhadap sakit dan hospitalisasi. Respon anak terhadap stressor tersebut dipengaruhi oleh usia, pengalaman, *support system*, keseriusan penyakit, dan ketrampilan coping anak (Whaley&Wong, 1995). Stres hospitalisasi yang tidak segera diatasi akan mengakibatkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan bagi anak usia prasekolah, yaitu anak akan mengalami retardasi pertumbuhan (Brunner&Suddarth, 2002), menangis, menjerit, kurang kooperatif, depresif, dan agresif (Whaley&Wong, 1995). Salah satu cara untuk meminimalkan stres hospitalisasi adalah dengan pemberian aktifitas bernyanyi.

Terjadi proses kognitif dan emosi pada sistem limbik, mempengaruhi amigdala dan hipokampus, dimana amigdala mempengaruhi emosi dan perasaan (Arya, 2006). Melalui bernyanyi, anak usia prasekolah bisa mengetahui salah satu cara mengendalikan emosi (Loeis, 2007). Melalui aktivitas bernyanyi ini, anak melepaskan ketegangan dan stres yang dialaminya dengan bernyanyi, anak dapat mengalihkan rasa sakitnya (distraksi) dan relaksasi melalui kesenangannya melakukan aktifitas bernyanyi ini (Supartini, 2004). Pengaruh stimulus baru, yaitu aktifitas bernyanyi akan mempengaruhi hipokampus untuk mengeluarkan gelombang teta yang mengakibatkan relaksasi pada pasien anak. Melalui aktifitas bernyanyi, emosi dan perasaan yang ada didalam diri bisa dikeluarkan, sehingga dapat menciptakan coping yang positif. Coping positif ini ditandai dengan emosi yang positif. Keadaan tersebut akan membantu dalam mengurangi stres yang

dialami anak (Nursalam, 2004). Sehingga anak prasekolah mampu mengekspresikan rasa sedih, tertekan, stres, dan menghapus segala kesedihan (Bambang, 2005).

Keadaan ini akan merespon secara biologis oleh jalur Hipotalamus Pituitary Adrenal (HPA) Axis. Hipotalamus menghambat pengeluaran CRF (*Corticotropin Releasing Factor*) yang akan mempengaruhi kelenjar pituitary, sehingga kelenjar pituitary menurunkan sekresi ACTH (*Adrenal Cortico Tropic Hormon*), yang akhirnya dapat mempengaruhi medulla adrenal menghasilkan katekolamin dalam jumlah sedikit. Penurunan kadar Katekolamin ini akan menghambat rangsangan simpatis di jantung yang akan berpengaruh dalam menjaga kestabilan tanda-tanda vital, frekwensi denyut jantung menurun, tekanan darah menurun, dan rerata pernafasan juga menjadi stabil.

3. 2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah suatu asumsi pernyataan tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian (La Biondo-Wood dan Haber, 1994 dikutip oleh Nursalam, 2003)

H1 : Ada pengaruh aktifitas bernyanyi terhadap penurunan stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah di ruang Anak RSI Siti Khadijah Sidoarjo.

H1 : Ada pengaruh aktivitas bernyanyi terhadap respons biologis yang ditunjukkan dengan tanda-tanda vital yang stabil pada anak usia prasekolah

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Pada bab ini yang dibahas adalah rancangan penelitian, kerangka kerja penelitian, populasi, sampel, teknik sampling, identifikasi variabel, definisi operasional, pengumpulan data, etik, dan keterbatasan penelitian.

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan atau desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, yang memungkinkan pemaksimalan kontrol beberapa faktor yang bisa mempengaruhi akurasi suatu hasil (Nursalam, 2003).

Desain penelitian yang digunakan adalah *Quasy Eksperimental Design* (eksperimen semu) yang ditujukan untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dan membandingkan hasil intervensi dengan cara melibatkan kelompok kontrol disamping kelompok perlakuan yang diawali dengan *pre-test*. Pemilihan kedua kelompok ini tidak menggunakan teknik acak. Setelah itu satu kelompok dilakukan intervensi sesuai dengan metode yang dikehendaki, kelompok lainnya dilakukan seperti biasanya, kemudian diadakan pengukuran kembali dengan *post-test* (Nursalam, 2003).

Tabel 4.1 Rancangan Penelitian *Quasy Eksperimental* (Nursalam, 2003)

Subjek	<i>Pre test</i>	Perlakuan	<i>Post test</i>
K-A	O1	I	O2 – A
K-B	O1 Time 1	- Time 2	O2 – B Time 3

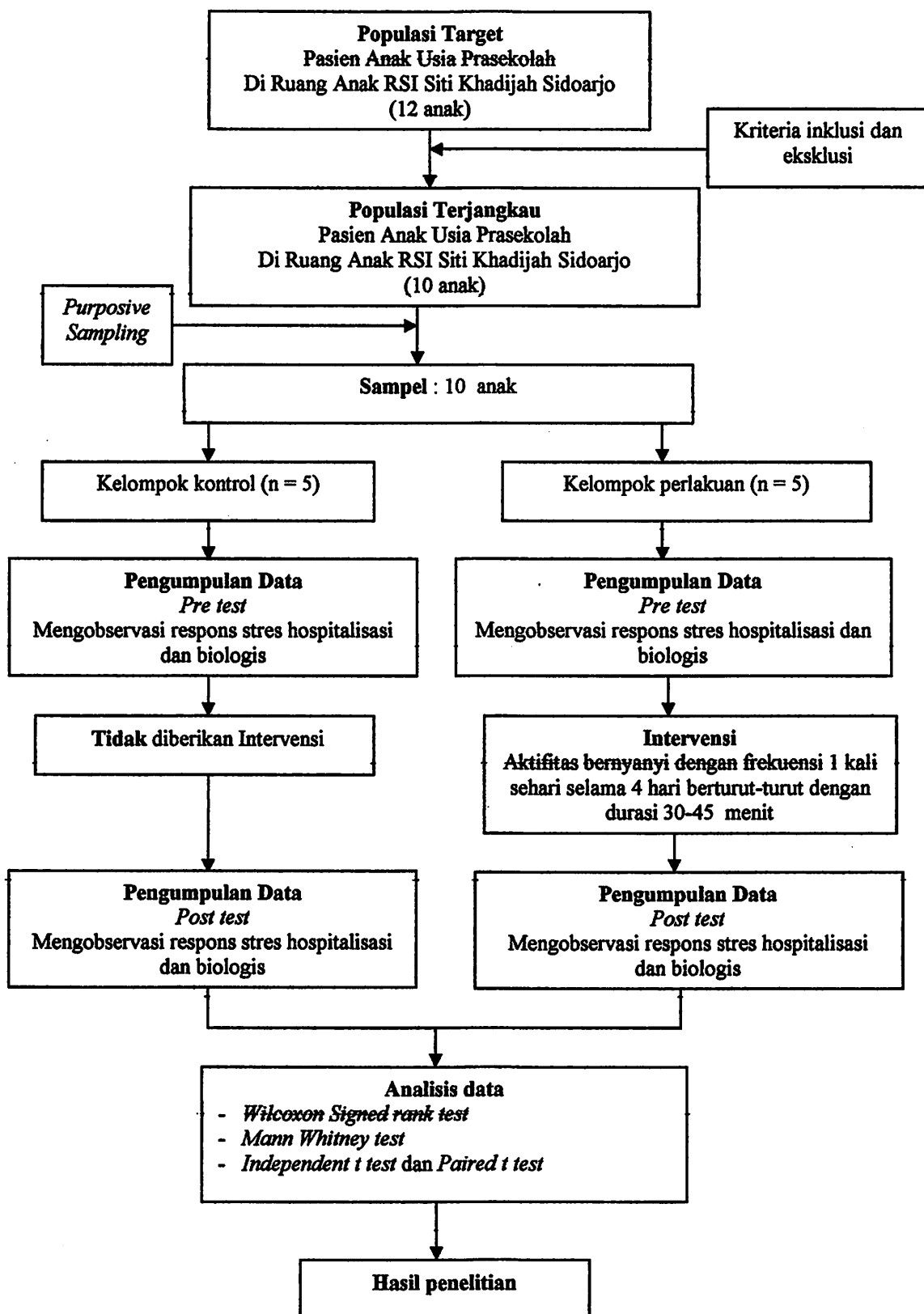
Keterangan :

K-A : Subjek perlakuan (Anak usia prasekolah yang sedang dirawat di Ruang Anak RSI Siti Khadijah Sidoarjo)

- K-B** : Subjek kontrol (Anak usia prasekolah yang sedang dirawat di Ruang Anak RSI Siti Khadijah Sidoarjo)
- O1** : Observasi respons stres hospitalisasi sebelum aktivitas bernyanyi
- I** : Intervensi (aktivitas bernyanyi)
- : Tidak diberikan intervensi
- O2** : Observasi respons stres hospitalisasi setelah aktivitas bernyanyi

4.2 Kerangka Kerja Penelitian

Kerangka kerja merupakan suatu desain tentang alur penelitian sehingga dapat dilihat secara jelas gambaran tentang proses dan jalannya penelitian. Model kerangka kerja dalam penelitian dapat dilihat pada gambar 4.2



Gambar 4. 2 Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh Aktifitas Bernyanyi terhadap Penurunan Stres Hospitalisasi pada Anak Usia Prasekolah di Ruang Anak RSI Siti Khadijah Sidoarjo

4.3 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah setiap objek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003). Populasi terjangkau merupakan populasi yang memenuhi kriteria dalam penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dari populasi target. Populasi dalam penelitian ini adalah rata-rata jumlah pasien anak usia prasekolah yang dirawat di Ruang Anak RSI Siti Khadijah Sidoarjo dalam satu bulan yaitu sebesar 12 anak.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang telah dipilih dengan sampling tertentu untuk mewakili populasi (Notoatmodjo, 2002). Besar sampel ditentukan dengan rumus untuk desain eksperimen sebagai berikut :

Kriteria sampel sangat membantu peneliti untuk mengurangi bias hasil penelitian khususnya terhadap variabel-variabel (kontrol/perancu) yang ternyata mempunyai pengaruh terhadap variabel yang diteliti. Kriteria sampel dapat dibedakan menjadi 2, yaitu: (1) inklusi dan (2) eksklusi.

1. Kriteria Inklusi :

Adalah umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2003). Adapun yang termasuk kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Pasien anak usia prasekolah (4-6 tahun)
- 2) Dirawat di ruang Anak RSI Siti Khadijah Sidoarjo
- 3) Pasien dalam keadaan sadar
- 4) Belum pernah mendapatkan aktifitas bernyanyi selama perawatan

5) Pasien dengan tingkat ketergantungan minimal atau parsial

6) Pasien dan orang tuanya bersedia menjadi responden

7) Pasien dengan hari rawat 1 sampai 14 hari

2. Kriteria Eksklusi :

Adalah karakteristik subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi (Nursalam, 2003). Adapun yang termasuk kriteria ini adalah :

1) Pasien dalam keadaan terminal

2) Pasien dengan tingkat ketergantungan total

4. 3. 3 Teknik sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2003). Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian. Pembagian kelompok perlakuan dan kontrol dengan karakteristik yang sama bertujuan untuk menghomogenkan sample (Nursalam, 2003). Pada penelitian ini pengambilan sampel menggunakan metode *non-Probability Sampling* dengan *Purposive Sampling*, yaitu dengan memilih sampel diantara populasi (anak usia prasekolah yang dirawat di ruang Anak RSI Siti Khadijah Sidoarjo) yang sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan oleh peneliti. Kelompok kontrol dan kelompok perlakuan diambil dari sampel anak usia prasekolah yang dirawat pada 2 ruangan yang berbeda di ruang Anak RSI Siti Khadijah Sidoarjo. Pengambilan kelompok kontrol dan perlakuan pada dua ruangan yang berbeda dengan maksud agar aktifitas bernyanyi yang diberikan tidak saling mempengaruhi diantara kelompok.

4.4 Identifikasi Variabel

Variabel juga merupakan konsep dari berbagai level dari kontrak yang didefinisikan sebagai suatu fasilitas untuk pengukuran dan manipulasi suatu penelitian (Nursalam, 2003).

4.4.1 Variabel independen

Adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2003). Adapun yang menjadi variabel independen pada penelitian ini adalah aktifitas bernyanyi.

4.4.2 Variabel dependen

Adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2003). Adapun yang menjadi variabel dependen adalah stres hospitalisasi.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2003). Tabel 4.3 Definisi Operasional.

Tabel 4.3 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel Independen Aktifitas Bernyanyi	Suatu bentuk aktivitas ekspresi musikal mengeluarkan suara bernada dengan atau tanpa diiringi instrumen musik yang bisa dilakukan satu orang atau secara bersama-sama.	<ul style="list-style-type: none"> - Aktifitas bernyanyi dilakukan secara bersama-sama - Lagu yang dipilih adalah lagu anak-anak yang berirama ceria dengan lirik yang mudah dan sederhana - Lama aktifitas bernyanyi adalah 15-30 menit, 1 kali sehari dalam 4 hari berturut-turut. 	SAP		
Variabel Dependen Stres Hospitalisasi	Respons anak yang terjadi ketika anak dirawat di rumah sakit dan mengarah pada penurunan respons positif (adaptif)	<p>Respons anak usia prasekolah akibat perpisahan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak menolak makan - Tidak mudah menangis - Tidak mengalami kesulitan tidur - Komunikatif - Tidak mengalami kemanduran ke perilaku tahap usia sebelumnya (mis, menghisap jempol atau mengompol) <p>Respons anak usia prasekolah yang kehilangan kendali :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu bergaul dengan teman sebaya yang ada di ruang perawatan - Tidak mengalami ketakutan ketika bertemu dengan orang lain 	- Observasi	Ordinal	<p>Ya = 1 Tidak = 0</p> <p>Penilaian ≥ 60 % = Adaptif < 60 % = Mal adaptif</p>

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
		<p>selain orang tua</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengikuti setiap tindakan selama perawatan <p>Respons anak usia prasekolah akibat perlukaan tubuh dan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak bersikap agresif baik fisik maupun verbal ketika menjalani prosedur perawatan - Tidak trauma jika bertemu dengan perawat atau tenaga kesehatan lain. <p>(modifikasi dari <i>Whaley&Wong</i> dalam <i>Nursing Care of Infants and Children</i>, 1995 dan 1999)</p>			
	Respons biologis yang terjadi pada anak ketika dirawat di rumah sakit	<p>Respons Biologis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi 2. Frekwensi pernapasan 3. Tekanan Darah 	<ul style="list-style-type: none"> - Tensimeter - Jam 	Rasio	<p><u>Usia 4-6 tahun</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan Darah(mmHg) 4 thn: 91-112/56-72 5 thn: 94-113/56-73 6 thn: 96-115/57-74 - RR : 20-25x permenit - Nadi : 95-105xPermenit <p>Sumber: Wong (2004)</p>

4.6 Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer dilakukan dengan mengobservasi disertai wawancara yaitu dengan mengamati dan mencatat respons stres hospitalisasi anak sebelum dan sesudah melaksanakan aktifitas bernyanyi.

4.6.1 Instrumen

Instrumen adalah alat ukur atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti cermat, lengkap dan sistematis (Arikunto, 2002).

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data berupa lembar observasi model *check list* dan wawancara terstruktur. Lembar observasi yang digunakan berisi 10 poin respons positif (adaptif) anak usia sekolah terhadap stres hospitalisasi modifikasi dari Wong (1999) dalam *Whaley&Wong's Nursing Care of Infants and Children* dan Whaley&Wong (1995) dalam *Nursing Care of Infants and Children*. Instrumen respons biologis menggunakan lembar observasi respons biologis dengan alat bantu tensimeter dan jam tangan

Alat bantu yang digunakan untuk pelaksanaan aktifitas bernyanyi adalah laptop dan kaset CD lagu anak-anak.

4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian

Lokasi penelitian ini adalah ruang Anak RSI Siti Khadijah Sidoarjo. Pengambilan data dilakukan di ruang Anak RSI Siti Khadijah Sidoarjo. Pengumpulan data dilakukan selama satu bulan, pada bulan 30 Juni sampai dengan 30 Juli 2008.

4.6.3 Prosedur pengambilan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam penelitian

(Nursalam, 2003). Proses pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan setelah mendapatkan ijin dari pihak RSI Siti Khadijah Sidoarjo untuk mengadakan penelitian. Keterbatasan jumlah responden yang dirawat di ruang Anak "Ismail" menyebabkan peneliti menyeleksi pasien anak yang dirawat atau menunggu pasien anak yang baru MRS dengan berpedoman pada kriteria inklusi yang sudah ditentukan untuk menjadi responden. Setelah mendapatkan responden yang telah dikehendaki, maka selanjutnya meminta persetujuan dari responden penelitian (orang tua anak) dengan memberikan surat persetujuan menjadi responden (*informed consent*).

Setelah mendapatkan persetujuan dari anak dan orangtua anak, dilakukan penentuan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan cara membagi responden yang dirawat di ruang Anak yang lain RSI Siti Khadijah Sidoarjo menjadi dua, yaitu kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Pada saat hari pertama penelitian, responden yang sesuai dengan kriteria inklusi berjumlah dua pasien anak. Peneliti menjadikan kedua responden sebagai kelompok perlakuan. Responden berikutnya seluruhnya adalah pasien anak MRS hari pertama sesuai dengan kriteria inklusi dan peneliti membagi responden tersebut yaitu tiga pasien anak baru menjadi kelompok perlakuan dan lima pasien anak baru berikutnya sebagai kelompok kontrol. Pada hari pertama peneliti melakukan observasi awal pada responden baik kelompok kontrol maupun perlakuan untuk mengidentifikasi stressor dan respons stres hospitalisasi yang dialami anak usia prasekolah (*Pre-test*). Jika pada *pre-test* didapatkan anak dengan respons stres hospitalisasi adaptif ($\geq 60\%$), anak tetap diikuti dalam penelitian. Peneliti juga melakukan observasi tanda-tanda vital meliputi nadi, frekwensi pernapasan, dan tekanan darah pada

kedua kelompok tersebut sebagai data awal respons biologis anak usia prasekolah sebelum pemberian aktifitas bernyanyi. Kemudian pada kelompok perlakuan diberikan intervensi berupa aktifitas bernyanyi selama 15 sampai 30 menit. Lagu yang dipilih dalam bernyanyi adalah lagu-lagu anak yang berirama ceria dan sesuai dengan tumbuh kembang anak usia prasekolah. Aktifitas bernyanyi diberikan pada kelompok perlakuan secara individu dikarenakan keterbatasan jumlah responden yang ada di ruangan dan letak ruangan yang berbeda. Waktu pemberian aktifitas bernyanyi dibagi menjadi 2, yaitu pada pagi hari dan siang hari sebelum tindakan perawatan rutin di ruangan. Setelah selesai bernyanyi selama 15 sampai 30 menit dengan 3 sampai 5 lagu, peneliti melakukan observasi secara terus-menerus selama 4 hari intervensi menggunakan instrumen yang sama dengan observasi awal untuk mengidentifikasi respons stres anak setelah perlakuan (*Post-test*). Pada kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi juga dilakukan observasi respons stres hospitalisasi secara terus-menerus selama 4 hari. Pemberian aktifitas bernyanyi ini dilakukan berulang selama 4 hari berturut dengan frekwensi 1 kali dalam sehari. Peneliti juga mengobservasi kembali respons biologis (nadi, frekwensi pernapasan, dan tekanan darah) anak usia prasekolah pada kelompok perlakuan secara rutin setelah diberikan aktifitas bernyanyi selama 4 hari dengan pembagian waktu pengukuran, yaitu sebelum intervensi, sesaat setelah intervensi, dan 10 menit kemudian. Pada kelompok kontrol yang tidak diberikan aktifitas bernyanyi juga dilakukan observasi kembali respons biologis secara rutin selama 4 hari dengan pembagian pengukuran, yaitu sebelum intervensi, sesaat setelah intervensi, dan 10 menit kemudian. Observasi respons stres hospitalisasi bekerjasama dengan seorang teman dan respons

biologis dengan perawat ruangan yang sebelumnya mengadakan kontrak terlebih dahulu dan penjelasan mengenai prosedur yang akan dilakukan. Observasi dan perlakuan dilakukan oleh peneliti bekerja sama dengan perawat ruangan.

4. 6. 4 Analisis data

Analisa data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan dimana tujuan pokok penelitian adalah menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian dalam mengungkap suatu fenomena. Dari data yang telah dikumpulkan, dilakukan analisis untuk menentukan signifikansi hasil pemberian aktifitas bernyanyi terhadap penurunan stres hospitalisasi. Analisis isi tersebut peneliti gunakan untuk mendukung hasil uji secara kuantitatif.

Dalam penelitian ini, analisis data dilakukan melalui tahap sebagai berikut:

1. Persiapan, yaitu peneliti melakukan perapihan data, meliputi:
 - a. Mengecek nama dan kelengkapan identitas responden untuk menghindari kesalahan atau kekurangan data.
 - b. Mengecek kelengkapan data dengan memeriksa isi instrumen.
2. Tabulasi data, meliputi:
 - a. Memberikan skor pada item-item yang perlu diberi skor dengan ketentuan:
Ya = 1, Tidak = 0
 - b. Kemudian melakukan perhitungan prosentase dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$N = \frac{Sp}{Sm} \times 100\%$$

Keterangan :

N = Nilai yang di dapat.

Sp = Skor yang di dapat.

S_m = Skor maksimal. (Arikunto, 2002).

Skor maksimal dalam instrumen ini adalah 10.

Hasil perhitungan skor dan prosentase tersebut diinterpretasikan dengan menggunakan kriteria kualitatif, yaitu:

$\geq 60\%$ = adaptif.

$< 60\%$ = maladaptif.

3. Pengujian data, yaitu:

- a. Peneliti melakukan pengujian data menggunakan uji statistik *Wilcoxon sign Rank test*, tingkat kemaknaan $p \leq 0,05$ (Program Window SPSS) yaitu uji untuk 1 kelompok berpasangan dengan tujuan membandingkan nilai variabel dependen sebelum dan sesudah perlakuan. Skala data yang digunakan adalah ordinal. Rumus yang digunakan adalah :

$$Z = \frac{T - \frac{n(n+1)}{4}}{\sqrt{\frac{n(n+1)(2n+1)}{4}}}$$

Keterangan :

T = Jumlah jenjang atau rangking yang kecil

n = Jumlah sample

(Sugiyono, 2005)

- b. Peneliti melakukan pengujian data menggunakan uji statistik *Mann Whitney U-Test*, tingkat kemaknaan $p \leq 0,05$ (Program Window SPSS) untuk membandingkan nilai pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Skala data yang digunakan adalah ordinal. Rumus yang digunakan adalah :

$$U1 = n1.n2 + \frac{n1(n1+1)}{2} - R1$$

$$U2 = n1.n2 + \frac{n2(n2+1)}{2} - R2$$

Keterangan : U1 = peringkat 1 n2 = jumlah sample 2
 U2 = peringkat 2 R1 = jumlah rangking pada sample n1
 n1 = jumlah sample 1 R2 = jumlah rangking pada sample n2
(Sugiyono, 2005)

4.7 Etik Penelitian

Setelah mendapatkan rekomendasi dari bagian akademik Program Studi S1 Ilmu Keperawatan UNAIR peneliti melakukan penelitian dengan memperhatikan dan menekankan pada masalah etika yang meliputi :

4.7.1 Lembar persetujuan penelitian (*Informed Consent*),

Tujuannya adalah subjek mengetahui maksud dan tujuan penelitian dan dampak saat diteliti selama pengumpulan data. Responden (anak dan orang tua) terlebih dahulu diberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan dan dampak intervensi sebelum dilaksanakan penelitian. Kemudian lembar persetujuan (*informed consent*) diberikan pada orang tua anak karena subyek penelitian usianya masih prasekolah (4-6 tahun). Jika bersedia, maka harus mengisi lembar persetujuan. Jika tidak, peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati haknya

4.7.2 Tanpa nama (*Anonymity*),

Tujuan untuk menjaga kerahasiaan identitas subjek, peneliti tidak akan mencantumkan nama subjek pada lembar kuesioner. Namun untuk mengetahui keikutsertaan responden, peneliti cukup menggunakan kode pada masing-masing lembar pengumpulan data.

4.7.3 Rahasia (*Confidentiality*),

Tujuan untuk kerahasiaan informasi yang diberikan subjek dijamin oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.8 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian pada penelitian ini (Nursalam, 2001). Keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah :

1. Instrumen pengumpulan data dirancang sendiri oleh peneliti tanpa melakukan uji coba, oleh karena itu validitas dan reliabilitasnya kurang
2. Keterbatasan literatur yang membahas tentang stres hospitalisasi pada anak dan tentang prosedur pelaksanaan aktifitas bernyanyi. Sehingga dalam penelitian ini peneliti memodifikasi dari beberapa literatur.
3. Keterbatasan jumlah pasien anak yang MRS di ruangan. Sehingga peneliti menunggu pasien yang MRS selama satu bulan hingga memenuhi jumlah responden yang sesuai dengan rerata jumlah pasien anak usia prasekolah yang MRS di ruangan selama satu bulan.

BAB 5
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini membahas hasil penelitian dan pembahasan tentang Pengaruh Aktivitas Bernyanyi Terhadap Penurunan Stres Hospitalisasi Pada Anak Usia Prasekolah (4-6 tahun) yang dilaksanakan di ruang Anak "Ismail" RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo. Hasil penelitian yang disajikan meliputi data umum dan data khusus. Data umum menjelaskan karakteristik lokasi penelitian dan responden penelitian (umur, jenis kelamin, pengalaman dirawat di rumah sakit, penyakit yang diderita, dan hari perawatan). Data khusus meliputi respons stress hospitalisasi dan respons biologis (tekanan darah, nadi dan frekuensi pernafasan).

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Karakteristik lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan tanggal 30 Juni sampai dengan 31 Juli 2008 di Ruang Anak "Ismail" RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo, terletak di Jalan Pahlawan No. 260 Sepanjang Sidoarjo, memiliki kapasitas 35 tempat tidur untuk pasien yang dibagi menjadi 11 ruangan dengan klasifikasi sebagai berikut: satu ruang kelas I dengan 2 tempat tidur, empat ruang kelas II (A, B, C, dan D) dengan 12 tempat tidur masing-masing 3 tempat tidur, tiga ruang kelas III (A, B, dan C) dengan 12 tempat tidur masing-masing 4 tempat tidur, satu ruang Intensif dengan 2 tempat tidur, satu ruang Neonatus dengan 5 tempat tidur, dan satu ruang Isolasi dengan 2 tempat tidur. Selain itu juga dilengkapi dengan 4

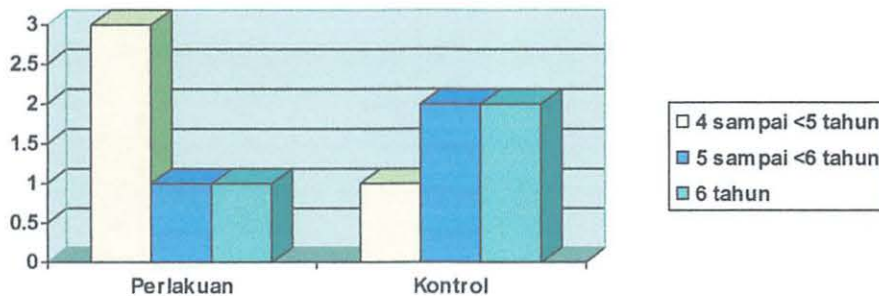
ruang tambahan seperti ruang tindakan, ruang penyimpanan barang-barang inventaris ruangan dan obat-obatan pasien, ruang yang berfungsi rangkap sebagai ruang Kepala Ruangan, *Nurse Station*, ruang diskusi, dan ruang administrasi, dan satu ruang dapur.

Struktur organisasi dan ketenagaan terdiri dari 1 orang kepala ruangan, 5 Ketua Tim, 8 perawat pelaksana, dan 1 orang pekarya rumah tangga. Ruang Anak "Ismail" ini memiliki 3 dokter spesialis dan 2 dokter umum. Tata Usaha dan administrasi dilakukan oleh semua perawat yang bertugas di ruangan. Ahli gizi, fisioterapi, dan petugas kebersihan ruangan ini adalah sistem tersentral.

Tiga kasus terbanyak yang ada di ruangan anak "Ismail" ini antara lain : penyakit Typhoid, DHF, dan Diare.

5.1.2 Karakteristik Responden

1. Distribusi responden berdasarkan umur

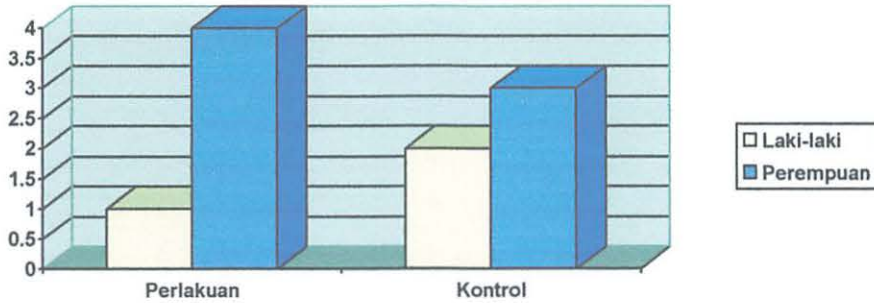


Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur pada kelompok perlakuan dan kontrol di ruang Anak "Ismail" RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo pada tanggal 30 Juni sampai dengan 31 Juli 2008

Gambar di atas menunjukkan bahwa responden yang digunakan dalam penelitian ini adalah anak usia prasekolah (4-6) tahun. Responden terbanyak dari kelompok perlakuan adalah anak berumur 4 sampai <5 tahun yang berjumlah 3

anak (60%). Pada kelompok kontrol, anak berumur 5 sampai <6 tahun dan 6 tahun mempunyai jumlah yang sama, masing-masing 2 anak (40%).

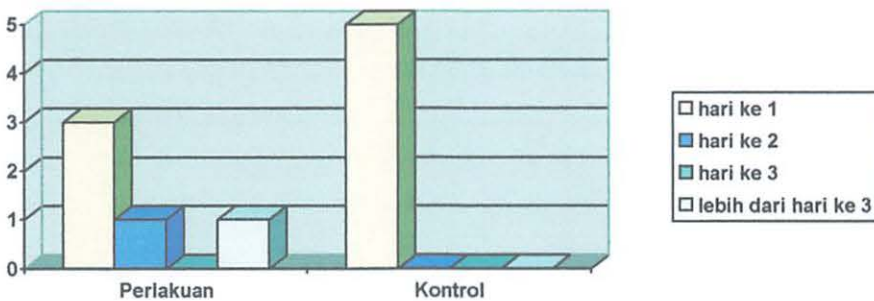
2. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin



Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin pada kelompok perlakuan dan kontrol di ruang Anak “Ismail” RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo pada tanggal 30 Juni sampai dengan 31 Juli 2008

Gambar di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada kelompok perlakuan adalah perempuan sebanyak 4 anak (80%). Pada kelompok kontrol baik sebagian besar juga adalah perempuan sebanyak 3 anak (50%).

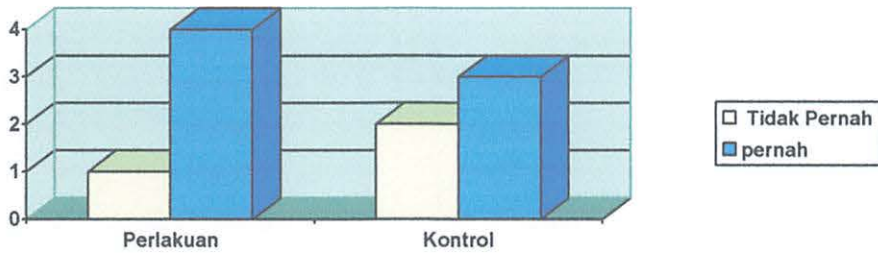
3. Distribusi responden berdasarkan hari perawatan



Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan hari perawatan di rumah sakit pada kelompok perlakuan dan kontrol di ruang Anak “Ismail” RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo pada tanggal 30 Juni sampai dengan 31 Juli 2008

Gambar 5.3 menunjukkan bahwa pada saat pertama kali dilakukan *pre-test* pada kelompok perlakuan terdapat 3 anak (60%) anak yang menjalani perawatan hari ke-1, kemudian 1 anak (20%) masing-masing sedang menjalani perawatan hari ke-2 dan lebih dari hari ke-3. Pada kelompok kontrol seluruh anak (100%) menjalani perawatan hari ke-1.

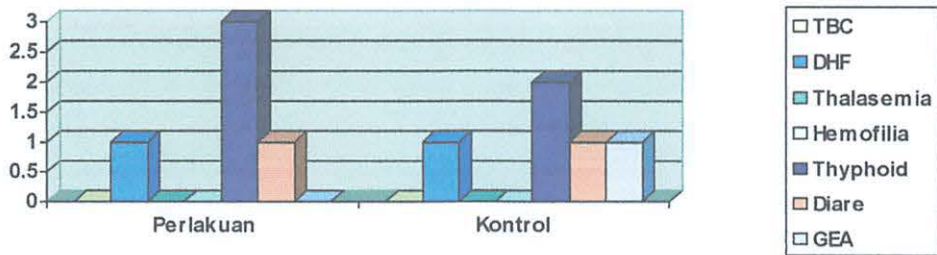
4. Distribusi responden berdasarkan riwayat dirawat di rumah sakit



Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan riwayat dirawat di rumah sakit pada kelompok perlakuan dan kontrol di ruang Anak “Ismail” RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo pada tanggal 30 Juni sampai dengan 31 Juli 2008

Gambar diatas menunjukkan bahwa sebagian besar pada kelompok perlakuan terdapat 4 anak yang pernah dirawat di rumah sakit (80%), begitu juga pada kelompok kontrol didapatkan bahwa sebagian besar terdapat 3 anak yang pernah dirawat di rumah sakit (60%)

5. Jenis Penyakit Yang Diderita



Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan jenis penyakit pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Ruang Anak “Ismail” RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo pada tanggal 30 Juni sampai dengan 31 Juli 2008

Berdasarkan gambar diatas bisa dilihat bahwa jenis penyakit yang diderita responden pada kelompok perlakuan adalah Thyphoid sebanyak 2 anak (40%), sedangkan pada kelompok kontrol, Thyphoid juga menjadi jenis penyakit yang sebagian besar diderita responden yaitu 3 anak (60%).

5.1.3 Data Variabel Yang Diukur

Variabel yang diukur di sini adalah respons stres hospitalisasi anak usia prasekolah menurut Wong (2004) yang dimodifikasi oleh peneliti dan respons biologis meliputi hasil pengukuran tekanan darah, frekuensi pernapasan dan nadi.

1. Respons stres hospitalisasi

Tabel 5.1 Respons positif stressor hospitalisasi pada saat *pre test* hari pertama yang terjadi pada anak usia prasekolah selama dirawat di ruang Anak "Ismail" RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo pada tanggal 30 Juni sampai 31 Juli 2008.

Jenis Respons Positif Stressor	Jumlah anak		Σ total anak	Σ total anak (%)	rerata
	Perlakuan	Kontrol			
Perpisahan					
a. Tidak menolak makan	1	1	2	20	48%
b. Tidak mudah menangis	0	1	1	10	
c. Tidak mengalami kesulitan tidur	4	5	9	90	
d. Komunikatif	0	2	2	20	
e. Tidak mengalami kemunduran ke perilaku tahap usia sebelumnya (mis, menghisap jempol atau mengompol)	5	5	10	100	
Kehilangan kendali					
a. Mampu bergaul dengan teman sebaya yang ada di ruang perawatan.	1	0	1	10	36,67%
b. Tidak mengalami ketakutan ketika bertemu dengan orang lain selain orang tua.	0	0	0	0	
c. Mengikuti setiap tindakan selama perawatan	5	5	10	100	
Perlukaan tubuh dan nyeri					
a. Tidak bersikap agresif baik fisik maupun verbal ketika menjalani prosedur perawatan.	2	3	5	50	45%
b. Tidak trauma jika bertemu dengan perawat atau tenaga kesehatan lain	1	3	4	40	

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa pada saat *pre test* hari pertama pada kelompok control dan perlakuan didapatkan 48% (5 anak) menunjukkan respons yang positif terhadap stressor akibat perpisahan, 36,67% (4 anak) menunjukkan respons yang positif terhadap stressor akibat kehilangan kendali, dan 45% (4 anak) menunjukkan respons stres yang positif terhadap stressor akibat perlukaan tubuh dan nyeri. Berdasarkan data tersebut didapatkan bahwa stresor tertinggi adalah akibat kehilangan kendali, yaitu pada 6 responden (63,33%).

Table 5.2 Respons positif stressor hospitalisasi pada *pre-test* hari pertama dan *post-test* hari keempat pada kelompok perlakuan di ruang Anak "Ismail" RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo pada tanggal 30 Juni sampai 31 Juli 2008

Jenis Respons Positif Stressor	Pre-test hari I			Post-test hari IV			% peningkatan
	Σ anak	Σ anak (%)	Rerata (%)	Σ anak	Σ anak (%)	Rerata (%)	
Perpisahan							
a. Tidak menolak makan	1	20		4	80		
b. Tidak mudah menangis	0	0		4	80		
c. Tidak mengalami kesulitan tidur	4	80		5	100		
d. Komunikatif	1	20	55	4	80	88	33
e. Tidak mengalami kemunduran ke perilaku tahap usia sebelumnya (misal, menghisap jempol atau mengompol)	5	100		5	100		
Kehilangan kendali							
a. Mampu bergaul dengan teman sebaya yang ada di ruang perawatan.	1	20		3	60		
b. Tidak mengalami ketakutan ketika bertemu dengan orang lain selain orang tua.	0	0	33,3	4	80	80	46,7
c. Mengikuti setiap tindakan selama perawatan	4	80		5	100		
Perlukaan tubuh dan nyeri							
a. Tidak bersikap agresif baik fisik maupun verbal ketika menjalani prosedur perawatan.	3	60	40	4	80	80	50
b. Tidak trauma jika bertemu dengan perawat atau tenaga kesehatan lain.	1	20		4	80		

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa pada saat *pre-test* hari pertama anak lebih beradaptasi pada stressor perpisahan, yaitu 55% (3 anak). Berarti stressor tertinggi pada anak pada *pre-test* hari pertama adalah kehilangan kendali yaitu pada 66,7% (4 anak). Pada saat sesudah diberikan aktifitas bernyanyi hari ke empat didapatkan bahwa anak lebih beradaptasi terhadap stressor kehilangan kendali, yaitu 80% (5 anak) dengan peningkatan 46,7% dari *pre-test* hari pertama

Tabel 5.3 Hasil observasi respons stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah sebelum dan sesudah diberikan aktifitas bernyanyi saat *pre-test* hari pertama dan *post-test* hari keempat di ruang Anak "Ismail" RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo pada tanggal 30 Juni sampai 31 Juli 2008.

No.	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
	Skor (%)		Skor (%)	
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>
1.	30	90	40	40
2.	40	90	30	60
3.	30	90	30	60
4.	40	90	40	40
5.	40	90	30	50
\bar{x}	36	90	34	50
SD	5,477	0,000	5,477	10,000
	Uji <i>Wilcoxon</i> p = 0,038		Uji <i>Wilcoxon</i> p = 0,102	
	Uji <i>Mann Whitney</i> Pre p = 0,549 Post p = 0,005			

Keterangan:

$\geq 60\%$ = adaptif

$< 60\%$ = maladaptif

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa pada rerata anak pada kelompok perlakuan sebelum mendapat perlakuan mengalami respons maladaptif, ditunjukkan dengan nilai rerata 36% dan SD = 5,477. Sesudah diberikan aktifitas bernyanyi didapatkan semua anak menjadi adaptif. Hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Ranks Test* didapatkan nilai signifikansi (p) = 0,038, berarti ada pengaruh aktifitas

bernyanyi terhadap penurunan stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah. Pada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan perlakuan menunjukkan bahwa pada *pre-test* didapatkan semua anak mengalami respons maladaptif dan *post-test* didapatkan anak mengalami respons maladaptif sebanyak 3 anak. Hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Ranks Test* didapatkan nilai signifikansi (p) = 0,102. Berdasarkan uji *Mann Whitney* didapatkan nilai p = 0,549 pada *pre-test*, berarti tidak ada perbedaan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, sedangkan pada saat *post-test* didapatkan adanya perbedaan hasil pada kelompok perlakuan dan kontrol (p = 0,005)

2. Tekanan darah sistol

Tabel 5.4 Data hasil pengukuran dan uji analisis perbedaan rerata tekanan darah (sistol) *pre* Intervensi dan *post* Intervensi pada responden di Ruang Anak "Ismail" RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo pada tanggal 30 Juni sampai dengan 31 Juli 2008.

No	Perlakuan		Kontrol		Perlakuan	Kontrol
	Pre (mmHg)	Post (mmHg)	Pre (mmHg)	Post (mmHg)	Perubahan post (mmHg)	Perubahan post (mmHg)
1	98	95	83	83	3	0
2	100	98	98	95	2	3
3	90	90	98	98	0	0
4	90	88	90	90	2	0
5	100	98	100	100	2	0
Mean	96	92	94	94	1,80	0,60
SD	5,177	4,604	7,155	6,834	1,095	1,342
Uji Statistik	p = 0,021 Paired t test		p = 0,374 Paired t test		p = 0,160 Independent t test	

Tabel 5.4 merupakan hasil rerata pengukuran tekanan darah sistol *pre-post* aktivitas bernyanyi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol selama 4 hari penelitian. Disajikan pula selisih besarnya tekanan darah sistol sebelum (*pre*) dan setelah (*post*) baik pada kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan. Untuk pengukuran tekanan darah setelah perlakuan (*post*) dilakukan sebanyak 2 kali

yaitu sesaat setelah tindakan keperawatan atau medis dan 10 menit kemudian, kedua hasil pengukuran diambil nilai rata-rata. Untuk menunjukkan perbedaan perubahan tekanan darah sistol pada saat dilakukan tindakan keperawatan atau medis antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dilakukan analisis dengan *Independent t Test* pada selisih pengukuran tekanan darah sistol antara sebelum (*pre*) dan sesudah (*post*) aktivitas bernyanyi pada kelompok perlakuan dan kontrol sebagai pembandingan. Hasil uji *Independent t Test* menunjukkan hasil yang tidak signifikan ($p=0,160$), artinya tidak ada pengaruh aktivitas bernyanyi terhadap kestabilan tekanan darah (sistol) pada anak dengan stres hospitalisasi.

3. Tekanan darah diastol

Tabel 5.5 Data hasil pengukuran dan uji analisis perbedaan rerata tekanan darah (diastol) *pre* dan *post* Intervensi pada responden di ruang Anak "Ismail" RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo pada tanggal 30 Juni sampai dengan 31 Juli 2008

No	Perlakuan		Kontrol		Perlakuan	Kontrol
	Pre (mmHg)	Post (mmHg)	Pre (mmHg)	Post (mmHg)	Perubahan post (mmHg)	Perubahan post (mmHg)
1	68	70	60	60	2	0
2	75	70	75	73	5	2
3	70	70	70	70	0	0
4	63	60	60	60	3	0
5	73	70	75	75	3	0
Mean	69,80	68,00	68,00	67,60	2,60	0,60
SD	4,658	4,472	7,583	7,162	1,817	0,894
Uji Statistik	P = 0,221 Paired t test		p = 0,374 Paired t test		p = 0,051 Independent t test	

Tabel 5.5 merupakan hasil rerata pengukuran tekanan darah diastol pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol selama 4 hari penelitian. Disajikan pula selisih besarnya tekanan darah diastol sebelum (*pre*) dan setelah (*post*) baik pada kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan. Untuk pengukuran tekanan darah setelah diberikan intervensi (*post*) dilakukan sebanyak 2 kali yaitu sesaat

setelah tindakan keperawatan atau medis dan 10 menit kemudian kedua hasil pengukuran diambil nilai rata-rata. Untuk menunjukkan perbedaan perubahan tekanan darah diastol pada saat dilakukan tindakan keperawatan atau medis antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dilakukan analisis dengan *Independent t Test* pada selisih pengukuran tekanan darah diastol antara sebelum (*pre*) dan sesudah (*post*) tindakan keperawatan atau medis pada masing-masing kelompok. Hasil uji *Independent t Test* menunjukkan hasil yang tidak signifikan dengan nilai $p=0,051$, artinya tidak ada pengaruh aktivitas bernyanyi terhadap kestabilan tekanan darah diastol pada anak dengan stres hospitalisasi.

4. Frekuensi Pernafasan

Tabel 5.6 Data hasil pengukuran dan uji analisis perbedaan rerata frekuensi pernafasan *pre* dan *post* intervensi pada responden di Ruang Anak "Ismail" RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo pada tanggal 30 Juni sampai dengan 31 Juli 2008

No	Perlakuan		Kontrol		Perlakuan	Kontrol
	Pre (x/menit)	Post (x/menit)	Pre (x/menit)	Post (x/menit)	Perubahan post (x/menit)	Perubahan post (x/menit)
1	28	32	27	36	4	9
2	30	33	30	38	3	8
3	29	32	28	37	3	9
4	29	32	31	39	3	8
5	30	34	29	38	4	9
Mean	29,20	32,60	29,00	37,60	3,40	8,60
SD	0,837	0,894	1,581	1,140	0,548	0,548
Uji Statistik	P = 0,000 Paired t test		p = 0,000 Paired t test		P = 0,000 Independent t test	

Tabel 5.6 merupakan hasil rerata pengukuran frekuensi pernafasan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol selama 4 hari penelitian. Disajikan pula selisih besarnya frekuensi pernafasan sebelum (*pre*) dan setelah (*post*) dilakukan aktivitas bernyanyi baik pada kelompok kontrol maupun kelompok

perlakuan. Untuk pengukuran frekuensi pernapasan setelah diberikan intervensi (*post*) dilakukan sebanyak 2 kali yaitu sesaat setelah tindakan keperawatan atau medis dan 10 menit kemudian kedua hasil pengukuran diambil nilai rata-rata. Hasil pengukuran menunjukkan bahwa frekwensi pernapasan responden berada diatas nilai normal, yaitu 20-25 x/menit. Hal ini dapat terjadi karena pengaruh stres hospitalisasi pasien anak yang tinggi dan mengakibatkan terjadinya ketegangan selama dilakukannya perawatan. Hasil uji *Independent t test* pada selisih antara frekuensi pernapasan sebelum (*pre*) dan sesudah (*post*) tindakan keperawatan atau medis pada kelompok perlakuan dan kelompok menunjukkan hasil yang signifikan (0,000), artinya ada pengaruh aktivitas bernyanyi terhadap kestabilan frekuensi pernapasan.

5. Nadi

Tabel 5.7 Data hasil pengukuran dan uji analisis perbedaan rerata nadi pada responden di Ruang Anak "Ismail" RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo pada tanggal 30 Juni sampai dengan 31 Juli 2008

No	Perlakuan		Kontrol		Perlakuan	Kontrol
	Pre (x/menit)	Post (x/menit)	Pre (x/menit)	Post (x/menit)	Perubahan post (x/menit)	Perubahan post (x/menit)
1	90	95	92	101	5	9
2	92	96	91	99	4	8
3	91	94	92	99	3	7
4	91	95	93	101	4	8
5	92	95	90	100	3	10
Mean	91,20	95	91,60	100	3,80	8,40
SD	0,837	0,707	1,140	1,000	0,837	1,140
Uji Statistik	P = 0,001 Paired t test		p = 0,000 Paired t test		p = 0,000 Independent t test	

Tabel 5.7 merupakan hasil rerata pengukuran nadi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol selama 4 hari penelitian. Disajikan pula selisih besarnya nadi sebelum (*pre*) dan setelah (*post*) baik pada kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan. Untuk pengukuran nadi setelah diberikan intervensi

(*post*) dilakukan sebanyak 2 kali yaitu sesaat setelah tindakan keperawatan atau medis dan 10 menit kemudian kedua hasil pengukuran diambil nilai rata-rata. Hasil uji *independent t test* pada selisih nadi *pre* dan *post* tindakan keperawatan atau medis antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol menunjukkan hasil yang signifikan (0,000), artinya ada pengaruh aktivitas bernyanyi terhadap nadi anak usia prasekolah yang mengalami stres hospitalisasi.

5.2 Pembahasan

Berdasarkan analisis data pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa selama empat hari penelitian dengan pengambilan data rerata respons stres hospitalisasi *pre* dan *post* Intervensi, ada perubahan respons stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah sebelum dan sesudah diberikan aktivitas bernyanyi. Semua responden baik kelompok perlakuan maupun kontrol sebelum diberikan aktivitas bernyanyi mempunyai respons stres hospitalisasi yang maladaptif. Setelah diberikan aktivitas bernyanyi kelompok perlakuan selama 4 hari, pada hari ke empat didapatkan seluruh responden kelompok perlakuan masuk dalam kategori adaptif. Pada kelompok kontrol terdapat dua anak yaitu an. Nf dan an. Os masuk kategori adaptif dan tiga anak masuk kategori maladaptif. Setelah melihat hasil tersebut maka dapat dilihat bahwa ada pengaruh aktivitas bernyanyi terhadap penurunan stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah. Hasil evaluasi bernyanyi menunjukkan sebagian besar responden mengikuti kegiatan bernyanyi dari awal sampai akhir, menyebutkan tema lagu yang dinyanyikan dan dapat menyanyikan kembali, serta menceritakan dan atau mengekspresikan perasaannya setelah bernyanyi. Sebagian besar anak menyatakan senang setelah diberikan aktifitas

bernyanyi dan mereka ingin melakukannya kembali pada saat waktu luang atau pada perlakuan berikutnya

Bernyanyi adalah salah satu jenis kategori bermain yang dapat dilakukan anak usia prasekolah. Perbendaharaan kata bertambah dari 50-100 kata sampai 2000 lebih dan bahasa pada anak usia prasekolah adalah barometer yang kritis dari perkembangan kognisi maupun emosi (Nelson, 2005) Sehingga melalui aktivitas bernyanyi proses kognitif dan reduksi afek-emosi akan mudah terjadi pada anak usia prasekolah. Hasil penelitian Prof. Gordon Shaw dari Universitas California yang dikutip oleh Fauzi (2006) menunjukkan bahwa usia 4-6 tahun adalah masa yang paling tepat untuk belajar musik, karena masa ini adalah masa terbaik pada perkembangan pendengaran. Hal yang sama juga diungkapkan oleh Adzania (2007) bahwa anak yang memperoleh kegembiraan dari bernyanyi dapat mengembangkan kemampuan untuk menghibur dirinya dan pada waktu yang sama belajar menjadi kreatif. Melalui aktivitas bernyanyi ini, anak dapat melepaskan ketegangan dan stres yang dialaminya karena dengan bernyanyi, anak dapat mengalihkan rasa sakitnya pada nyanyiannya (distraksi) dan relaksasi melalui kesenangannya dalam bernyanyi (Supartini, 2004). Pengaruh stimulus baru, yaitu aktifitas bernyanyi akan mempengaruhi hipokampus untuk mengeluarkan gelombang teta yang mengakibatkan relaksasi pada pasien anak. Terjadi serangkaian proses di otak, persepsi yang menyenangkan tersebut akan memberikan respons emosi yang positif sehingga emosi dan perasaan yang ada didalam diri bisa dikeluarkan dan dapat menciptakan koping yang positif. Koping positif ini ditandai dengan emosi yang positif. Keadaan tersebut akan membantu dalam mengurangi stres yang dialami anak (Nursalam, 2004). Sehingga anak

prasekolah mampu mengekspresikan rasa sedih, tertekan, stres, dan menghapus segala kesedihan (Bambang, 2005). Hal ini akan berlanjut pada stressor yang dialami anak usia prasekolah yang sedang hospitalisasi, selanjutnya anak akan mempunyai coping yang positif dan respons yang adaptif terhadap stres hospitalisasi.

Observasi yang dilakukan selama penelitian didapatkan data bahwa responden yang aktivitas bernyanyi (kelompok perlakuan) berangsur-angsur mengalami perubahan pada respons stres hospitalisasi yang awalnya kelompok perlakuan dan kontrol menunjukkan respons yang maladaptif. Hospitalisasi bagi anak usia prasekolah biasanya menjadi hal yang menakutkan karena selalu diidentikkan dengan seseorang yang berpakaian putih-putih sedang melakukan injeksi obat maupun pengambilan darah pada pasien anak. Dari aktivitas bernyanyi terdapat hiburan sekaligus sarana bagi anak untuk menyalurkan ketegangan yang disebabkan oleh pembatasan lingkungan terhadap perilaku mereka sesuai dengan tingkat perkembangan anak usia prasekolah yang masih praoperasional dan menganggap semua itu sama (transduktif). Hiburan dan kegembiraan bernyanyi akan menjadi pengalaman yang menyenangkan bagi anak usia prasekolah yang dirawat di rumah sakit, sehingga dapat menjadi cara menghadapi stressor-stressor hospitalisasi yang dialami anak ketika dirawat. Anak menjadi tidak trauma, tidak rewel, tidak takut, dan kooperatif selama menjalani perawatan di rumah sakit. Perawat bisa menerapkan metode ini untuk melakukan asuhan keperawatan yang holistik, komprehensif dan atraumatik.

Pada kelompok kontrol meskipun tidak diberikan aktivitas bernyanyi juga mengalami peningkatan tetapi tidak signifikan dan respons stress hospitalisasi tiga

orang responden masih dalam kategori maladaptif. Namun, meski dengan skor penilaian adaptif yang minimal terdapat dua responden dalam kelompok kontrol yaitu an. Nf (responden nomor 2 dari kelompok kontrol) dan an. Os (responden nomor 3 dari kelompok kontrol) pada akhir pengukuran masuk dalam kategori adaptif, padahal pada saat penilaian hari pertama respons stress hospitalisasi (*pre test*) termasuk dalam kategori maladaptif.

Menurut Whaley&Wong (1995) reaksi anak dalam mengatasi krisis hospitalisasi dipengaruhi oleh tingkat perkembangan usia, pengalaman sebelumnya terhadap proses penyakit dan dirawat di rumah sakit, sistem dukungan (*support system*) yang tersedia, keseriusan penyakit, dan keterampilan coping dalam mengatasi stres.

Ketika pengambilan data yang pertama bersamaan *informed consent*, an. Nf dan an. Os merupakan pasien MRS hari pertama dan mempunyai riwayat pernah dirawat di ruang Anak "Ismail" sehingga dua responden ini lebih mudah beradaptasi terhadap lingkungan dan kebiasaan sehari-hari yang pernah ada di rumah sakit. Hal ini juga bisa dilihat dari hasil observasi respons stres hospitalisasi dua responden lain dalam kelompok kontrol yang usianya mendekati sama dengan an. Nf dan an. Os (usia 5 sampai <6 tahun) yaitu An. Sr dengan usia 6 tahun (responden nomor 5 dari kelompok kontrol) mengalami sedikit peningkatan respons stres hospitalisasi meski masih dalam kategori maladaptif. Pengalaman sebelumnya terhadap proses penyakit dan dirawat di rumah sakit ternyata dapat menyebabkan anak semakin mudah beradaptasi dibandingkan pasien anak yang baru pertama masuk rumah sakit. Berdasarkan hasil observasi selama penelitian di RS Siti Khadijah Sidoarjo, setiap anak mempunyai respons

stres hospitalisasi yang berbeda-beda. Stressor yang sama akan dipersepsikan berbeda oleh masing-masing anak, tergantung pada tingkat perkembangan usia, lama pasien dirawat, dukungan teman/orang tua, kondisi kesehatan dan kemampuan anak untuk mengatasi stres akibat lingkungan baru dan kebiasaan-kebiasaan yang ada di rumah sakit selama ia dirawat. Karena setiap anak itu unik dan bukanlah miniatur orang dewasa, perawat harus memahami karakteristik tiap anak dan memodifikasi setiap tindakan sesuai dengan tingkat perkembangan anak.

Analisis menggunakan *Independent t Test* untuk respons biologis didapatkan hasil yang signifikan untuk selisih rerata frekuensi pernafasan dengan nilai $p=0,000$ dan nadi nilai $p=0,000$, sedangkan pada selisih rerata tekanan darah hasilnya tidak signifikan, yaitu tekanan darah sistol dengan nilai $p=0,160$ dan tekanan darah diastol nilai $p=0,051$. Hasil ini menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan pada frekuensi nafas dan nadi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberikan aktivitas bernyanyi. Sebaliknya, tidak ada perbedaan yang signifikan pada tekanan darah baik sistol maupun diastol antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberikan aktivitas bernyanyi. Dari hasil analisis tersebut, menunjukkan bahwa aktivitas bernyanyi berpengaruh terhadap kestabilan frekuensi pernafasan dan nadi, namun tidak berpengaruh terhadap kestabilan tekanan darah sistol dan diastol.

Aktivitas bernyanyi dapat menurunkan stres hospitalisasi yang terjadi pada anak melalui dua proses yaitu proses kognisi dan reduksi afek-emosi. Proses kognitif dan emosi yang terjadi pada sistem limbik akibat pemberian stimulus aktivitas bernyanyi mempengaruhi amigdala dan hipokampus, dimana amigdala mempengaruhi emosi dan perasaan (Arya, 2006). Hipokampus juga mengeluarkan

gelombang teta sebagai pengaruh adanya stimulus baru yang mengakibatkan relaksasi pada pasien anak. Gelombang teta berperan untuk peningkatan produksi katekolamin, peningkatan kreatifitas, integratif, pengalaman emosional, potensi perubahan perilaku, peningkatan retensi materi yang telah dipelajari, imajinasi hypnogogik, relaksasi, akses ke kondisi *unconscious* (Putra, 2008). Sehingga pasien anak secara tidak langsung bisa mengeluarkan emosi dan perasaan yang ada didalam diri. Sehingga tercipta koping anak yang positif. Keadaan tersebut akan membantu dalam mengurangi stres yang dialami anak (Nursalam, 2004). Secara biologis tubuh akan merespons melalui jalur HPA Axis yang mempengaruhi sistem neuro endokrin. Jalur neural dan endokrin dibawah kontrol hipotalamus. Pertama terjadi penurunan sekresi CRF (*Corticotrophin Releasing Factor*) oleh hipotalamus yang dapat mempengaruhi kelenjar pituitary untuk menghambat pelepasan ACTH (*Adrenal Cortico Tropic Hormon*), kemudian diikuti oleh penurunan sekresi simpatis adrenal medular dimana kelenjar ini akan menghasilkan katekolamin dalam jumlah sedikit. Jika katekolamin diproduksi dalam jumlah sedikit, maka akan terjadi vasokonstriksi pada pembuluh darah perifer sehingga dapat menurunkan tekanan darah, denyut jantung atau nadi, dan menstabilkan frekuensi pernafasan (Guyton, 1997).

Berdasarkan hasil observasi selama penelitian, ternyata hasil uji data tidak mendukung teori yang sudah ada (Guyton, 1997) yaitu untuk tekanan darah sistol dan diastol. Tidak ada pengaruh aktivitas bernyanyi terhadap tekanan darah sistol dan diastol pada pasien anak usia prasekolah. Hal ini bisa dijelaskan bahwa perubahan tekanan darah harus melalui proses yang panjang, tergantung kondisi tubuh atau penyakit yang diderita, melibatkan beberapa organ tubuh, serta tidak

hanya terkait dengan sekresi katekolamin, tetapi juga diatur oleh pusat vasomotor dari medula oblongata. Apabila kita lihat kondisi tubuh atau penyakit yang diderita oleh responden sangat beragam. Lima responden dengan Typhoid, masing-masing dua responden yang lain menderita penyakit DHF dan Diare, dan satu responden dengan GEA. Secara normal saraf hanya memberi sedikit pengaruh terhadap penentuan aliran darah, sistem saraf yang mengatur sirkulasi merupakan sistem saraf otonom yaitu sistem saraf simpatis dan parasimpatis. Pengaturan hormonal dari tekanan darah arteri dipengaruhi oleh medula adrenal dan renin angiotensin. Penurunan laju filtrasi glomerulus, dapat mengakibatkan penurunan volume darah atau perfusi ginjal, merangsang sekresi renin sehingga menimbulkan produksi angiotensin II, yang bekerja secara langsung pada tunika media untuk meningkatkan vasokonstriksi sehingga renin meningkatkan tekanan arteri. Medula adrenal melepaskan norepinefrin dan epinefrin ke dalam aliran darah. Tekanan darah arteri dapat dipengaruhi oleh perubahan-perubahan pada ikatan kalsium dan sel-sel tunika media. Kadar tersebut, sebaliknya dipengaruhi oleh faktor membuka dan menutupnya salurankalium pada sel-sel otot. Penurunan influks kalsium dapat menurunkan kadar kalsium intraseluler yang cukup untuk menurunkan kontraktilitas otot, termasuk kontraktilitas jantung, dengan demikian meningkatkan derajat vasodilatasi dan menurunkan tekanan arteri (Hudak&Gallo, 1997). Fisiologis tekanan darah dipengaruhi oleh kardiak output, volume darah, resistensi perifer, viskositas darah, elastisitas pembuluh darah (Perry-Potter, 2005).

Hasil analisis tabel 5.6 dan 5.7 menunjukkan bahwa ada pengaruh aktivitas bernyanyi terhadap frekuensi pernapasan dan nadi anak usia prasekolah yang

sedang mengalami stres hospitalisasi. Hal ini menunjukkan bahwa aktivitas bernyanyi berpengaruh terhadap peningkatan frekuensi pernapasan dan nadi. Meskipun berdasarkan hasil observasi frekuensi pernapasan berada di atas normal, hasil uji *Independent t test* pada selisih antara frekuensi pernapasan sebelum (*pre*) dan sesudah (*post*) intervensi pada kelompok perlakuan dan kontrol menunjukkan hasil yang signifikan (0,000). Hal ini terjadi karena observasi dilakukan setelah anak mendapatkan tindakan perawatan, sehingga menyebabkan anak masih mengalami ketegangan ketika dilakukan observasi. Hasil uji *Independent t test* pada selisih antara nadi sebelum (*pre*) dan sesudah (*post*) Intervensi pada kelompok perlakuan dan kontrol juga menunjukkan hasil yang signifikan (0,000).

Nyeri yang terjadi pada saat pemberian obat tersebut berpengaruh pada frekuensi pernafasan dan denyut jantung yang menjadi semakin cepat (Guyton, 1997). Nyeri akibat perlukaan tubuh akan menjadi stresor yang menyebabkan stres pada anak dengan hospitalisasi karena reaksi anak terhadap tindakan yang tidak menyakitkan sama seperti reaksi terhadap tindakan yang sangat menyakitkan (Nursalam, 2005). Stres berpengaruh terhadap HPA axis dan meningkatkan sekresi CRF yang selanjutnya meningkatkan glukokortikoid dan katekolamin (putra, 1997; Webster, 1998; Liben 2000). Pelepasan katekolamin akan meningkatkan denyut jantung dan vasokonstriksi di perifer yang akan berpengaruh pada frekuensi nadi (Greenspan & Bexter, 1998). Batang bronkus berkontak secara luas dengan epinefrin dan norepinefrin dalam sirkulasi yang dilepaskan oleh tubuh perangsangan simpatis dari medula adrenal. Kedua hormon terutama epinefrin akan menyebabkan dilatasi batang bronkus akibat kuatnya pada rangsangan beta (Guyton & Hall) 1997. Apabila anak usia prasekolah

diberikan aktivitas bernyanyi, maka akan terjadi proses kognitif dan reduksi afek-emosi dimana anak akan melepaskan ketegangan dan stres yang dialaminya karena dengan bernyanyi, anak dapat mengalihkan rasa sakitnya pada nyanyian (distraksi) (Supartini, 2004). Hal ini menyebabkan anak akan mempunyai coping yang positif dan respons adaptif terhadap stres hospitalisasi. Keadaan ini akan direspons secara biologis oleh jalur hipotalamus pituitary adrenal (HPA) axis. Hipotalamus menghambat pengeluaran CRF (*Corticotropin Releasing Factor*) yang akan mempengaruhi kelenjar pituitary, sehingga kelenjar pituitary menurunkan sekresi ACTH (*Adrenal Cortico Tropic Hormon*), yang akhirnya dapat mempengaruhi medulla adrenal menghasilkan katekolamin dalam jumlah sedikit. Penurunan kadar katekolamin ini akan menghambat rangsangan simpatis di jantung yang akan berpengaruh dalam menjaga kestabilan tanda-tanda vital, frekwensi denyut jantung dan pernafasan juga menjadi stabil.

Observasi yang dilakukan selama penelitian, responden yang mendapatkan aktivitas bernyanyi (kelompok perlakuan) saat menjalani perawatan mempunyai frekuensi pernapasan dan nadi lebih stabil dibandingkan dengan responden kelompok kontrol. Artinya aktivitas bernyanyi tidak sekedar hiburan yang menyenangkan pasien anak, melainkan berlanjut direspons secara biologis oleh tubuh. Berdasarkan uraian di atas terbukti jika kita bisa memodifikasi cara meminimalisasi stressor hospitalisasi pada anak melalui aktivitas bernyanyi. Sehingga imunitas tidak turun dan proses penyembuhan penyakit dapat berlangsung cepat. Perawat memegang peranan yang penting sekaligus sebagai peluang untuk memberikan asuhan keperawatan yang holistik dan komprehensif meliputi bio, psiko, sosio dan spiritual pada pasien anak usia prasekolah.

BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai simpulan yang didapat dari hasil penelitian pengaruh aktivitas bernyanyi pada anak usia prasekolah dan saran yang bisa dipakai untuk pengembangan selanjutnya.

6.1 Simpulan

1. Respons stres hospitalisasi pada anak usia prasekolah di ruang Anak Ismail RSI Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo menunjukkan respons yang maladaptif. Melalui aspek kognisi dan afek-emosi aktifitas bernyanyi dapat menurunkan ketegangan dan melepaskan stres sehingga respons stres hospitalisasi menjadi adaptif.
2. Respons biologis pada anak usia prasekolah di ruang Anak Ismail RSI Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo menunjukkan perubahan tanda-tanda vital yang tidak stabil. Melalui jalur HPA Axis aktifitas bernyanyi membantu menghambat rangsangan saraf simpatis di jantung sehingga dapat menjaga kestabilan tanda-tanda vital meliputi nadi dan frekuensi pernapasan, namun tidak berpengaruh pada tekanan darah.
3. Aktifitas bernyanyi berpengaruh terhadap respons stres hospitalisasi dan respons biologis. Stres hospitalisasi dapat menurun karena bernyanyi membantu penyampaian emosi anak dan menjaga kestabilan tanda-tanda vital pasien anak usia prasekolah karena bernyanyi anak lebih tenang dan rileks. Sehingga pasien anak usia prasekolah mempunyai respons stres

yang adaptif selama hospitalisasi di rumah sakit dan mempercepat proses penyembuhan penyakitnya.

6.2 Saran

1. Orang tua dan pasien
 - a. Orang tua pasien dapat mensosialisasikan aktifitas bernyanyi saat mendampingi hospitalisasi pasien anak. Sehingga orang tua dapat memberikan stimulasi berupa aktifitas bernyanyi di saat senggang untuk membantu meminimalkan stres hospitalisasi pada anak.
2. Perawat
 - a. Aktivitas bernyanyi dapat diterapkan sebagai kegiatan bermain dalam rencana asuhan keperawatan atraumatik pada anak di Rumah Sakit.
3. Rumah sakit
 - a. Aktivitas bernyanyi dapat dijadikan sebagai prosedur tetap di ruang Anak "Ismail" RS Islam Siti Khadijah Sidoarjo untuk mengatasi ketegangan dan ketakutan anak sehingga meminimalkan stres hospitalisasi anak selama perawatan di rumah sakit.
4. Penelitian selanjutnya
 - a. Pengaruh aktivitas bernyanyi diharapkan dapat dilakukan dengan mengukur peningkatan gelombang teta terhadap penurunan stres hospitalisasi.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Arianto, B. 2007. *Vibrant dan Rahasia Kekuatan Menyanyi*. <http://dewagumay.wordpress.com/2007/03/10/>. Diakses tanggal 4 Desember 2007. Jam 11.30 WIB
- Adzania, M (2004). *Merawat Balita Itu Mudah!*. Bandung: Nexx Media, hal 117-118
- Arikunto, S. 2002. *Prosedur Penelitian suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta, hal. 35-37
- Arya. 2006. Gangguan Stres Pasca Trauma. <http://www.suaramerdeka.com/harian/0602/06/ragam01.htm>. Diakses tanggal 12 Mei 2008. jam 12:10 WIB.
- Brunner&Suddarth. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah edisi 8 vol.1*. Jakarta: EGC, hal. 248-249
- Carpenito, L.J. 2000. *Diagnosa Keperawatan Aplikasi pada Praktik Klinis Edisi 6*. Jakarta: EGC, , hal. 9-10
- Dorland. 2002. *Kamus Kedokteran Dorland*. Jakarta: EGC, hal. 566
- Fardana, N; Endang R.; Nono H. 2003. Efektifitas Art Therapy untuk Menurunkan Tingkat Gangguan Stres Pasca Trauma (Post Traumatic Strs Disorder/PTSD) Pada Anak-Anak Korban Kerusuhan. *Tidak dipublikasikan*. Fakultas Psikologi Universitas Airlangga Surabaya
- Fauzi, A, D. 2006. *Pengaruh Musik Bagi Kecerdasan Bayi*. Surabaya: Harmoni. Hal. 71, 79, 83, 86, 89
- Hagan, S, J. 2006. *Mendidik Anak Usia Pra Sekolah*. Jakarta: PT Prestasi Pustakaraya
- Hawari, D. 2003. *Manajemen Stres, Cemas, dan Depresi*. Jakarta: FKUI
- How Singing Improves Your Health; Even if Other People Shouldn't Hear You Singing*. 2008. <http://SixWise.htm>. Diakses tanggal 12 Mei 2008. Jam 10.30 WIB
- Hurlock, B, E. 2005. *Perkembangan Anak*. Jakarta: Erlangga, hal. 323-330
- Jindrich, S. 2005. *How To Help Children Learn*. Jogjakarta: Book Marks Diglossia Media Group
- Keliat, A, B. 2002. *Keperawatan Jiwa: Terapi Aktifitas Kelompok*. Jakarta: EGC.

- Muscari, E, M. 2005. *Panduan Belajar Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC, hal. 59-69
- Niven, N. 2002. *Psikologi Kesehatan Pengantar untuk Perawat & Profesional Kesehatan Lain*. Jakarta: EGC. hal. 53-54
- Nursalam dan Susilaningrum R. 2005. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak (untuk perawat & bidan)*. Jakarta: Salemba Medika, hal. 17; 25-30; 74-84
- Nursalam. 2003. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. 2004. Pengaruh Koping terhadap Peningkatan Kualitas Hidup pada Pasien HIV/AIDS. *Seminar Penanggulangan HIV/AIDS di Surabaya tidak dipublikasikan*. 19 Maret 2004.
- Perry&Potter. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktek*. Jakarta: EGC, hal.93-94
- Pillitteri, Adele. 1999. *Child Health Nursing Care of The Child & Family*. Philadelphia: Lippincott, hal.63
- Program Studi Ilmu Keperawatan FKUA. 2004. *Buku Panduan Penyusunan Proposal dan Skripsi*. Surabaya: Unair.
- Putra, T, S (ed). 2005. *Psikoneuroimunologi Kedokteran*. Surabaya: GRAMIK Fakultas Kedokteran UNAIR, hal 1-8; 60-66; 114-119.
- Rahmawati, S (ed). 2005. "Mencetak Anak Cerdas dan Kreatif", *Kumpulan artikel Kompas*. Jakarta: PT Kompas Media Nusantara, hal 65-66, 91-94
- Rasmun. 2004. *Stres, Koping, dan Adaptasi*. Jakarta: CV Sagung Seto, hal 5-15
- Rudolph, et all. 2003. *Rudolph's Pediatrics 21st Edition*. USA: The Mc Graw Hill Companies.
- Satiadarma, M.P. 2005. Fungsi Terapeutik Bermain Bagi Anak Usia Sekolah. <http://himpsi.org/content/view/25/64/>. Diakses tanggal 23 Juni 2008 jam 10.00 WIB
- Soetjningsih, 1995. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC, hal. 105-114
- Sugiyono. 2005. *Statistika Untuk Penelitian*. Alfabeta. Bandung, hal 42-48
- Sulistiyani, I. 2006. Pengaruh Aktivitas Menggambar Terhadap Penurunan Stres Hospitalisasi Pada Anak Usia Sekolah Di Ruang Anak RSUD. Dr. Soetomo Surabaya. *Skripsi tidak dipublikasikan*. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, hal.2-3

- Supartini, Y. 2004. *Konsep Dasar Keperawatan Anak*. EGC. Jakarta, hal 81-85
- Triarsari, D. 2003. *Nyanyi Yuk, Biar Sehat!*.
<http://www.kompas.com/kesehatan/news/0302/11/024200.htm>. Diakses tanggal 4 Desember 2007. Jam 11.30 WIB
- Whaley&Wong. 1995. *Nursing Care of Infant & Children Second Edition*. Philadelphia: Mosby, hal. 863-869
- Wong, L, D. 1999. *Whaley&Wong's Nursing Care of Infant and Children*. Philadelphia: Mosby, hal. 882-883
- Wong, L, D. 2004. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik Edisi 4*. Jakarta: EGC, hal. 281-283
- Yasmara, D. 2007. Pengaruh Aktifitas Bermain Peran dengan Boneka Tangan Terhadap Respons Penerimaan Prosedur Invasif Pada Anak Usia Pra Sekolah di Ruang Anak lantai 1 RSUD Dr. Soetomo Surabaya. *Skripsi tidak dipublikasikan*. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, hal 2-4

LAMPIRAN

Lampiran 1



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Surabaya, 7 Juli 2008

Nomor : 1242 / J03.1 17: PSIK/2008
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa PSIK – FK Unair

Kepada Yth.
Direktur RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah
Di –
Sidoarjo

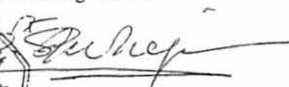
Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Ganda Ardiansyah
NIM : 010410746B
Judul Penelitian : Pengaruh Aktifitas Bernyanyi terhadap Penurunan Stres
Hospitalisasi pada Anak Usia Pra sekolah
Tempat : RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Ketua Program Studi


Aroff H. Eddy Soewandojo, dr., SpPD, KTI
NIP : 130 325 831



Lampiran 2
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH
MUHAMMADIYAH CABANG SEPANJANG

SK. MENKES RI. No. YM. 02.04.3.5.460 TANGGAL : 27 FEBRUARI 2006

Jl. Pahlawan 260 ☎ 031 - 7882123, 7883430 Fax : 031-7876066 SEPANJANG - 61257

Nomor : 294IV.5.AU/F/2008

06 R a j a b 1429 H

Lampiran : -.-

Sepanjang,

09 Juli 2008 M

Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian .-**

Kepada Yth. :
 Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
 Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
 Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47
SURABAYA.

والمسلم عليكم ورحمة الله وبركاته

Sehubungan dengan surat Saudara tanggal 07 Juli 2008 No. : 1242/J03.1.17/PSIK/2008 perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini diberitahukan bahwa pada prinsipnya kami dapat menyetujui permohonan sebagaimana dimaksud. bagi Mahasiswa S1 Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

No.	N a m a	N I M
1	GANDA ARDIANSYAH	010410746B

Untuk pelaksanaannya hendaknya langsung menghubungi Dr. H. SUGENG RISTANTO, MARS (Kepala Bagian PPSDI).

Demikian agar menjadikan maklum dan atas perhatian serta Kerjasama yang baik ini diucapkan terima kasih.

والمسلم عليكم ورحمة الله وبركاته

DIREKTUR RS. SITI KHODIJAH
 SEPANJANG

DR. H. M. THOHIR HS, MS

Tindakan :

1. Kepala Bidang Keperawatan
2. Kepala Bagian PPSDI
3. Arsip.

Lampiran 3

SURAT PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Yth. Orang tua anak yang dirawat di Ruang Anak RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo

Saya, GANDA ARDIANSYAH adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga akan mengadakan penelitian dengan judul **“Pengaruh Aktifitas Bernyanyi Terhadap Penurunan Stres Hospitalisasi Pada Anak Usia Prasekolah (4-6 Tahun) di Ruang Anak RS Islam Muhammadiyah Siti Khadijah Sidoarjo”**.

Saya berharap kerjasama anda sebagai orang tua dari anak yang akan saya berikan aktifitas bernyanyi. Saya menjamin kerahasiaan dan identitas anak anda yang sedang dirawat disini. Informasi yang akan saya dapatkan dari penelitian ini untuk perkembangan ilmu kesehatan anak khususnya ilmu keperawatan anak dan tidak digunakan untuk maksud lain.

Partisipasi anda dalam penelitian ini bersifat bebas, anda boleh bersedia atau tidak bersedia anak anda kami ikutkan dalam penelitian ini tanpa adanya sanksi apapun. Jika anda bersedia anak anda menjadi peserta penelitian ini silahkan anda menandatangani kolom dibawah ini:

Tanggal	:
No. Responden	:
Nama	:
Tanda Tangan	:

Lampiran 4

DATA DEMOGRAFI

Judul penelitian : Pengaruh Aktivitas Bernyanyi Terhadap Penurunan
Stres Hospitalisasi Pada Anak Usia Prasekolah.

Tanggal Penelitian :

Petunjuk : Berilah tanda cek (√) pada kotak yang anda anggap sesuai.

Kode pasien

Kode

DATA ANAK

diisi oleh petugas

1. Umur.

4 sampai <5 tahun

5 sampai <6 tahun

6 tahun

2. Jenis kelamin.

Laki-laki

Perempuan

3 Hari perawatan

Hari ke 1

Hari ke 3

Hari ke 2

Hari ke >3

2. Riwayat dirawat di rumah sakit

Tidak Pernah

Pernah

4 Penyakit yang diderita

TBC

Thalasemia

DHF

Hemofilia

Lainnya, sebutkan

Lampiran 5**Satuan Acara Pelaksanaan**

Materi : Aktifitas Bernyanyi.

Sasaran : Anak Usia Prasekolah di Ruang Anak RS Islam Muhammadiyah
Siti Khadijah Sidoarjo.

Waktu : ± 45 menit

A. Tujuan

1. Tujuan umum

Anak dapat memberi respon terhadap aktifitas bernyanyi yang diberikan.

2. Tujuan khusus

a. Anak menyebutkan tema lagu yang dinyanyikan.

b. Anak dapat menceritakan dan atau mengekspresikan perasaannya setelah bernyanyi

B. Materi

Tema Bernyanyi : Lagu anak-anak yang disukai, mempunyai lirik yang sederhana, dan berirama ceria.

Lama aktifitas : ± 30 menit (sekali sehari, selama 4 hari).

C. Alat / Media

1. Laptop.

2. VCD lagu anak-anak

D. Metode

1. Observasi

2. Wawancara

3. Secara individu atau berkelompok.

E. Langkah Kegiatan

No.	Tahap (Waktu)	Kegiatan
1.	Persiapan (5 menit)	<ul style="list-style-type: none"> a. Mempersiapkan peralatan (tape, kaset, dan tempat) b. Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri. c. Membuat kontrak dengan anak: peneliti menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan (tujuan kegiatan dan aturan dalam bernyanyi) d. Evaluasi/validasi: menanyakan perasaan anak saat ini.
2.	Pelaksanaan aktifitas bernyanyi (35 menit) (maksimal 6 anak).	<ul style="list-style-type: none"> a. Peneliti memberitahu anak tentang suatu lagu, terutama unsur perasaan dari lagu itu b. Peneliti memberikan contoh bernyanyi sebelum diikuti anak-anak. Nyanyikan dan jelaskan kembali arti kata-katanya c. Peneliti menyanyikan lagu secara utuh dengan kecepatan yang benar. Mengajari keseluruhan lagu dengan cara dinyanyikan berulang-ulang d. Peneliti meminta anak-anak untuk mengikuti bernyanyi secara bersama. Biarkan anak ikut bernyanyi secepat mungkin. Kalau ada ulangan lagu/refrein sehabis suatu bait, terapis mengajarkan refrain dulu dan anak-anak bisa menyanyikan refrain-nya setelah terapis. Jangan paksakan anak mempelajari/ menghafal seluruh katanya, kalau mereka menikmati dan menyanyikan sebuah lagu. Walau belum hafal, biarkan saja. e. Sementara anak mulai bernyanyi, terapis mengikuti dengan mengecilkan suaranya dan peneliti memberi penguatan kepada anak untuk terus bernyanyi dengan riang. Jangan paksa anak menyanyi dengan benar, baik nada maupun iramanya, biarkan mereka bersenang-senang. f. Peneliti memberi pujian kepada anak. g. Peneliti mengklarifikasi kembali pengertian anak tentang perasaan dan makna lagunya.
3.	Terminasi (5 menit)	<ul style="list-style-type: none"> a. Peneliti menanyakan perasaan anak setelah mendapat aktifitas bernyanyi. b. Peneliti menganjurkan anak untuk mengekspresikan perasaan dengan bernyanyi. c. Peneliti membuat kontrak yang akan datang dengan anak.

F. Evaluasi

a. Evaluasi struktur

- Peralatan yang dibutuhkan lengkap.
- Kontrak dilakukan minimal 1 jam sebelum kegiatan.

b. Evaluasi Proses

Evaluasi dilakukan pada saat aktifitas bernyanyi berlangsung, meliputi:

- Anak mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir kegiatan.
- Anak bernyanyi.
- Kegiatan berlangsung sesuai dengan waktu yang ditentukan.

c. Evaluasi Hasil

Evaluasi didasarkan pada tujuan, meliputi

- Anak menyebutkan tema lagu yang dinyanyikan.
- Anak menceritakan dan atau mengekspresikan perasaannya.

Lampiran 6

Lembar Observasi Respons Anak Usia Prasekolah terhadap Stres Hospitalisasi

No. Responden :
 Usia : th
 Riwayat MRS : pernah/tidak pernah (*)

Lama Perawatan : Hari ke-
 Jenis Kelamin :
 Diagnosa Medis :

No	Respons Anak Usia Prasekolah terhadap Stres Hospitalisasi	Hari I				Hari II				Hari III				Hari IV			
		Sebelum		Sesudah		Sebelum		Sesudah		Sebelum		Sesudah		Sebelum		Sesudah	
		Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk
	Akibat perpisahan:																
1.	Tidak menolak makan																
2.	Tidak mudah menangis																
3.	Tidak mengalami kesulitan tidur																
4.	Komunikatif																
5.	Tidak mengalami kemunduran ke perilaku tahap usia sebelumnya (mis, menghisap jempol atau mengompol)																
	<u>Akibat kehilangan Kendali:</u>																
6.	Mampu bergaul dengan teman sebaya yang ada di ruang perawatan																
7.	Tidak mengalami ketakutan ketika bertemu dengan orang lain selain orang tua																
8.	Mengikuti setiap tindakan selama perawatan																
	<u>Akibat Perlukaan Tubuh dan Nyeri:</u>																
9.	Tidak bersikap agresif baik fisik maupun verbal ketika menjalani prosedur perawatan																
10.	Tidak trauma jika bertemu dengan perawat atau tenaga kesehatan lain																
	Skor																

Keterangan: Beri tanda *check list* pada item-item yang sesuai dengan kondisi anak.
 Skoring : Ya = 1 ; Tidak = 0 (*)=coret yang tidak perlu

Lampiran 7

Lembar Observasi Respons Biologis Anak Usia Prasekolah

No.	No./Inisial Responden	Nadi			Frekwensi Pernapasan			Tekanan Darah		
		Sebelum Intervensi	Sesaat Setelah Intervensi	10 menit kemudian	Sebelum Intervensi	Sesaat Setelah Intervensi	10 menit kemudian	Sebelum Intervensi	Sesaat Setelah Intervensi	10 menit kemudian

Lampiran 8

Lembar Evaluasi Respons terhadap Aktifitas Bernyanyi

No.	No./ Inisial Responden	Aspek yang dinilai											
		Mengikuti kegiatan bernyanyi dari awal sampai akhir				Menyebutkan tema lagu yang dinyanyikan dan dapat menyanyikan kembali				Menceritakan dan atau mengekspresikan perasaannya setelah bernyanyi			
		Hari ke-				Hari ke-				Hari ke-			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV

Petunjuk:

Beri tanda jika anak mampu dan tanda jika anak tidak mampu

Lampiran 9

Tabulasi Karakteristik Responden

Kelompok Perlakuan

No	Responden Perlakuan	Umur	Jenis kelamin	Hari perawatan	Riwayat dirawat di Rumah Sakit	Jenis penyakit yang diderita
1	An. At	1	2	1	2	6
2	An. Ha	3	2	2	2	5
3	An. Nh	1	2	1	2	2
4	An. Gt	1	2	1	2	5
5	An. Ad	2	1	4	1	5

Kelompok Kontrol

No	Responden Kontrol	Umur	Jenis kelamin	Hari perawatan	Riwayat dirawat di Rumah Sakit	Jenis penyakit yang diderita
1	An. Pw	3	2	1	1	5
2	An. Nf	2	2	1	2	7
3	An. Os	2	1	1	2	5
4	An. Ew	1	2	1	1	6
5	An. Sr	3	1	1	2	2

Keterangan Kode

Umur

- 1: 4 - <5 tahun
- 2: 5 - <6 tahun
- 3: 6 tahun

Jenis kelamin

- 1: Laki-laki
- 2: Perempuan

Hari Perawatan

- 1: 1
- 2: 2
- 3: 3
- 4: Lebih dari hari ke-3

Riwayat dirawat di RS

- 1: Tidak Pernah
- 2: pernah

Jenis penyakit

- 1: TBC
- 2: DHF
- 3: Thalasemia
- 4: Hemofilia
- 5: Thyphoid
- 6: Diare
- 7: GEA

Lampiran 10

**HASIL OBSERVASI RESPONS STRES HOSPITALISASI
PADA ANAK USIA PRASEKOLAH DI RUANG ANAK "ISMAIL" RS ISLAM MUHAMMADIYAH SITI KHADIJAH
SIDOARJO**

No. Responden	Hari ke-1				Hari ke-2				Hari ke-3				Hari ke-4			
	Skor (%)				Skor (%)				Skor (%)				Skor (%)			
	Perlakuan		Kontrol		Perlakuan		Kontrol		Perlakuan		Kontrol		Perlakuan		Kontrol	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1	30	60	40	40	60	70	40	40	70	80	30	40	70	90	40	40
2	40	60	30	30	60	70	30	30	70	80	40	40	80	90	50	60
3	30	50	30	40	50	70	40	40	70	80	40	40	80	90	40	60
4	40	60	40	40	60	70	30	40	60	80	40	40	80	90	40	40
5	40	60	30	30	60	70	30	30	70	80	30	30	70	90	50	50

Keterangan :

≥ 60 % = Adaptif

< 60 % = Maladaptif

Lampiran 11

TABULASI DATA HASIL PENGUKURAN TANDA-TANDA VITAL

Hari ke-1

No Responden	Perlakuan								Kontrol							
	Sistol		Diastol		RR		Nadi		Sistol		Diastol		RR		Nadi	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1	100	100	70	70	27	32	90	97	80	80	60	60	26	34	92	103
2	100	90	70	60	30	34	93	99	100	100	80	70	28	35	91	99
3	90	90	70	70	29	34	90	96	100	100	70	70	26	33	91	100
4	90	90	60	60	28	34	92	99	90	90	60	60	29	37	94	108
5	100	90	70	70	30	35	91	96	100	100	80	80	29	38	90	104

Hari ke-2

No Responden	Perlakuan								Kontrol							
	Sistol		Diastol		RR		Nadi		Sistol		Diastol		RR		Nadi	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1	100	90	70	70	27	32	90	96	80	80	60	60	28	35	92	101
2	100	100	80	70	28	31	92	96	90	90	70	70	30	36	90	100
3	90	90	70	70	27	31	90	94	100	100	70	70	28	36	92	100
4	90	90	60	60	29	34	90	95	90	90	60	60	30	37	92	99
5	100	100	80	70	31	35	91	96	100	100	70	70	29	37	90	100

Hari ke-3

No Responden	Perlakuan								Kontrol							
	Sistol		Diastol		RR		Nadi		Sistol		Diastol		RR		Nadi	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1	90	90	70	70	29	33	90	94	90	90	60	60	29	37	92	100
2	100	100	80	70	30	33	91	93	100	90	80	80	30	40	91	99
3	90	90	70	70	29	32	91	94	90	90	70	70	28	38	92	99
4	90	80	70	60	28	31	90	94	90	90	60	60	32	40	92	98
5	100	100	70	70	29	33	92	95	100	100	80	80	29	39	90	96

Hari ke-4

No Responden	Perlakuan								Kontrol							
	Sistol		Diasto		RR		Nadi		Sistol		Diastol		RR		Nadi	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1	100	100	70	70	30	32	90	93	80	80	60	60	29	38	92	99
2	100	100	70	80	30	33	92	94	100	100	70	70	30	39	91	99
3	90	90	70	70	28	30	91	93	100	100	70	70	28	39	91	96
4	90	90	60	60	28	30	90	93	90	90	60	60	32	40	92	97
5	100	100	70	70	29	32	92	94	100	100	80	80	29	38	90	98

Lampiran 12

HASIL EVALUASI KEGIATAN BERNYANYI

Respon Anak Terhadap Aktifitas Bernyanyi

No	Aspek yang dinilai	Hari ke-1					Hari ke-2					Hari ke-3					Hari ke-4				
		Nomor Responden					Nomor Responden					Nomor Responden					Nomor Responden				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mengikuti kegiatan bernyanyi dari awal sampai akhir	√	√	√	√	x	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
2	Menyebutkan tema lagu yang dinyanyikan dan dapat menyanyikan kembali	√	x	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	x	√	√	√	√	√	√
3	Menceritakan dan atau mengekspresikan perasaannya setelah bernyanyi	√	x	x	√	x	√	x	x	√	√	√	√	√	x	√	√	√	√	√	√

- Sebagian besar anak menyatakan senang setelah diberikan aktifitas bernyanyi
- Sebagian besar anak mau melakukan aktifitas bernyanyi kembali baik pada saat waktu luang maupun pada saat perlakuan.
- Pada saat waktu luang anak melakukan aktifitas bernyanyi sendiri dan juga bersama dengan orang tua

Lampiran 13

Frequencies**Statistics**

	Nama Responden	Umur Responden	Jenis Kelamin	Hari Perawatan	Riwayat dirawat di Rumah Sakit	Jenis Penyakit yang diderita	Kelompok
N Valid	10	10	10	10	10	10	10
Missing	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table**Nama Responden**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	An. Ad	1	10.0	10.0	10.0
	An. At	1	10.0	10.0	20.0
	An. Ew	1	10.0	10.0	30.0
	An. Gt	1	10.0	10.0	40.0
	An. Ha	1	10.0	10.0	50.0
	An. Nf	1	10.0	10.0	60.0
	An. Nh	1	10.0	10.0	70.0
	An. Os	1	10.0	10.0	80.0
	An. Pw	1	10.0	10.0	90.0
	An. Sr	1	10.0	10.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Umur Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4 - <5 tahun	4	40.0	40.0	40.0
	5 - <6 tahun	3	30.0	30.0	70.0
	6 tahun	3	30.0	30.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	3	30.0	30.0	30.0
	Perempuan	7	70.0	70.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Hari Perawatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Hari ke-1	8	80.0	80.0	80.0
Hari ke-2	1	10.0	10.0	90.0
Lebih dari hari ke-3	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Riwayat dirawat di Rumah Sakit

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak pernah	3	30.0	30.0	30.0
Pernah	7	70.0	70.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Jenis Penyakit yang diderita

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid DHF	2	20.0	20.0	20.0
Thyphoid	5	50.0	50.0	70.0
Diare	2	20.0	20.0	90.0
GEA	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Kelompok

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Perlakuan	5	50.0	50.0	50.0
Kontrol	5	50.0	50.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Descriptives**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Umur Responden	10	1	3	1.90	.876
Jenis Kelamin	10	1	2	1.70	.483
Hari Perawatan	10	1	4	1.40	.966
Riwayat dirawat di Rumah Sakit	10	1	2	1.70	.483
Jenis Penyakit yang diderita	10	2	7	4.80	1.619
Kelompok	10	1	2	1.50	.527
Valid N (listwise)	10				

Data Uji Statistik Respons Stres Hospitalisasi Pre test hari ke-1 dan Post test hari ke-4 Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Respons Stres Hospitalisasi pre test Perlakuan	5	30	40	36.00	5.477
Respons Stres Hospitalisasi post test Perlakuan	5	90	90	90.00	.000
Respons stres Hospitalisasi pre test Kontrol	5	30	40	34.00	5.477
Respons Stres Hospitalisasi post test Kontrol	5	40	60	50.00	10.000
Valid N (listwise)	5				

NPar Tests Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok Responden	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pre Intervensi	Perlakuan	5	6.00	30.00
	Kontrol	5	5.00	25.00
	Total	10		
Post Intervensi	Perlakuan	5	8.00	40.00
	Kontrol	5	3.00	15.00
	Total	10		

Test Statistics^b

	Pre Intervensi	Post Intervensi
Mann-Whitney U	10.000	.000
Wilcoxon W	25.000	15.000
Z	-.600	-2.805
Asymp. Sig. (2-tailed)	.549	.005
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.690 ^a	.008 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok Responden

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Stres post test Perlakuan	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
- Stres pre test Perlakuan	Positive Ranks	5 ^b	3.00	15.00
	Ties	0 ^c		
	Total	5		

- a. Stres post test Perlakuan < Stres pre test Perlakuan
 b. Stres post test Perlakuan > Stres pre test Perlakuan
 c. Stres post test Perlakuan = Stres pre test Perlakuan

Test Statistics^b

	Stres post test Perlakuan - Stres pre test Perlakuan
Z	-2.070 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.038

- a. Based on negative ranks.
 b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Stres post test Kontrol	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
- Stres pre test Kontrol	Positive Ranks	3 ^b	2.00	6.00
	Ties	2 ^c		
	Total	5		

- a. Stres post test Kontrol < Stres pre test Kontrol
 b. Stres post test Kontrol > Stres pre test Kontrol
 c. Stres post test Kontrol = Stres pre test Kontrol

Test Statistics^b

	Stres post test Kontrol - Stres pre test Kontrol
Z	-1.633 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.102

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Data Uji Statistik Respons Biologis

**1. Tekanan Darah Sistol
Independent T-Test**

Group Statistics

Kelompok Responden		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Perubahan TDS post Intervensi	Perlakuan	5	1.80	1.095	.490
	Kontrol	5	.60	1.342	.600

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Perubahan TDS post Intervensi	Equal variances assumed	.240	.637	1.549	8	.160	1.200	.775	-.586	2.986
	Equal variances not assumed			1.549	7.692	.161	1.200	.775	-.599	2.999

Paired T-Test (kelompok perlakuan)

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Rerata TDS Perlakuan Pre Intervensi	95.80	5	5.177	2.315
	Rerata TDS Perlakuan Post Intervensi	93.80	5	4.604	2.059

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Rerata TDS Perlakuan Pre Intervensi & Rerata TDS Perlakuan Post Intervensi	5	.982	.003

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Rerata TDS Perlakuan Pre Intervensi - Rerata TDS Perlakuan Post Intervensi	1.800	1.095	.490	.440	3.160	3.674	4	.021

Paired T-Test (kelompok Kontrol)**Paired Samples Statistics**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Rerata TDS Kontrol Pre Intervensi	93.80	5	7.155	3.200
	Rerata TDS Kontrol Post Intervensi	93.20	5	6.834	3.056

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Rerata TDS Kontrol Pre Intervensi & Rerata TDS Kontrol Post Intervensi	5	.983	.003

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Rerata TDS Kontrol Pre Intervensi - Rerata TDS Kontrol Post Intervensi	.600	1.342	.600	-1.066	2.266	1.000	4	.374

**2. Tekanan Darah Diastol
Independent T-Test****Group Statistics**

Kelompok Responden		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Perubahan TDD post Intervensi	Perlakuan	5	2.60	1.817	.812
	Kontrol	5	.40	.894	.400

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Perubahan TDD post Intervensi	Equal variances assumed	1.330	.282	2.429	8	.051	2.200	.906	.112	4.288
	Equal variances not assumed			2.429	7,6	.052	2.200	.906	-.031	4.431

Paired T-Test (kelompok perlakuan)

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Rerata TDD Perlakuan pre Intervensi	69.80	5	4.658	2.083
	Rerata TDD Perlakuan post Intervensi	68.00	5	4.472	2.000

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Rerata TDD Perlakuan pre Intervensi & Rerata TDD Perlakuan post Intervensi	5	.816	.092

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Rerata TDD Perlakuan pre Intervensi - Rerata TDD Perlakuan post Intervensi	1.800	2.775	1.241	-1.645	5.245	1.450	4	.221

Paired T-Test (kelompok Kontrol)**Paired Samples Statistics**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Rerata TDD Kontrol pre Intervensi	68.00	5	7.583	3.391
	Rerata TDD Kontrol post Intervensi	67.60	5	7.162	3.203

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Rerata TDD Kontrol pre Intervensi & Rerata TDD Kontrol post Intervensi	5	.994	.001

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Rerata TDD Kontrol pre Intervensi - Rerata TDD Kontrol post Intervensi	.400	.894	.400	-.711	1.511	1.000	4	.374

3. Frekuensi Pernapasan Independent T-Test

Group Statistics

	Kelompok Responden	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Perubahan rerata RR post Intervensi	Perlakuan	5	3.40	.548	.245
	Kontrol	5	8.60	.548	.245

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Perubahan rerata RR post Intervensi	Equal variances assumed	.000	1.000	-15.011	8	.000	-5.200	.346	-5.999	-4.401
	Equal variances not assumed			-15.011	8.000	.000	-5.200	.346	-5.999	-4.401

Paired T-Test (kelompok perlakuan)

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	RR Perlakuan Pre Intervensi	29.20	5	.837	.374
	RR Perlakuan Post Intervensi	32.60	5	.894	.400

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	RR Perlakuan Pre Intervensi & RR Perlakuan Post Intervensi	5	.802	.103

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	RR Perlakuan Pre Intervensi - RR Perlakuan Post Intervensi	-3.400	.548	.245	-4.080	-2.720	-13.880	4	.000

Paired T-Test (kelompok Kontrol)**Paired Samples Statistics**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	RR Kontrol Pre Intervensi	29.00	5	1.581	.707
	RR Kontrol Post Intervensi	37.60	5	1.140	.510

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	RR Kontrol Pre Intervensi & RR Kontrol Post Intervensi	5	.971	.006

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	RR Kontrol Pre Intervensi - RR Kontrol Post Intervensi	-8.600	.548	.245	-9.280	-7.920	-35.109	4	.000

**4. Nadi
Independent T-Test**

Group Statistics

	Kelompok Responden	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Perubahan rerata Nadi post Intervensi	Perlakuan	5	3.80	.837	.374
	Kontrol	5	8.40	1.140	.510

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Perubahan rerata Nadi post Intervensi	Equal variances assumed	.55	.478	-7.273	8	.000	-4.600	.632	-6.058	-3.142
	Equal variances not assumed			-7.273	7.339	.000	-4.600	.632	-6.082	-3.118

Paired T-Test (kelompok Perlakuan)

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Nadi Perlakuan Pre Intervensi	91.20	5	.837	.374
	Nadi Perlakuan Post Intervensi	95.00	5	.707	.316

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Nadi Perlakuan Pre Intervensi & Nadi Perlakuan Post Intervensi	5	.423	.478

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Nadi Perlakuan Pre Intervensi - Nadi Perlakuan Post Intervensi	-3.800	.837	.374	-4.839	-2.761	-10.156	4	.001

Paired T-Test (kelompok Kontrol)

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Nadi Kontrol Pre Intervensi	91.60	5	1.140	.510
	Nadi Kontrol Post Intervensi	100.00	5	1.000	.447

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Nadi Kontrol Pre Intervensi & Nadi Kontrol Post Intervensi	5	.439	.460

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Nadi Kontrol Pre Intervensi - Nadi Kontrol Post Intervensi	-8.400	1.140	.510	-9.816	-6.984	-16.474	4	.000